

Comment construire et suivre un programme de réhabilitation hors structure hospitalière ?

AT 29 CPLF – 28 janvier 2018

Bertrand SELLERON

Romain PICHON





22^e CONGRÈS DE PNEUMOLOGIE DE LANGUE FRANÇAISE
ONCOLOGIE THORACIQUE - LE POUMON ET SON ENVIRONNEMENT

LYON
CENTRE
DES CONGRÈS
26 | 27 | 28
Janvier 2018

Déclaration de liens d'intérêts

J'ai actuellement, ou j'ai eu au cours des trois dernières années, une affiliation ou des intérêts financiers ou intérêts de tout ordre avec les sociétés commerciales suivantes **en lien avec la santé.**

Romain PICHON

- **Liens d'intérêt : Aucun**

- **Liens d'intérêt en relation avec la présentation : Aucun**



22^e CONGRÈS DE PNEUMOLOGIE DE LANGUE FRANÇAISE
ONCOLOGIE THORACIQUE - LE POUMON ET SON ENVIRONNEMENT

LYON
CENTRE
DES CONGRÈS
26 | 27 | 28
Janvier 2018

Déclaration de liens d'intérêts

J'ai actuellement, ou j'ai eu au cours des trois dernières années, une affiliation ou des intérêts financiers ou intérêts de tout ordre avec les sociétés commerciales suivantes **en lien avec la santé.**

Bertrand SELLERON

- **Liens d'intérêt : Boehringer Ingelheim France, RESMED**

- **Liens d'intérêt en relation avec la présentation : Aucun**

Objectifs de l'atelier

- Préciser les pré-requis à la construction d'un programme
- Déterminer l'évaluation et le contenu optimal
- Cerner les besoins de suivi et ses solutions

Epidémiologie et système de santé

- **BPCO : 6% de la population, sous diagnostiquée**
 - 1 BPCO sur 4 est suivi par un pneumologue
 - Parmi ceux-ci, 1 sur 4 bénéficie d'une réhabilitation respiratoire
- **Asthme, mucoviscidose, dilatations des bronches, ...**
- **Des parcours de soins hétérogènes : UER, CRCM, Réseaux de réhabilitation respiratoire, Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, PRADO, CPTS**
- **Qu'est-il possible en soins primaires ?**

Cadre juridique

- **Déclaration Universelle des Droits de l'Homme**
 - Tout homme a droit à l'accès aux soins ...
- **Réglementation de l'exercice du métier de Masseur-Kinésithérapeute**
 - Prescription médicale ni qualitative ni quantitative
 - Diagnostic kinésithérapique et plan de traitement
- **Code de déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes**
 - Soins de qualité au regard de l'état des connaissances
- **Réglementation de l'éducation thérapeutique**

Recommandations professionnelles

- **Recommandations SPLF 2009**
- **Charte du Kinésithérapeute participant à la réhabilitation respiratoire**
- **BTS Guidelines for respiratory physiotherapy for spontaneously breathing adults**
- **ATS / ERS 2013**
- **Référentiels en kinésithérapie respiratoire (GTRTR)**
- **Référentiel CNOMK : maladie chronique**

La réhabilitation respiratoire : définition SPLF 2009

« ... ensemble de moyens proposés au patient atteint d'une maladie respiratoire pour **réduire le handicap et améliorer la qualité de vie.**

La RR a pour objectif principal de **maintenir dans la durée un niveau d'activité physique quotidienne** jugé nécessaire à la santé physique et psychique du patient ...»

Les composantes (RPC SPLF 2009)

- **Le réentraînement à l'exercice individualisé**
- **L'éducation thérapeutique**
- **La kinésithérapie respiratoire**
- **Le sevrage tabagique**
- **Prise en charge nutritionnelle, psychologique et sociale**
- ***Peut nécessiter équipe trans-disciplinaire***
- ***Stage d'initiation ou de suivi***

Indications RPC SPLF 2009

- **Concerne en priorité les BPCO stade II ou III (GOLD) : la gravité de la BPCO n'est pas une contre-indication**
- **Dyspnée et intolérance à l'exercice**
- **Réduction des activités sociales en rapport avec l'altération de l'état de santé**
- **Patient en état stable ou au décours d'une exacerbation**

Maillage

- **Maillage = s'entourer, connaître, se faire connaître, travailler avec des professionnels qui complètent cette démarche**
- **Pneumologue : indispensable et prescripteur n°1, ressource PEC médicale**
- **MT : central, lien avec les spécialistes, connaît + ou – bien la réhabilitation respiratoire**
- **Rôle du kinésithérapeute en situation d'urgence (décret d'actes)**

Un projet de soins primaires

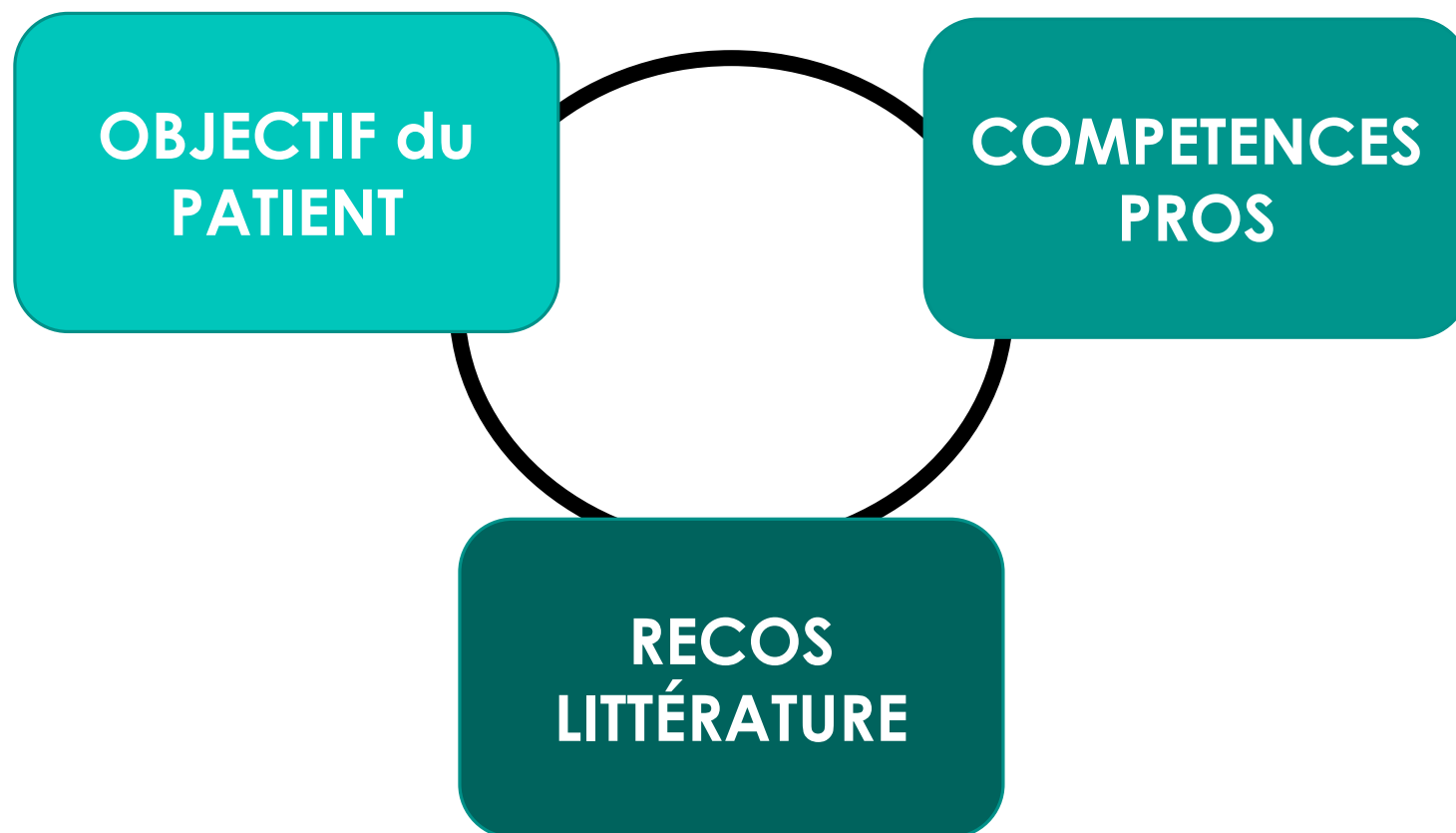
○ Identifier les acteurs locaux

- Prescripteurs : pneumologues, médecin généralistes
- Diététiciens libéraux : association professionnelle
- Psychologues libéraux : associations professionnelles, en collaboration avec psychiatres
- Profs APA et éducateurs sportifs

○ Communication interprofessionnelle

- Accéder aux informations disponibles : le patient et son dossier
- Anticiper le compte rendu de rééducation

Faisabilité



Sécurité

**Contre-indication à l'effort
à écarter**

**Si possible Evaluation
pneumologue avec épreuve
d'effort**

**Minimum : avis Cardio avec
ECG d'effort**

**Idée de charge progressive
Contrainte augmentée graduellement
Eviter les pics de charge**

**Pas une sécurité absolue
Mais favorise l'adaptation cardio-respiratoire
Minimise les risques**

Sécurité

**Si évaluation
Pneumo**

De nombreux bilans disponibles

- **Fonction pulmonaire**
- **Test de marche**
- **Epreuve d'effort**
- **Qualité de vie**
- **Gazométries**

**Si pas
d'évaluation
Pneumo**

**Nécessité d'un feu vert cardio
Possibilité de réaliser nombre de
bilans pertinents par le MK**

Efficacité Hors-hospitalier

DERNIERE COCHRANE :

[Cochrane Database Syst Rev. 2015 Feb 23;\(2\):CD003793. doi: 10.1002/14651858.CD003793.pub3.](#)

Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease.

[McCarthy B¹](#), [Casey D](#), [Devane D](#), [Murphy K](#), [Murphy E](#), [Lacasse Y](#).

- Réhabilitation respiratoires améliore les symptômes des patients atteints de BPCO

Ok allons plus loin

- Quels sont les caractéristiques optimales (lieu, durée, composants...)?

- Analyse en sous-groupes :
 - Hôpital vs proximité



différence dans le CRQ

mais pas SGRQ



Littérature

DEUX REVUES SYSTEMATIQUES DEPUIS :

Home or community-based pulmonary rehabilitation for individuals with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis

Reabilitação pulmonar domiciliar ou comunitária para indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crônica: revisão sistemática e meta-análise

Rehabilitación pulmonar domiciliar o comunitaria para individuos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica: revisión sistemática y metaanálisis

Leonardo Fratti Neves ¹
Manoela Heinrichs dos Reis ²
Tonantzin Ribeiro Gonçalves ¹

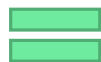
SYSTEMATIC REVIEW

Comparison of outpatient and home-based exercise training programmes for COPD: A systematic review and meta-analysis

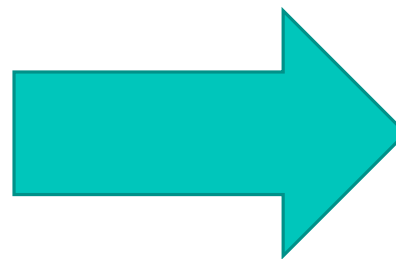
FRANCESCA WUYTACK,¹ DECLAN DEVANE,¹ ELIZABETH STOVOLD,² MELISSA MCDONNELL,³
MICHELLE CASEY,⁴ TIMOTHY J. MCDONNELL,⁴ PADDY GILLESPIE,⁵ ADAM RAYMAKERS,⁵ YVES LACASSE⁶
AND BERNARD MCCARTHY¹

Efficacité semblable des différents types de programmes en terme de :

QUALITE DE VIE



CAPACITE à L'EXERCICE



Construction réhabilitation respiratoire

Bilan-Diagnostic Kinésithérapique

QU'ÉVALUER ?

COMMENT L'ÉVALUER ?

Construction réhabilitation respiratoire

EVALUATION – BILAN INITIAL :

- **Indispensable à une prise en charge de qualité**
- **Adapté au libéral**
- **Mais valide et fiable**

CAPACITE à L'EXERCICE

FONCTION MUSCULAIRE

QUALITE DE VIE

ESSOUFFLEMENT

COMPOSITION
CORPORELLE

EQUILIBRE

ANXIETE
DEPRESSION

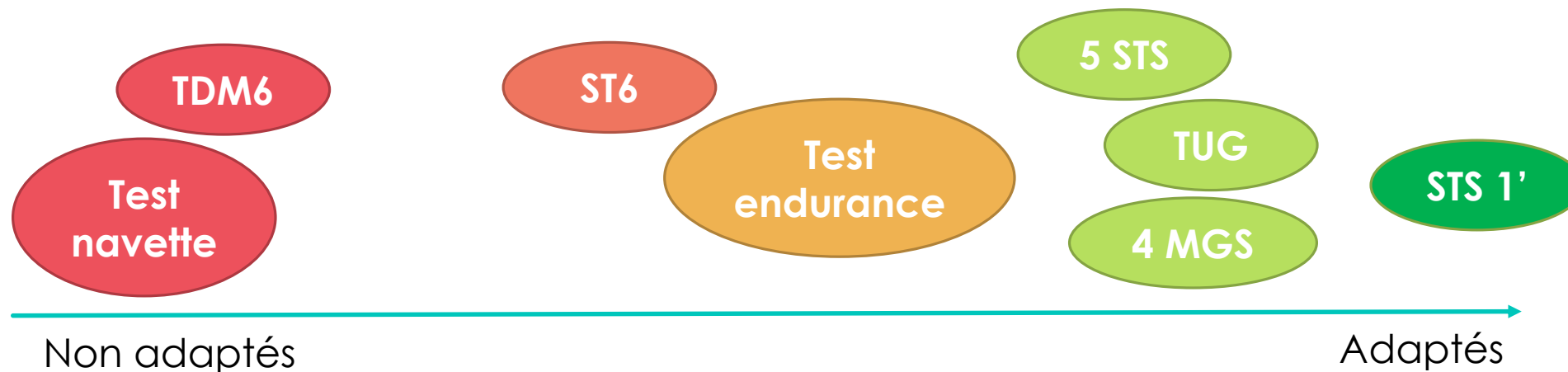
EDUCATION
THERAPEUTIQUE

TABACO

Construction réhabilitation respiratoire

CAPACITE à L'EXERCICE

- Indispensable de posséder un MARQUEUR de la capacité à l'exercice de notre patient
- Nombreux tests validés chez les patients BPCO
- Certains mieux adaptés à la pratique libérale que d'autres



Construction réhabilitation respiratoire

FONCTION MUSCULAIRE

- Composante primordiale à objectiver
- Avoir un point de départ
- Marqueur aussi pour le patient

Membres inférieurs



Membres sup

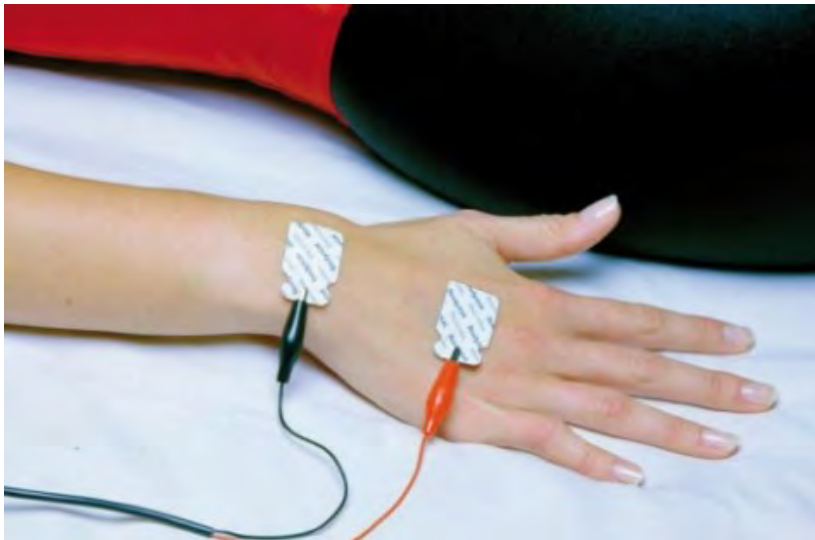


Muscles inspi



Construction réhabilitation respiratoire

COMPOSITION CORPORELLE



- **Indice de Masse Corporelle facilement déterminable**
- **IMC ne renseigne pas précisément sur la composition corporelle**
- **Pour avoir une idée plus précise : impédancemétrie**

Construction réhabilitation respiratoire

Essoufflement

Evaluation multidimensionnelle nécessaire

Impact Engendré

- MMRC
- LCADL
- SGRQ
- VQ11

Dimension Sensorielle

- EVA
- Borg
- Dyspnea 12

Dimension Affective

- EVA
- Borg
- Dyspnea 12

Construction réhabilitation respiratoire

Qualité de Vie

Questionnaire de qualité de vie **SFCO-VQ11**

Nom _____ Prénom _____

Date ____ / ____ / 20__

Les phrases suivantes expriment des sentiments sur les conséquences d'une maladie respiratoire. Pour chacune, cochez l'intensité qui vous correspond le mieux maintenant. Aucune réponse n'est juste, elle est avant tout personnelle.

	1	2	3	4	5
1 Je souffre de mon essoufflement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Je me fais du souci pour mon état respiratoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Je me sens incompris(e) par mon entourage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Mon état respiratoire m'empêche de me déplacer comme je le voudrais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Je suis somnolent(e) dans la journée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Je me sens incapable de réaliser mes projets	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Je me fatigue rapidement dans les activités de la vie quotidienne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Physiquement, je suis insatisfait(e) de ce que je peux faire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Ma maladie respiratoire perturbe ma vie sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Je me sens triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Mon état respiratoire limite ma vie affective	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

S'il vous plaît, vérifiez d'avoir répondu à chaque question. En vous remerciant.

	Somme
<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	
Total	

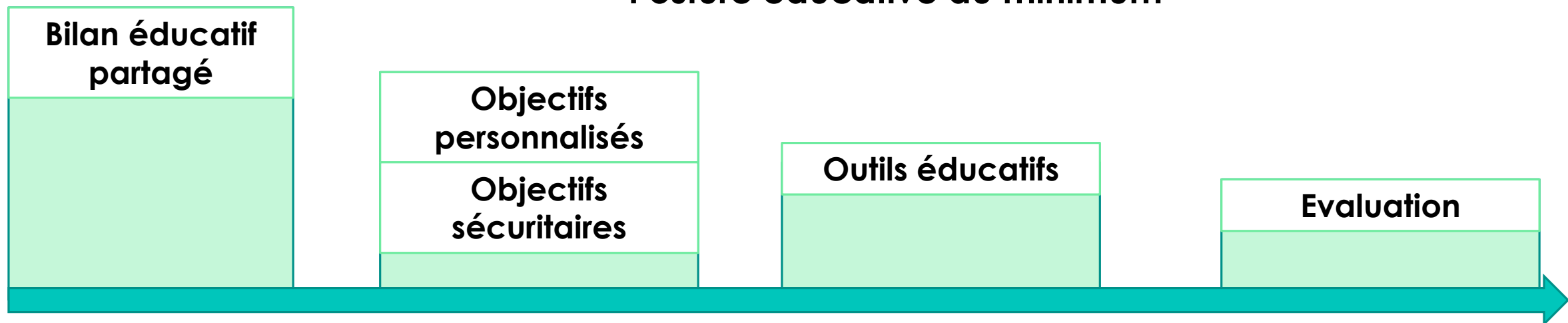
FFP FFAAIR ER SIF

- Questionnaires courts et rapides de passation particulièrement adaptés au libéral
- VQ 11
 - Validé
 - Explore marqueurs Fonctionnels / Psychologiques / Relationnels
- Autres questionnaires existants : VSRQ, CAT...

Construction réhabilitation respiratoire

Education Thérapeutique

- Composante indispensable de la RR
- Une prise en charge en libérale doit comporter une part éducative même si ≠ d'un programme d'éducation thérapeutique formalisé
- Posture éducative au minimum



Construction réhabilitation respiratoire

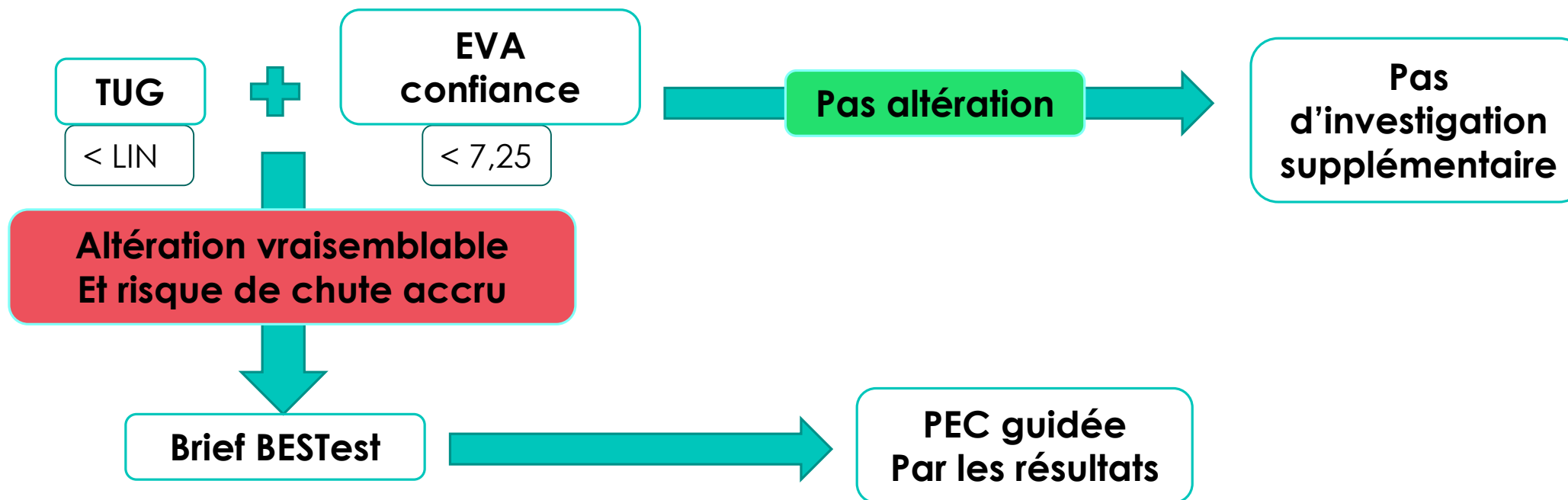
Anxiété Dépression

- Impact certain sur les évolutions induites par la réhabilitation respiratoire
- Échelle HAD
- Simple, valide et rapide de passation
- Valeur pronostique établie

Construction réhabilitation respiratoire

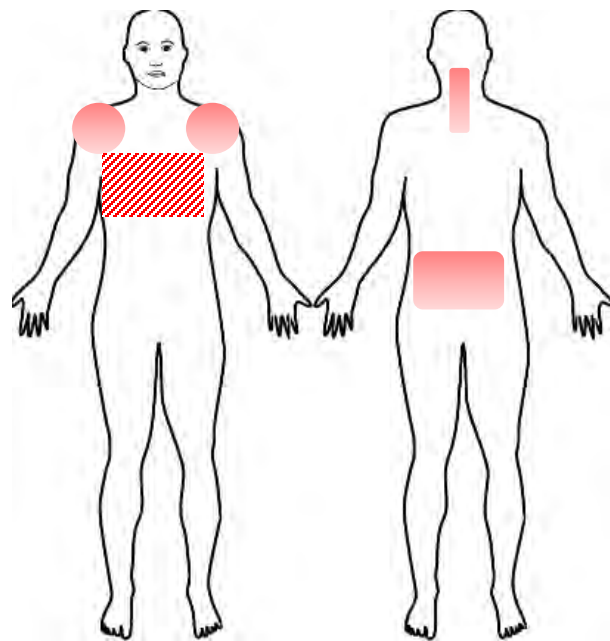
Equilibre

- Absent des recos, mais domaine émergent
- Nécessité de faire vite, discriminant et précis



Construction réhabilitation respiratoire

Douleur



- Prévalence de douleur plus élevée dans la population de patients de BPCO et de pathologies respiratoires chroniques

2,5 fois plus de plainte douloureuse que dans la population générale

Douleur associée avec



QdV

Capacité
exercice

AVQ



Essoufflement

Van Dam 2014

Lee 2015

HanjGhanbari 2013

QUESTION

QUELLE PRISE EN CHARGE OPTIMALE ?

Entrainement à l'exercice

- 20 à 60' idéalement
- Continu ou fractionné
- Monitoring : intensité essoufflement et FC
- Vélo ou tapis
- Progressivité / surcharge

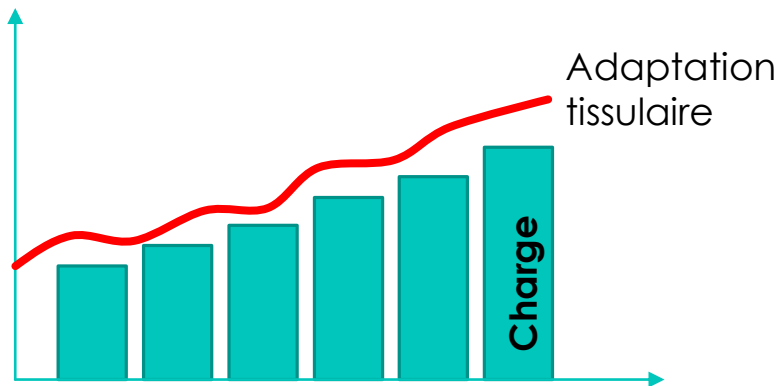
Préférence du patient et PROGRESSIVITE

Renforcement musculaire

- **2 à 3 fois / semaine minimum**
- **8 à 12 répétitions ; 3 séries à chaque fois**
- **Quels groupes musculaires ?**
 - **Fonction bilan**
 - **MI : Quadriceps, MF, triceps**
 - **MS : Deltoïdes, RL, fix scapula**

**Questionnement pour
les MS ?**

Renforcement musculaire



- **Matériel pratique :**
 - Banc / Presse / ...
 - Elastiques, loops, haltères, Kettlebells...
 - Poids de corps avec ou sans lest
- **Monitoring par EVA**
- **En théorie si travail de force => impossible de réaliser + de 8 à 12 répétitions**

IMPORTANCE PRECISION MONITORAGE ET PROGRESSIVITE

Electrostimulation

- **Electrostimulation : facilement réalisable au cabinet**
- **Améliore force et capacité fonctionnelle ; effet incertain sur la qualité de vie**
- **Idéal pour reprendre l'entraînement à la suite d'un épisode aigu**
- **Progressivité :**

Passif semi-assis

Actif semi-assis

Actif assis

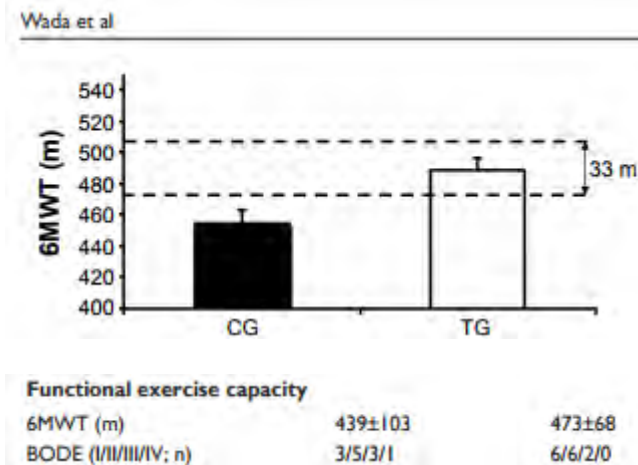
Squat debout

Entraînement des muscles inspireurs

- **ENTRAINEMENT DES MUSCLES INSPIRATEURS (EMI)**
- **Bénéfice supplémentaire actuellement débattu**
- **En pratique :**
 - **Appareils à seuil (Powerbreathe, Threshold IMT)**
 - **Spirotiger (hyperpnée normocapnique)**
 - **Modalités renforcement musculaire applicable**
 - **Progressivité**

Travail de la souplesse

- Dans les recos ERS-ATS mais peu de littérature sur le sujet
- Gym incluse dans de nombreux programmes
- Stretching Global ? Des muscles respi ?



Pas d'étude de qualité méthodologique suffisante pour dégager une conclusion ferme

Equilibre



- **Les composants classiques de la RR n'apportent pas de changements cliniquement pertinents sur l'équilibre**
- **Nécessité d'une prise en charge spécifique**
- **Guidée par le bilan initial (Brief BESTest)**
- **Deux fois par semaine, progressivité**
- **Bénéfice semble se retranscrire dans les AVQ**

Education thérapeutique

- Outils à sélectionner en fonction des objectifs personnalisés et des objectifs sécuritaires déterminés
- Outils nombreux disponibles :
 - living well with COPD,
 - MétaPlan
 - Images - Photolangage,
 - un tableau blanc, crayon et une posture éducative...
- Toujours = INTERACTIVITE

Education thérapeutique

- **Particularités du hors-hôpital :**

Situation privilégiée pour le repérage et la gestion des exacerbations

**Mises en situation réalisables dans le contexte réel du patient
(lieux de vie, commerces, entourage)**

Pérennisation des acquis, maintien de l'activité physique

Pas dans le cadre d'un programme autorisé mais central, de tous les instants en libéral

Sevrage tabagique

- **Au moins poser la question de l'arrêt**
- **Principes éducatifs applicables à chaque changement de comportement envisagé**
- **Score de Fagerstrom comme aide au dosage nicotinique**
- **Possibilité de prescription directe de substitut par le kinésithérapeute**

Conseils diététiques

- **IMC et perte de poids récente**
- **Régime crétois**
- **Consultation diététique et financement**
 - **Individuelle et collective**

SUIVI

- **Bénéfices d'un stage initial disparaissent en 6 à 12 mois**
- **Nécessité de pérenniser les acquis => prévoir un programme de suivi :**
 - **AP régulière et incluse dans les habitudes quotidiennes**
 - **Poursuivre l'ETP et l'accompagnement pour maintenir les changements de comportement**
 - **Poursuivre si besoin la PEC psychologique et diététique**

SUIVI

- **Validité d'une prescription de kinésithérapie**
 - Possibilité de planifier des séances à 3, 6, 9 & 12 mois ...
- **Prévoir des indicateurs de suivi**
 - Dyspnée, qualité de vie, aptitude à l'effort, quantité d'activités physiques, connaissances ...
 - Courrier aux prescripteurs et autres intervenants ...

MERCI de VOTRE ATTENTION

Bertrand SELLERON : bertrand.selleron@gmail.com

Romain PICHON : romain.pichon0@gmail.com