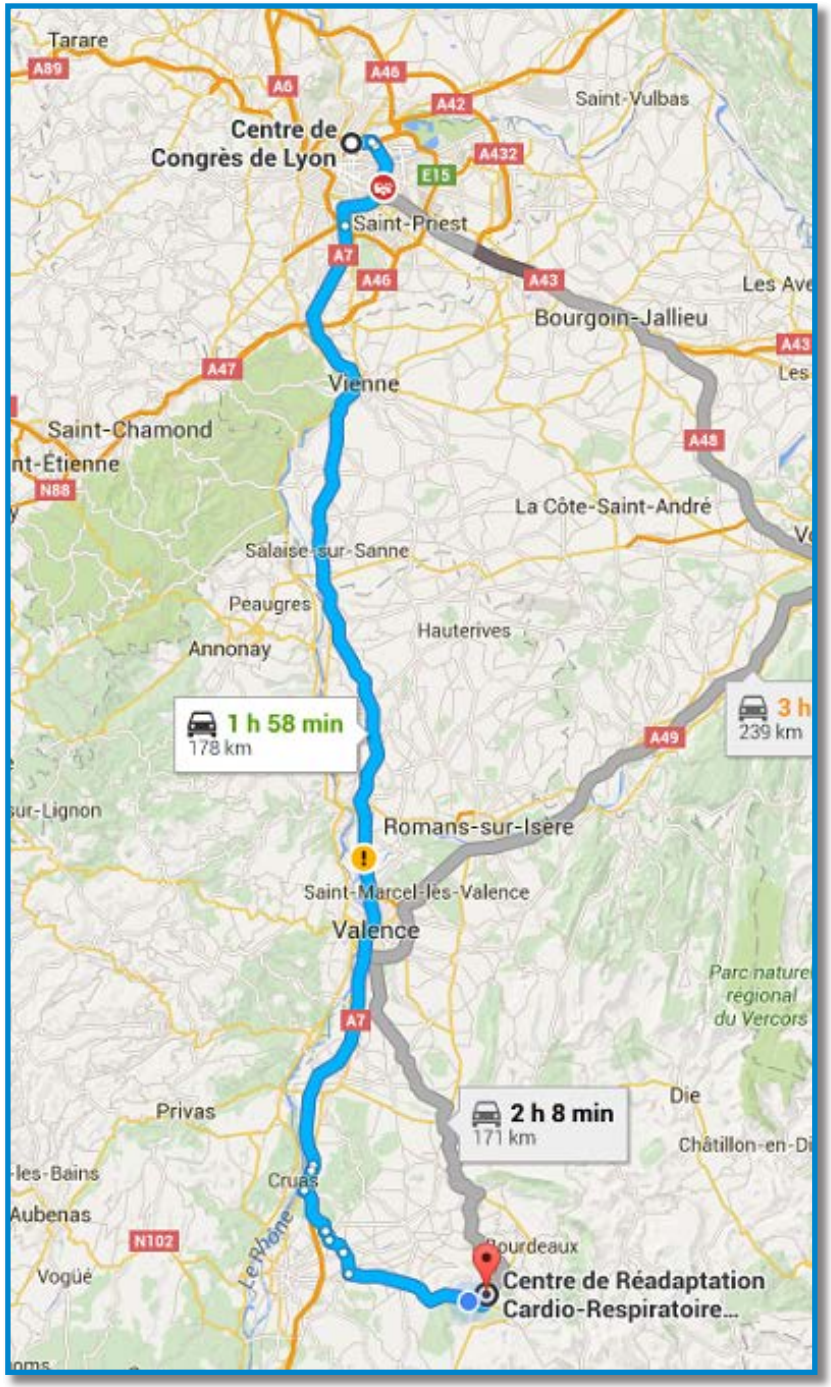
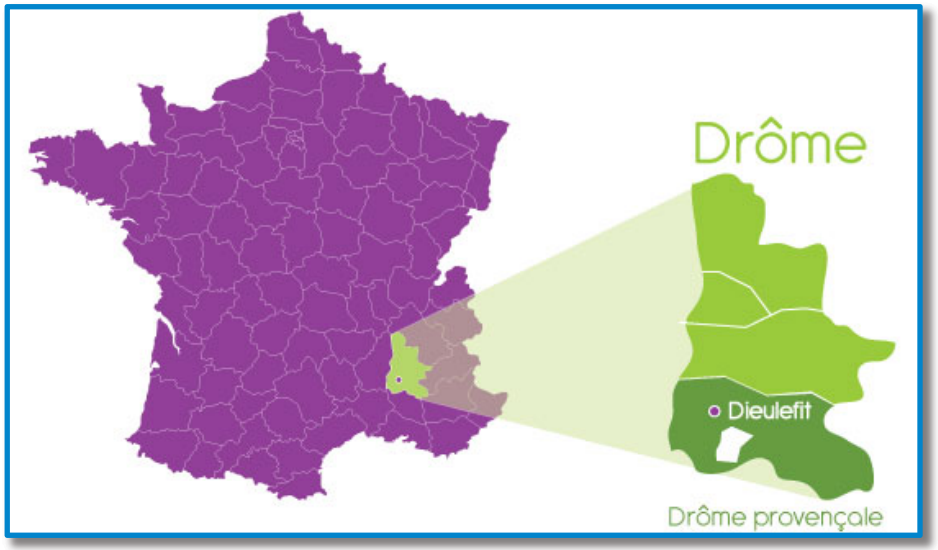

Tarare
A89
A6
A46
A42
Saint-Vulbas
Centre de
Congrès de Lyon
A432
E15
Saint-Priest
A7
A46
A43
Les Ave
Bourgoin-Jallieu
A47
Vienne
Saint-Chamond
nt-Étienne
N88
A48
La Côte-Saint-André
Salaise-sur-Sanne
Peaugres
Hauterives
Annonay
1 h 58 min
178 km
3 h
239 km
A49
ur-Lignon
Romans-sur-Isère
Saint-Marcel-les-Valence
Valence
Parc naturel
régional
du Vercors
A7
Die
Privas
2 h 8 min
171 km
Châtillon-en-Di
les-Bains
Cruas
Aubenas
N102
Le Rhône
Vogüé
Centre de Réadaptation
Cardio-Respiratoire...


Drôme
Dieulefit
Drôme provençale

Drôme Provençale

1960

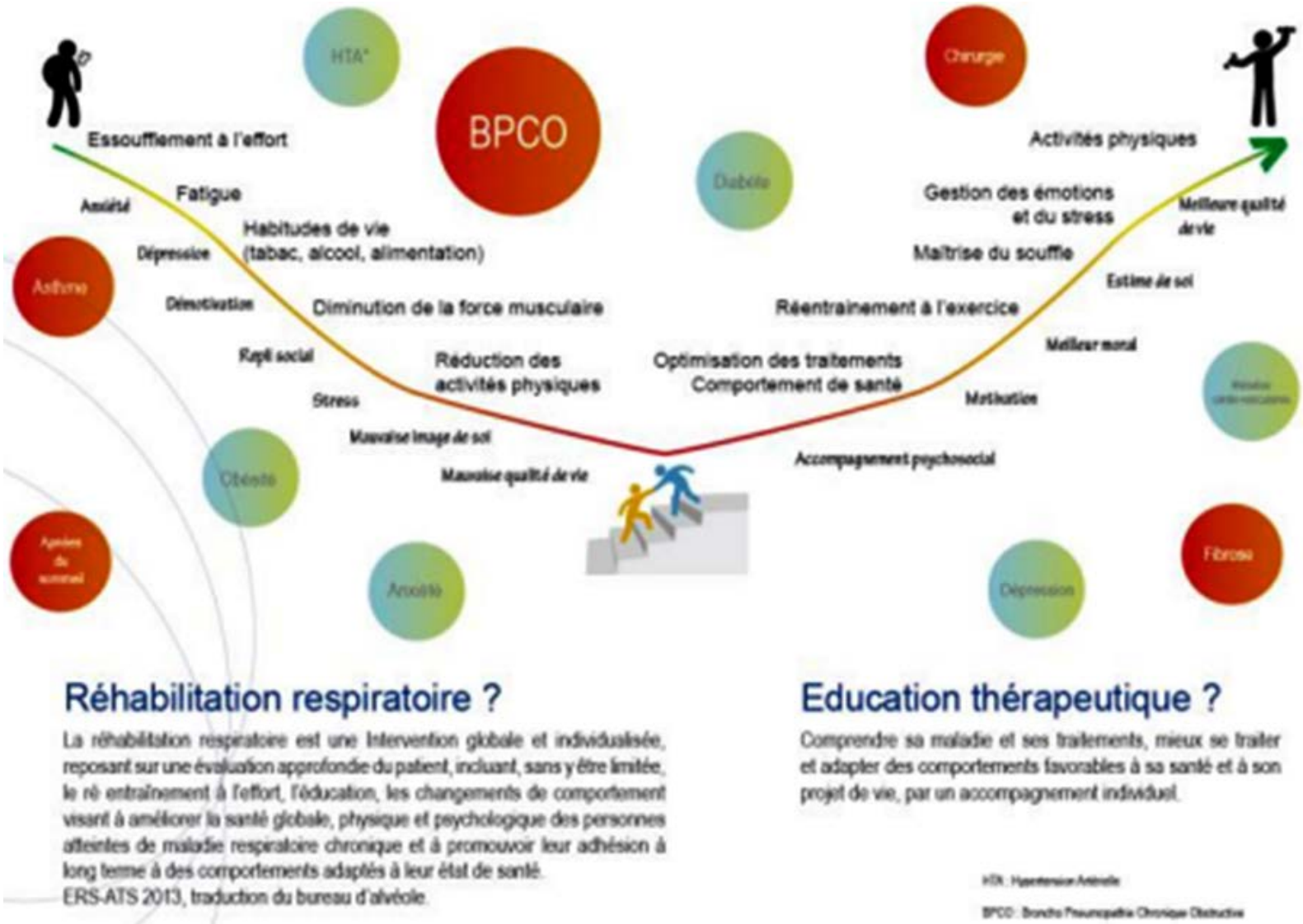
2008

DieulefitSanté

Réentraînement à l'effort

Accompagnement Psychosocial

Education Thérapeutique



http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/fps_bpco_rehabilitation_respiratoire_web_2014-06-02_17-33-40_489.pdf

Brigitte, 71 ans, DDB de l'enfance, asthme vieilli

Evaluation initiale:

- 1er séjour de RHB
- HTA
- Réduction des surinfections depuis TT par macrolides
- Surpoids : 2,5 kg (26)

- VEMS: 53%, stable CPT: 124%
- 500 m (98%), SaO^2: 93%, FC: 129
- EFX:
  - VO^2: 14,6 ml/kg/min (137%)
  - Pmax: 50 W (84%) RV= 0
  - FC: 115 (70%)

- Autogestion traitement: 4/14

Objectifs de séjour:

- Personnel:
  - Réduction poids
  - Retrouver « une capacité physique »
- Médical:
  - Endurance de 30 à 50 W
  - Observance TT inhalé

Brigitte, 71 ans, DDB de l'enfance, asthme vieilli

Evaluation finale

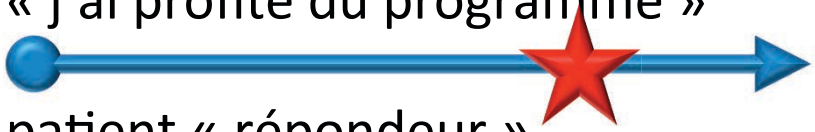
- Contenu du séjour:
  - Ventil.dirigée: 16
  - Gym: 16
  - Marche: 9
  - Drainage:
  - RM: 10
  - Cyclo: 16 (10 à 30 W)
- Evaluation finale:
  - -1,8 kg (25,8)
  - 540 m (105%), SaO^2: 90%, FC: 130
  - Sup: 40 kg à inévaluable
  - Inf: 13 à 40 kg
- Autogestion traitement: 12/14

Conclusion:

- Freins au bon déroulement du programme:
  - HTA
  - tendinopathie

- Satisfaite /objectif
- Très motivée, projet marche 45 min/j TLJ

- « j'ai profité du programme »



- patient « répondeur »

Francis, 69 ans, asthme léger, SAS appareillé, accompagne sa femme Brigitte…

Evaluation initiale:

- 97kg, 1,86m (27,5)
- Surdité unilatérale
- Dépressif sous antidépresseur
- Nombreux séjours en « cures »
  (arthrose lombaire, genoux, hanches)
- Glaucome (B- collyre)
- PPC: 10 cmH^2O, 7h30/nuit

- VEMS: 95%, stable
- 570 m (83%), SaO^2: 93%, Dyspnée: 7
- EFX :
  - VO: 19,3 ml/kg/min (63%)
  - Pmax: 100 W (47%) RV= 30% , limit. M INF
  - FCmax: 118 (72%)

- Autogestion traitement: 12/14

Objectifs de séjour:

- Personnel:
  - pour profiter des activités du centre pendant le séjour de Brigitte
  - Retrouver « une capacité physique »
- Médical:
  - Endurance de 50 à 100 W
  - Observance TT inhalé

Francis, 69 ans, asthme léger, SAS appareillé, accompagne sa femme Brigitte…

Evaluation finale

- Contenu du séjour:
  - Ventil.dirigée: 16
  - Gym: 17
  - Marche: 18
  - RM: 9
  - Cyclo: 17 (40 à 70 W)
- Evaluation finale:
  - 530 m (78%), trachéite, Dyspnée: 6
  - Sup: 68 kg à 68 kg
  - Inf: 33 à 46 kg
- Autogestion traitement: 11/14

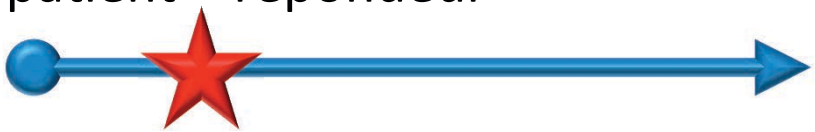
Conclusion:

- 2 crises d'asthme
- 1 trachéite traînante

- Plutôt satisfait
- motivé, projet marche 30min 4X/se, association

- « j'ai profité du programme »

- patient « répondeur »



Joseph, 76 ans, artérite, coronarien, BPCO, FPI

Evaluation initiale:

- Depuis 4 mois:
  - O^2: 2 l/min (réticence ++)
  - Pirfénidone 9 gel/j

- Dysgueusie, -5 kg
- Crampes M infs (artérite +++)

- VEMS=CV=70%
- TM6 AA: 400m (68%) SaO^2: 92% à 82% (4)
- TM6 6l: 470m (80%) SaO^2: 98% à 90% (4)
- EFX:
  - VO: 13 ml/kg/min (57%)
  - Pmax: 70 W (53%) RV=0
  - PaO^2 : 60 à 50 mmHg)
  - Fcmax: 125 (75%)

- HAD A: 5 (Risque faible d'anxiété)
- HAD D: 5 (Risque faible de dépression)
- CAT: 19 (Impact moyen de la BPCO)
- DIRECT: 12 (Handicap justifiant une intervention)

Objectifs de séjour:

- Personnel:
  - Être moins fatigué
  - Refaire jardinage, chasse, champignons
- Médical:
  - Endurance 10 W « sous surveillance »
  - **Acceptation O^2** repos, effort

Joseph, 76 ans, artérite, coronarien, BPCO, FPI

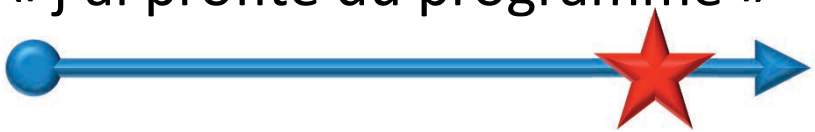
Evaluation finale

- Contenu du programme (HC +HDJ):
  - Ventil.dirigée:
  - Gym+O^2 2 l/min: 23
  - Marche+O^2 6 l/min: 23
  - Cyclo+O^2 6 l/min: 22 (20 à 80 W)
- TM6 AA:
  - 500 m (85%), SaO^2: 79%, FC: 118
- Acceptation O^2thérapie à l'effort
- Motivé à poursuivre Esbriet

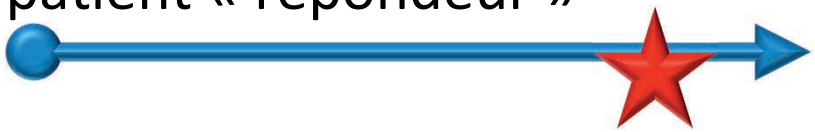
Conclusion:

- Satisfait, plus de sieste
- motivé, projet marche quotidienne 30 min/j

- « j'ai profité du programme »



- patient « répondeur »



Denis, 63 ans, BPCO st 2 (35 PA, stop il y a 4 ans)

Evaluation initiale:

- 115 kg, 1,83 m
- Sédentaire depuis retraite, bon vivant
- -10kg/4 mois (effort perso)

- VEMS: 64%, CPT:99%
- AA: 570m (85%) SaO^2:93% Dyspnée: 6, FC:118
- EFX:
  - VO^2: 16,7 ml/kg/min (78%)
  - 140 W (73%)
  - PaO^2: 56 à 62 mmHg
  - FCmax: 141 (89%)
- TLC 3': 53 levers, SaO^2: 93% Dyspnée: 8, FC: 136

- HAD A: 2 (Risque faible d'anxiété)
- HAD D: 0 (Risque faible de dépression)
- CAT: 6 (Faible impact de la BPCO sur la qualité de vie)
- DIRECT: 2 (Absence de handicap significatif)

Objectifs de séjour:

- Personnel:
  - Conforter les premiers résultats
  - progresser
- Médical:
  - Encourager les efforts
  - Gérer l'enthousiasme ?

Denis, 63 ans, BPCO st 2 (35 PA)

Evaluation finale

- Contenu du programme:
  - Gym: 15
  - Marche: 15
  - Cyclo: 12 (90 à 130 W)
- 720m (107%) SaO^2: 91%
  Dyspnée: 5, FC: 120
- TLC 3': 57 levers, SaO^2: 95%
  EVA: 6, FC: 120

Conclusion:

- Très satisfait de ses nouveaux progrès
- Très motivé, projets quotidiens ++ (marche, vélo, gym)

Marie-Hélène, 62 ans, IRC/BPCO sous O^2

Evaluation initiale:

- 35 kg, 1,62m, (13 kg/m²), dénutrition ++++
- 4ème séjour de RHB
- Cécité congénitale
- Intoxication mixte
- Fatiguée de la vie, démotivée

- VEMS: 29%
- IRA/IRC récente
- Acidose ventilatoire persistante

- 80 m, SaO^2: 94 à 74%

Objectifs de séjour:

- Personnel:
  - DEMANDE EUTHANASIE ACTIVE
- Médical:
  - *éviter euthanasie*
  - VNI
  - Nutrition

Marie-Hélène, 62 ans, IRC/BPCO sous O^2

Evaluation finale

- Contenu du séjour:
  - Marche +O^2
  - RM
  - Électrostimulation

Date	5/2/16	25/2/16
pH	7,38	7,51
O^2	86	70
CO^2	**69**	**35**
SaO^2	96	95

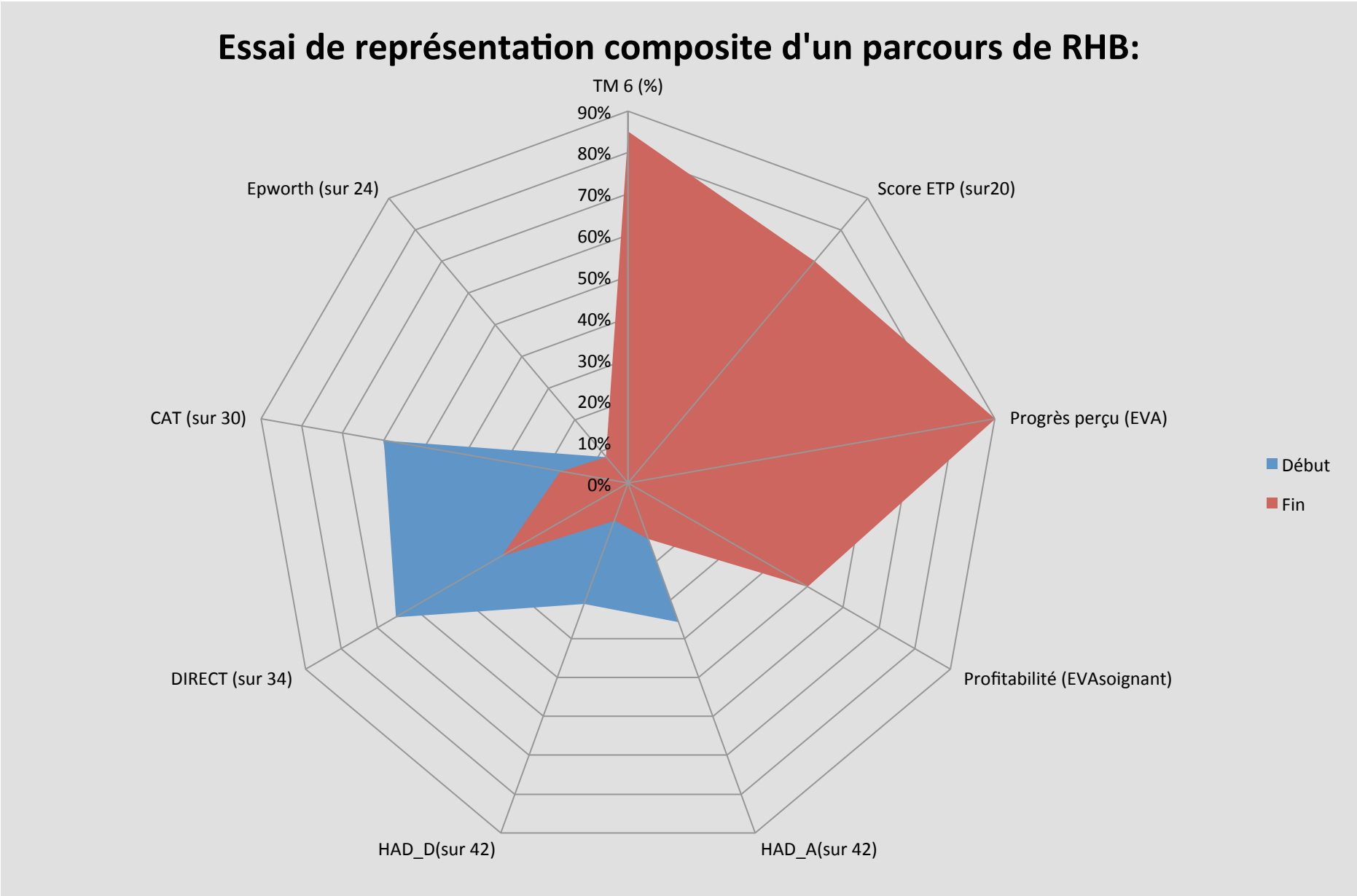
Conclusion:

- Adaptation parfaite à la VNI
- Autonome

- Satisfaite
- Un peu plus motivée

- « j'ai profité du programme »

- patient « répondeur »


Essai de représentation composite d'un parcours de RHB:
TM 6 (%)
Score ETP (sur20)
Progrès perçu (EVA)
Profitabilité (EVAsoignant)
HAD_A(sur 42)
HAD_D(sur 42)
DIRECT (sur 34)
CAT (sur 30)
Epworth (sur 24)
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
Début
Fin

La traduction de **Définition ATS/ERS 2013** cette définition a été réalisée par le groupe Alvéole de la SPLF et validée par la SPLF :

- la réhabilitation respiratoire est une intervention globale et individualisée, reposant sur une évaluation approfondie du patient, incluant, sans y être limitée, le réentraînement 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.

DieulefitSanté

Adresses utiles

- http://splf.fr/groupes-de-travail/groupe-alveole/
- http://splf.fr/groupes-de-travail/education-therapeutique-ether/
- http://splf.fr/groupes-de-travail/groupes-de-travail-infirmier/
- http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_601788
- http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_541099

Centre de Réadaptation Cardio-Respiratoire DIEULEFIT SANTÉ

Domaine de Chamonix - B.P. 71 - 26220 DIEULEFIT
Tél. 04 75 00 55 00 - www.dieulefit-sante.org

Réhabilitation: améliorer le handicap et la qualité de vie.

Objectif: maintenir durablement un niveau d'AP

Personnalisée: en fonction des besoins et des souhaits du patient.

Transdisciplinaire

J9-At1 • 16:30 > 18:00 • **Les Outils de la réhabilitation ?**

Les paramètres permettant d'ajuster un programme de réhabilitation respiratoire (activité physique, dyspnée, capacité fonctionnelle, etc.) sont souvent complexes à mesurer. S'ajoute à cela une multiplication ces dernières années des outils disponibles, laissant parfois le praticien perplexe devant le choix qui s'offre à lui. Cet atelier permettra de discuter de ces différents tests.

- Orateurs : B. AGUILANIU (Grenoble), C. BROSSON (Grenoble), F. HERENGT (DIEULEFIT)

Les OUTILS ?

Réhabilitation respiratoire ?

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.

Education thérapeutique ?

Comprendre sa maladie et ses traitements, mieux se traiter et adapter des comportements favorables à sa santé et à son projet de vie, par un accompagnement individuel.

HTA : Hypertension Artérielle

BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

Les bons outils font les bons ouvriers

1/ Attentes des instances (1)

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DE LA SANTE,
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Sous direction de l'organisation et du système de soins

Bureau de l'organisation générale de l'offre régionale de soins

La Ministre de la santé, de la jeunesse,
des sports et de la vie associative

A

Mesdames et Messieurs les Directeurs d'Agence Régionale de l'Hospitalisation (pour diffusion et exécution)

Mesdames et Messieurs les Préfets de départements
Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
(pour exécution)

CIRCULAIRE N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l' activité de soins de suite et de réadaptation

Résumé : La présente circulaire donne les orientations et les éléments nécessaires à la structuration de l'activité de soins de suite et de réadaptation, dans le cadre d'une révision des schémas régionaux d'organisation des soins, à la suite de la publication des décrets du 17 avril 2008 qui réglementent les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement de cette activité de soins.

Mots-clés : soins de suite et de réadaptation, rééducation fonctionnelle, réadaptation, réinsertion, médecine physique et de réadaptation, handicap, projet thérapeutique, équipe pluridisciplinaire, secteur médico-social.

Textes de référence :
Décret DHOS n° 2008-377 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de SSR
Décret DHOS n° 2008-376 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de SSR

1/ Attentes des instances (2)

FICHE D) LA PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES EN SSR

Les objectifs spécifiques de la prise en charge

Outre les objectifs généraux précisés en page 2, la prise en charge spécialisée des affections respiratoires en SSR consiste à accueillir les patients atteints d'affections broncho-pulmonaires, avec un handicap respiratoire transitoire ou permanent, lorsque leur état ne nécessite plus leur maintien en service aigu ou ne leur permet plus de rester à domicile, mais exige un traitement et une surveillance spécialisés avant leur retour à domicile. La réhabilitation respiratoire est un traitement basé sur des évidences, fait par une équipe multidisciplinaire, en accord avec le patient porteur d'une maladie respiratoire chronique ayant une diminution de ses activités quotidiennes et constituant un programme individualisé à partir des besoins du malade.

L'orientation

L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée en SSR «affections respiratoires» est liée à l'existence d'une insuffisance respiratoire sévère à l'origine d'un risque élevé de décompensation.

Les services attendus au titre de la spécialisation

- Les patients pris en charge

La structure autorisée doit être capable de prendre en charge :

- des patients insuffisants respiratoires sévères ;
- des patients sous assistance respiratoire et /ou ventilés chroniques ;
- des patients pouvant nécessiter :
  - une rééducation complexe et intensive ; c'est-à-dire multidisciplinaire d'au moins deux heures par jour ;
  - une surveillance médicale et/ou un traitement médical important, en raison de facteurs de co-morbidité, ou de risques cliniques / séquelles /complications de l'affection causale ;
  - une poursuite de la stabilisation des fonctions vitales au décours d'une prise en charge en court séjour (réanimation, post opératoire précoce...).

1/ Attentes des instances (3)

- Les pathologies spécifiques prises en charge

Certaines pathologies relèvent particulièrement d'une prise en charge spécialisée. A ce titre, la structure autorisée doit être capable de prendre en charge une ou plusieurs des pathologies/ situations suivantes[7] : la BPCO stade 3 et 4 (chez l'adulte), l'asthme difficile, le syndrome d'apnée du sommeil, la rééducation post chirurgie thoracique, la mucoviscidose, les bronchectasies (ou les dysplasies broncho-pulmonaires pour les SSR autorisés avec la mention enfants/ adolescents), les complications respiratoires des affections neurologiques ou neuromusculaires, les complications respiratoires de l'obésité morbide, les complications respiratoires et ORL des maladies génétiques, des pathologies congénitales, et des malformations congénitales pour les SSR autorisés avec la mention enfants/ adolescents.

- Les compétences

Compétences médicales obligatoires : accès à un pneumologue.
Compétences non médicales obligatoires : IDE, assistant de service social, masseur-kinésithérapeute.
Compétences recommandées : MPR, ergothérapeute, psychomotricien, diététicien, psychologue, enseignant en activité physique adaptée, tabacologue pour l'adulte, algologue.
Outre la formation à la prise en charge de l'urgence respiratoire prévue à l'article D.6124-177-35, le personnel doit être formé à la gestion des soins spécifiques, à la prise en charge d'insuffisants respiratoires sévères (oxygénothérapie, soins d'une trachéotomie, aspirations bronchiques, administration d'aérosols, mesure des gaz du sang,...), ainsi qu'à la gestion des différents type d'appareils d'assistance ventilatoire.

La continuité des soins :
Elle est assurée par une garde ou une astreinte médicale, par la présence d'au moins un infirmier la nuit et par la possibilité de kinésithérapie le week-end et les jours fériés. L'accès à une unité de réanimation médicale ou de soins intensifs est organisé par convention.

1/ Attentes des instances (4)

Les moyens matériels

- Eléments obligatoires [8] :

En complément de l'article D.6124-177-7 (conditions générales sur les espaces de rééducation), la structure doit disposer de :

- ventilation mécanique non invasive ;
- oxygénothérapie ;
- équipements permettant les gestes d'urgence et de réanimation respiratoire, notamment l'intubation trachéale, les nébulisations de bronchodilatateurs, l'oxygénothérapie nasale et la surveillance continue de la saturation en oxygène ;
- espaces et équipements nécessaires au drainage bronchique, aux massages et au réentraînement à l'effort ;
- accès à une unité de réanimation médicale ou de soins intensifs adaptés ;
- accès à un plateau technique d'explorations pneumologiques permettant au minimum la réalisation de radiographies du thorax, d'explorations fonctionnelles respiratoires au repos et à l'effort, de fibroscopies bronchiques et la mesure des gaz du sang.

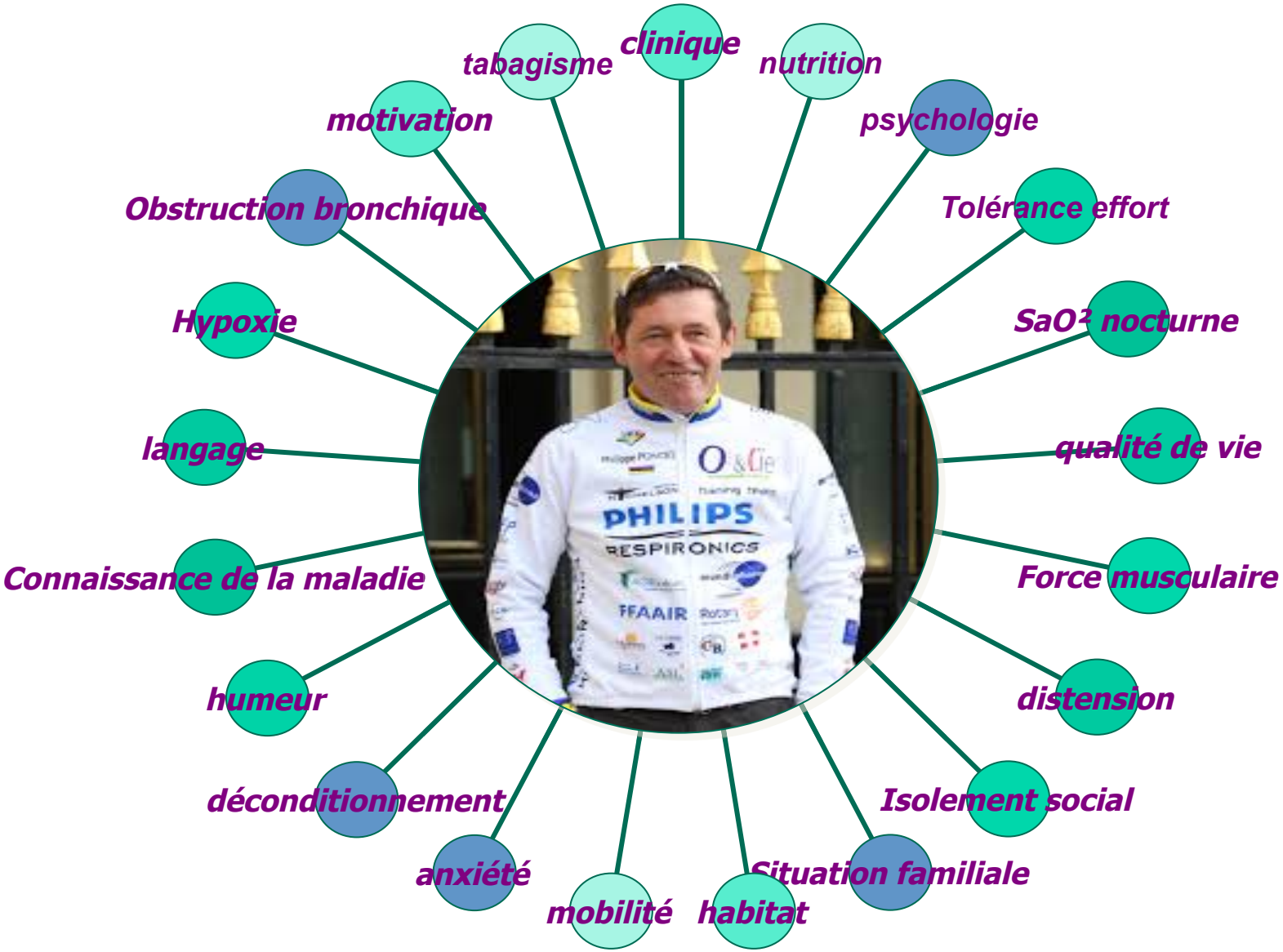
- Eléments spécifiques minimaux souhaitables :

- test de marche de 6 minutes ;
- pléthysmographe ;
- salle de sport ;
- équipement pour oxygénothérapie continue et de déambulation.

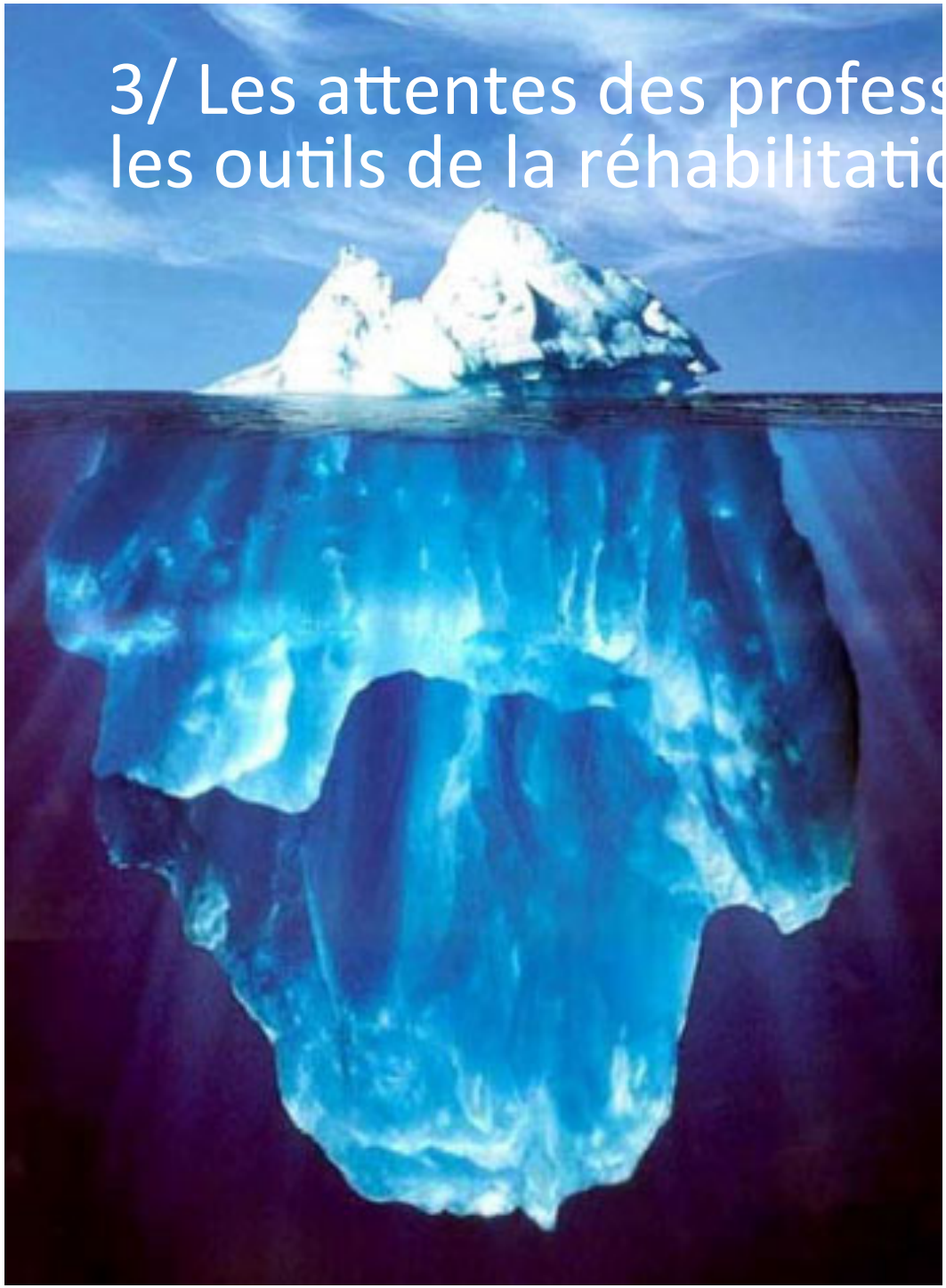
Cas Particulier :

Dans le cas où une spécialisation sur une partie du segment s'avère nécessaire pour un établissement et en fonction des besoins régionaux, certains des critères peuvent être appréciés au regard des caractéristiques de l'activité envisagée.

2/ Attentes du patient



3/ Les attentes des profess
les outils de la réhabilitatio



Handicap
(social, professionnel, qualité de vie)

Incapacité
(EFX, TM6)

RHB

Déficience
(EFR, Gaz)

PRO

3/ Les attentes des professionnels concernant les outils de la réhabilitation:

- Tout ce qu'il faut pour que « çà se passe bien »
- Les outils du réentrainement à l'effort
- Les outils de l'évaluation physique
- Les outils de l'éducation thérapeutique

RHB
Education Thérapeutique
Accompagnement Psychosocial
Réentraînement à l'effort

Les outils de RHB

Réentraînement à l'effort

Accompagnement Psychosocial

Education Thérapeutique

Les outils d'évaluation

Les outils du réentraînement

http://www.bpco.org/rehabilitation-respiratoire/les-outils-devaluation/

- **A propos du test de marche de 6 minutes [1,2]**
- *Le test de marche de 6 minutes (TM6) est un test standardisé permettant une évaluation globale de la capacité fonctionnelle à l'exercice. Il évalue les capacités d'endurance et est complémentaire de l'épreuve fonctionnelle d'effort. Il permet d'apprécier également les progrès réalisés à l'issue du stage de réhabilitation respiratoire.*
- **Objectifs du TM6**
- Mesurer la capacité fonctionnelle à réaliser un effort supérieur à la plupart des activités de la vie quotidienne. Il permet d'évaluer :
- - Le stade évolutif de la maladie
- - Les capacités d'endurance en vue du programme de réentraînement
- - Les effets obtenus à l'issue du programme
- Corrélé à l'évaluation de l'essoufflement, le TM6 fournit des informations distinctes et complémentaires de la fonction respiratoire, des questionnaires de qualité de vie et de l'épreuve d'effort.
- **Principe**
- Ce test ne nécessite pas d'équipement et est très simple dans son principe. Il consiste à marcher dans un couloir afin que puisse être déterminée la distance parcourue en 6 minutes. Vous devrez porter des vêtements confortables et n'avoir pas accompli d'effort au cours de l'heure précédente.
- **Le TM6 se déroule en 3 temps :**
- 1. Enregistrement de paramètres de départ : fréquence cardiaque, fatigue
- 2. Lecture des instructions : appréciation du parcours, comment marcher et faire demi-tour, que faire en cas de fatigue au cours du test (possibilité de s'appuyer contre le mur durant la pause…)
- 3. Décompte, départ, et top ! c'est parti : marche durant 6 minutes !
- **Interprétation des résultats**
- Le médecin déterminera la distance que vous aurez parcourue en 6 minutes, laquelle définira votre capacité d'endurance qui sera intégrée à l'individualisation de votre programme de réhabilitation.
- *(1) SPLF. Recommandations sur la prise en charge de la BPCO, argumentaire – Mise à jour 2009. Rev Mal Resp 2010;27:S36-S69:S46 et S47*
- *(2) P Surpas. Réhabilitation respiratoire. Guide pratique. Ed Imothep, Paris 2008*

Les outils d'évaluation

Les outils d'évaluation

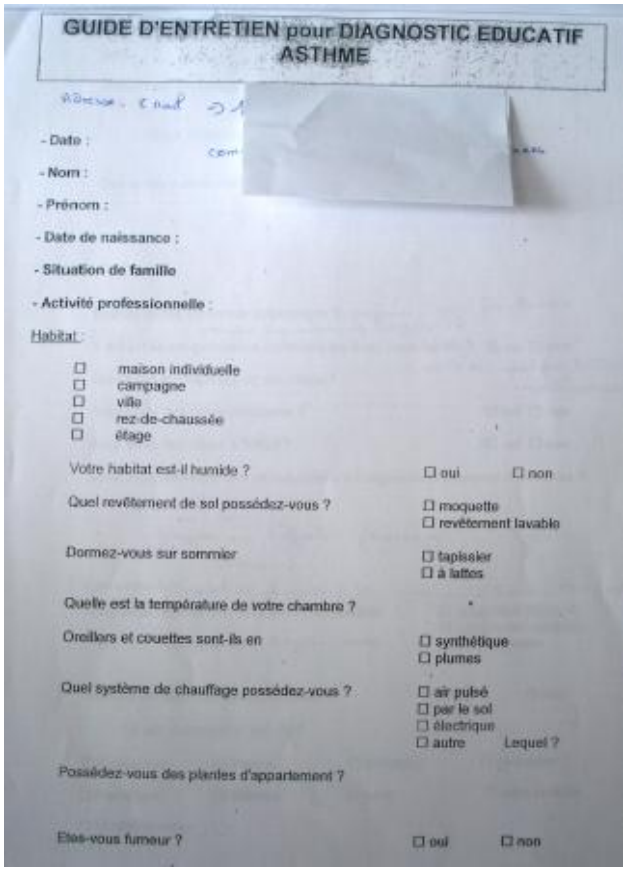
http://www.bpco.org/rehabilitation-respiratoire/les-outils-devaluation/

- **A propos de l'évaluation de l'aptitude physique (EFX)** [1,2]
- *L'épreuve d'exercice maximale, ou épreuve d'effort cardio-respiratoire, fait partie de l'évaluation préalable au réentraînement. Elle a pour but d'évaluer les capacités du patient à l'effort et, sur la base des informations collectées, de proposer des objectifs et des modalités de réentraînement individualisés. Elle doit donc être réalisée avant le programme de réentraînement à l'effort.*
- **Objectifs de l'épreuve (1) S53**
- - Evaluer la capacité de résister à l'effort
- - Déceler l'origine des difficultés à l'effort
- - Mettre en évidence des risques cardio-vasculaires potentiels non connus
- - Déterminer à quelle intensité doit être réalisé le réentraînement.
- **Principe**
- L'épreuve se pratique dans des endroits agréables : espace spacieux, musique douce, ventilation et température adaptées.
- Le matériel le plus souvent utilisé est le vélo (ergocycle) ou, éventuellement, le tapis roulant. Le confort, notamment concernant les réglages du guidon et de la selle, sera assuré, et les professionnels présents seront là pour vous encourager.
- L'épreuve s'effectue en 3 temps :
- - Période d'échauffement : 3 minutes à faible intensité [(1)] S53
- - Période d'augmentation progressive et régulière de la charge jusqu'à ce que vous ne puissiez plus garder le rythme.
- - Phase de récupération active : 3 minutes de pédalage à charge réduite
- **Paramètres mesurés**
- - Le principal paramètre est la consommation maximale d'oxygène à l'effort (VO_2 max). Il permet d'évaluer et de quantifier une éventuelle incapacité à l'exercice (qui se traduit par une VO_2max diminuée) [(1)] S53
- D'autres paramètres seront mesurés pour caractériser votre inspiration et votre expiration, grâce à un embout par lequel il vous sera demandé de respirer.
- *Les autres mesures réalisées lors de l'épreuve incluent :*
- - Electrocardiogramme : en continu durant l'exercice et la récupération
- - Mesure de la tension artérielle au cours de l'effort [(1)] S54
- - Vos sensations d'essoufflement et de fatigue à l'aide d'échelles visuelles.
- *1. SPLF. Recommandations sur la prise en charge de la BPCO, argumentaire – Mise à jour 2009. Rev Mal Resp 2010;27:S36-S69*
- *2. SPLF. Réhabilitation du patient atteint de BPCO – Mise à jour 2010. Rev Mal Resp 2010;27:S36-S69*
- BPCV227 14-0392

Les outils de ETP

1/ le diagnostic éducatif:

une rencontre pour connaître et comprendre le patient



GUIDE D'ENTRETIEN pour DIAGNOSTIC EDUCATIF ASTHME

- Date :
- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance :
- Situation de famille
- Activité professionnelle :

Habitat :

- ☐ maison individuelle
- ☐ campagne
- ☐ ville
- ☐ rez-de-chaussée
- ☐ étage

Votre habitat est-il humide ? ☐ oui ☐ non

Quel revêtement de sol possédez-vous ? ☐ moquette ☐ revêtement lavable

Dormez-vous sur sommier ☐ tapissier ☐ à lattes

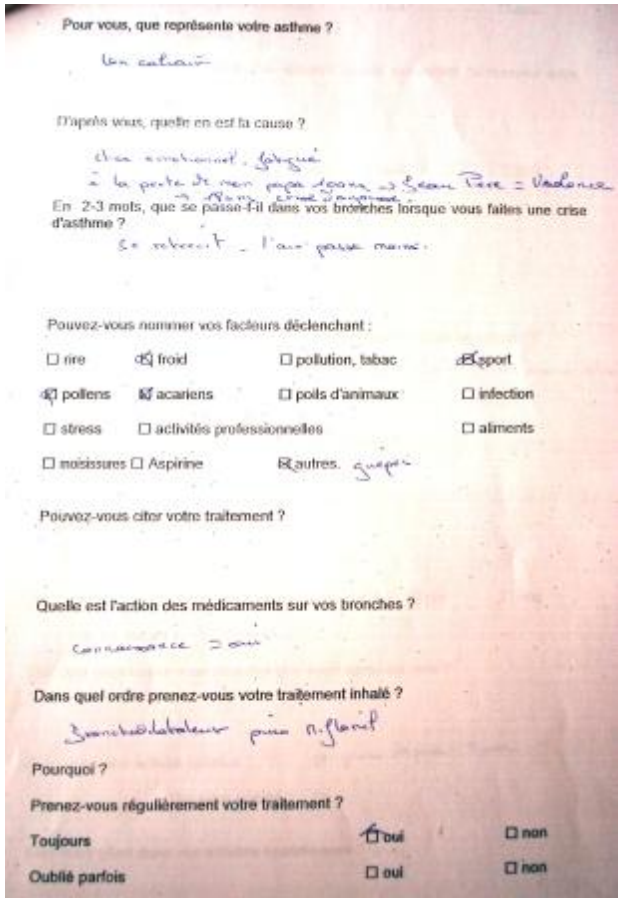
Quelle est la température de votre chambre ?

Oreillers et couettes sont-ils en ☐ synthétique ☐ plumes

Quel système de chauffage possédez-vous ? ☐ air pulsé ☐ par le sol ☐ électrique ☐ autre Lequel ?

Possédez-vous des plantes d'appartement ?

Etes-vous fumeur ? ☐ oui ☐ non



Pour vous, que représente votre asthme ?

Un calvaire

D'après vous, quelle en est la cause ?

En 2-3 mots, que se passe-t-il dans vos bronches lorsque vous faites une crise d'asthme ?

Pouvez-vous nommer vos facteurs déclenchant :

☐ rire ☒ froid ☐ pollution, tabac ☒ sport

☒ pollens ☒ acariens ☐ poils d'animaux ☐ infection

☐ stress ☐ activités professionnelles ☐ aliments

☐ moisissures ☐ Aspirine ☒ autres.

Pouvez-vous citer votre traitement ?

Quelle est l'action des médicaments sur vos bronches ?

Dans quel ordre prenez-vous votre traitement inhalé ?

Pourquoi ?

Prenez-vous régulièrement votre traitement ?

Toujours ☐ oui ☐ non

Oublié parfois ☐ oui ☐ non

2/ les méthodes: *mise en œuvre et choix*

- les séances d'ETP
- collective et/ou individuelle
- Selon les besoins

3/l'évaluation:

réaliser une évaluation individuelle PRE ET POST intervention thérapeutique

Questionnaire d'évaluation ASTHME

Date :

(Répondre aux questions posées en cochant les réponses choisies).

Score = 1 pour les bonnes réponses

I - L'ASTHME

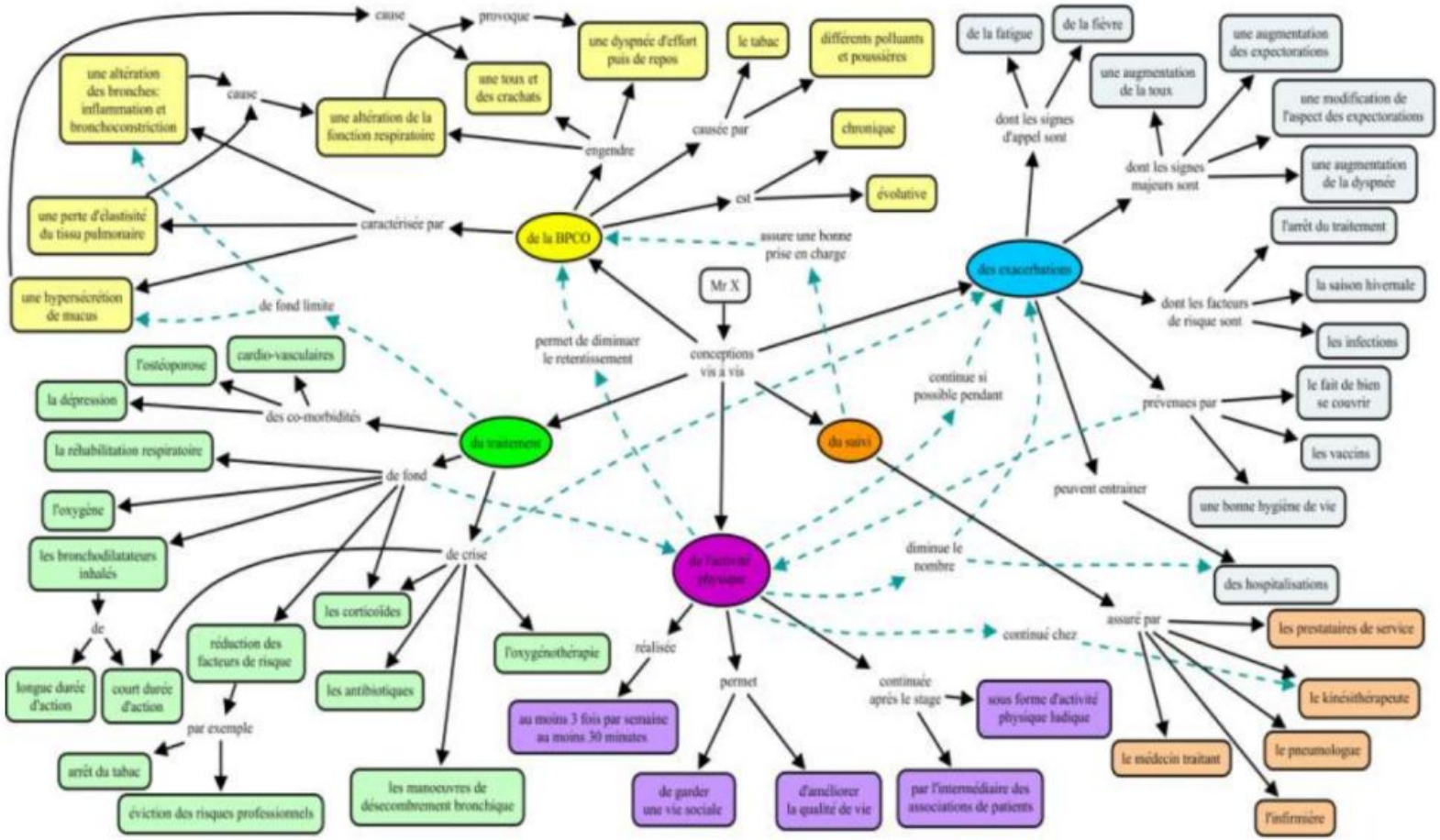
	Vrai	Faux	Score
1-L'asthme est une maladie des bronches	☒	☐	1
2-Les bronches de l'asthmatique sont très sensibles	☒	☐	1
3-L'asthme est une maladie psychosomatique.	☐	☒	1
4-L'asthme est une maladie instable.	☒	☐	1
5-L'asthme est une maladie grave.	☒	☐	1
6-L'asthme est une maladie qui se guérit	☒	☐	1
➢ **PENDANT UNE CRISE D'ASTHME :**			
- les bronches s'ouvrent	☐	☒	1
- la paroi interne des bronches est irritée, il y a inflammation	☒	☐	1
→ - la paroi interne épaissit et gonfle. Il y a œdème	☐	☒	0
- le mucus devient épais collant et plus abondant	☒	☐	1

Score général :

A	EVA	NA
8	X	

Légende : A = score maxi **EVA = score > moyenne** **NA = score < moyenne**

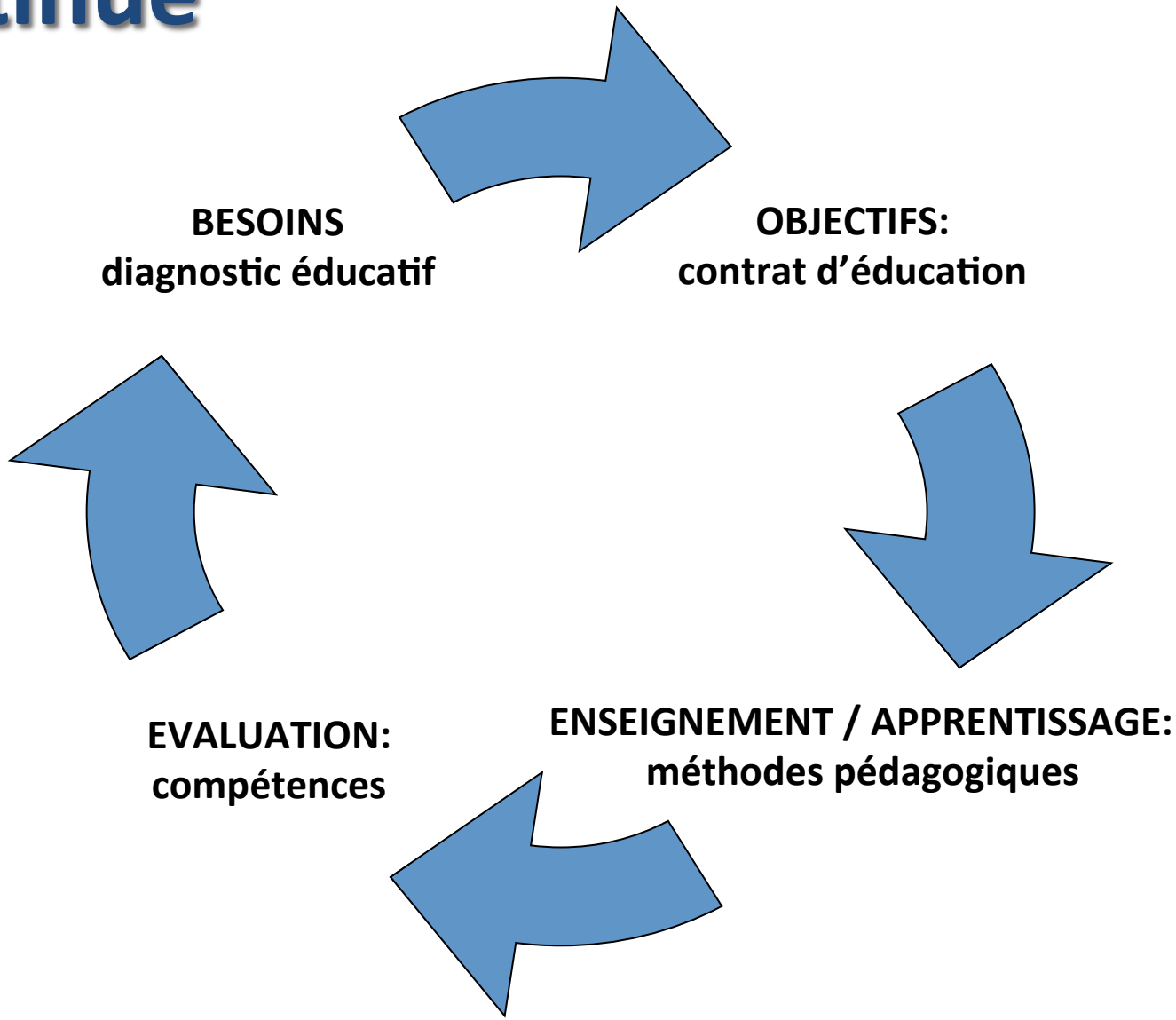
Carte conceptuelle



Liste indicative des principaux objectifs éducatifs

Objectif éducatif	Expliqué au patient Oui/non	Acquis	En voie d'acquisition	Non acquis
Comprendre la maladie et l'importance d'acquérir des changements durables de comportements				
Comprendre l'intérêt du traitement de fond et des traitements de la crise				
Acquérir les techniques d'inhalation des médicaments				
Comprendre l'intérêt et savoir utiliser l'oxygénothérapie et la ventilation non invasive				
Comprendre l'importance d'adhérer à la prise en charge (observance)				
Reconnaître que la dépendance tabagique est une maladie chronique				
Comprendre pourquoi entreprendre un sevrage tabagique et son traitement				
Connaître les modalités d'aide à l'arrêt du tabac (tabac-info service : tél 3989)				
Comprendre la nécessité de la vaccination antigrippale et anti-pneumococcique				
Reconnaître les symptômes annonçant une exacerbation de BPCO				
Connaître la conduite à tenir en cas de symptômes annonciateurs d'exacerbation aiguë de BPCO : quand prendre les médicaments prescrits ? quand appeler son médecin généraliste ou son pneumologue ? quand recourir au service d'urgences				
Évaluer la gêne fonctionnelle dans la réalisation des activités quotidiennes (hygiène, courses, ménage, etc.)				
Choisir et mettre en place des activités physiques quotidiennes adaptées : pendant 30 à 45 minutes (en une fois ou en plusieurs fois au mieux par période de 10 minutes), 3 à 5 fois par semaine, à une intensité modérée (seuil d'essoufflement)				
Connaître et évaluer les bénéfices escomptés de l'activité physique quotidienne				
Connaître ses besoins nutritionnels et adapter son alimentation				
Comprendre l'importance de planifier ses rendez-vous de suivi avec le médecin généraliste, le masseur kinésithérapeute, le pneumologue, etc., et de les respecter sur le long terme				
Gérer les activités de loisirs et les voyages				

L'ETP: une démarche structurée et continue



Les outils de Evaluation globale

Liste des questionnaires

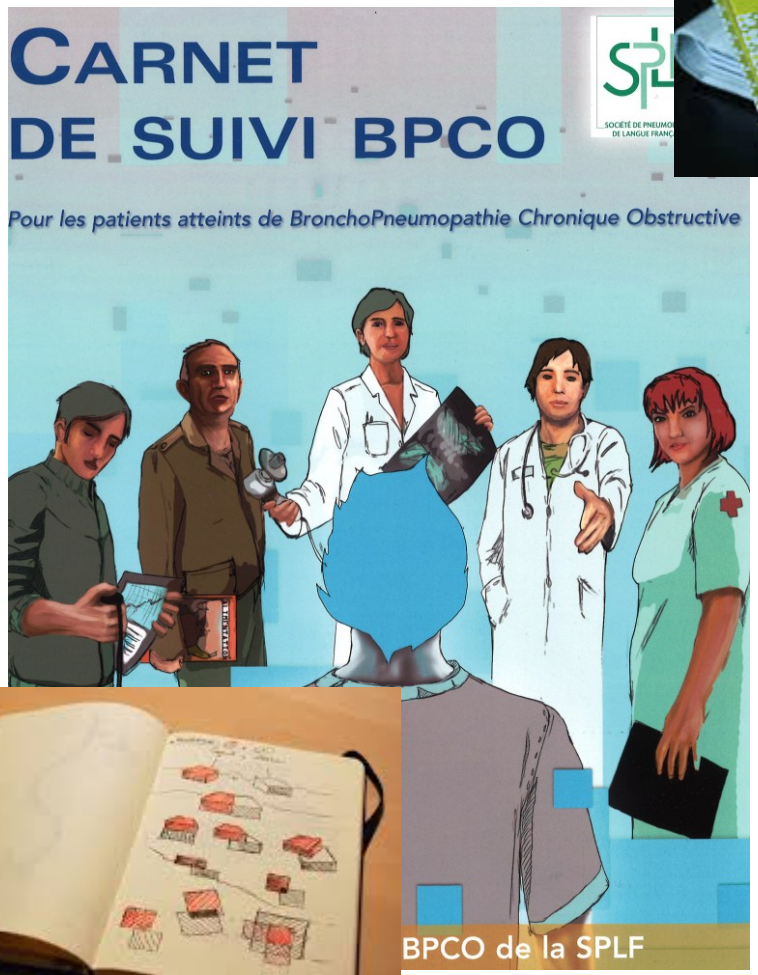
l'échelle générique World Health Organization Quality of Life	(WHOQOL)
l'échelles spécifique Diabetes Quality of Life	(DQOL)
l'échelle spécifique Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life	(ADDQoL).
Les 7 autres instruments mesurent plus précisément:	
l'état de santé (ShOli-From 36	(SF36)
EuroQoL5-Dimension	(EQ-5D))
la satisfaction du traitement (Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire DTSQ)	
le bien être psychologique (Beck Depression Inventory	(BOl),
Hospital Anxiety and Depression Scale	(HADS),
Well-Being Questionnaire (W-BQ),	
Problem Areas in Diabetes	(PAID)
European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire	
Functional Assessment of Cancer Therapy-Bone Marrow Transplant (FACT-BMT) scale	**FACT-BMT**
bone marrow transplant sub scale (BMTS)	**BMTS**
Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) measure.	**FACT**
Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS) questionnaire	PAIS
The Human Activity Profile (HAP)	HAP
Lee cGVHD Symptom-Scale	
SF36	
Berlin Social Support Scale	
24-Item Adjective Measure (24-AM)	24-AM
NCCN-Distress-Thermometer	
Mini Nutritional Assesment Tast	MNA
QUESTIONNAIRE RESPIRATOIRE du St GEORGE'S HOSPITAL	
Minnesota living with Heart Failure (LiHFe) ou (MLHFQ)	MLHFQ
Qualité de vie chez les insuffisants cardiaques 214 dernières semaines	
AngorSeattle Angina Questionnaire (SAQ)/ Evalue les effets physiques et émotionnels de la maladie coronarienne	SAQ

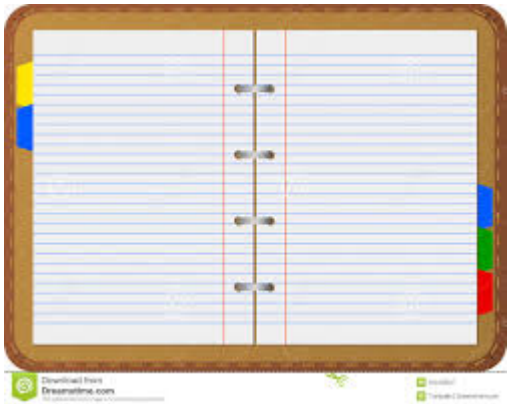
Evaluations

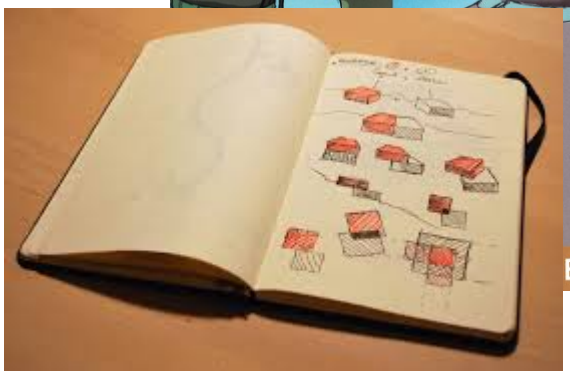
- ✓ QV, Dyspnée, HAD…
- ✓ AVJ : ce que patient fait **vs** croit faire
- ✓ **Tol effort : Min Import Difference (MID)**
  - ➢ TDM6:30 m, IShT: 47,5 m
    EShT:60/115 s, End EFX:100/105 s
  - ➢ Sensibilité: End EFX > EShT > TDM6 > EFX
- ✓ BODE, Comorbidités (Echocardio, sommeil…)
- ✓ Self efficacy

my
recipes

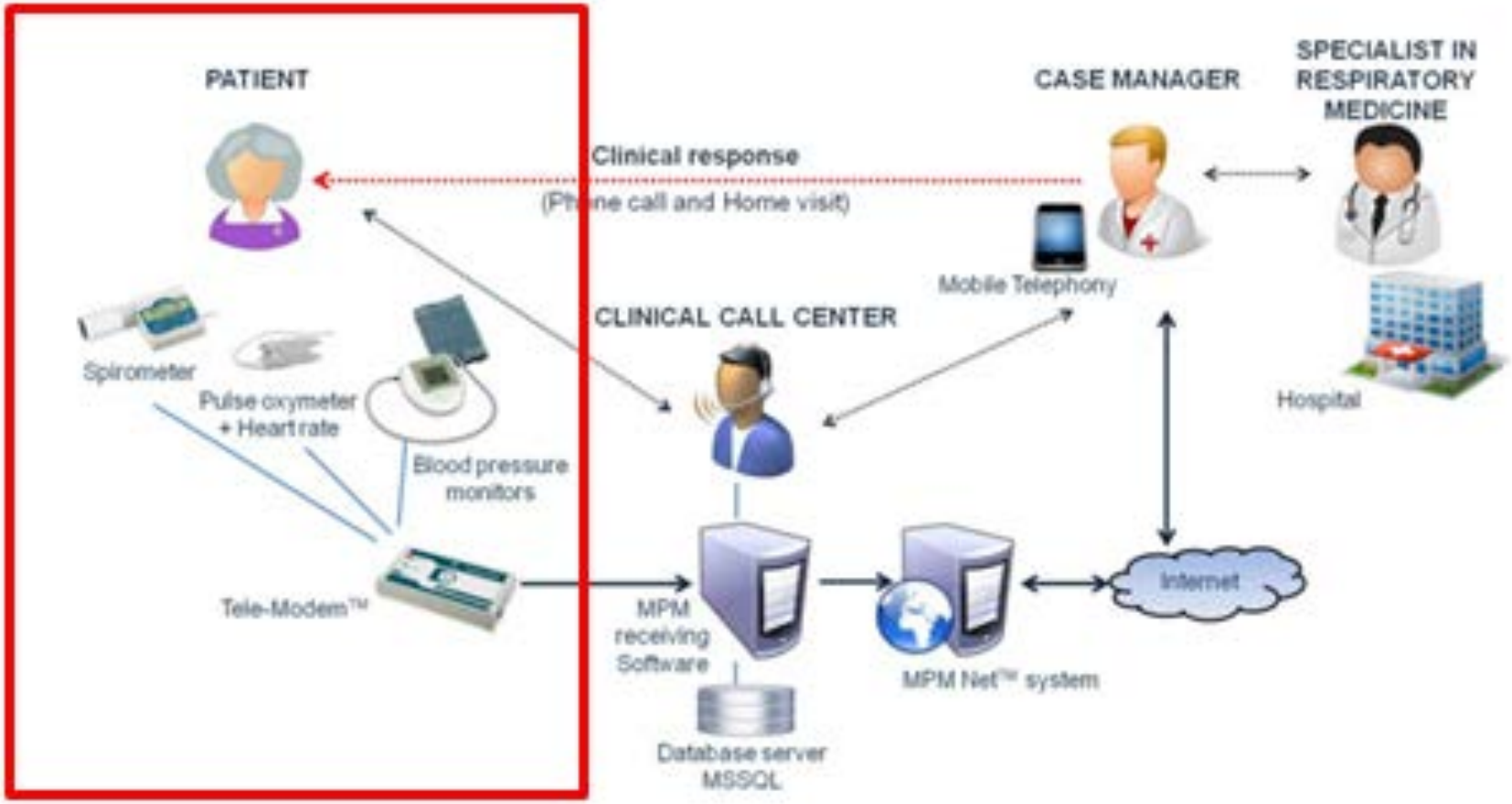
Lucy


CARNET
DE SUIVI BPCO
Pour les patients atteints de BronchoPneumopathie Chronique Obstructive
BPCO de la SPLF





Télémédecine et BPCO



Optimiser le monitoring de la maladie et de ses co-morbidités

s’approprier son parcours personnel

DieulefitSanté