

Histoire de la réhabilitation respiratoire : Des bronches à l'appropriation

En hommage au Professeur Christian Préfaut

Pr. Grégory Ninot

Directeur, laboratoire EA4206 Conduites Addictives, de Performance et Santé

www.performance-sante.fr



Réhabilitation :

« ensemble de soins personnalisés, dispensé au patient atteint d'une maladie respiratoire chronique, par une équipe transdisciplinaire »

Objectif :

« réduire les symptômes, optimiser les conditions physiques et psychosociales, diminuer les coûts de santé par une stabilisation des manifestations systémiques de la maladie »

Prévention des
MALADIES CHRONIQUES
un investissement vital

Les années 1970

dyspnée et son contrôle

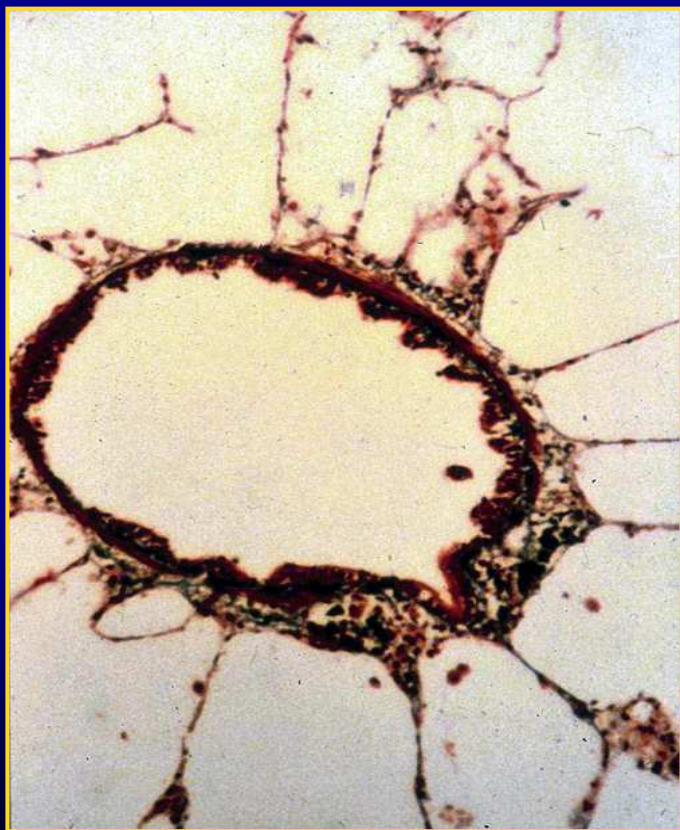
85% des patients souffrant de BPCO :

« respiration exige un effort » (Malher et al., 1996)

1^{er} paradoxe: un essoufflement incontrôlable

Les années 1970

dyspnée et son contrôle
petites voies aériennes



Non fumeur



BPCO (Saetta, 1998)

Les années 1970

dyspnée et son contrôle

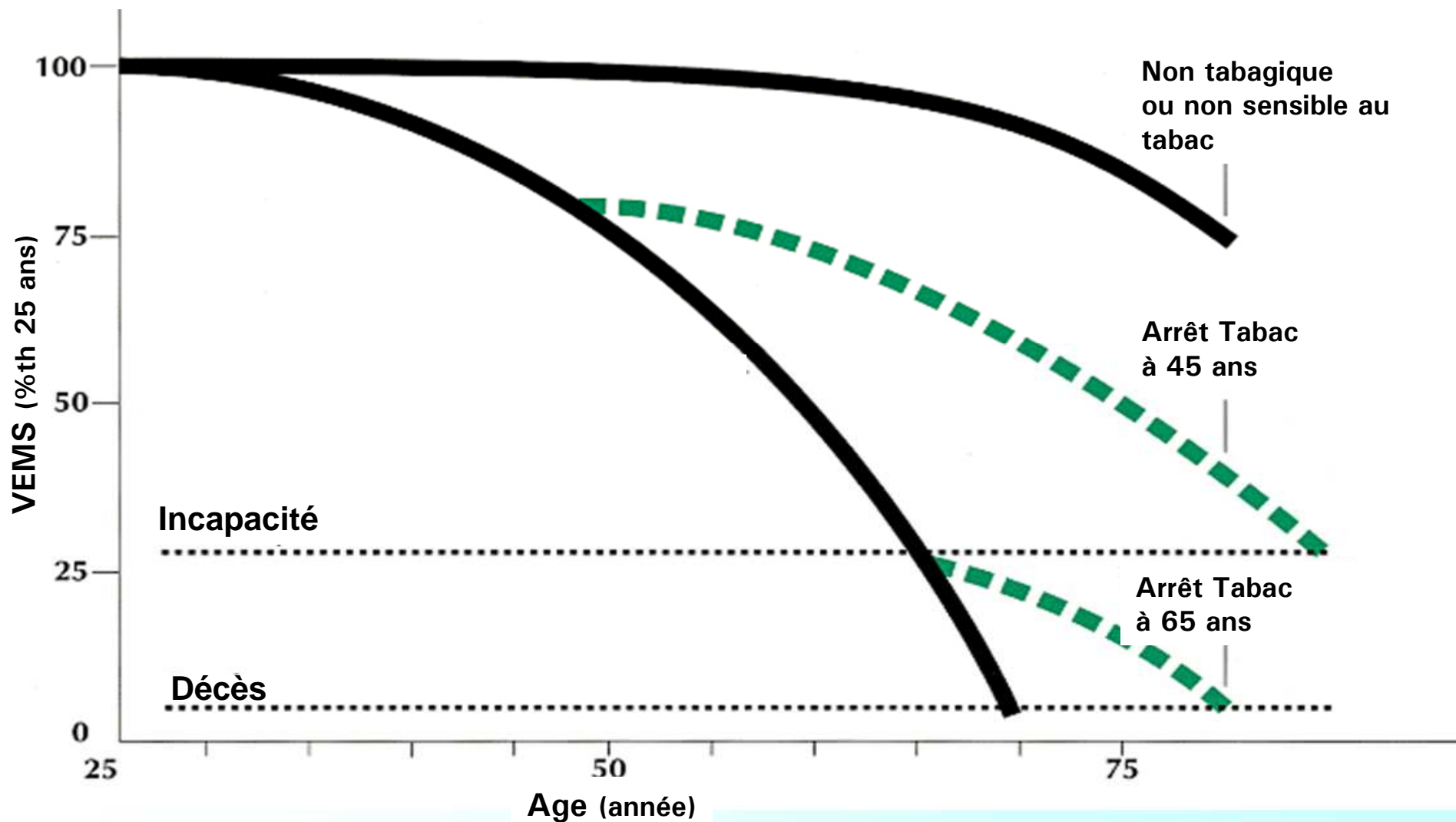
↗ capacité ventilatoire (HD)

↗ dyspnée (fonction de l'HD)

$$r^2 = .45 \text{ (} p < .001 \text{)}$$

(O'Donnell et al., 1993, ARRD)

Tabac et déclin du VEMS



Les années 1970

dyspnée et son contrôle

dyspnée à l'effort

Un résultat

amélioration du contrôle de la dyspnée

Voies thérapeutiques (↗ capacités ventilatoires)

arrêt du tabagisme

broncho-dilatateur et corticostéroïdes inhalés

kinésithérapie respiratoire

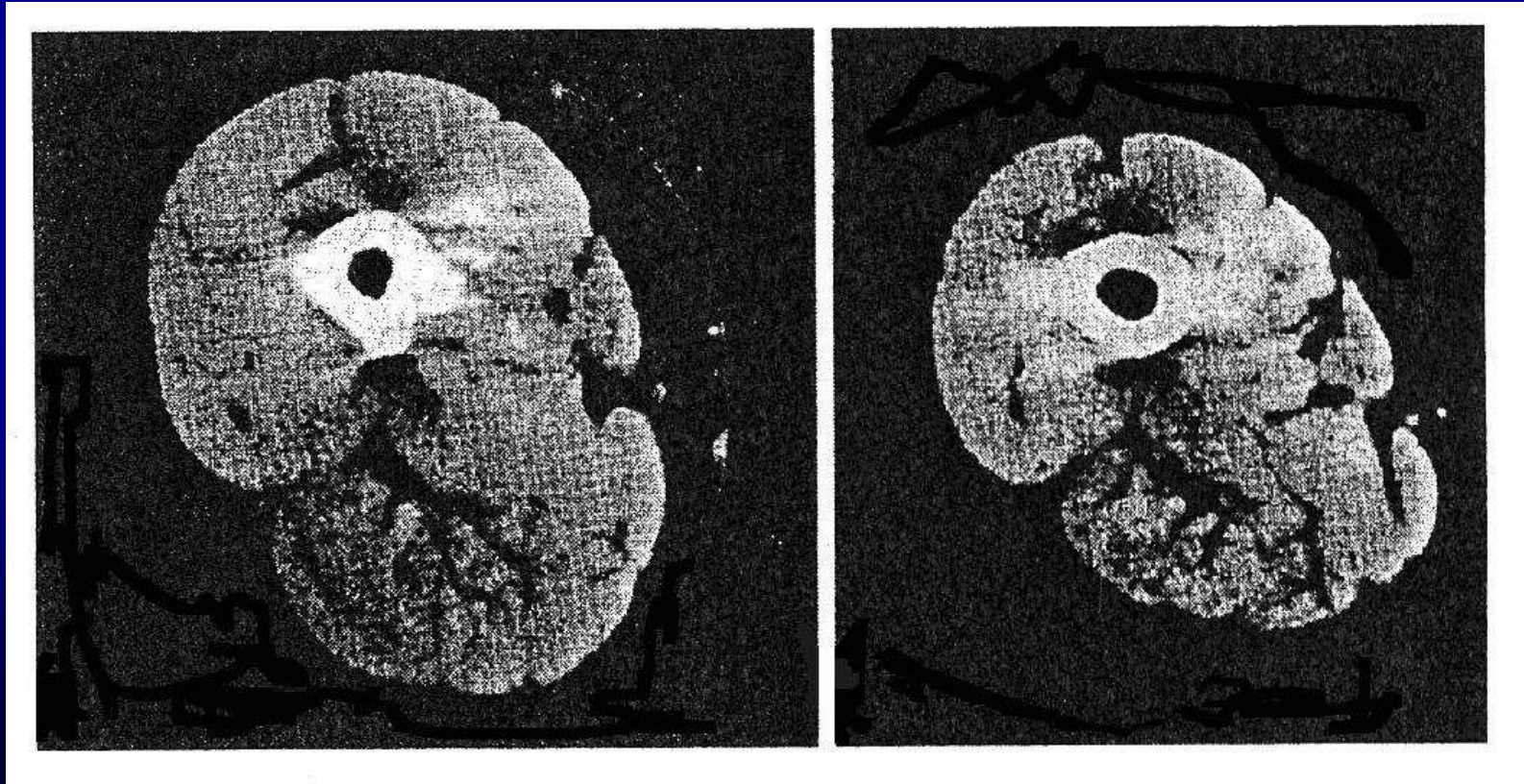
relaxation et désensibilisation à la dyspnée

2^{ème} paradoxe: une tolérance à l'effort irrémédiablement perdue

Les années 1980

déconditionnement physique

Quadriceps



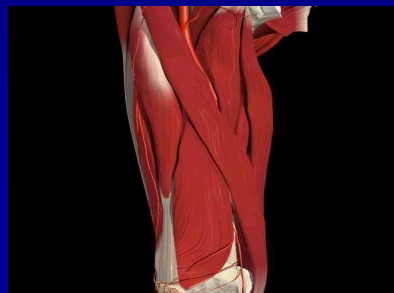
Les années 1980

déconditionnement physique

Quadriceps

↗ 57 % endurance

Allaire, *Thorax*, 2004;
Coronell, *Eur Respir J*, 2004;
Koechlin et al., *Eur Respir J*,
2004; Couillard, *AJRCCM*,
2003; Debigare, *Eur Respir J*,
2003; Serres, *Chest*, 1998



↗ 33 % force

Allaire, *Thorax*, 2004;
Debigare, *Eur Respir J*, 2003;
Couillard, *AJRCCM*, 2003;
Marquis, *AJRCCM*, 2002;
Bernard, *AJRCCM*, 1998

↗ de la demande ventilatoire

↗ aggravation de la dyspnée

↗ de la tolérance à l'effort

pour VO_2 donnée, dyspnée liée à l'HD

$$r^2 = 0,47 \quad p < 0,001$$

2^{ième} paradoxe: une tolérance à l'effort irrémédiablement perdue

Effet du réentraînement à l'effort



Les années 1980

le réentraînement à l'effort
déconditionnement physique

Un résultat

amélioration de l'autonomie
amélioration musculaire

Voies thérapeutiques (par ↗ demande ventilatoire)

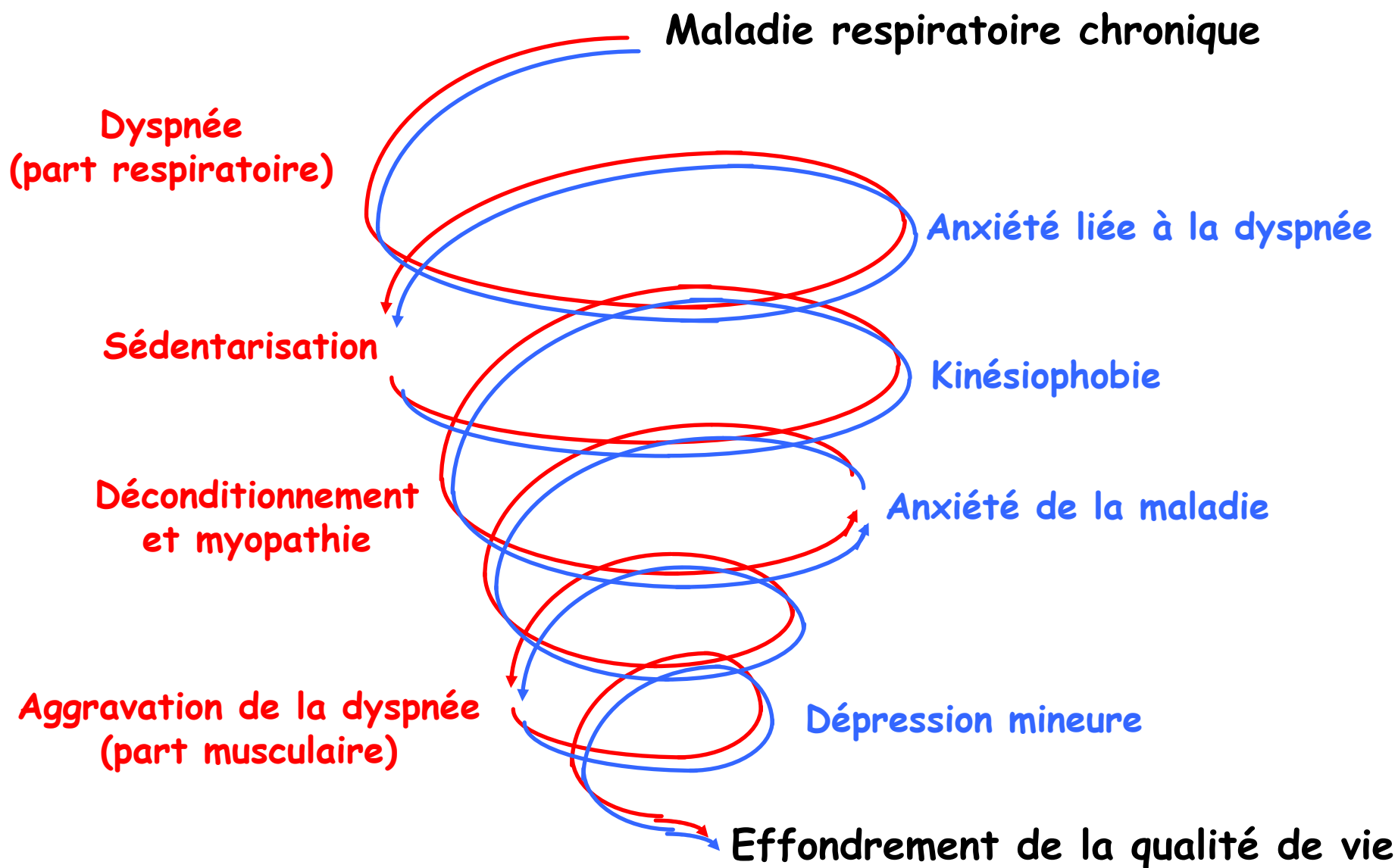
réentraînement à l'effort au seuil ventilatoire
oxygène

3^{ème} paradoxe: une qualité de vie dégradée

Les années 1990

réhabilitation

maladie chronique systémique d'origine respiratoire



Les années 1990

réhabilitation

maladie chronique systémique d'origine respiratoire

Un résultat

↗ tolérance à l'effort, l'autonomie et la qualité de vie 1 an après

Results at 1 year of outpatient multidisciplinary pulmonary rehabilitation: a randomised controlled trial

T L Griffiths, M L Burr, I A Campbell, V Lewis-Jenkins, J Mullins, K Shiels, P J Turner-Lawlor, N Payne, R G Newcombe, A A Lonescu, J Thomas, J Tunbridge

3^{ème} paradoxe: une qualité de vie dégradée

Les années 1990

réhabilitation

maladie chronique systémique d'origine respiratoire

Un résultat

↗ tolérance à l'effort, l'autonomie et la qualité de vie 1 an après

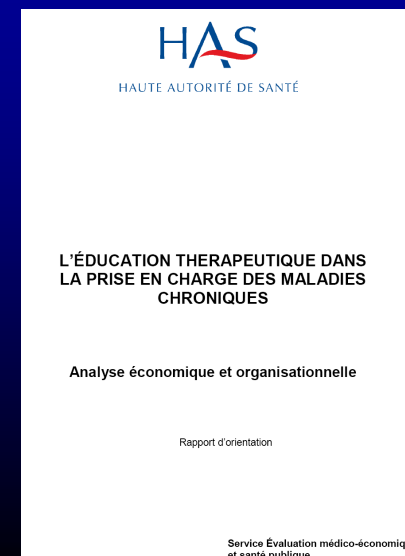
Voies thérapeutiques

Éducation thérapeutique en réhabilitation

savoir (connaissances)

savoir-faire

savoir-être



4^{ième} paradoxe: une durée de vie limitée et des coûts de santé en augmentation

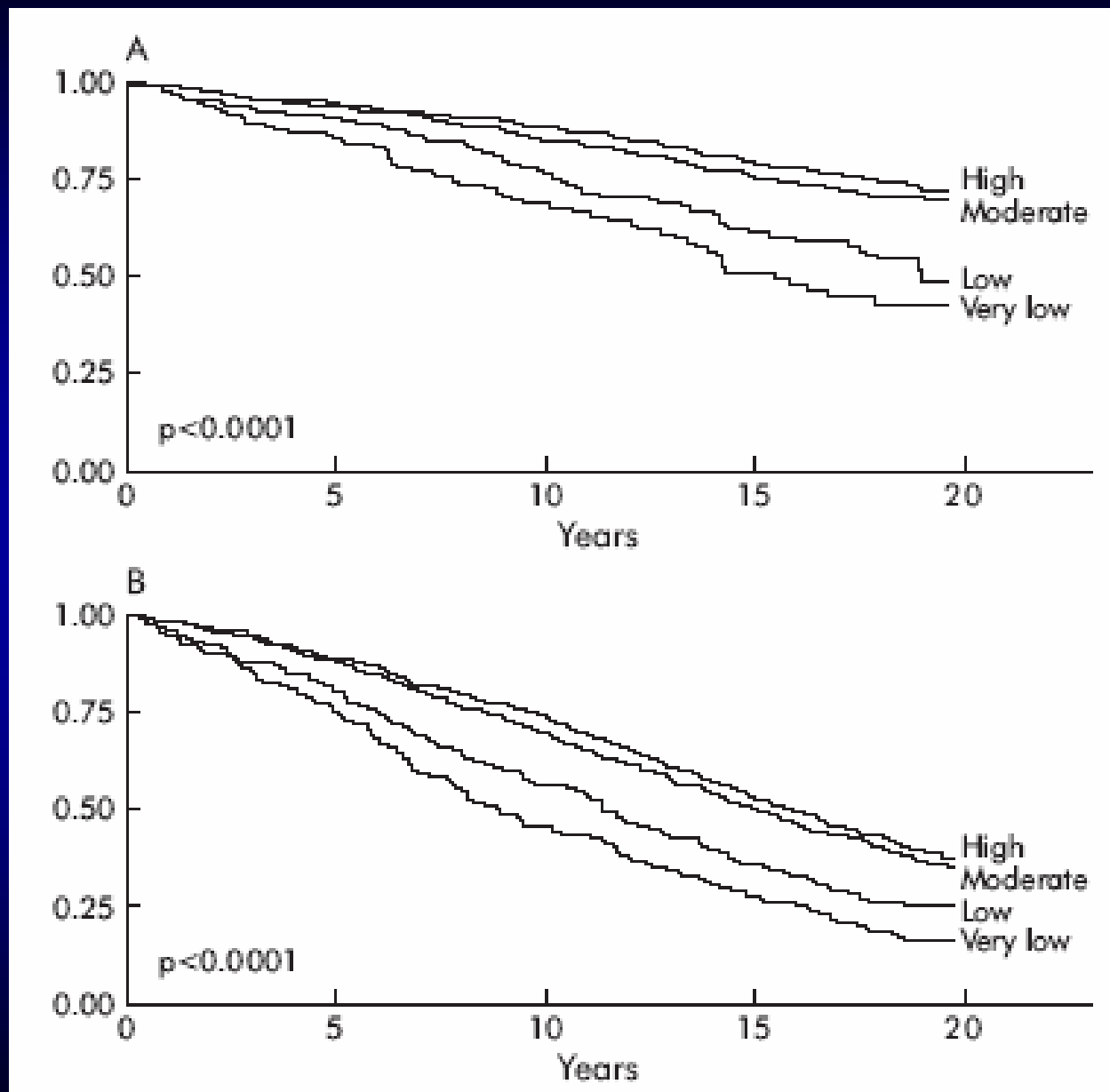
Les années 2000

la poursuite de la réhabilitation (post-réhabilitation)

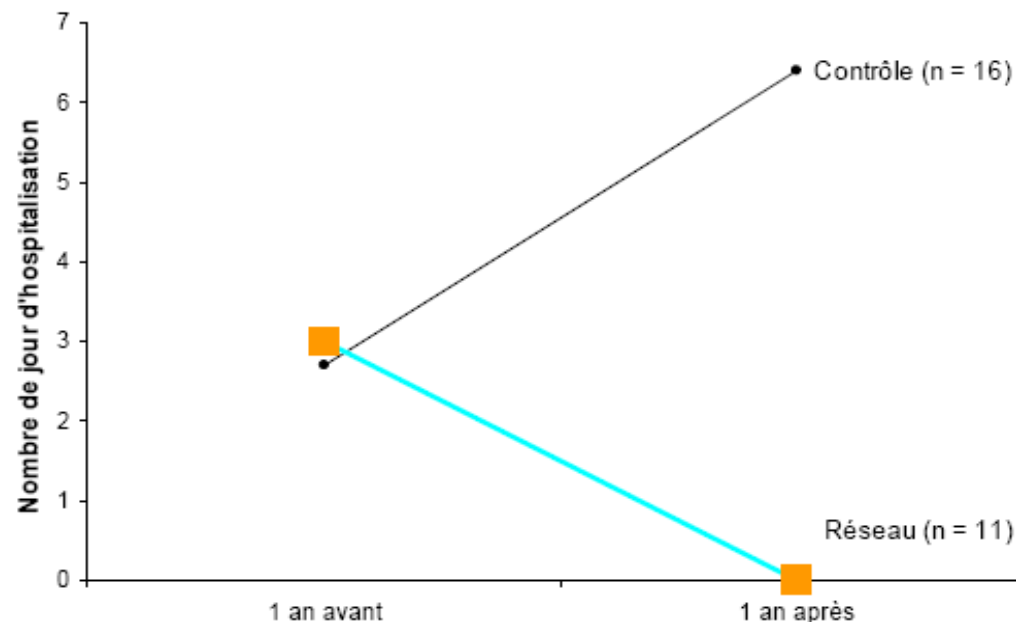
Un résultat

amélioration de la durée de vie

4^{ième} paradoxe: une durée de vie limitée et des coûts de santé en augmentation



4^{ième} paradoxe: une durée de vie limitée et des coûts de santé en augmentation



Respiratory Medicine (2008) 102, 556–566



ELSEVIER

respiratoryMEDICINE

An innovative maintenance follow-up program after a first inpatient pulmonary rehabilitation

G. Moullec^{a,*}, G. Ninot^a, A. Varray^b, J. Desplan^c, M. Hayot^d, C. Prefaut^d

^aEA-4206 Addictive, Performance and Health Behaviors, University Montpellier1, Montpellier F-34000, France

^bEA-2991 Motor Efficiency and Deficiency, University Montpellier1, Montpellier F-34090, France

^c“Clinique du Souffle” La Solane, Osséja F-66340, France

^dINSERM ERI25 Muscles and Pathologies, University Montpellier1, CHU Montpellier, Montpellier F-34295, France

4^{ième} paradoxe: une durée de vie limitée et des coûts de santé en augmentation

Les années 2000

la poursuite de la réhabilitation (post-réhabilitation)

Un résultat

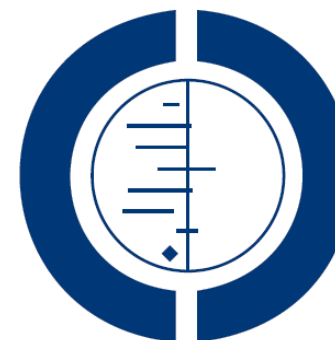
amélioration de la durée de vie

diminution des coûts de santé

grade 1A (Ries et al., 2007; Lacasse et al., 2008)

Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease (Review)

Lacasse Y, Goldstein R, Lasserson TJ, Martin S



THE COCHRANE
COLLABORATION®

Les années 2000

la poursuite de la réhabilitation

Un résultat

amélioration de la durée de vie

diminution des coûts de santé

grade 1A

Voies thérapeutiques

réseaux de santé

alliance thérapeutique - appropriation

exercice(s)

Lois et plans

Loi 2004-806 du 9 août 2004: amélioration de la qualité de vie de personnes souffrant de MC

Plans maladie chronique 2007-2011 et BPCO 2005-2010

Programme d'actions
en faveur de la
broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)

2005 – 2010

« Connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO »



Lois et plans

Loi 2004-806 du 9 août 2004: amélioration de la qualité de vie de personnes souffrant de MC

Plans maladie chronique 2007-2011 et BPCO 2005-2010

Recommandations des sociétés savantes

ATS/ERS (2004), SPLF (2005)

Expertise collective INSERM (2008)

Réseaux, associations de patients et fédérations

Freins à la réhabilitation respiratoires

Minimisation des retentissements systémiques d'une maladie chronique

maladie chronique / maladie aiguë

Vision à court terme des soins

Accompagnement / soins d'urgence

Disparités régionales en réhabilitation respiratoire

Information et formation (*dyspnée 1970, REE 1980, réhab 1990, post-réhab 2000*)

Structures de réhabilitation

Mobilisation inégale des personnes bénéficiaires

Les patients

La réhabilitation respiratoire

Lutte contre les effets systémiques d'une maladie respiratoire chronique

Il n'est jamais trop tard (et surtout trop tôt) pour la commencer

Pas n'importe quelle activité physique (ni fréquence, durée, intensité)

Bénéfique pour la santé physique et mentale, qualité de vie et l'autonomie

1 euros investis / 3-5 euros économisés

De la BPCO aux maladies respiratoires chroniques

**La Réhabilitation
du malade respiratoire
chronique**

*Christian Préfaut
Grégory Ninot*

III MASSON