

La réadaptation respiratoire à domicile est faisable et efficace : analyses d’une cohorte de 4614 personnes atteintes d’une maladie respiratoire chronique

Gephine S PhD^{1,2}, Le Rouzic O MD³, Chenivesse C MD³, Grosbois JM MD¹ sgephine@formactionsante.com



1. FormAction Santé, Pérenchies ; 2. Univ. Lille, Univ. Artois, Univ. Littoral Côte D’opale, ULR 7369 – URePSSS, Lille ; 3. CHU Lille, Service de Pneumologie et Immuno-Allergologie, Centre de Référence Constitutif des Maladies Pulmonaires Rares.

Introduction

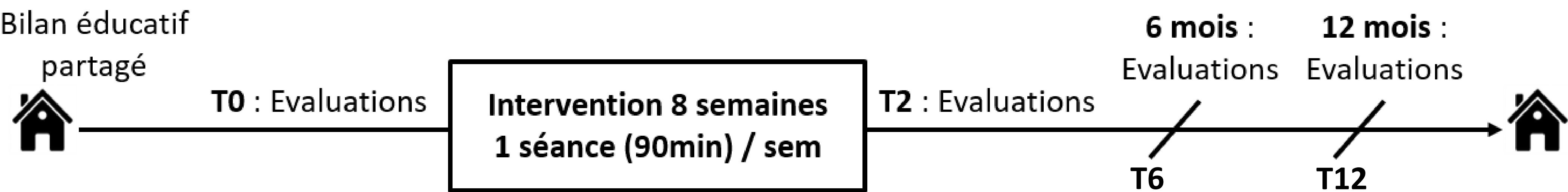
La réadaptation respiratoire (RR) en hospitalisation à temps complet ou en ambulatoire est efficace pour améliorer, la qualité de vie et la capacité à l’exercice des personnes atteintes d’une maladie respiratoire chronique. De **nombreuses barrières** freinent l’accessibilité à cette modalité de RR qui peuvent être **en partie levées par une prise en soin à domicile** ou en solution hybride avec de la télé-réadaptation.

L’objectif de cette étude était d’évaluer rétrospectivement sur une période de 15 ans, l’efficacité, à court (T2) et à long termes (T12) de la RR supervisée en présentiel à domicile sur la qualité de vie, les symptômes anxieux et dépressifs et la capacité à l’exercice chez des personnes atteintes d’une maladie respiratoire chronique.

Méthodes

Programme de **RR à domicile** intégrant **éducation thérapeutique, accompagnement psychosocial et motivationnel et réentraînement à l’effort / activité physique adaptée.**

Délivré par un unique professionnel de santé référent : **un *care manager***



+ de 4500 personnes prises en soin

Variables	Groupe Total N = 4614	BPCO N = 1798 (39%)	PID N = 842 (18%)	Asthme N = 485 (11%)	SAS/SOH N = 289 (6%)
Sexe, femme, n (%)	2069 (45)	633 (35)	327 (39)	366 (76)	151 (52)
Age, années	65 (13)	66 (10)	69 (12)	58 (17)	66 (11)
BMI, kg/m²	28 (8)	27 (8)	28 (6)	31 (9)	39 (9)
VEMS, % des prédites	53 (25)	42 (20)	69 (22)	65 (24)	71 (21)
CVF, % des prédites	70 (23)	66 (22)	70 (22)	81 (24)	76 (23)
Oxygénothérapie, n (%)	2332 (50)	1068 (59)	613 (73)	63 (13)	85 (29)
VNI, n (%)	1037 (22)	588 (33)	61 (7)	47 (10)	107 (37)
Comorbidité, nb moyen	4 (3)	4 (2)	4 (2)	5 (2)	6 (3)
Précarité, n (%)	2167 (53)	1079 (60)	337 (40)	276 (57)	143 (50)

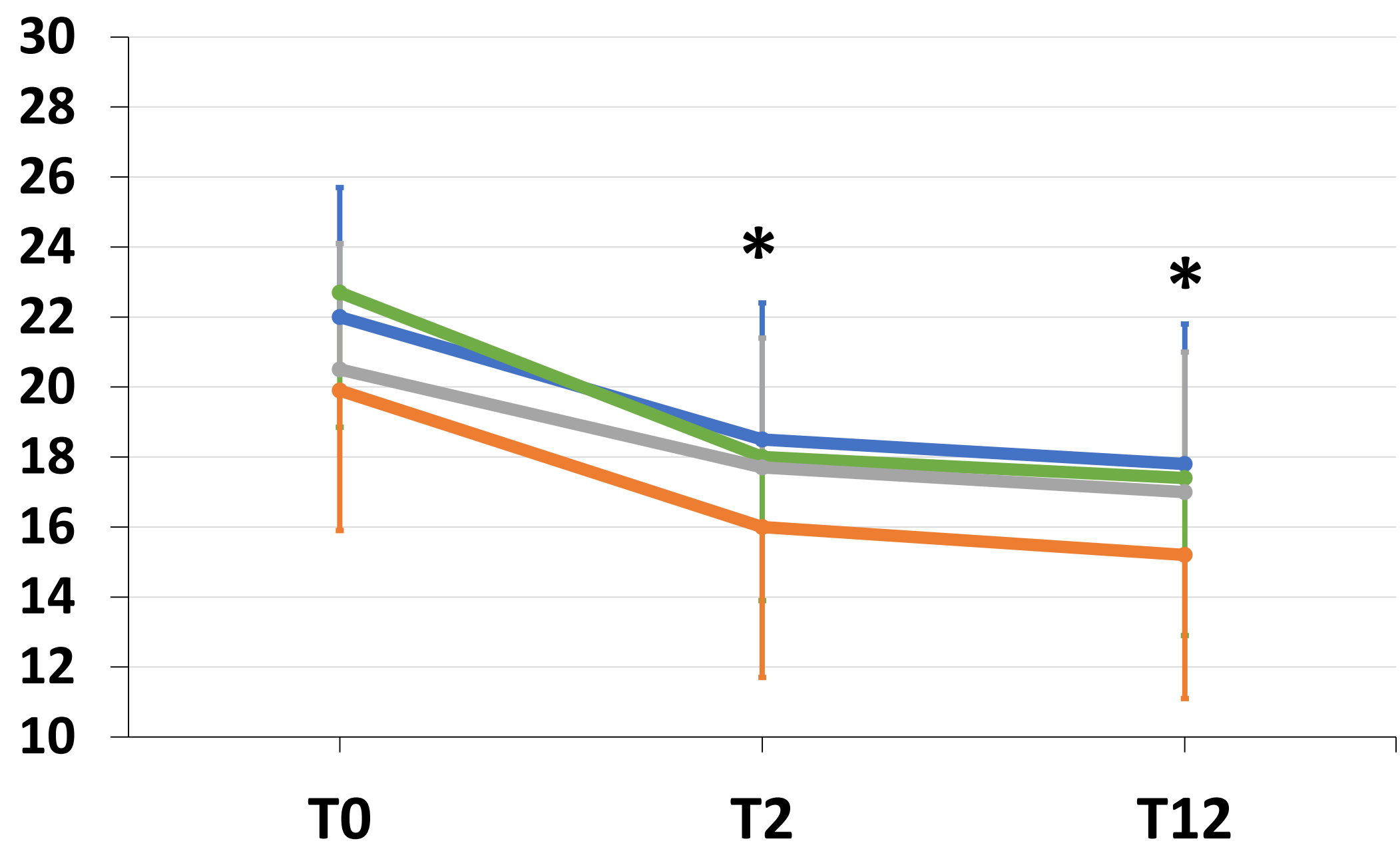
Surligné en gras les variables significativement plus élevés ou plus basses

Résultats

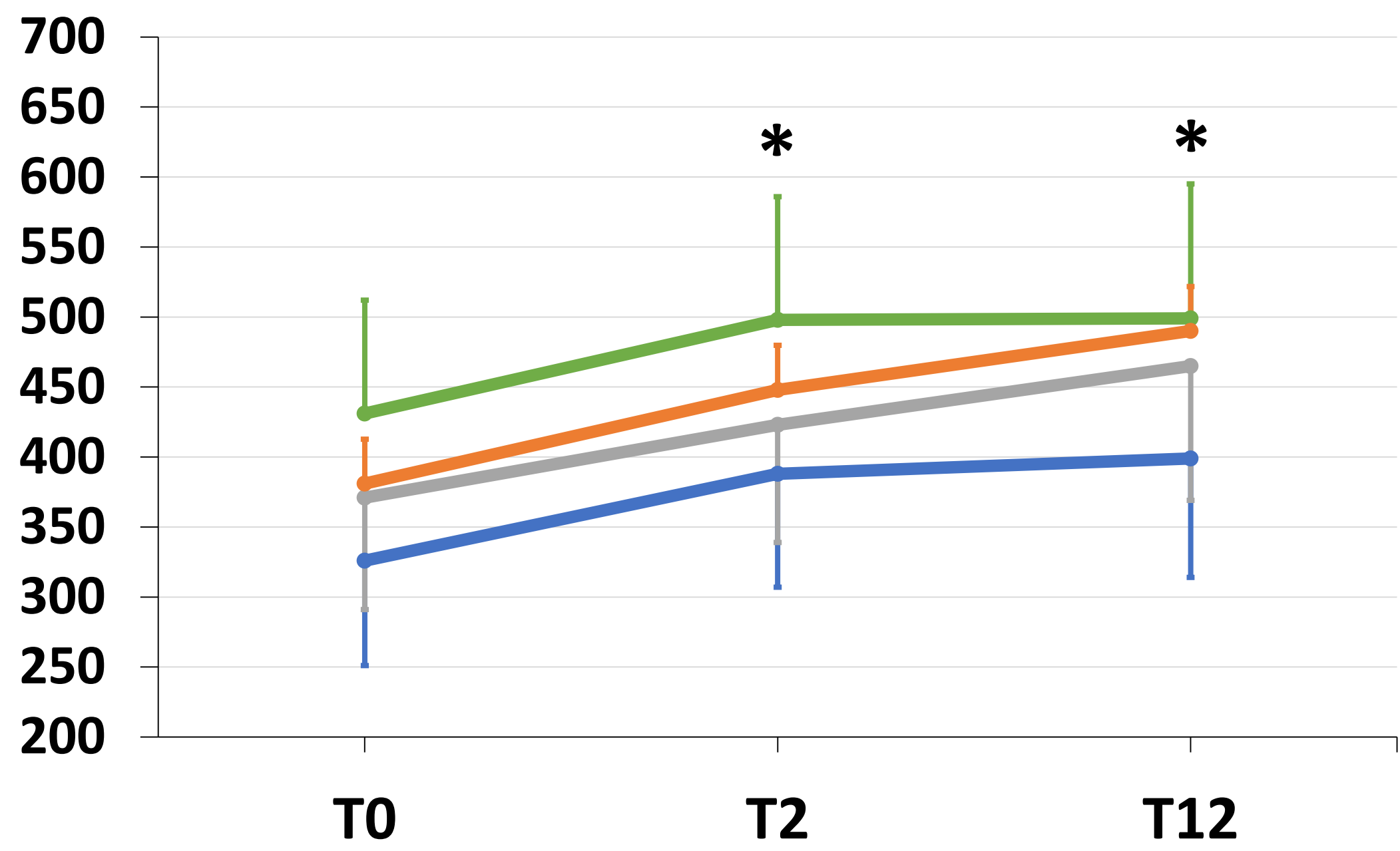
Evolution post RR du Groupe Total	Delta T2-T0	Delta T12-T0	MCID
	Moyenne des différences (IC 95%)	Moyenne des différences (IC 95%)	
CAT, score (0-40)	-3,8 (-4,1 à -3,4)	-4,2 (-4,7 à -3,6)	-2
Anxiété, HAD-A, score (0-21)	-1,3 (-1,4 à -1,1)	-1,6 (-1,8 à -1,6)	-1.5
Dépression, HAD-D, score (0-21)	-1,6 (-1,8 à -1,5)	-1,9 (-2,1 à -1,7)	-1.5
Test de stepper de 6 minutes, pas	62 (57 à 67)	54 (44 à 65)	+40

MCID, minimal clinically important difference

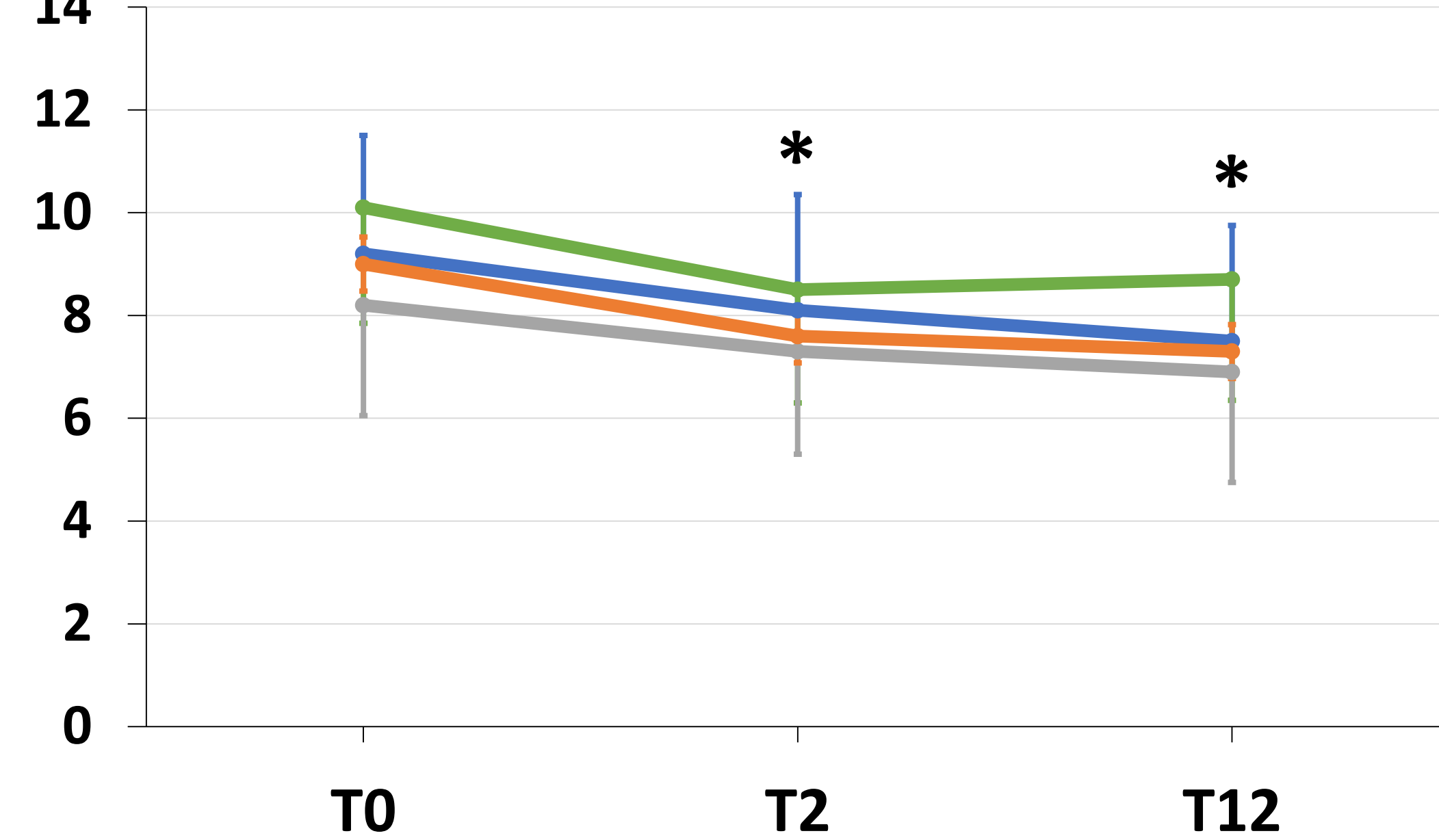
Qualité de vie, CAT



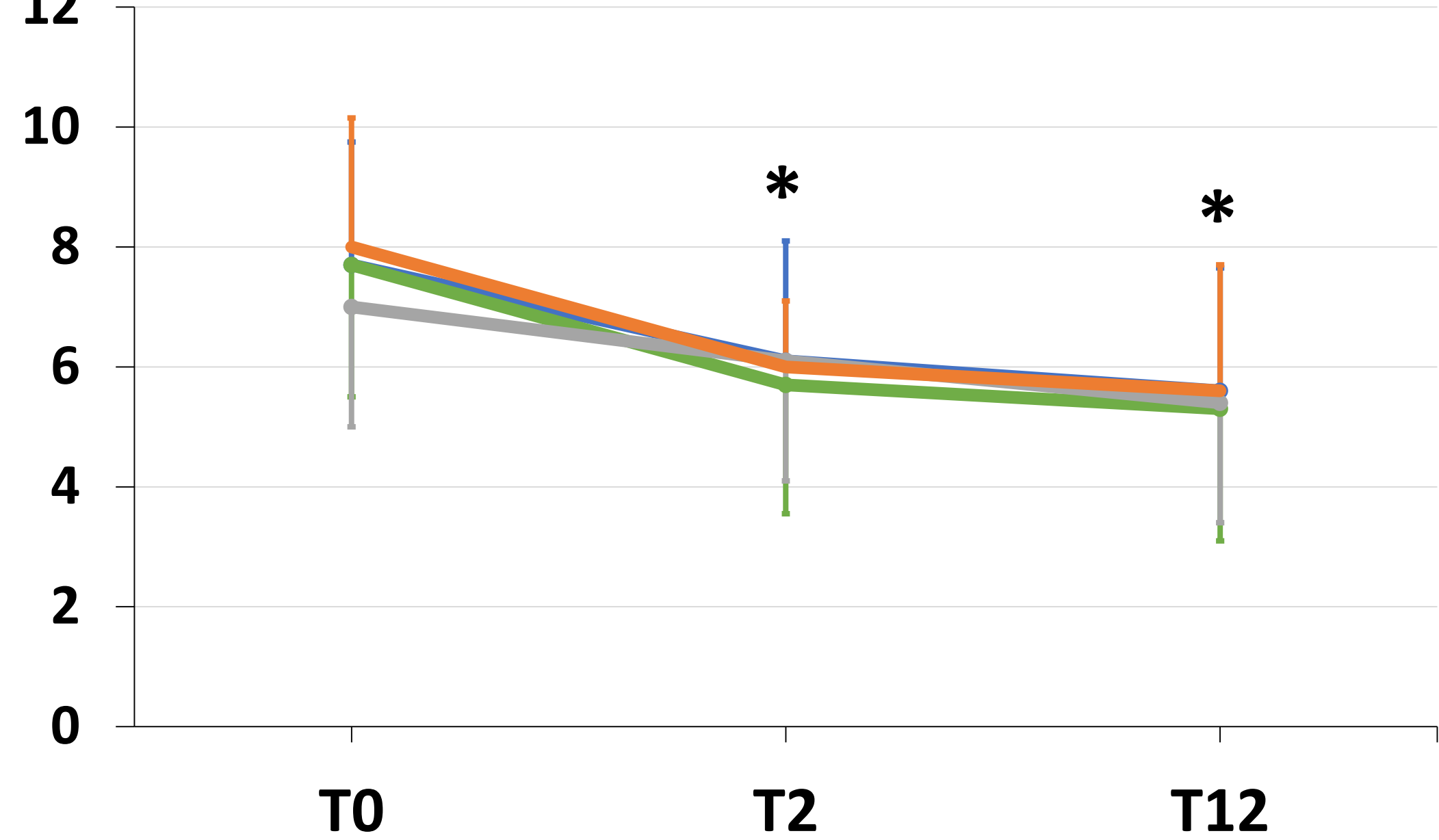
Capacité à l’exercice, TS6



Anxiété, HAD_A



Dépression, HAD_D



*p<0,01 : l’ensemble des sous-groupes améliorait les paramètres évalués à court et long termes ; les changements étaient également cliniquement significatif pour le CAT et le TS6. Les groupes BPCO et PID n’atteignaient pas le MCID du HAD-A et –D à T2. L’amélioration des paramètres était numériquement moindre dans le groupe PID comparée aux autres groupes.

Conclusion

Cette étude rétrospective conduite dans la « vraie vie » sur une **large cohorte de patients** démontre **l’efficacité d’un programme de RR transdisciplinaire entièrement réalisé à domicile** quel que soit la **pathologie respiratoire chronique principale**.