la réhabilitation à long terme

Transformer l'essai: le défi du maintien des acquis

Christian PREFAUT

Alvéole Mars 2016

Inserm U 1046
Institut national de la santé et de la recherche médicale
Université Montpellier 1

Les résultats à long terme de la primo-réhabilitation des malades respiratoires chroniques :

Les effets perdurent 9 mois (6-12) (Foglio ERJ 1999; Ries An Int Med 1995)

Mais déclinent à partir du 12ème mois (Brooks ERJ 2002; Ries AJRCCM 2003)

Nécessité d'une maintenance

La réhabilitation au long terme

Les résultats globaux

Systematic review of supervised exercise programs after Pulmonary rehabilitation in individual with COPD.

Beauchamp MK, Goldstein RS *et al* Chest 2013

Systematic review

463 études évoquant le long terme : 7 retenues (5 par variable)

- ✓ 619 patients randomisés lg terme (LT) vs soins courants (SC)
- ✓ Age moyen 67 ans; GOLD : 2/3
- ✓ Durée moyenne 12 mois après phase réhab classique

Résultats :

- ✓ Tolérance effort ↗ à 6 mois, ≈ 12 mois (LT vs SC)
- ✓ Qualité de vie pas de différence entre les 2 groupes (6 et 12 mois)

Biais de la revue systématique

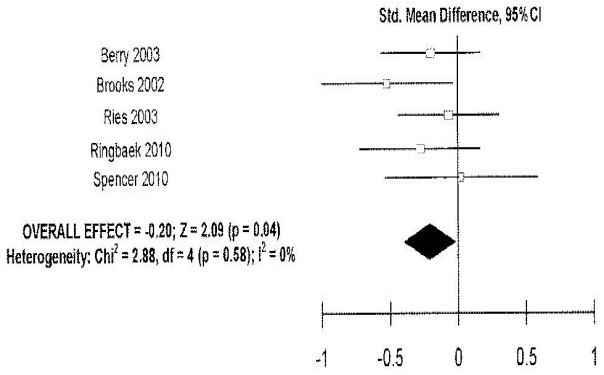
- ✓ extrême hétérogénéité des 7 études
- ✓ Dans 2 études pas d'amélioration signif après phase initiale !

Conclusion :

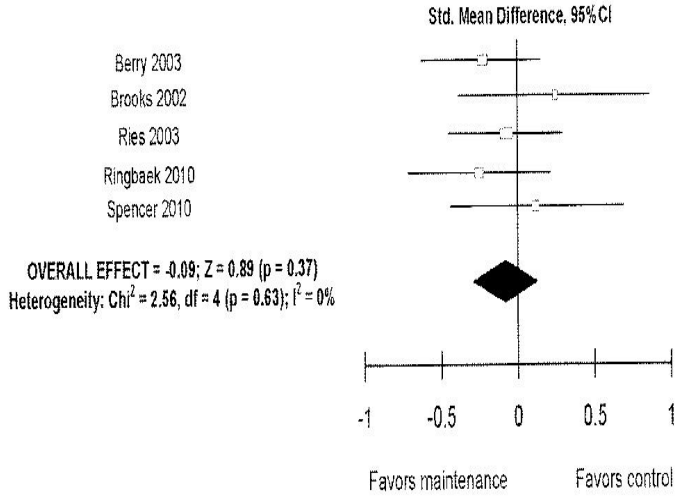
- ✓ Amélioration à mi-parcours
- ✓ Faire des études selon protocoles homogènes (supervision…)

Beauchamp, Chest 2013

Systematic review (Beauchamp, Chest 2013)



Exercise capacity at 6-month follow-up



Exercise capacity at 12-month follow-up

Quelques exemples de travaux sur la réhabilitation au long cours

Réhabilitation au long cours

Hypothèse : supervision pendant 1 an assurera une compliance à l'activité physique les années suivantes

- ✓ Protocole 1ère année : 2 h. ETP, 1 h. AP
  - 2/sem pdt 6 semaines
  - 1/sem les sem 12, 24, 36, 48
  - Total : 16 sessions de 3 heures chacune
- ✓ Délivrance de fascicules self management
- ✓ Self management pendant 4 ans
- ✓ Evaluation à la fin des 5 ans

Lomundal BK Int J COPD 2012

Réhabilitation au long cours

Lomundal BK Int J COPD 2012

- ✓ ***Patients*** : 30 BPCO, 6 † en 5 ans
- ✓ ***Compliance*** : 15 patients (63%) ont pratiqué pendant les 4 ans 30 min d'AP x 3/sem
- ✓ ***Résultats*** :
  - ➢ **1 an** : SGRQ :-4,4 CS; TDM6 :NS
  - ➢ **5 ans** : Maintien SGRQ, TDM6 niveau pré-intervention

Stabilisation des patients pdt 5 ans

Réhabilitation au long cours

- ✓ ***Protocole*** :
  - Réentrainement initial 24 sessions (8/10 semaines)
  - Long terme : 5 stages hospit de 5 jours en 7 ans

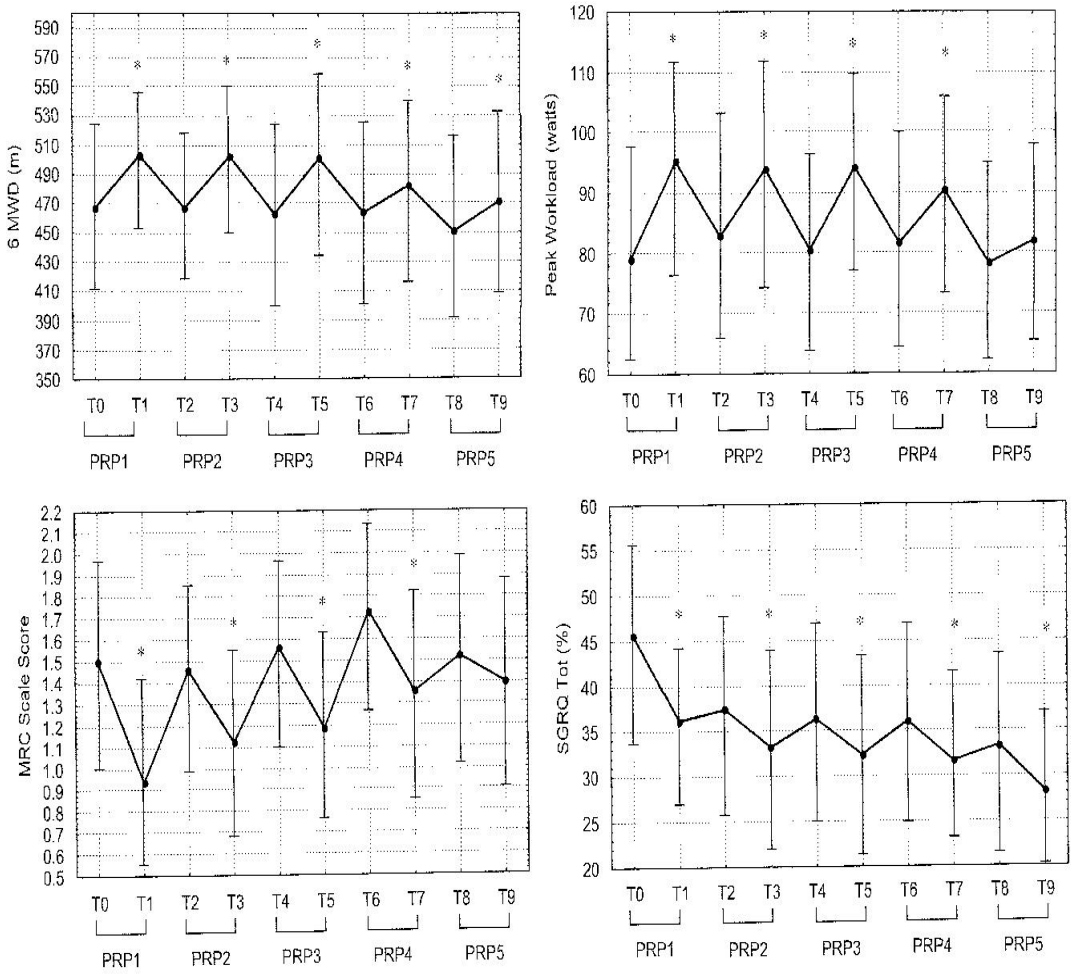
- ✓ ***Patients*** :
  - 65 COPD au départ, 60 ans, GOLD 2
  - 48 patients terminent le programme (5 décès)

- ✓ ***Résultats*** :
  - Chaque PR améliore les variables
  - VEMS ne diminue que de 18 ml/an
  - Tolérance à l'exercice reste stable durant 7 ans
  - **La qualité de vie s'améliore durant les 7 ans**

Foglio K Resp Med 2007

Réhabilitation au long cours

Foglio K Resp Med 2007



Evolution du TDM6, de puissance max de la dyspnée et de la qualité de vie au cours de chaque « piqure de rappel » et pendant les 7 ans du suivi.

Télé-réhabilitation au long cours

Méthode:

2 ans, 10 BPCO sélectionnés, entrain domicile, >30 min tapis roulant x 3/sem ht intens

1 vidéo-conférence par semaine avec kiné

Web page pour suivi journal de bord symptômes, SPO2 et self management

2 focus groups à 1 an d'intervalle pour satisfaction, motivation, adhérence

Résultats:

3 enregistrement par semaine et 1,7 entrain/sem en moyenne,

Satisfaction +++ bonne motivation, assez bonne adhésion (dim 2ème année)

Hoaas et al BMC MIDM, 2016

Télé-réhabilitation au long cours

Fig. 3 Seasonality of adherence rate for training sessions and diary registrations

Hoaas et al BMC MIDM, 2016

Télé-Réhab au long terme

Limites travail Hoaas

- ✓ 10 patients « sélectionnés » Ht intens à domicile.
- ✓ dégradation la seconde année: réduction motivation, pas de dynamique de groupe.
- ✓ Pas de données sur le coût: 1 vidéo-conf kiné/sem / patient
- ✓ Mais premier travail au Telé-Réhab au long terme

Réhabilitation à long terme

Eléments émergents

- ✓ Supervision directe par une équipe de réhabilitation
- ✓ Supériorité séances collectives d'activité physique
- ✓ Minimum indispensable : 1 séance d'activité physique par semaine en groupe; accompagnée ETP, GM, GP.
- ✓ Télé-réhabilitation: voie d'avenir surtout pour patients isolés

Expérience Languedocienne d'un Réseau de réhabilitation au long terme

Moulec et al Resp Med 2007
Maffre et al 2016

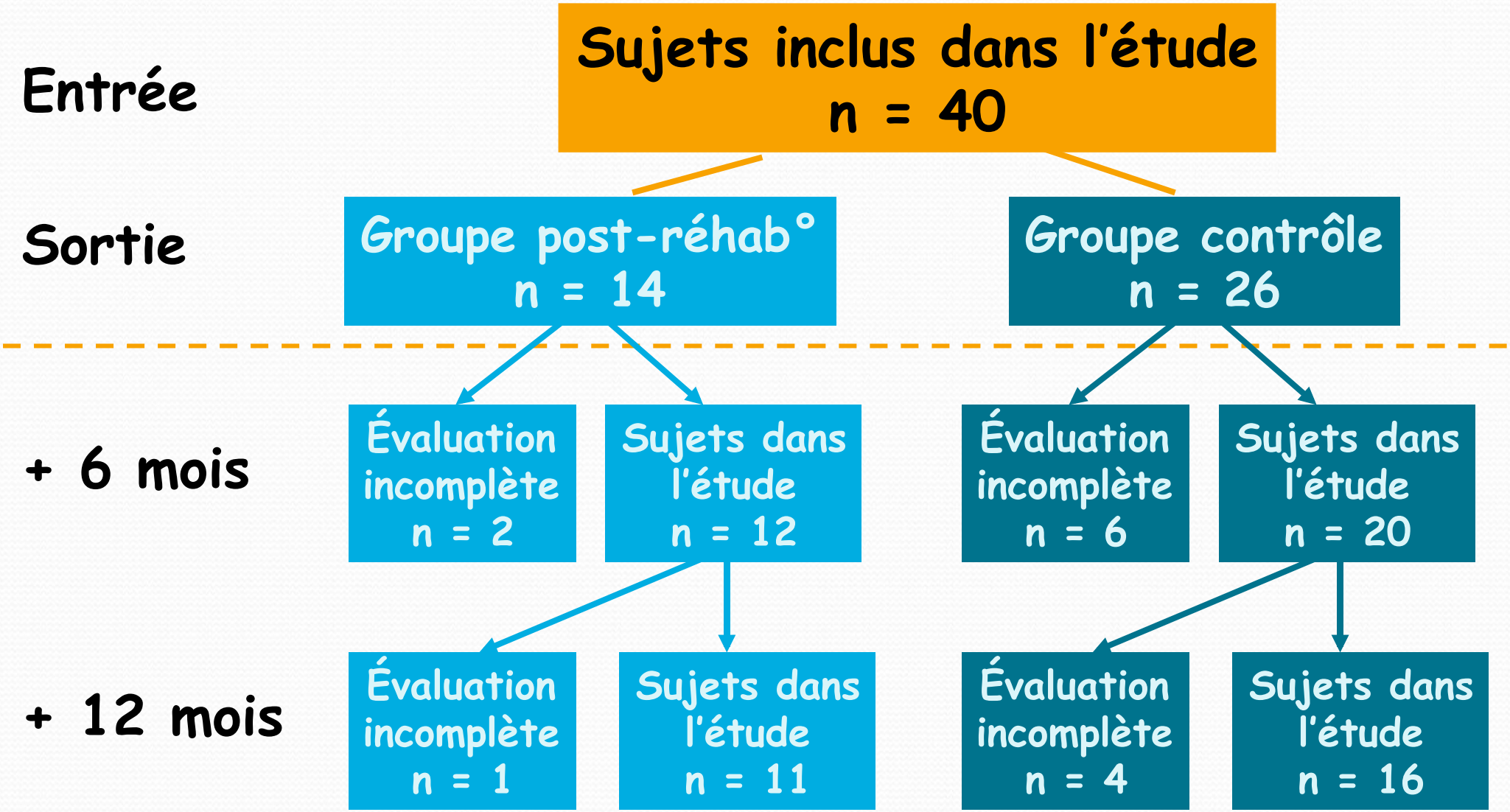
Suivi de la Réhabilitation au long cours

Contenu standard

- ✓ 1 séances APA/sem
- ✓ 2 journées ETP (6 ateliers)/an
- ✓ 1 à 2 marches/mois
- ✓ 1 groupe de parole/3 mois
- ✓ Diverses animations

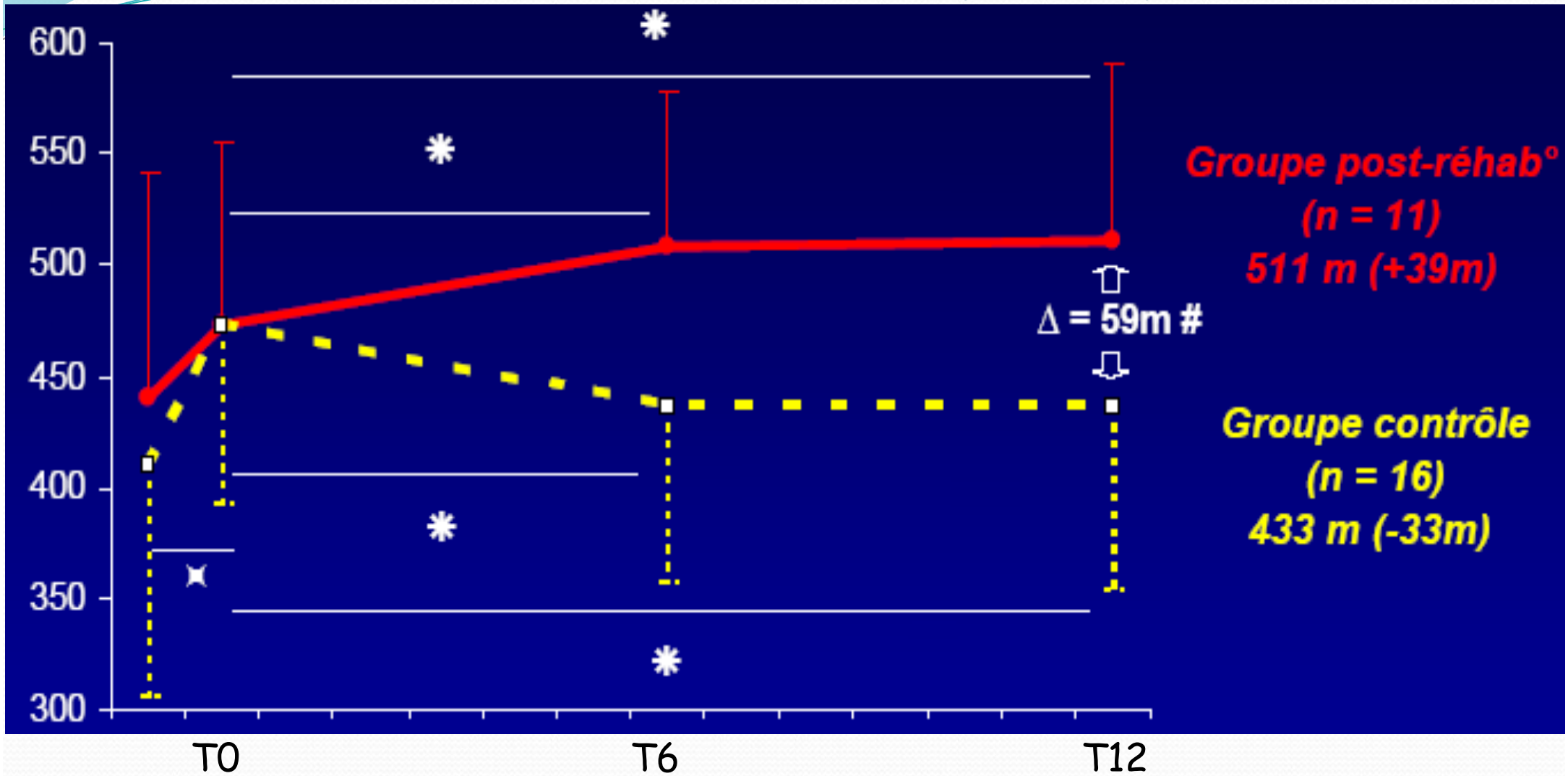
File active: 330 patients pour 10 associations

Population



Moulec et al Resp Med 2007

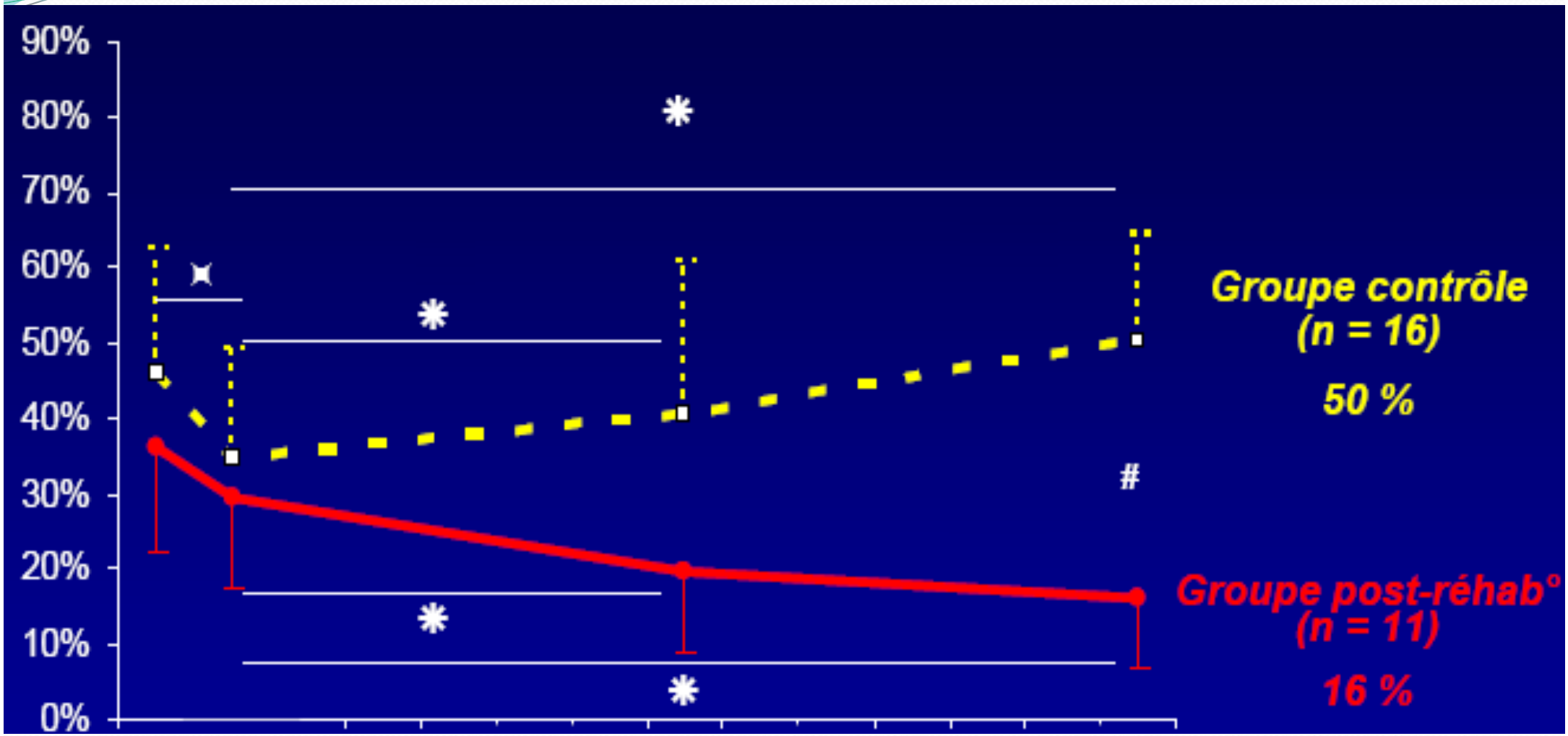
Résultats – critère principal



Distance au test de marche de 6 minutes (en mètres)

Moulec et al Resp Med 2007

Résultats - critères secondaires



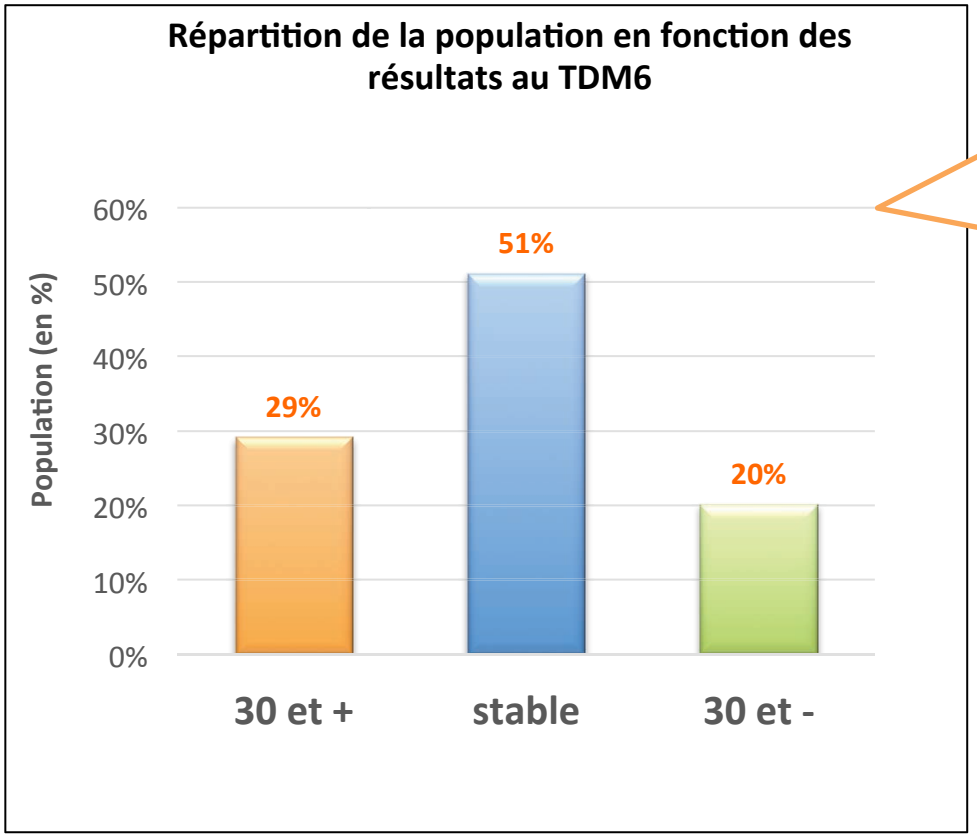
Saint-George - SGRQ (en %) : dimension impact

Moulec et al Resp Med 2007

Le projet LOR (Logiciel d'optimisation du Réseau)

- ✓ 72 patients évalués sur « 2 saisons » 2013- 2014 / 2014-2015
- ✓ Age moyen 69 ans
- ✓ BPCO modérés à sévère
- ✓ Ancienneté moyenne dans le réseau 4 ans et 4 mois
- ✓ Distance moyenne au test de marche 471 mètres

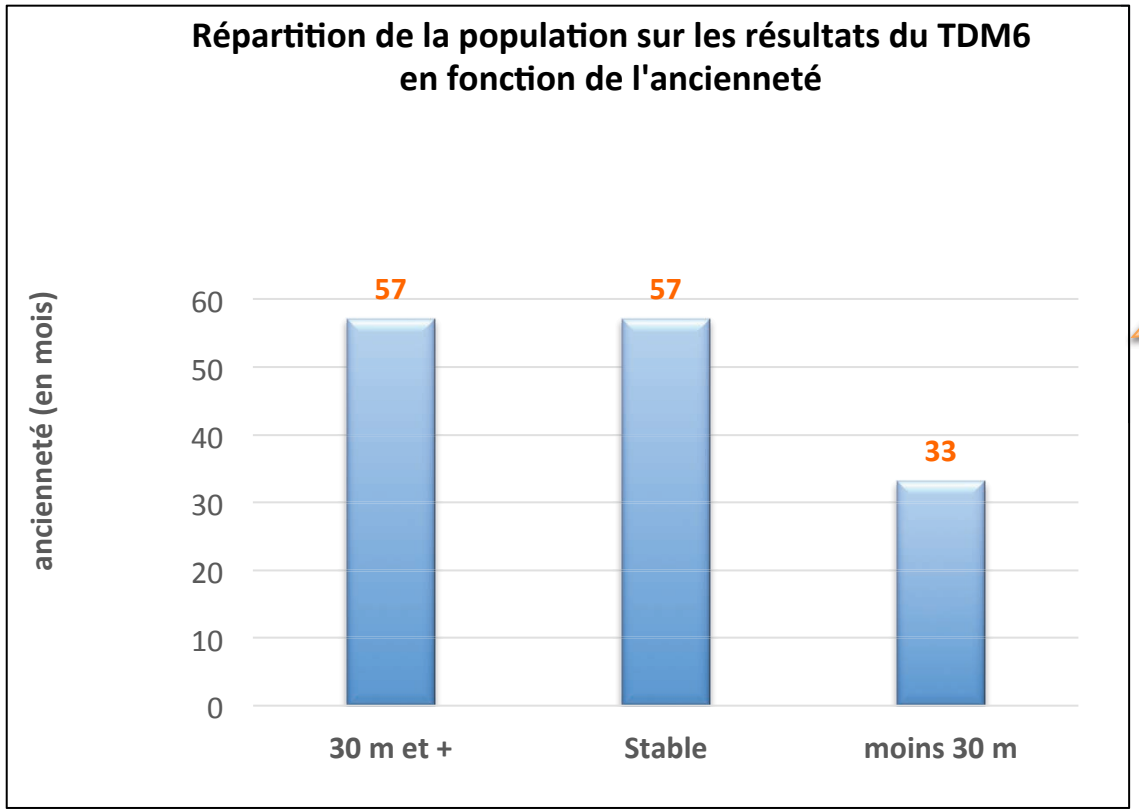
Le projet LOR (Logiciel d'optimisation du Réseau)



3 groupes en fonction de l'évolution du TDM6:

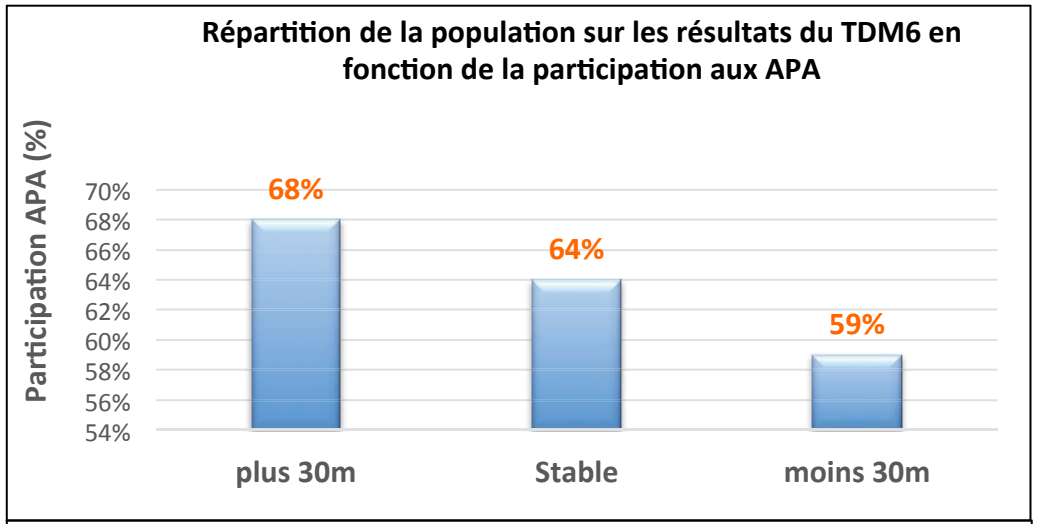
- ✓Progression : de 30m et +
- ✓Maintien : entre +30m et -30m
- ✓Régression : de 30m et -

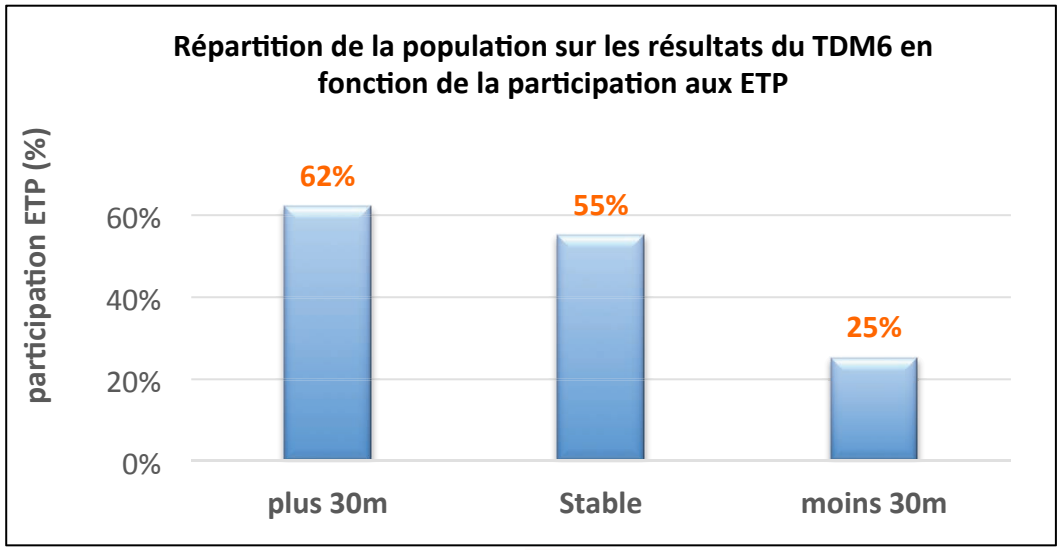
Le projet LOR (Logiciel d'optimisation du Réseau)

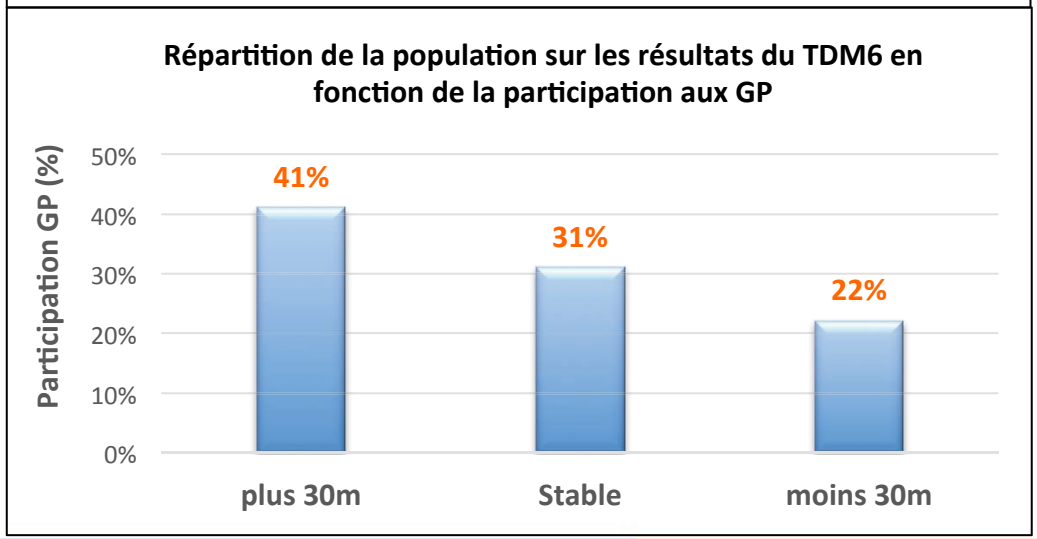


L' **ancienneté** dans le réseau semble être un facteur **d' amélioration ou de stabilisation** de la distance au TDM6

Le projet LOR (Logiciel d'optimisation du Réseau)







Les patients dont La progression du Test de marche (+ 30m) est la plus élevée **sont ceux qui participent le plus aux activités** (APA, ETP, GP)

Synthèse, temporaire, des résultats du projet LOR

- ✓ Stabilisation de la tolérance à l'effort de 80% des patients
- ✓ Fonction de l'ancienneté dans le réseau (4ans et 4mois)
- ✓ Fonction de la participation aux activités, plus particulièrement à l'ETP
- ✓ Résultats équivalents (non présentés) pour la QV

Conclusion Générale

La réhab au long terme est incontournable pour le maintien des acquis et pour éviter de renvoyer le patient à la case départ.

Le self-management seul est inefficace (diminution de la motivation). L'accompagnement, ne serait ce que téléphonique, est utile.

Les associations de patients sont efficaces. La supervision par des personnels de santé est le « must ».

La télé-réhabilitation est une voie d'avenir.

« Bonne ambiance, on forme une bonne équipe »

« Le réseau m'aide physiquement, moralement et pour la respiration. »

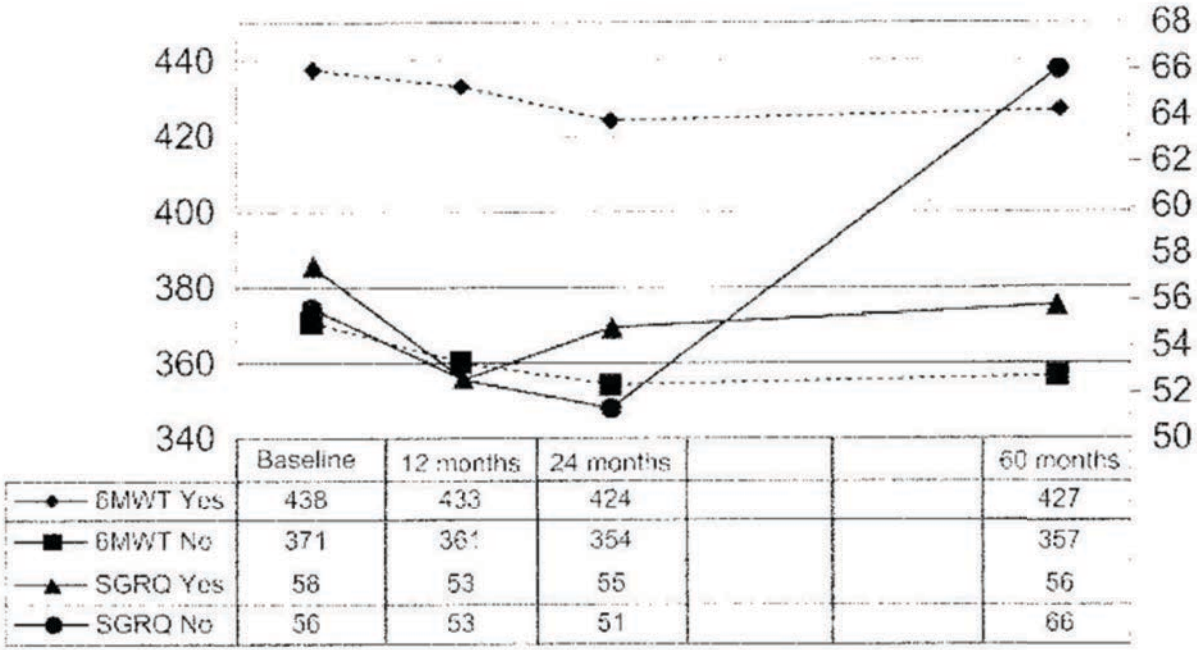
« J'ai pu reprendre une vie normale »

« Aimerez plus d'activités (APA et marche)»

Merci pour votre attention

Air+r

Réhabilitation au long cours

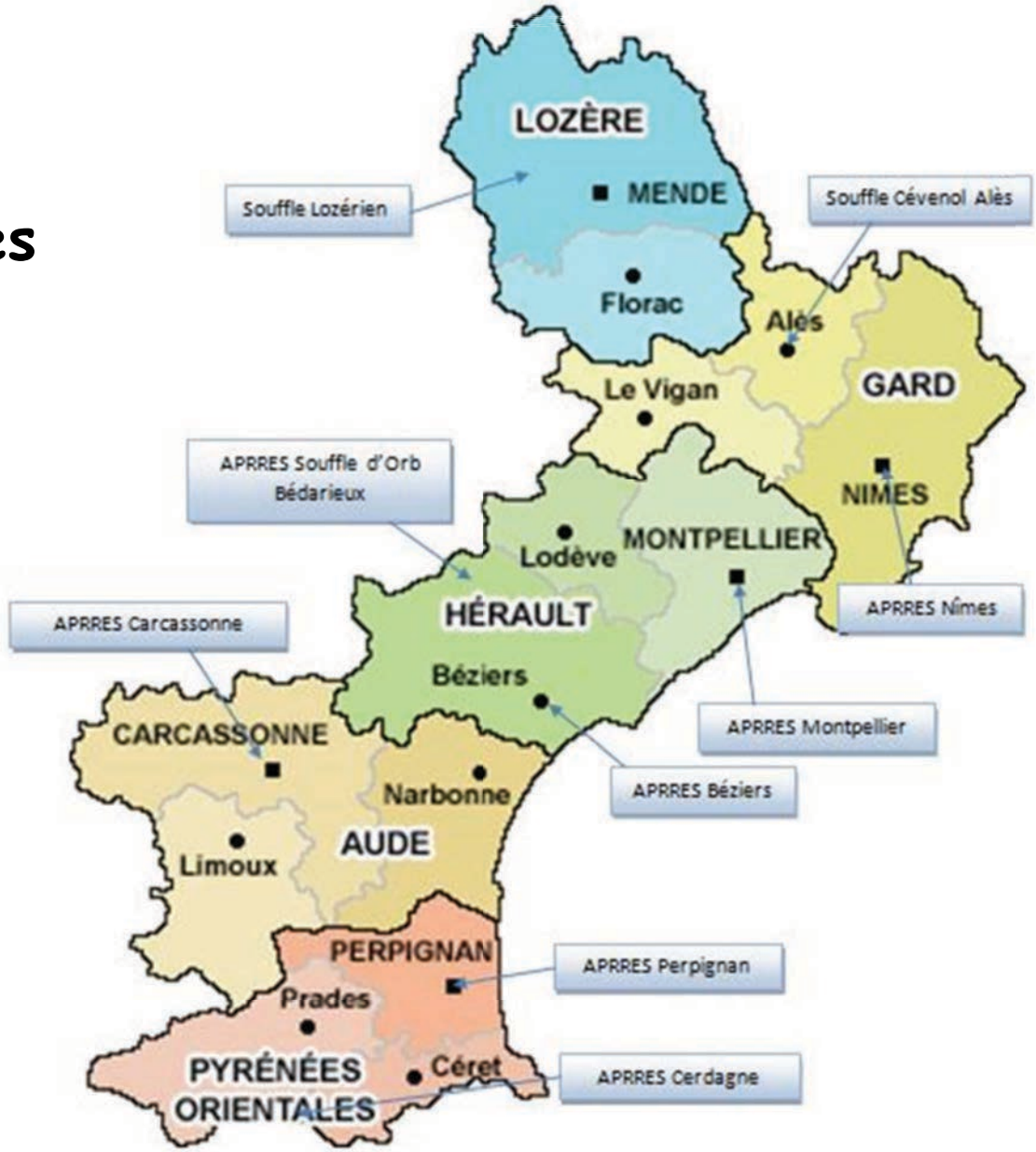


	Baseline	12 months	24 months			60 months
6MWT Yes	438	433	424			427
6MWT No	371	361	354			357
SGRQ Yes	58	53	55			56
SGRQ No	56	53	51			66

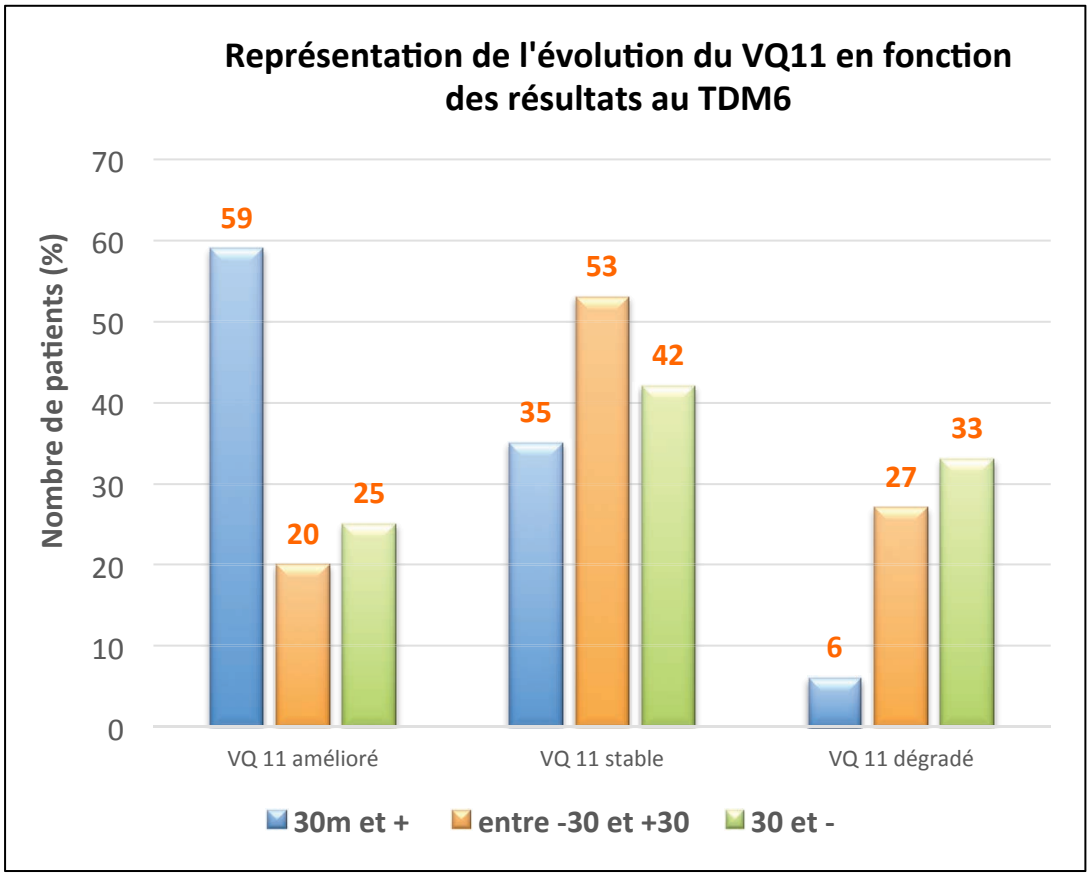
Evolution du TDM6 et du SGRQ sur 5 ans

Lomundal BK Int J COPD 2012

Le réseau Air+R réunit 10 associations de malades respiratoires chroniques poursuivant un programme de réhabilitation au long terme.



Le projet LOR (Logiciel d'optimisation du Réseau)



- ✓ **Amélioration du VQ11** chez les patients qui ont un TDM6 en progression.
- ✓ **Dégradation plus importante du VQ11** chez les patients qui ont un TDM6 en régression.
- ✓ **Stabilité plus importante du VQ11** chez les patients qui ont un test de marche stable