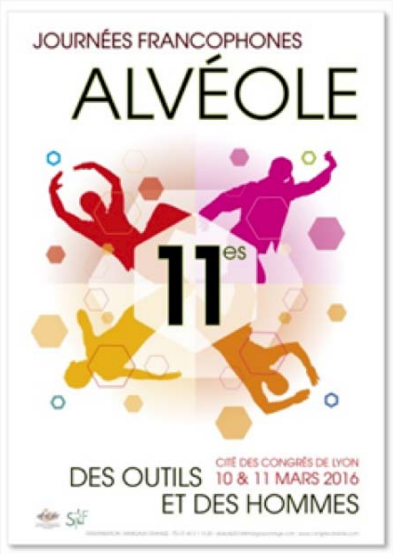
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
PARIS NORD VAL DE SEINE
Bichat - Claude Bernard

alvéole
OSEZ UN SOUFFLE NOUVEAU

ETAT DES LIEUX DE LA REHABILITATION RESPIRATOIRE EN FRANCE EN 2016

Journées Alvéole 2016

Dr Sandrine Stelianides



Conflits d'intérêt

- **Intérêts financiers :** néant
- **Liens durables ou permanents :** néant
- **Interventions ponctuelles :** GSK, BIF, Astra, Novartis, IBF, vitalaire, LVL, oxyvie
- **Intérêts indirects : ?**

Le constat :la réhabilitation respiratoire bénéficie d'une reconnaissance scientifique indiscutable.

La réhabilitation respiratoire est une Intervention globale et individualisée, reposant sur une évaluation approfondie du patient, incluant, sans y être limitée, le ré entraînement à l'effort, l'éducation, les changements de comportement visant à améliorer la santé globale, physique et psychologique des personnes atteintes de maladie respiratoire chronique et à promouvoir leur adhésion à long terme à des comportements adaptés à leur état de santé.
ERS-ATS 2013, traduction du bureau d'alvéole.

Depuis 1996, les preuves d'efficacité de la réhabilitation respiratoire sont indiscutables pour le <u>BPCO</u> : grade A

- **Amélioration de la dyspnée,**
- **Amélioration de la tolérance à l'effort,**
- **Amélioration de la qualité de vie ,**
- **Réduction du recours au soins (consultation en urgence, durée d'hospitalisation), réduction des coûts**

Traitement de la BPCO
(tous : VEMS/CVF < 0,7)

Degré de sévérité			
I : légère VEMS : > 80 %	II : modérée VEMS : 50-80 %	III : sévère VEMS : 30-50 %	IV : très sévère VEMS : < 30 %
Réduction du(des) facteur(s) de risque ; vaccination antigrippale			
Bronchodilatateur à courte durée d'action si besoin			
	Un ou plusieurs bronchodilatateurs à longue durée d'action Réhabilitation		
		+ Corticoïdes inhalés associés aux bronchodilatateurs à longue durée d'action si exacerbations répétées* VEMS < 60 % pour salmeterol/fluticasone	
			± OLD si insuffisance respiratoire Envisager les traitements chirurgicaux

• Les corticoïdes inhalés seuls n'ont pas d'AMM en France.
OLD : oxygénothérapie longue durée ; VEMS : volume expiré maximal en une seconde ; CVF : capacité vitale forcée.

Recommandations de bonnes pratiques nationales et internationales régulièrement actualisées

ATS/ERS AJRCCM 2006, 2013
Rev Mal Resp 2010 (27) S36

Le constat en France

Toutes les données françaises montrent qu'environ 10% à 15% des patients BPCO seulement bénéficient de réhabilitation respiratoire.

G.Jebrak .RMR 2010;27:11. Gheffari RMR 2010;27(5);457.

Observatoire Palomb, observatoire Colibri.

AMERICAN THORACIC SOCIETY DOCUMENTS

An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Policy Statement: Enhancing Implementation, Use, and Delivery of Pulmonary Rehabilitation

Carolyn L. Rochester, Ioannis Vogiatzis, Anne E. Holland, Suzanne C. Lareau, Darcy D. Marciniuk, Milo A. Puhan, Martijn A. Spruit, Sarah Masefield, Richard Casaburi, Enrico M. Clini, Rebecca Crouch, Judith Garcia-Aymerich, Chris Garvey, Roger S. Goldstein, Kylie Hill, Michael Morgan, Linda Nici, Fabio Pitta, Andrew L. Ries, Sally J. Singh, Thierry Troosters, Peter J. Wijkstra, Barbara P. Yawn, and Richard L. ZuWallack; on behalf of the ATS/ERS Task Force on Policy in Pulmonary Rehabilitation

THIS OFFICIAL POLICY STATEMENT OF THE AMERICAN THORACIC SOCIETY (ATS) AND THE EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY (ERS) WAS APPROVED BY THE ATS BOARD OF DIRECTORS, OCTOBER 2015, AND BY THE ERS SCIENCE COUNCIL, SEPTEMBER 2015

AJRCCM 2015, 192: 1373-1386

BARRIERES A LA REHABILITATION

- Manque de connaissance et de sensibilisation des soignants, des financeurs, des patients, du grand public.
- Manque de structures.
- Profil de certains patients : isolement social, manque de soutien, dépression, tabac, transport, manque de croyance en l'efficacité des programmes, influence du prescripteur.
- Indications larges : patients sévères ou légers?
- Manque de professionnels formés.
- Efficacité des programmes : hétérogénéité du terrain, système qualité/certification?, perception des effets des programmes pour le prescripteur?

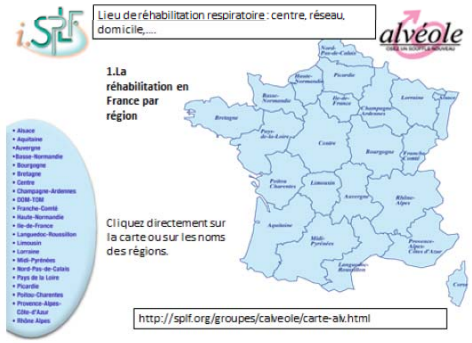
2004 : états des lieux de la réhabilitation (B.Lirsac)

- 96 sites offrant des programmes de réhabilitation respiratoire
- 2721 Lits Places Patients dont 2212 lits d'hospitalisation traditionnelle, 509 places en ambulatoire
- Hétérogénéité de la répartition (56% dans le Sud-Est), durée de prise en charge moyenne =37j, durée du REE = 16h25, durée ETP = 8h15, bilan initial : EFR 100%, TM6 93%, EFX92%
- Projet d'extension : 155 Lits Places Patients
- Si on voulait réhabiliter tous les patients BPCO :

  attente 11 ans/pt

Méthodologie enquête « Etat des lieux de la réhabilitation respiratoire » 2015

- Questionnaire envoyé à tous les services/ réseaux référencés sur la carte de France de la réhabilitation (avec appel téléphonique si absence de réponse) en 2015



- ✓ Quel est le nombre de lits/places de réhabilitation en France ? quelle répartition entre l'hospitalisation, l'ambulatoire, le domicile ?
- ✓ Quel est le nombre de patients pris en charge par an ? quelle proportion de BPCO ou autres maladies respiratoires cela représente-t-il ? quel est le taux d'abandon ?
- ✓ Comment arrivent-ils en réhabilitation ? qui les adresse, en post aigu ou état stable?
- ✓ Quel est le profil des patients?
- ✓ Quel bilan est demandé avant une réhabilitation ? (adéquation aux recommandations, homogénéité ou pas sur le territoire)
- ✓ Quelles sortes de programmes sont réalisés (contenu, durée,…) ? quand on parle d'une séance, c'est quoi et quelle durée ?
- ✓ La structure de réhabilitation a-t-elle la possibilité d'un suivi au long court ?

RESULTATS

- Nombre de structures interrogées : 116
- Nombre de réponses reçues : 71 (dont 9 structures déclarant avoir abandonnées plus ou moins temporairement leur activité de RR)
- Exhaustivité par rapport aux structures déclarées sur la carte de France : 61%

1ères difficultés rencontrées:

✓ existence de dynamiques locales ne reposant pas forcément sur une structure mais sur un/des individus fortement impliqués, non recensées.

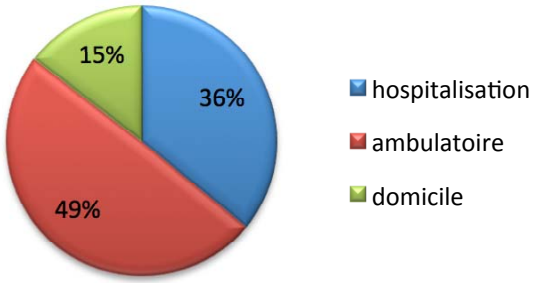
✓ Certains réseaux ont évolué vers une coordination qualitative (formation, …) et le questionnaire fourni n'était pas approprié,

✓ Confusion entre ambulatoire/HDJ , entre domicile/cabinet de kinésithérapeute…

REPARTITION DES STRUCTURES AYANT RENSEIGNE LE QUESTIONNAIRE

Répartition des structures par département

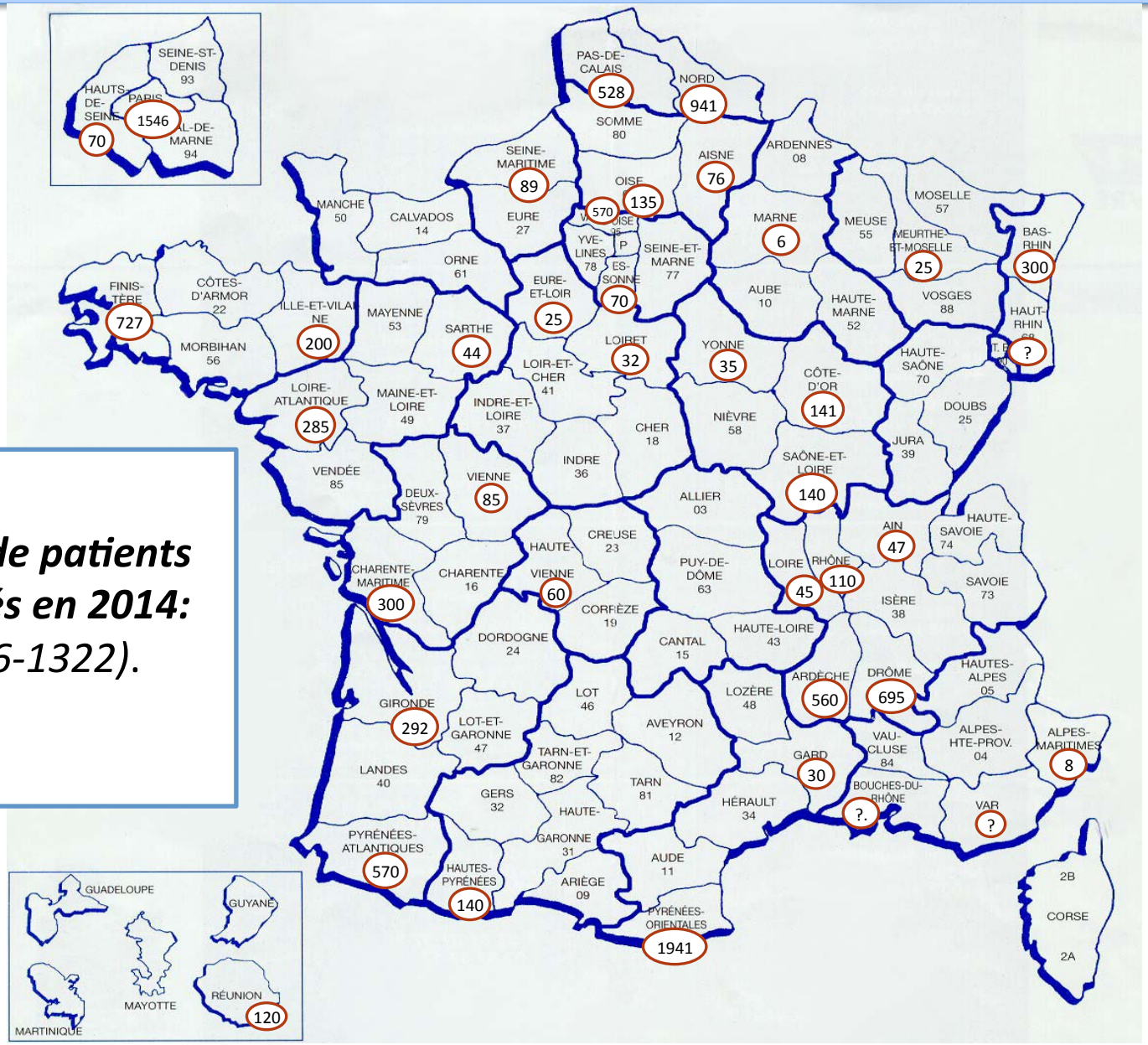
Répartition du type de structure



Nombre de lits en hospitalisation traditionnelle (SSR) : 977

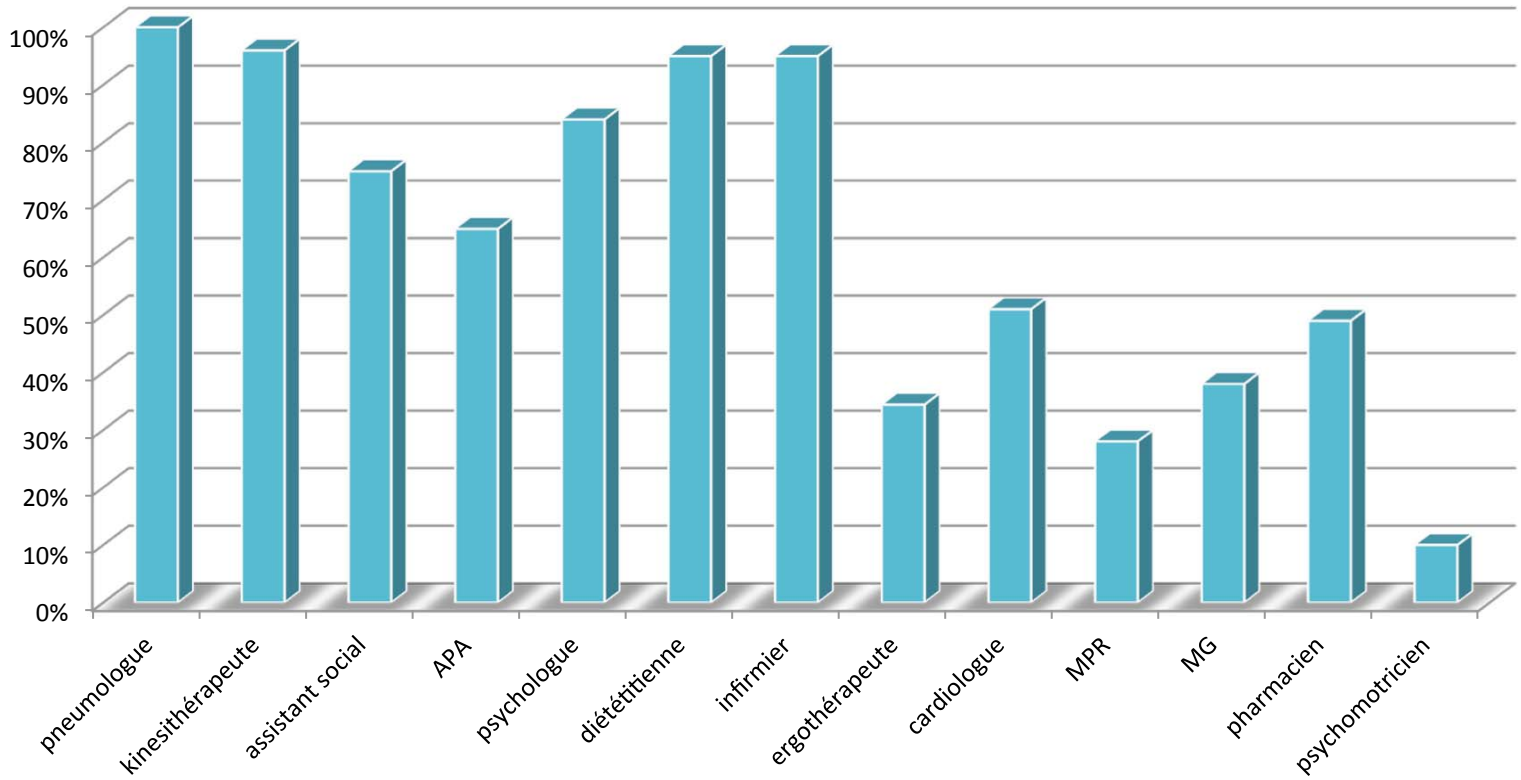
Nombre de places en HDJ : 330

REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES PATIENTS REHABILITES EN 2014



Nombre de patients réhabilités en 2014: 4982 *(6-1322)*.

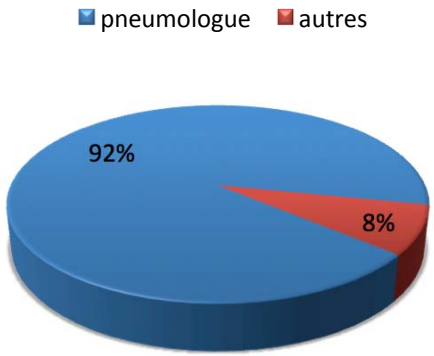
QUELS SONT LES PROFESSIONNELS PARTICIPANTS A CES PROGRAMMES?



- ✓ Toutes les structures disposent dans leurs programmes en moyenne de 8 professionnels de santé de formation différente (3-12).
- ✓ *Autres professionnels cités* : Physiologistes, médecins du sport, sophrologues, professeur de yoga, esthéticienne sociologue, aide-soignants, musicothérapeute, addictologue, association de patient.

QUELS SONT LES PATIENTS QUI ARRIVENT EN RÉHABILITATION?(1)

Qui adresse majoritairement les patients?

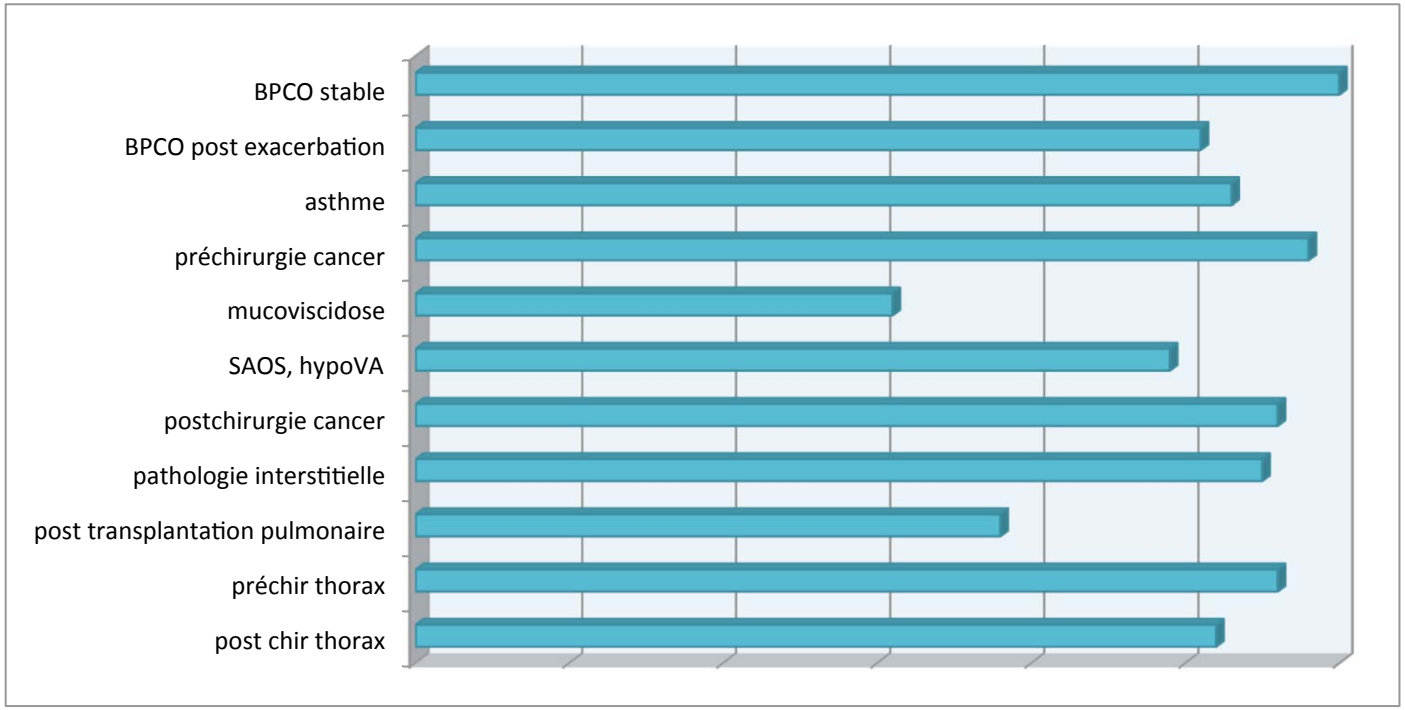


- Nombre de structures prenant des patients dans les 4 semaines post-exacerbation : 44/61 soit 72%
- Pourcentage de patients réhabilités en post-aigu dans ces structures :

42%

Autres = cardiologues, médecins généralistes, chirurgiens thoraciques

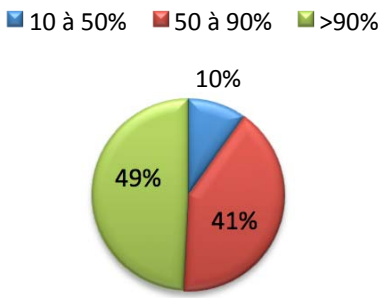
QUELS SONT LES PATIENTS QUI ARRIVENT EN RÉHABILITATION?(2)



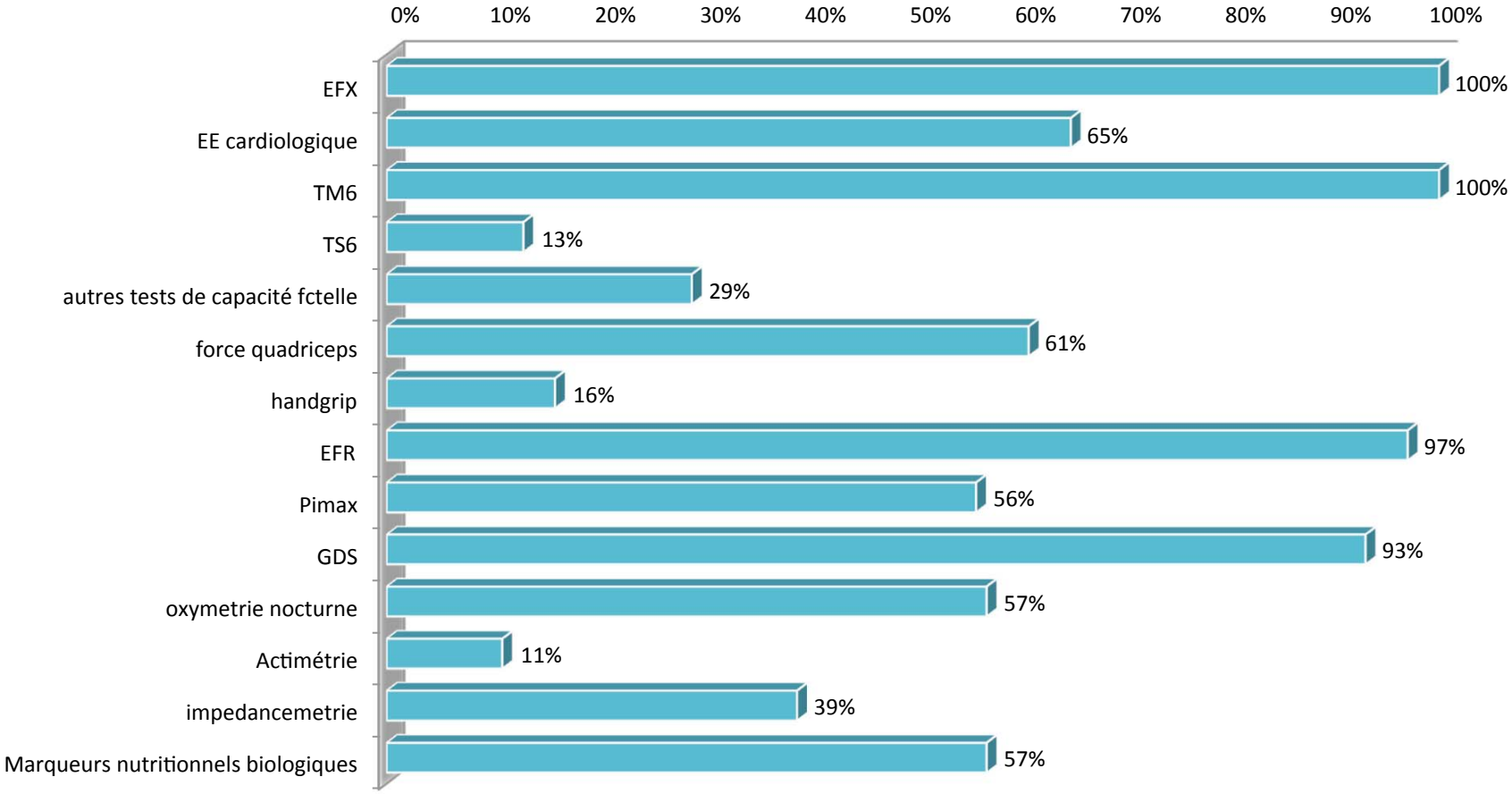
Autres : polypathologies, HTAP, DDB, obésité, SHV, allogreffés de moelle…

<u>Fréquence des comorbidités</u>

La moitié des structures déclarent que plus de 90% de leurs patients ont au moins 1 comorbidité significative.

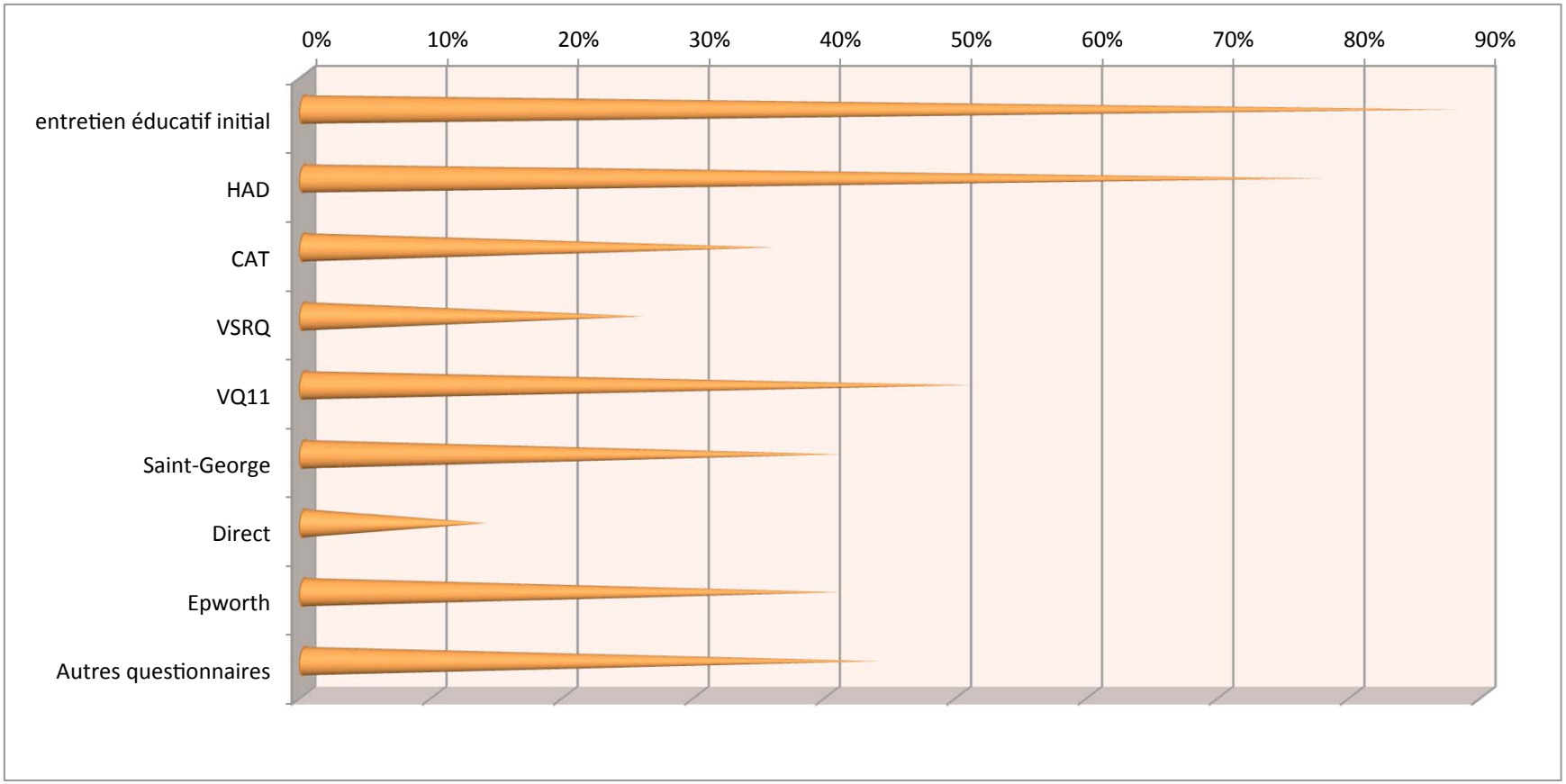


QUELS ELEMENTS SONT PRIS EN COMPTE LORS DU BILAN INITIAL?(1)



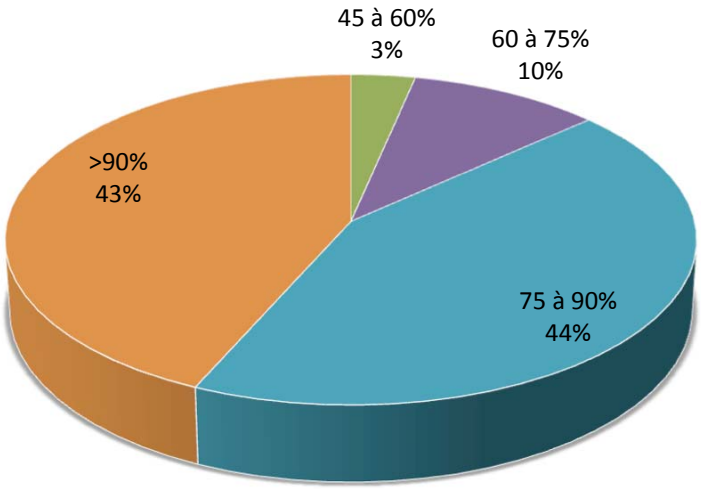
<u>Autres tests cités</u> : temps d'endurance, test d'escaliers, IMC, Sadoul, périmètre musculaire.

QUELS ELEMENTS SONT PRIS EN COMPTE LORS DU BILAN INITIAL?(2)



88% des structures interrogées réalisent un entretien éducatif et en tiennent compte pour établir le programme de réhabilitation respiratoire,
97% des structures évaluent la qualité de vie de leurs patients

TAUX DE PROGRAMMES COMPLETS



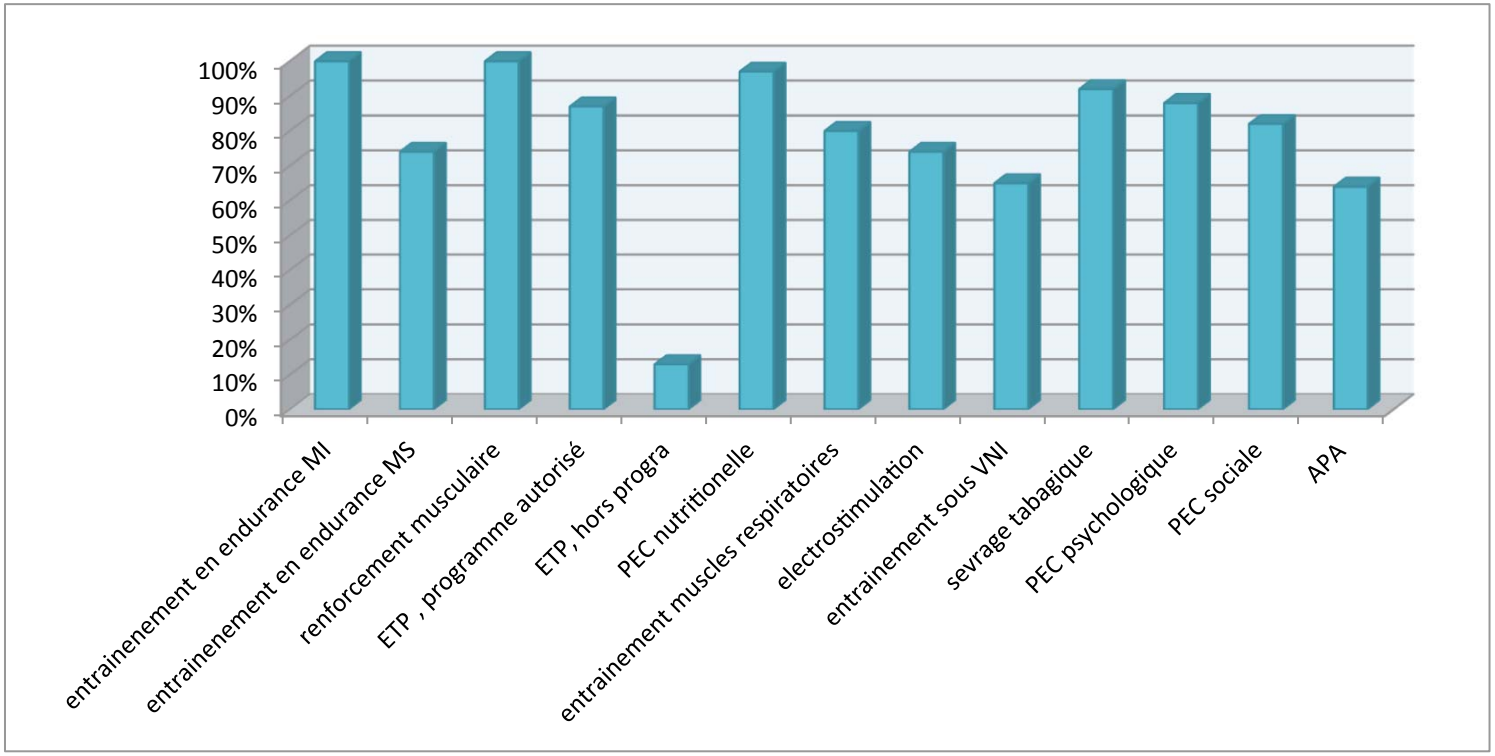
43% des structures ont un taux d'abandon de moins de 10%;
44% des structures ont un taux d'abandon de 10 à 25% = taux retrouvé dans la littérature.

Facteurs d'abandon de programme dans la littérature:

- ✓ Évènement médical intercurrent,
- ✓ Difficultés logistiques,
- ✓ Isolement social,
- ✓ Tabagisme poursuivi,
- ✓ Dépression,
- ✓ Niveau éducatif,

Young, ERJ 1999;13:855-9. Respiratory reabilitation in COPD:facteurs of nonadhérence.
AJRCCM 2006;173:1390;

QUELS SONT LES COMPOSANTS DU PROGRAMME DE REHABILITATION RESPIRATOIRE?



100% des structures proposent un entrainement en endurance des membres inférieurs, du renforcement musculaire et une éducation thérapeutique (dont 87% dans le cadre d'un programme autorisé);

<u>Autres activités signalées</u> : balnéothérapie, aquagym, relaxation, ergothérapie, randonnée, jeux vidéo…

Spruit MA,Eur Respir Rev 2013;22:405,The importance of components of PR, other than exercice training in COPD

DUREE DES PROGRAMMES

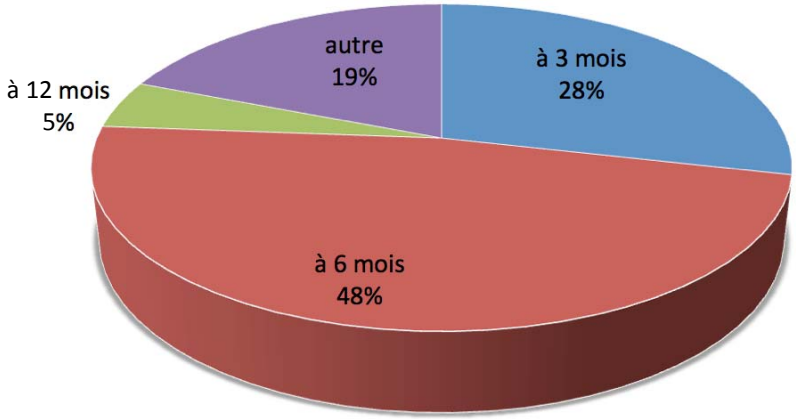
- Durée moyenne des programmes (toute formule confondue) : 6,7 semaines (3-20);
  médiane = 6 semaines

- Nombre de séances/semaine : 3,86 (1-10);
  médiane = 3,5 semaines

- **Durée d'une séance** (toute activité confondue): 3h33 (0h45-7h00);
  médiane = 3h00,

SUIVI A DISTANCE

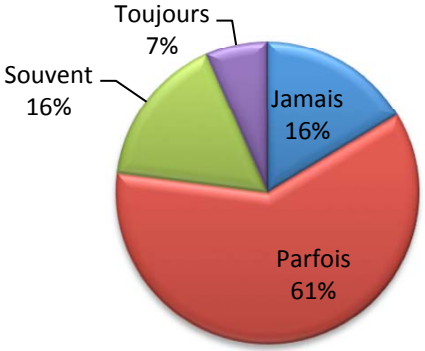
70% (n=43)des structures organise un suivi à distance,



Autre =

- Plusieurs suivis : M3-M6-M12…
- M4
- Programme organisé de maintien des acquis

Proposition d'un nouveau stage à distance



Differences in content and organisational aspects of pulmonary rehabilitation programmes. Eur Respir J 2014:1326-1337, MA Spruit

- 430 questionnaires/40 pays (europe 43,7%;Amérique du Nord 43,5%)/34890 individus réhabilités en 2011(ratio nombres de patients moyens réhabilités/an/structure 80 contre 56 dans notre enquête avec des variabilités énormes entre structures),
- Types de remboursements très variables,
- organisation des programmes de réhabilitation très hétérogène,
- 60,9% de structures ambulatoires/9,5% de centres/24,7% de structures offrant les deux,
- Constitution des équipes : nombre médian de professionnel 5 (4-7)dont 70,7% de pneumologue, 70,2% diététicienne, 66,7% d'IDE, 61,4% physiothérapeutes
- Durée des programmes : 9 semaines (8-12); 2,5 séances/semaine; 1,5h/session (1-2h); idem quelque soit le remboursement et en Europe comme aux USA,

Differences in content and organisational aspects of pulmonary rehabilitation programmes.
Eur Respir J 2014:1326-1337, MA Spruit

- Résultat attendu comme le plus important : qualité de vie (82,1%), TM6 (45,8%), dyspnée (41,4%)
- Type d'intervention : éducation (94,4%), entrainement sur ergocycle (92,6%), exercices de gestion ventilatoire (91,6%), support nutritionnel (84,4%),
- Prescripteurs de réhabilitation : pneumologue, médecins généralistes; les patients peuvent venir d'eux même dans 29,8% des cas,
- Pathologies concernées : BPCO stable ou post exacerbation, pathologie restrictive (y compris PID…), asthme, post-chirurgie,…

POINTS FORTS

- Dans notre enquête comme dans celle de Martin Spruit :

✓ Souci de prendre en compte la qualité de vie,

✓ Équipe pluridisciplinaire avec des taches interchangeables entre des professionnels de santé différents pouvant amener à des équipes de composition différente,

✓ Éducation thérapeutique intégrée de façon très large dans ces programmes, associée à l'entraînement physique, et très souvent aux autres composantes comme la prise en charge sociale, psychologique et nutritionnelle,

✓ En France, programmes semblant denses, individualisés, coordonnée par des pneumologues et très complets+++,

✓ Recrutement dans les structures de réhabilitation plus large que la BPCO stable : post-aigu, comorbidités/polypathologies, autres maladies respiratoires chroniques.

POINTS FAIBLES

- Hétérogénéité des programmes proposés : benchmarking difficile; nécessité de trouver des critères commun d'évaluation.
- Durée des sessions très fluctuante: explication à la variabilité des résultats dans la littérature (où les temps réels de prise en charge sont rarement précisés) et dans la pratique quotidienne?
- Représentativité réelle de ce type d'étude?
- Développement des structures selon des circonstances locales plus que sur des modèles médico-économiques validés
- Même si les données quantitatives sont sous estimées , l'offre reste très largement insuffisante face à la demande potentielle+++++++

CONCLUSION

- Cette enquête montre une offre de réhabilitation respiratoire en France qualitativement conforme aux recommandations en vigueur mais encore très insuffisante quantitativement.
- Il persiste une hétérogénéité :

✓ géographique,
✓ De taille de structure,
✓ de moyens,
✓ des critères d'évaluation

} empêchant des analyses plus fines

→ Nécessité d'études médico-économiques prospectives nationales, d'analyse de l'impact temps consacré par séance/résultats à court et long terme, d'une réflexion sur des programmes plus flexibles ou intégrant des moyens modernes de communication, et mieux intégrés dans le parcours de soins du patient.

MERCI

A Linda Hajouji pour son aide précieuse

et

A tous ceux qui ont pris la peine de renseigner cette enquête