



SYMPOSIUM CHIESI

LE PARCOURS (IM)PARFAIT DES MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES

22 mars 2024

12h45 > 14h15



SYMPOSIUM CHIESI

15

JOU
FRANC
Alv





MALADIE RESPIRATOIRE CHRONIQUE PARCOURS DE SOINS

Un exemple de « vraie vie »...
22 mars 2024

Dr Stelianides

Liens d'intérêt

Rémunérations perçues/congrès... :

Astrazeneca, Chiesi, Oxyvie , GSK.

Je travaille en réadaptation respiratoire dans un groupe privé :

LNA-santé.

Pas de lien d'intérêt sur le sujet traité

Mme Alvéolette, 47 ans,
fumeuse, secrétaire, sans
antécédent.
Hospitalisée en réanimation
*Pneumopathie sur possible
BPCO.*



passage en MCO.
« on a besoin de lit , qui
peut sortir?
Mme A , le pH est OK ».



Sortie
Arrêt de travail 15j
Doit prendre RDV avec
pneumologue
Ordonnance « kiné respiratoire »



Appel de 20 kinés
sans résultat...
Appelle son MT :
parti à la retraite.

RDV avec le pneumologue
2 mois plus tard,
EFR : VEMS 25%, VR310%...
ANNONCE BPCO
Ordonnance traitement inhalé...



Se dit « épuisée »,
les médicaments ne font rien :
abandon...
Internet « on peut greffer les
poumons »!
prend RDV avec Pr en centre de TP

Le Pr lui dit d'aller d'abord en réadaptation
respiratoire : « j'y croyais pas trop, mais je me suis
dit pourquoi pas »
Il s'est passé 1 an depuis la réa...



Toute ressemblance avec des personnages existants serait pure coïncidence....

Comment améliorer le parcours de soins des personnes avec une BPCO ?

Faire un diagnostic “plus précoce” de BPCO et changer la trajectoire de la maladie ?

Mieux guider la patiente dans son parcours de soin ? Mieux comprendre et gérer sa maladie ?

Lui proposer une réadaptation respiratoire? L'aider à trouver une structure adaptée à ses besoins?



15^{es}

JOURNÉES
FRANCOPHONES
Alvéole

Dépistage et diagnostic des maladies respiratoires en médecine de Ville

Dr BAH Thierno

Médecin Généraliste dans le TARN

alvéole
OBEZ UN SOUFFLE NOUVEAU

Groupes de travail de la SPLF
pour l'Exercice et la Réhabilitation
Respiratoire

SPLF
Société de Pneumologie
de Langue Française



ecine

AH Thierno

le TARN

OSEZ UN SOUFFLE NOUVEAU
Groupe de travail de la SPLF
pour l'Exercice et Réhabilitation
Respiratoire





ecine

AH Thierno

le TARN

OSEZ UN SOUFFLE NOUVEAU
Groupe de travail de la SPLF
pour l'Exercice et Réhabilitation
Respiratoire

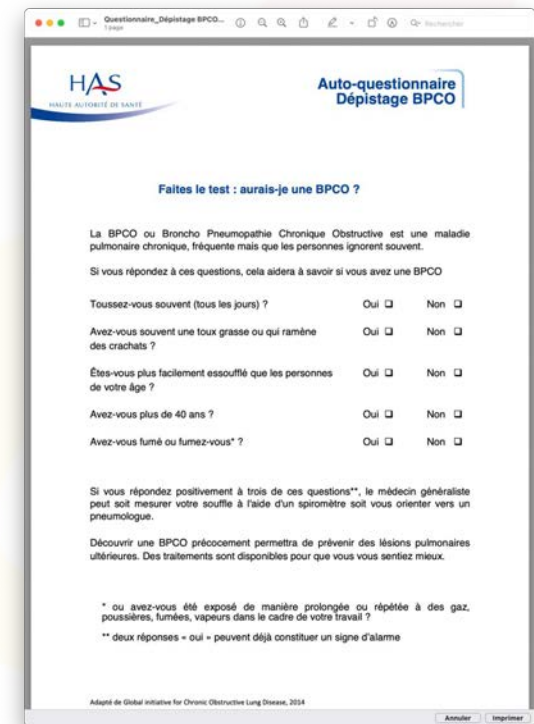


Rappel

- BPCO principale étiologie des maladies respiratoires chroniques
- 3,5 millions de personnes touchées, 17000 décès par an
- 3e cause de mortalité à l'échelle mondiale à l'horizon 2030.
- seulement que 40% des patients BPCO sont diagnostiqués et suivis.
- 10% bénéficie de la réhabilitation respiratoire.

Quand dépister? Et comment ?

- Evaluer votre souffle : questionnaire
- Evaluer la dépendance à la nicotine: questionnaire
- Dépister la BPCO: questionnaire
- PEAK flow ou débitmètre de pointe
- Spirométrie



The screenshot shows a web browser window displaying the 'Auto-questionnaire Dépistage BPCO' from the Haute Autorité de Santé (HAS). The page title is 'Faites le test : aurais-je une BPCO ?'. It provides information about BPCO (Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive) and asks several screening questions with 'Oui' and 'Non' radio button options. The questions are: 'Toussez-vous souvent (tous les jours) ?', 'Avez-vous souvent une toux grasse ou qui ramène des crachats ?', 'Êtes-vous plus facilement essouffé que les personnes de votre âge ?', 'Avez-vous plus de 40 ans ?', and 'Avez-vous fumé ou fumez-vous?'. Below the questions, there is a note stating that a positive response to three questions may lead a general practitioner to measure lung function with a spirometer. At the bottom, there are footnotes: '* ou avez-vous été exposé de manière prolongée ou répétée à des gaz, poussières, fumées, vapeurs dans le cadre de votre travail ?' and '** deux réponses « oui » peuvent déjà constituer un signe d'alarme'. The footer also mentions 'Adapté de Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2014' and includes 'Annuler' and 'Imprimer' buttons.

Les difficultés rencontrées par les généralistes

- Accès aux pneumologues
- Tous les généralistes ne disposent pas de PEAK FLOW
- Tous les médecins n'ont pas accès aux dispositifs : ASALE , assistantes

Les dispositifs existants

- Téléconsultations par les spécialistes.
- Les infirmières ASALE ou infirmier(e)s de pratiques avancées.
- Les assistantes médicales.
- Les centres de réadaptations et du souffle: prise en charge associant plusieurs professionnels de santé (pneumologue, kinésithérapeute, diététicien, psychologue) visant à améliorer la qualité de vie, notamment à travers un réentraînement à l'effort.

Itiner'Air

Un tour de France pour sensibiliser à la nécessité de préserver le souffle



Avec la participation de



TESSAN



EN ROUTE VERS UN **NOUVEAU SOUFFLE**

Itiner'Air

Des étapes autour de 2 temps forts :

En journée

Une opération de mesure du souffle
au « Village Itinér'Air »



Professionnel de santé
présent ou connecté
via une borne
de téléconsultation.

En soirée

Un atelier-débat « les défis et bonnes
pratiques en matière de prévention et de
prise en charge sur le territoire »



Une sensibilisation à la préservation du souffle

Bilan de la 1^{ère} édition



55 PROFESSIONNELS DE SANTÉ PRÉSENTS



PRÈS DE **600** SPIROMÉTRIES RÉALISÉES



10 ASSOCIATIONS DE PATIENTS



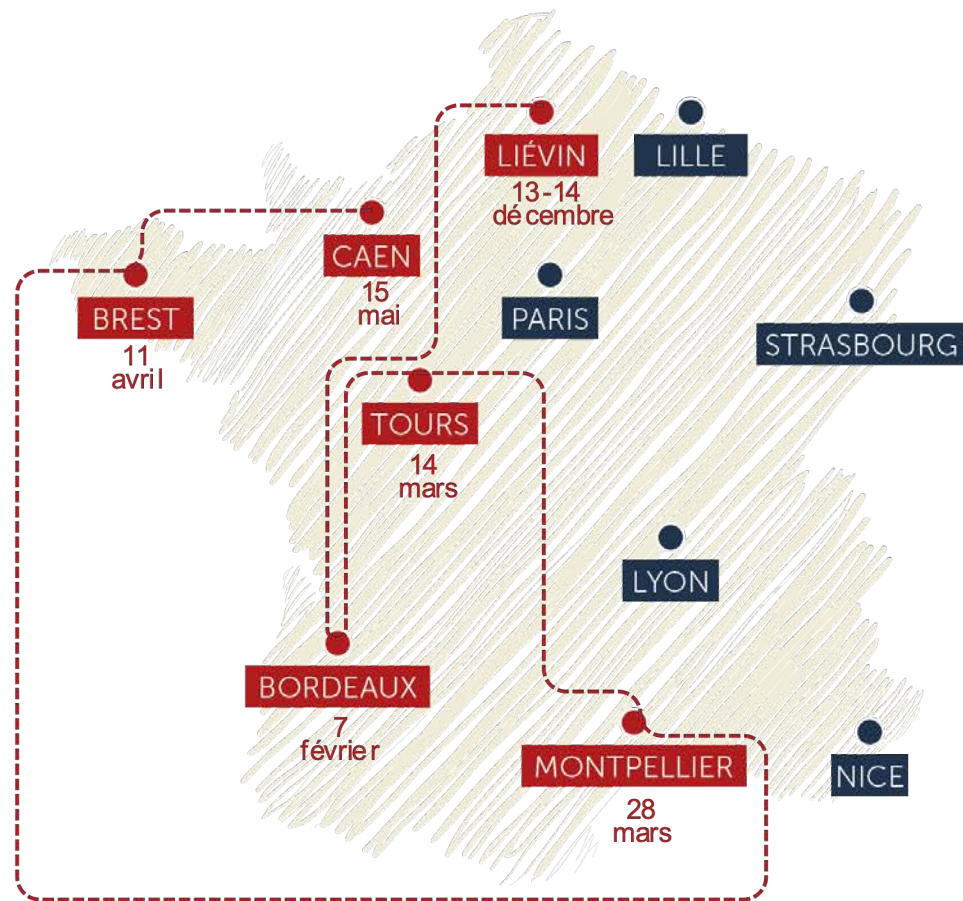
30% DE SPIROMÉTRIES AYANT UN RÉSULTAT ANORMAL, SOIT PRÈS D' 1/3 DE PATIENTS ORIENTÉS VERS UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ



11 PROJETS PRÉSENTÉS



Le tour de France d'Itinér'Air



2022 ▶ 2023 ITINÉR'AIR

2023 ▶ 2024 ITINÉR'AIR

EN ROUTE VERS UN **NOUVEAU SOUFFLE**

Conclusion

Les maladies respiratoires sont sous diagnostiquées et responsables d'une mortalité encore évitable. Y penser.



Education Thérapeutique du Patient BPCO

Pr Bouchra LAMIA Département de Pneumologie
Groupe Hospitalier du Havre Université de Rouen Normandie



15^{es} JOURNÉES FRANÇAISES ALVÉAIRES



atient

eumologie
Normandie



OSEZ UN SOUFFLE NOUVEAU
Groupe de travail de la SPLF
pour l'Exercice et Réhabilitation
Respiratoire



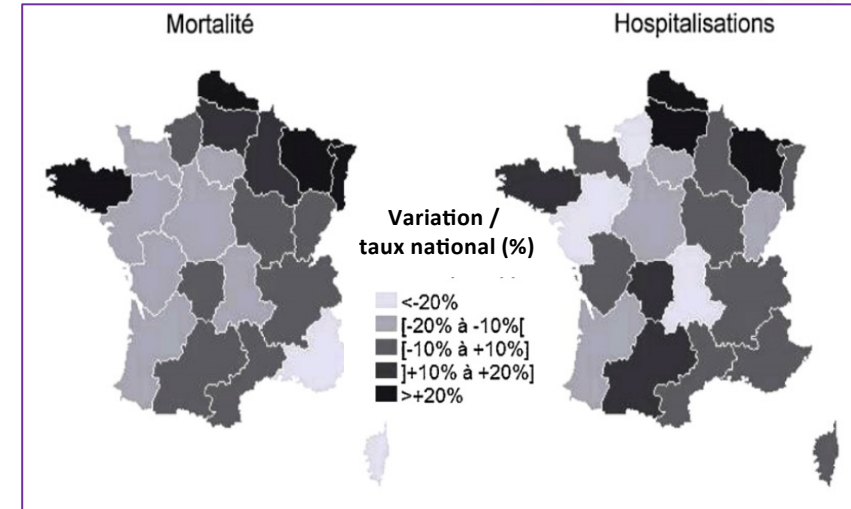
Liens d'intérêt

Chiesi (expert, conférencier, étude clinique),
GSK (conférence, étude clinique) ;
MSD,
LÖWENSTEIN
Sos oxygène
Elivie ,
Astra Zeneca
Bastide Medical
Asten

BPCO : un impact de santé publique majeur

Atteint 7,5% des plus de 45 ans en France

- **80%** des cas attribués au **tabac**
 - **> 18 000 décès par an** directement liés à la BPCO
 - Une variabilité régionale importante
- La BPCO est insuffisamment recherchée et suivie :
 - Entre **66 et 90%** des patients ne sont **pas diagnostiqués**
 - **21%** des patients à risque ont bénéficié une EFR en 2017
 - **34%** des patients BPCO ont une surveillance annuelle des EFR
- Le diagnostic est souvent trop tardif
 - **58%** des patients diagnostiqués BPCO au stade 2 ou 3



3 premiers indicateurs
du parcours de soins
HAS 2022 du patient à
risque de BPCO

Une maladie à laquelle on ne pense pas suffisamment

BPCO : une prise en charge globale

- Chez tous les patients

- Informations claires sur la maladie
- Arrêt du tabac ou lutte contre les polluants domestiques et/ou professionnels
- Conseils nutritionnels / lutte contre la dénutrition
- Promotion de l'activité physique
- Vaccination contre le pneumocoque et vaccination saisonnière antigrippale
- Prise en charge psycho-sociale (anxiété, co-addiction)
- Plan personnalisé de coordination en santé

Une prise en charge personnalisée pour chaque patient

BPCO : les étapes du parcours de soin

1 Le diagnostic

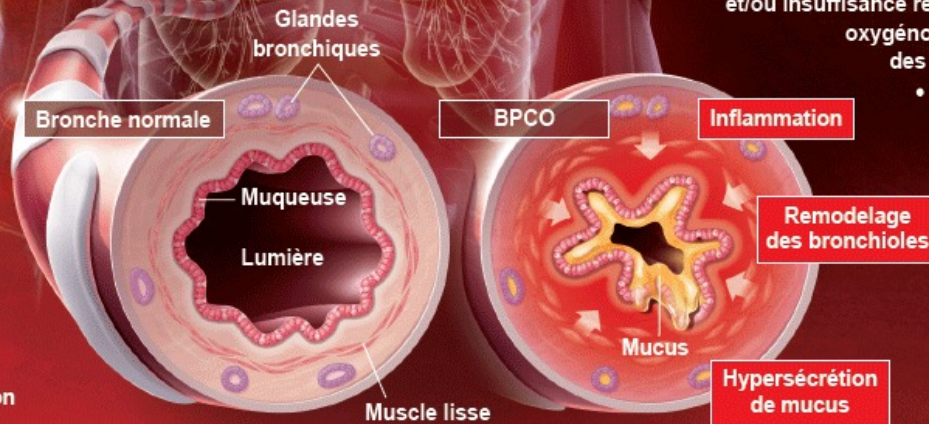
- Suspicion si toux, expectoration ou dyspnée, et facteur(s) de risque tels que tabagisme, consommation de cannabis ou exposition à des substances toxiques ou irritantes (silice, poussière de charbon...).
- Une spirométrie est réalisée.
- Une radiographie du thorax permet d'éliminer d'autres diagnostics.
- Si suspicion d'une forme sévère, orientation vers un pneumologue.
- Les comorbidités sont recherchées.
- Après annonce du diagnostic, un plan personnalisé de santé (PPS) peut être rédigé avec le patient.

3 Le suivi

- Rythme des consultations :
 - stades I et II : médecin généraliste (MG) 1 à 2 fois par an + pneumologue selon les besoins ;
 - stades III et IV sans oxygénothérapie : MG tous les 3 mois + pneumologue une fois par an ;
 - stade IV avec oxygénothérapie à domicile : MG tous les mois + pneumologue tous les 6 mois ;
 - consultations plus fréquentes en cas d'ETP, de sevrage tabagique ou de comorbidités.
- Actions à réaliser :
 - mesure de la dyspnée et de l'évolution pondérale ;
 - spirométrie selon l'état clinique du patient ;
 - test de marche de 6 mn (une fois/an) par des professionnels entraînés et dans les conditions requises.

2 Le traitement

- Sevrage tabagique.
- Vaccination antigrippale tous les ans.
 - Prescription médicamenteuse :
 - stade I (VEMS* \geq 80 %) : bronchodilatateurs de courte durée par voie inhalée ;
 - à partir du stade II (50 % \leq VEMS < 80 %) : bronchodilatateurs de longue durée d'action (LA) ;
 - stade III (30 % \leq VEMS < 50 %) ou formes sévères : association de bronchodilatateurs LA et de corticoïdes inhalés si exacerbations fréquentes et symptômes persistants ;
 - stade IV (VEMS < 30 %) et/ou insuffisance respiratoire chronique grave : oxygénothérapie, traitement des complications.
- Réhabilitation respiratoire (RR) pour les patients à partir du stade II, en cas d'incapacité et/ou de handicap respiratoire : réentraînement à l'exercice et éducation thérapeutique (ETP).



En cas d'exacerbation

- Orienter vers une hospitalisation en particulier en cas de :
 - BPCO sévère/très sévère ou de difficulté diagnostique ;
 - présence de comorbidités ;
 - patient isolé ou âgé de plus de 70 ans ;
 - nécessité d'une oxygénothérapie.
- Après hospitalisation, mettre en route les actions pour prévenir les réhospitalisations. Revoir le patient dans la semaine.

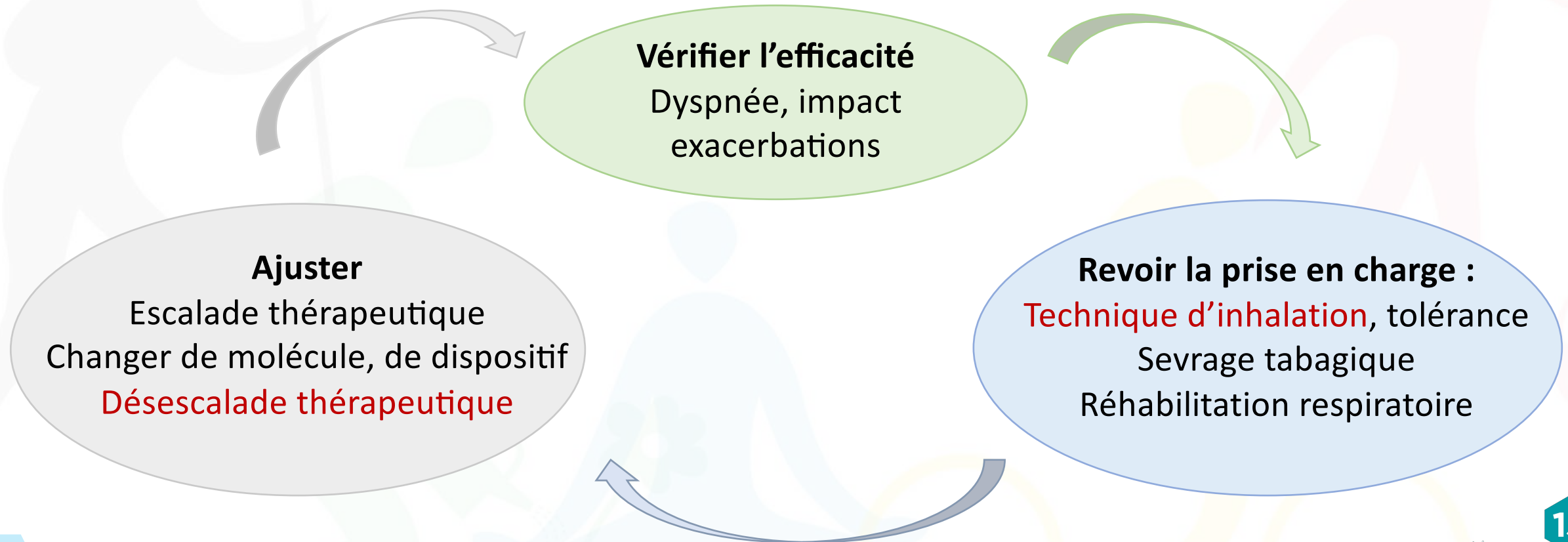
BPCO : une prise en charge globale

- Suivi des patients stables
 - Spirométrie 1 fois par an
 - Traitement des comorbidités
 - Suivi de la qualité de vie, anxiété/dépression, la situation médico-sociale
 - Suivi régulier par un chirurgien/dentiste (foyers infectieux)
- Pour les patients plus sévères (GOLD 3 et 4)
 - Suivi pneumologique minimum 1 fois par an
 - Prise en charge pluridisciplinaire des comorbidités
 - Options thérapeutiques à proposer selon sévérité
 - oxygénothérapie de longue durée, réhabilitation respiratoire, VNI, apnées du sommeil

Une prise en charge personnalisée pour chaque patient

Importance du suivi après mise en route des traitements

- Après initiation d'un traitement, proposer de revoir le patient **1 mois après**.



Education thérapeutique

- ❖ L'éducation thérapeutique a pour objectif d'aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leurs vies avec une maladie chronique.
- ❖ Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.
- ❖ Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières et des comportements liés à la santé et à la maladie.
- ❖ Ceci à pour but de les aider, ainsi que leur famille, à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

Éducation thérapeutique du patient pour l'apprentissage de l'autogestion de la maladie

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) s'inscrit dans le parcours de soins du patient et **fait partie intégrante de la stratégie thérapeutique.**

Objectifs

Les objectifs principaux de l'ETP d'un patient ayant une BPCO sont les suivants :

- ❖ rendre le patient autonome
- ❖ diminuer le risque d'exacerbation
- ❖ contribuer à améliorer sa qualité de vie

Pour ce faire, les objectifs éducatifs seront discutés avec le patient après une évaluation de ses besoins et de ses attentes

L'ETP est proposée au patient sous la forme d'un **programme personnalisé d'ETP**.

- ❖ Elle concerne **le patient et son entourage**.
- ❖ Elle peut être réalisée en consultation, lors d'une hospitalisation, en visite à domicile, dans le cadre du programme de réadaptation respiratoire, d'un centre spécifique ou d'un réseau de soins proche du domicile du patient.
- ❖ Elle se déroule avec une alternance de sessions éducatives et de périodes de vie à domicile et peut débuter par un programme dans le cadre de la réadaptation respiratoire.
- ❖ Elle est proposée sous la forme de séances dédiées (collectives ou individuelles).
- ❖ L'ETP est un processus continu nécessitant une évaluation périodique et des réajustements.

L'information et l'éducation thérapeutique sont complémentaires pour que le patient apprenne l'autogestion de sa maladie chronique.

Information du patient	Éducation thérapeutique
Étape indispensable pour que le patient s'implique dans sa prise en charge :	Visé à faire acquérir au patient (en lien avec son entourage) des compétences pour
<ul style="list-style-type: none">■ lui délivrer lors de toute rencontre,■ une information adaptée■ en s'accordant avec lui sur les éléments prioritaires à mettre en œuvre,■ tout en tenant compte de ses demandes et de ses attentes (bien-être, qualité de vie).	<ul style="list-style-type: none">■ gérer sa maladie, le stress/l'anxiété « respiratoire »■ réaliser lui-même les gestes liés aux soins,■ prévenir les complications évitables,■ et s'adapter à sa situation.

Précisions sur la planification des soins futurs

- ❖ Parler avec le patient des directives anticipées et des soins palliatifs aux stades précoces de la maladie
- ❖ Permet de limiter les traitements de maintien en vie inutiles et donc les souffrances du patient

Anticiper l'information sur les complications possibles	
Contenu	Modalités
<ul style="list-style-type: none">■ Évolution favorable ou non des exacerbations ;■ possibilités thérapeutiques et scénarii possibles en urgence ;■ possibilité de donner ses objectifs et ses préférences pour les soins dans le cadre des directives anticipées (mises en œuvre uniquement si le patient n'est pas en capacité de s'exprimer) ;■ le patient bénéficiera de soins palliatifs sauf s'il s'y oppose ;■ le patient sera accompagné ainsi que ses proches ;■ possibilité de désigner une personne de confiance et explications nécessaires pour l'aider à la choisir ;■ suggérer au patient d'en parler avec ses proches.	<p>Ces échanges seront adaptés à :</p> <ul style="list-style-type: none">■ la demande d'informations du patient ;■ son état psychologique et émotionnel. <p>Le dialogue est conduit avec empathie :</p> <ul style="list-style-type: none">■ l'écoute est essentielle. <p>Cette réflexion sur les directives anticipées peut :</p> <ul style="list-style-type: none">■ prendre du temps ;■ nécessiter des entretiens répétés.

- ❖ Elle facilite l'autogestion de la maladie et son maintien dans le temps grâce à l'acquisition de compétences d'auto-soins et d'adaptation.
- ❖ Elle peut être proposée dès l'annonce du diagnostic ou à tout autre moment de l'évolution de la maladie en fonction des besoins éducatifs du patient et de son acceptation

4 étapes

Etape 1: Élaborer un bilan éducatif partagé

- ❖ Connaître le patient, identifier ses besoins, ses attentes et sa réceptivité à la proposition de l'ETP.
- ❖ Appréhender les différents aspects de la vie et de la personnalité du patient, évaluer ses potentialités, prendre en compte ses demandes et son projet.
- ❖ Appréhender la manière de réagir du patient à sa situation et ses ressources personnelles, sociales, environnementales.

Éducation thérapeutique

Etape 2: Définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage

- ❖ Formuler avec le patient les compétences à acquérir au regard de son projet et de la stratégie thérapeutique.
- ❖ Négocier avec lui ces compétences à acquérir afin de planifier un programme individuel.
- ❖ Les communiquer sans équivoque au patient et aux professionnels de santé impliqués dans la mise en oeuvre et le suivi du patient.

Éducation thérapeutique

Etape 3 Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP individuelles ou collectives ou en alternance

- ❖ Sélectionner les contenus à proposer lors des séances d'ETP, les méthodes et techniques participatives d'apprentissage.
- ❖ Réaliser les séances.

Etape 4 Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme

- ❖ Faire le point avec le patient sur ce qu'il sait, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire et appliquer, ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir, la manière dont il s'adapte à ce qui lui arrive.
- ❖ Proposer au patient une nouvelle offre d'ETP qui tient compte des données de cette évaluation et des données du suivi de la maladie chronique

Formats éducatifs

- ❑ **Programme pluri thématique d'apprentissage à l'autogestion de la maladie**, mis en oeuvre par une équipe de soins pouvant comprendre un patient-ressource, tous formés

- ❑ **Activité éducative ciblée** sur un objectif éducatif, mise en oeuvre par un médecin ou par d'autres professionnels de santé formés ; elles concernent par exemple la prise en charge des EABPCO avec le plan d'action personnalisé et doivent dans ce cas être associées à un suivi téléphonique pendant au minimum 6 mois.

Professionnels concernés

- ❖ Tous les professionnels de santé formés, ainsi que d'autres intervenants, sont concernés. Ils interviennent de manière cohérente, guidés par le programme personnalisé d'ETP du patient.
- ❖ Le médecin généraliste est le premier concerné pour délivrer l'ETP. Il est nécessaire qu'il se coordonne avec les autres professionnels.
- ❖ L'ETP est assurée également par le pneumologue et, le cas échéant, l'équipe pluridisciplinaire de réadaptation respiratoire.
- ❖ Les autres professionnels peuvent intervenir en fonction de la nature des compétences à développer par le patient : pharmacien, masseur-kinésithérapeute, infirmier(e), diététicien(ne), médecin ayant une compétence en addictologie, MPR, médecin du travail, ergothérapeute, psychomotricien, psychologue.
- ❖ D'autres intervenants sont possibles : conseillers ou techniciens d'environnement, associations de patients.

Education thérapeutique

POINTS CRITIQUES : IMPLIQUER LE PATIENT DANS SA PRISE EN CHARGE

- Informer le patient sur la maladie, ses traitements et son évolution, aborder la planification des soins futurs lorsqu'il est prêt.
- Réaliser cette ETP (programmes d'apprentissage de l'autogestion de la maladie, actions éducatives ciblées) de façon personnalisée, continue et associée à :
 - des conduites à tenir claires et écrites (plan d'action et de traitement personnalisés) ;
 - un suivi régulier par le médecin ou une infirmière de l'équipe de soins ;
 - un renforcement, une reprise ou une actualisation des compétences ;
- Construire avec le patient le programme personnalisé d'ETP pour l'apprentissage de l'autogestion de sa maladie, l'accompagner dans sa démarche de changement et dans le maintien de celle-ci (arrêt du tabac, activités physiques, nutrition).
- Expliquer le plan d'action personnalisé en cas d'exacerbation.

Exemples de compétences à acquérir pour un patient ayant une BPCO

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 et les techniques de désencombrement bronchique				
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 et accepter les modalités d'aide à l'arrêt du tabac (tabac-info service : tél 3989)				
Comprendre la nécessité de la vaccination antigrippale et antipneumococcique				
Connaître les facteurs qui augmentent le risque d'exacerbation				
Reconnaître précocement les symptômes annonçant une exacerbation de BPCO : augmentation de la dyspnée, de l'expectoration ou de la toux, expectoration qui devient verdâtre				
Faire face à l'exacerbation à partir du plan d'action personnalisé : adaptation du traitement, recours au médecin généraliste, au pneumologue, critères justifiant un recours aux urgences				
Évaluer la gêne fonctionnelle dans la réalisation des activités quotidiennes (hygiène, courses, ménage, etc.)				
Connaître et évaluer les bénéfices escomptés de l'activité physique quotidienne				
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), trois à cinq fois par semaine, à une intensité modérée (seuil d'essoufflement)				
Connaître les bénéfices escomptés d'un bon état nutritionnel 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				
Comprendre l'intérêt et savoir utiliser l'oxygénothérapie et la ventilation non invasive				

Technique d'inhalation : dispositifs variés....

Prendre le temps d'éduquer le patient

- Essai plusieurs systèmes d'inhalation
- Vérifier l'utilisation du système d'inhalation
 - Médecin, IDE, pharmacien
 - après chaque instauration de traitement
 - avant toute escalade thérapeutique
 - au moins 1 fois par an

Éviter les prescriptions avec des dispositifs multiples
(et intérêt des associations fixes)



Des fonctionnalités au service du bon usage

UNE SOLUTION POUR UNE BONNE UTILISATION !

Hephaï, une solution digitale éducative pour les patients afin d'améliorer l'utilisation des dispositifs d'inhalation.



Intelligence Artificielle

Analyse en temps réel les mouvements et sons réalisés par le patient lors de la prise.



Coach Virtuel

Valide une bonne prise ou recense les erreurs et explique au patient où elles se situent et comment les corriger.



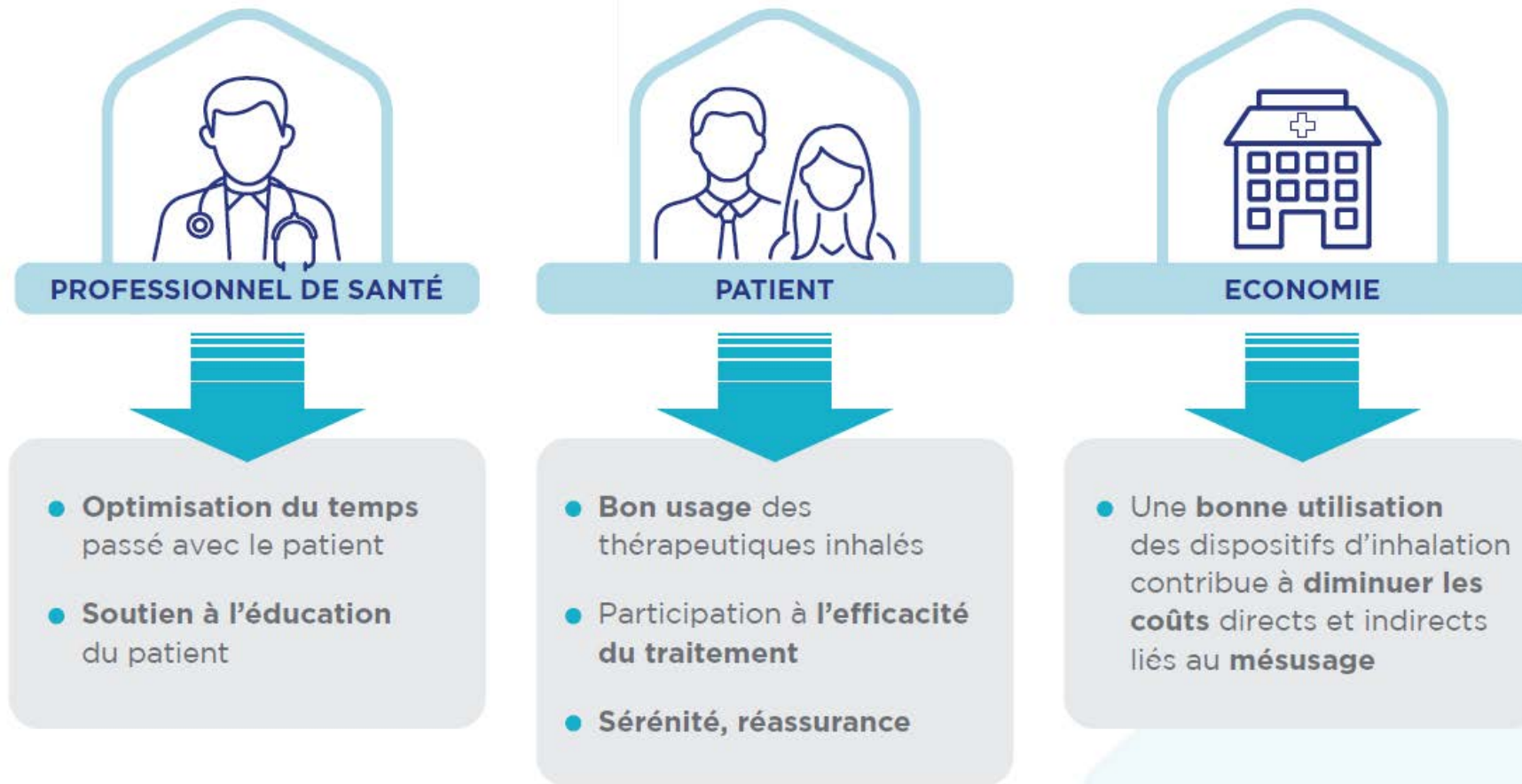
Vidéos éducatives Zephyr

Accès à des vidéos d'utilisation des différents inhalateurs.

Rappels de prise

Intègre une fonctionnalité de rappel de prise de traitement par SMS.

HEPHAÏ, des bénéfices pour tous les acteurs



Dispositif de classe I

Hephaï

Hephaï est une application visant, à l'aide d'un coach virtuel, à aider les patients à bien utiliser les inhalateurs qui leur sont prescrits pour le traitement de l'asthme et de la BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive). Cette application est à utiliser en complément des conseils d'un médecin.

Mars 2024.

Compétences à acquérir au terme d'un programme d'ETP

Tableau I. Compétences à acquérir par le patient au terme d'un programme d'éducation thérapeutique, quels que soient la maladie, la condition ou le lieu d'exercice.

Compétences	Objectifs spécifiques (exemples)
1. Faire connaître ses besoins, déterminer des buts en collaboration avec les soignants, informer son entourage	Exprimer ses besoins, ses valeurs, ses connaissances, ses projets, ses attentes, ses émotions (diagnostic éducatif)
2. Comprendre, s'expliquer	Comprendre son corps, sa maladie, s'expliquer la physiopathologie, les répercussions socio-familiales de la maladie, s'expliquer les principes du traitement
3. Repérer, analyser, mesurer	Repérer des signes d'alerte des symptômes précoces, analyser une situation à risque, des résultats d'examen. Mesurer sa glycémie, sa tension artérielle, son débit respiratoire de pointe...
4. Faire face, décider...	Connaître, appliquer la conduite à tenir face à une crise (hypoglycémie, hyperglycémie, crise d'asthme...), décider dans l'urgence...
5. Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa maladie, résoudre un problème de prévention	Ajuster le traitement, adapter les doses d'insuline. Réaliser un équilibre diététique sur la journée, la semaine. Prévenir les accidents, les crises. aménager un environnement, un mode de vie favorables à sa santé (activité physique, gestion du stress...)
6. Pratiquer, faire	Pratiquer les techniques (injection d'insuline, autocontrôle glycémique, spray, chambre d'inhalation peak flow). Pratiquer les gestes (respiration, auto-examen des œdèmes, prise de pouls...). Pratiquer des gestes d'urgence
7. Adapter, réajuster	Adapter sa thérapeutique à un autre contexte de vie (voyage, sport, grossesse...). Réajuster un traitement ou une diététique. Intégrer les nouvelles technologies médicales dans la gestion de sa maladie
8. Utiliser les ressources du système de soins. Faire valoir ses droits	Savoirs où et quand consulter, qui appeler, rechercher l'information utile. Faire valoir des droits (travail, école, assurances...). Participer à la vie des associations de patients...





LES FREINS ET LES LEVIERS À LA RÉADAPTATION RESPIRATOIRE

MARC BEAUMONT, KINESITHEREPEUTE, PHD

mbeaumont@ch-morlaix.fr





LES



MAR

ITHÉRAPIE
IRATOIRE

pm
spitalier
e Morlaix

ETBO

— — — — —
Groupe d'Étude de la Thrombose
de Bretagne Occidentale



LES



MAR

ITHÉRAPIE
IRATOIRE

pm
spitalier
e Morlaix

ETBO

— — — — —
Groupe d'Étude de la Thrombose
de Bretagne Occidentale



LES



MAR

ITHÉRAPIE
IRATOIRE

pm
spitalier
e Morlaix

ETBO

— — —
Groupe d'Étude de la Thrombose
de Bretagne Occidentale

DÉCLARATION DES LIENS D'INTÉRÊT

- liens d'intérêt : Chiesi

- Liens d'intérêt en lien avec cette présentation : aucun

L'ACCÈS À LA RÉADAPTATION RESPIRATOIRE



Review

The Need for Expanding Pulmonary Rehabilitation Services

Aroub Lahham ^{1,*} and Anne E. Holland ^{1,2,3}

- La réadaptation respiratoire est un traitement majeur chez les patients atteints de BPCO, fibroses, bronchectasies, HTAP (*McCarthy et al. Cochrane Database Syst. Rev. 2015, 23, CD003793; Dowman et al. Cochrane Database Syst. Rev. 2021, 2, CD006322 ; Lee et al. Arch. Phys. Med. Rehabil. 2017, 98, 774–782; Morris et al. Cochrane Database Syst. Rev. 2017, 1, CD011285*)
- Globalement, 3% des patients atteints de pathologie respiratoire chronique ont accès à la RR
- La RR post hospitalisation pour exacerbation a également montré son intérêt en diminuant le risque de réadmissions de 56 % (*Puhan et al. Cochrane Database Syst. Rev. 2016, 12, CD005305*)
- Mais le taux de patients bénéficiant de RR post exacerbation encore plus réduit : 1,9% (dans les 6 mois) (*Jones et al. Thorax 2014, 69, 181–182*)

L'ACCÈS À LA RÉADAPTATION RESPIRATOIRE POST EN FRANCE

RESEARCH

Open Access

Pulmonary rehabilitation after severe exacerbation of COPD: a nationwide population study

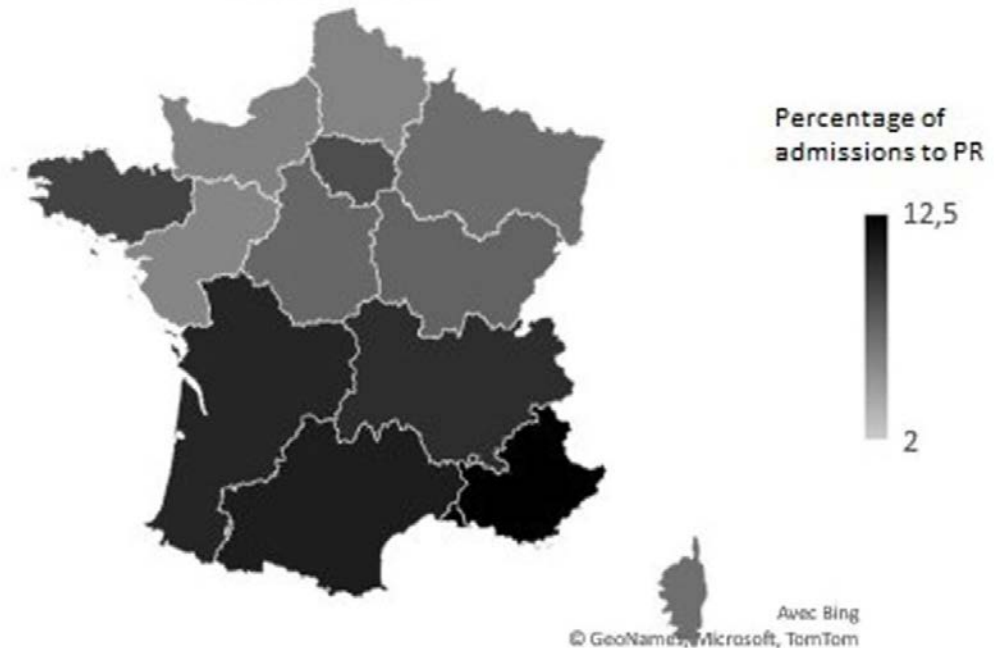


Marina Guecamburu¹, Anaëlle Coquelin², Amandine Rapin^{3,4}, Nelly Le Guen², Agnès Solomiac², Pauline Henrot^{1,4}, Marie Erbaut², Sandrine Morin² and Maéva Zysman^{1,5*}

- Etude rétrospective nationale, sur système national de données de santé, en 2017
- 48 638 patients > 40 ans hospitalisés pour exacerbation de BPCO inclus (/ 92251)
- 8,6% recevaient RR dans les 90 jours post hospit
 - Un peu plus de femmes
 - Plus âgés
 - Plus de comorbidités
- liée à
 - Densité des MG
 - Capacités d'accueil des centres de RR

E

PR uptake



QUELS SONT LES FREINS?

Il existe des freins

- Liés aux soignants : prescription +++, manque de connaissances
- Liés aux patients : caractéristiques de ces patients
- Liés au système de soins



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Identification des freins à la réhabilitation respiratoire chez le patient BPCO. Étude qualitative par focus group et entretiens individuels auprès des patients, des médecins généralistes, des médecins du sport, des pneumologues et des professionnels de santé paramédicaux



Identifying the barriers to pulmonary rehabilitation for patients with COPD

F. Cachau^{a,*}, A. Masson^b, P. Di Patrizio^c

- Etude qualitative auprès de patients (7), MG (4), pneumologue (1), sport (1), kiné (3), EAPA (2), IDE, Diét, Ergo, Psycho
- Entretiens individuels ou focus group
- Objectif : identifier les freins à la RR

Tableau 5 Encodage des entretiens et mots clés en fonction des médecins, paramédicaux et patients.

Différents freins	Population	Pourcentage d'encodage	Mots clés
Freins liés au lien social	Médecins	1,73	"proches" (E1), "conjoint" (E1,E4), "seul" (E1)
	Paramédicaux	1,02	"proches" (E6), "conjoint" (E6), "seul" (E5, E6)
	Patients	1,36	"amis" (E11, E12), "conjoint" (E12), "seul" (E9,E11,E12)
Freins liés au programme de réhabilitation respiratoire	Médecins	4,01	"manque de personnel" (E2,E3), "matériel" (E3)
	Paramédicaux	2,19	"manque de personnel" (E5,E6), "matériel" (E5,E8)
	Patients	0,81	"une autre manière de fonctionner" (E9)
Freins liés au tabac	Médecins	3,46	"arrêter de fumer" (E1, E2, E3, E4)
	Paramédicaux	2,31	"arrêter de fumer" (E6, E7, E8)
	Patients	2,82	"arrêter de fumer" (E11, E12)
Freins liés au travail pluriprofessionnel	Médecins	4,95	"réseau" (E4), "communication" (E1)
	Paramédicaux	7,76	"réseau" (E5, E6, E7), "communication" (E5, E6, E7, E8)
	Patients	2,06	"les documents qu'il fallait" (E9)
Freins liés aux comorbidités	Médecins	1,04	"autres pathologies" (E4, E8)
	Paramédicaux	1,06	"autres pathologies" (E6, E5, E7)
	Patients	0,54	"mal au dos" (E10, E11)
Freins liés à l'économie	Médecins	0,78	"payer" (E1), "ALD" (E2, E4)
	Paramédicaux	0,63	"payer" (E7), "gratuit" (E6, E7)
	Patients	0,16	"on ne les emportera pas" (E12)
Freins liés à la géographie	Médecins	0,25	"loin" (E3, E4)
	Paramédicaux	0,27	"géographiquement" (E2, E6)
	Patients	0,49	"loin" (E12)
Freins liés à la maladie	Médecins	1,29	"déconditionnement" (E2), "silencieux" (E4), "dyspnée" (E2)
	Paramédicaux	0,59	"dyspnée" (E8), "limite" (E8)
	Patients	1,46	"continue à évoluer" (E12), "dyspnée" (E11), "limite" (E10)
Freins liés à la motivation	Médecins	1,48	"prioritaire" (E1), "motivation" (E1, E3)
	Paramédicaux	3,21	"priorité" (E8), "motivation" (E5, E6, E8)
	Patients	7,26	"priorité" (E9, E11), "motivation" (E9, E10)
Freins liés à la perception de la maladie	Médecins	9,35	"formation" (E2, E3, E4), "éducation thérapeutique" (E3)
	Paramédicaux	8,77	"formation" (E5, E6, E7, E8), "éducation thérapeutique" (E5, E7, E8)
	Patients	5,37	"tests" (E12), "politique de l'autruche" (E11)
Freins liés à la peur	Médecins	0,30	"anxiété" (E2), "peur" (E2, E3, E4), "responsabilité" (E3, E4)
	Paramédicaux	1,18	"anxiété" (E5, E6, E8), "peur" (E5, E6, E7), "responsabilité" (E6)
	Patients	0,98	"peur" (E10, E11), "anxiété" (E11)
Freins liés à la soignant-soigné	Médecins	1,34	"frustrant" (E1), "empathie" (E4)
	Paramédicaux	2,78	"communication" (E5, E8), "résigné" (E6)
	Patients	8,08	"communication" (E10, E12), "confiance" (E10)
Freins liés à la temporalité	Médecins	3,41	"temps" (E1, E2, E3, E4)
	Paramédicaux	1,57	"temps" (E5, E6, E7, E8)
	Patients	1,95	"temps" (E9, E10, E11, E12)

• Freins liés aux soignants

- Manque de formation => difficile de trouver professionnels
- Fumeur actif => sensation de perte bénéfiques rapportés par soignants (sélection)
- Peur (« *Beaucoup de kinésithérapeutes sont réticents parce que ça se fait sans surveillance médicale* »)
- Comorbidités considérées comme CI à la RR
- Financier
- Manque de temps (ETP +++)
- Travail pluri-professionnel
- Complexité du contenu du programme

• Freins liés aux patients

- Manque d'empathie de la part des soignants, relaté par des patients (fumeurs+++)
- Manque d'informations / RR
- Peur de la dyspnée +++
- Dénier (minimisation des symptômes), souhait d'être soulagé rapidement avec médicaments, sentiment de honte
- Manque de motivation (en cas de complication +++), manque de temps, distance

LES FREINS À LA PRESCRIPTION

Revue de Pneumologie clinique (2017) 73, 115–119



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Identification des freins à la prescription de la réhabilitation respiratoire pour les patients atteints de BPCO en médecine générale



Barriers to referral to pulmonary rehabilitation in COPD patients from the perspective of general practitioners

O. Galera^{a,*,b}, G. Grimal^c, D. Bajon^{a,b}, Y. Darolles^b

- Enquête auprès de MG dans une ville (Montauban)
 - 30/53 MG ont répondu (57%)
 - 20% citaient RR comme ttt de la BPCO
 - 80% déclaraient ne pas connaître recos
 - 86% de leurs patients : pas de RR
 - 20% patients ayant eu RR adressés par MG
 - 67% considèrent que prescription relève de leur compétence
- Freins:
 - Méconnaissance des PRR existants (87% des MG)
 - Complexité des démarches pour prescrire

LES FREINS À LA PRESCRIPTION



Review
The Need for Expanding Pulmonary Rehabilitation Services

Aroub Lahham^{1,*} and Anne E. Holland^{1,2,3}

- Manque de connaissances de la réadaptation respiratoire : globalement 38% des études rapportent cette barrière (Cox et al. *Journal of Physiotherapy* 2017; 63: 84–93)
 - Aux USA, une étude auprès de 154 MG, rapporte que 61% des MG ne connaissent pas les recos sur la RR (Perez et al. *Respir. Med.* 2012; 106: 374–381)
 - Une étude en Allemagne auprès de 590 pneumologues , 62% pensent que la RR est possible chez patients modérément atteints, mais 31% si patients sévères (Glaab et al. *Int. J. COPD* 2012; 7: 101–10)
- Manque de connaissances des bénéfices de la RR (Milner et al. *Respir Med* 2018; 137 : 103–114)
- Sévérité de la pathologie (Glaab et al. *Int. J. COPD* 2012; 7: 101–10)

Open access

Original research

BMJ Open Investigating primary healthcare practitioners' barriers and enablers to referral of patients with COPD to pulmonary rehabilitation: a mixed-methods study using the Theoretical Domains Framework

Jane Suzanne Watson ,¹ Rachel Elizabeth Jordan,¹ Peymane Adab,¹ Ivo Vlaev,² Alexandra Enocson,¹ Sheila Greenfield ¹

- Etude mixte (quali par entretiens et quanti par questionnaire) auprès de MG (UK) (19-154 MG)
- Inaptitude physique à suivre un programme
- Manque de motivation des patients
- Processus « d'adressage » difficile ou non connu
- Manque de centres ou professionnels

LES FREINS A L'ACCÈS LIÉS AUX PATIENTS

ORIGINAL ARTICLE

WILEY

Improving the uptake: Barriers and facilitators to pulmonary rehabilitation

Eamon P. McCarron¹  | Melanie Bailey¹ | Breige Leonard¹ | Terence E. McManus^{1,2}

- Objectifs :

- évaluer le nb de patients adressés en RR
- évaluer le nb de patients qui réalisaient un pg de RR
- explorer barrières

- Résultats:

- 42% ne se rendaient pas au centre
- les barrières
- caractéristiques de ces patients

	Non-attenders (N = 20)
<i>Barriers</i>	
Lack of awareness	12 (60%)
Access difficulties	7 (35%)
Low perceived benefits	17 (85%)
Co-morbidities	7 (35%)
Exhausting	11 (55%)

TABLE 3 Statistical analysis of patient characteristics (Age, Sex and smoking status) for those invited to attend PR in 2016

	Attended (N = 163)	Non-attended (N = 118)	P value	Completed (N = 125)	Dropped-out (N = 38)	P value
Age (Mean ± SD)	66.7 (±11.3)	71.3 (±10.5)	0.0006	65.6 (±10.9)	70.2 (±11.8)	0.027
Females	80 (49%)	79 (67%)	0.0034	55 (44%)	25 (66%)	0.026
Current smokers	23 (14%)	31 (26%)	0.014	5 (4%)	18 (47%)	0.0001

CARACTERISTIQUES DES PATIENTS NON “ADHERENTS”

- Faibles revenus, couverture assurance maladie defaillante
- Travail
- ↘ Confiance en soi, en ses capacités à faire le PRR
- Transports
- Isolement social
- Sévérité de la maladie (VEMS, O₂) , et QDV altérée, dépression
- Fumeurs actifs
- Connaissance de la RR et de ses bénéfices

Oates et al. J Cardiopulm Rehabil Prev. 2019; 39(5): 344–349

Hayton et al. Respir Med 2013;107: 401-407

Cox et al. Journal of Physiotherapy 2017; 63: 84–93

Milner et al. Respir Med 2018; 137 : 103–114

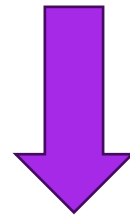
Augustine et al. Lung India 2021;38: 59-63.

Gushken et al.einstein (São Paulo). 2021;19:eAO6115.

- Discordance entre littérature anglo-saxonne et “vie réelle Clinique”
- Environ 30% ne sont pas “adhérents”
(Hayton et al. Respir Med 2013;107: 401-407; Keating et al. Chron Respir Dis 2011:889—99)
- Pas d’étude en France mais retour d’expérience rapport seulement 7%
(Stélianides et al. Rev Mal Respir 2021; 38: 177—182)
- ETP ? : facteur d’adhésion au programme (Oates et al. J Cardiopulm Rehabil Prev. 2019; 39(5): 344–349)

LES FREINS LIÉS AU SYSTÈME DE SOINS

- Manque de structures +++
- Financement des réseaux ?
- Edito dans le JAMA (journal association médicale américaine) qui annonce qu'il va faire un numéro special sur la BPCO



JAMA Insights JAMA September 14, 2021 Volume 326, Number 10

Pulmonary Rehabilitation in 2021

Carolyn L. Rochester, MD; Martijn A. Spruit, PT, PhD; Anne E. Holland, PT, PhD

Manque de reconnaissance des bénéfices de la RR par les autorités de santé

=> ressources limitées

LES LEVIERS

- La formation continue
 - Congrès de pneumologie de langue française, ateliers Alvéole, DIU de réadaptation respiratoire du grand Ouest
 - Congrès de Médecine Générale +++
 - Formations locales
 - Soirées d'information pour les MG, les paramédicaux (kinés)
 - Prescription type
 - Comment adresser en RR
 - Contenu

15^{es} JOURNÉES FRANCOPHONES
Alvéole

DONNER DE LA VIE AUX JOURNÉES
21-22 mars 2024 Centre de congrès de Lyon

HOME PROGRAMME INSCRIPTION SOUMISSION DES RÉSUMÉS ESPACE EXPOSANT INFOS PRATIQUES ATELIERS RÉADAPTATION RESPIRATOIRE RETOUR À L'ACCUEIL

Programme des Ateliers de la Réadaptation Respiratoire

Découvrez le programme des différents ateliers de la réadaptation respiratoire proposés entre septembre 2023 et mars 2024.

Session 1 Session 2 Session 3

Inscription aux Ateliers de la Réadaptation Respiratoire

Diplôme Inter
RÉ
RI

OBJECTIFS

Aptitudes et compétences

- > Acquérir les connaissances nécessaires à l'œuvre et à l'évolution des composantes d'un programme de réadaptation respiratoire
- > Comprendre les causes d'origine respiratoire
- > Comprendre et utiliser la d'évaluation validées en respiratoire
- > Concevoir, mettre en œuvre un programme de réadaptation individuelle
- > Agir au sein d'un réseau de
- > Participer à la prévention secondaire et tertiaire de l' respiratoire
- > Participer à l'éducation th des patients atteints de patiratoire

PUBLIC CONCERNÉ

- > Médecins
- > Internes en médecine
- > Kinésithérapeutes
- > Infirmières
- > Ergothérapeutes
- > Intervenants STAPS et professeurs d'Activité Physique Adaptée (APA)
- > Diététicien(ne)s et technicien(ne)s de laboratoire et biomédicaux impliqués dans la prise en charge de maladies respiratoires.

2023
e-RESPIR
5^{ème} e-congrès sur les maladies respiratoires

5^{ÈME} E-CONGRÈS NATIONAL SUR LES MALADIES RESPIRATOIRES

SUR www.ivmhealth.com/e-respir2023

En direct le mercredi 8 novembre 2023 || En replay jusqu'au 25 janvier 2024

SPLF Sous l'égide de la Société de Pneumologie de Langue Française
Président du e-Respir 2023 : Pr Jesus Gonzalez

PROGRAMME
Modérateur : Dr Alain Ducardonnet (Médecin - Journaliste)

Prévention (20h)
> Approche de santé publique

Méthodes pédagogiques :
La formation alterne des méthodes transmissives, actives et réflexives.

Fin de la formation : septembre

CANDIDATURE
Condition d'accès : sur dossier
Candidature en ligne : www.univ-brest.fr/inscription

ACCESSIBILITÉ
À l'UBO, l'espace Handiversité, lieu d'accueil, d'écoute et d'informations propose un dispositif d'accompagnement spécifique.

<https://www.ifps-brest.bzh/formation-continue/>

Organisateur
Pneumologie Développement SARL
84 boulevard Saint Michel 75006 Paris
Contact : pneumologie@pneumologie.fr

Associés
APF - Association de perfectionnement post-universitaire des Pneumologues Privés
CPH - Collège des Pneumologues des Hôpitaux Sérotraux
SPLF - Société de Pneumologie de Langue Française

LES LEVIERS

- La formation initiale
 - Enseignement dans le DES de pneumo
 - Internes : possibilité de faire semestre en RR (partage avec CRCM)
 - Invités à passer en RR...
 - Master cardio respi, UBO
 - IFMK : universitarisation => évolution de la formation

Année universitaire 2023-2024

UE du Master 1 Biologie Santé

Effort et Insuffisance cardiaque et respiratoire

1^{er} semestre. Lundi et mercredi. 17h15 – 19h15 (2h). 12 créneaux de 2h. Total = 24h

Dates	Intervenant	Intitulé du cours	h	salle
Lundi 25 septembre 2023	MAGM	Contraction musculaire : typologie des fibres, aspects mécaniques et électriques, force musculaire, capacité de travail, fatigue (force par fibres / mesures de vitesse / fatigue périph et centrale).	2	TD7/8
Mercredi 27 septembre 2023	MAGM	Adaptation cardiorespiratoire à l'effort (et/ou fin muscle).	2	B103
Lundi 2 octobre 2023	MAGM	Adaptation cardiorespiratoire à l'effort.	2	TD7/8
Mercredi 4 octobre 2023	Alexandre FAUCHE	Energétique et méthodologie des tests d'effort.	2	TD7/8
Lundi 9 octobre 2023	Aude BARNIER	Limitation d'effort dans les fibres.	1	TD7/8
Mercredi 11 octobre 2024	Cécile TROMEUR Alexandre FAUCHE	Limitation d'effort dans les HTP. Apport de l'exploration d'effort dans les HTP et les fibres.	1 1	B103
Mercredi 18 octobre 2023	Anais CAILLARD Claire LOUYOT	Le bloc opératoire : une épreuve d'effort pour le patient Réhabilitation préopératoire	1 1	B103
Lundi 23 octobre 2023	Marc BEAUMONT	Dyspnée, mécanismes et évaluation.	2	TD7/8
Lundi 6 novembre 2023	Romain DIDIER	IC et limitation à l'effort (cœur, vaisseaux, muscles périphériques).	2	TD7/8
Lundi 13 novembre 2023	Romain DIDIER	Apport de l'exploration à l'effort chez l'insuffisant cardiaque.	2	TD7/8
Lundi 20 novembre 2023	Karine MONTCLAIR Marc BEAUMONT	Rééducation à l'effort chez l'IC Rééducation à l'effort chez l'IR.	1 1	TD7/8 TD7/8
Lundi 4 décembre 2023	Eloïse PHILIPPE	Vers une approche globale du patient. Réhabilitation respiratoire du BPCO.	2	TD7/8

LES LEVIERS

- Consultation de pré-admission
 - Explications du contenu, des bénéfices, visite du service
 - Notion de “vente du programme”, conviction des médecins de l'utilité de la RR

Improving the uptake: Barriers and facilitators to pulmonary rehabilitation

Eamon P. McCarron¹  | Melanie Bailey¹ | Breige Leonard¹ | Terence E. McManus^{1,2}

- Following the results of the questionnaire, several quality improvement measures were identified as potential ways of improving uptake and completion of PR programmes. These consisted of better patient information in the form of written and AV (*written and audio-visual*) information. In addition, several training sessions were held for physicians to improve knowledge of importance and referral process for PR.

Year	Invited to attend	Attended	Non-attended	Completed	Dropped-out
2016	281	163 (58%)	118 (42%)	125 (77%)	38 (23%)
2017	138	101 (73%)	37 (27%)	45 (45%)	56 (56%)
2018	185	165 (89%)	20 (11%)	108 (65%)	57 (35%)

Note: Numbers are shown with percentages of patients who attended, non-attended, successfully completed a programme and those who non-completed/“dropped out.”

LES LEVIERS

- La communication dans les services de pneumologie
- flyer ALVEOLE

Résultats

- Une meilleure qualité de vie
- Une amélioration de la tolérance à l'effort
- Une diminution de l'essoufflement
- Une diminution des épisodes infectieux et des hospitalisations



La réhabilitation peut se faire en hospitalisation complète ou ambulatoire ou à domicile. Les structures présentes sur cette carte interactive (soins de suite et rééducation, hôpitaux, réseaux, cabinets de kinésithérapeutes) ont signé une charte de bonne pratique.



<http://splf.org/groupes/calveole/carte-alv.html>



Vous êtes essoufflé à l'effort ?

Avez-vous songé à la

réhabilitation respiratoire ?

Une prise en charge globale et personnalisée des maladies respiratoires chroniques et des problèmes de santé associés.

Indispensable dans le parcours de soin, la réhabilitation respiratoire a pour objectif de vous rendre autonome.

PARLEZ-EN À VOTRE MÉDECIN



D'après une idée originale des équipes de réhabilitation du Nord-Pas-de-Calais avec l'aide du service communication de l'ARS Nord-Pas-de-Calais

LES LEVIERS

Le Parcours de soins

- **IPA** : Intérêt du **DE**pistage systématique de la **BPCO** en consultation de **Tabacologie**
 - Objectifs
 - Evaluer le taux de patients diagnostiqués BPCO en unité de Tabacologie
 - Evaluer l'impact du diagnostic BPCO sur le sevrage tabagique des patients à un an
 - Evaluer l'observance au parcours de soins adapté après diagnostic de BPCO
 - **Idée** : amener le patient dans parcours de soins BPCO
- **IPA** : dans CS de suivi : promouvoir la RR

LES LEVIERS

Flexibilité des programmes : +++

- HC : bonne observance
- HDJ : possibilité 5/semaine, 3/semaine, 2/ semaine
- Développer réadaptation à domicile, télé-réadaptation respiratoire
- Faire des programmes « à la carte », en mixant les possibilités

LES LEVIERS



MON PROJET : Je choisis les domaines sur lesquels je souhaite agir afin de maintenir ou améliorer mon état de santé :

1)
Comment et dans combien de temps ?

2)
Comment et dans combien de temps ?

3)
Comment et dans combien de temps ?

- Le post réhab : PREPS : Baptiste Chéhère, coordinateur du projet

Intérêt d'un suivi en maison sport santé dans le parcours de soin de patients atteints de maladies respiratoires chroniques, pour maintenir les bénéfices à long terme après un programme de réadaptation respiratoire

- Au cours du programme de RR, les patients établissent un projet notamment en termes d'AP
- L'objectif de l'étude est d'évaluer l'impact d'un suivi par un coach APA pour accompagner les patients dans leurs projets, sur l'évolution du niveau d'activité physique, évalué avec un actimètre.
- Essai contrôlé randomisé
- Groupe APA : évaluation et suivi régulier par APA (tous les 6 mois) pendant 2 ans avec entretien motivationnel, point sur projets, plus application pour contact APA /patient (ou possibilité de joindre par téléphone)
- Groupe contrôle : pas de suivi personnalisé, évaluation tous les 6 mois

CONCLUSION

- Les freins à la réadaptation respiratoire sont connus
 - Soignants
 - Patients
 - Système de soins
- Mais des leviers existent
 - Formation
 - Consultation de pré-admission
 - Communication



CONCLUSION

Revue des Maladies Respiratoires (2021) 38, 177–182



Disponible en ligne sur

ScienceDirect

www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte

www.em-consulte.com



SÉRIE « EXERCICE ET RÉADAPTATION RESPIRATOIRE »
Coordonnée par F. Costes et A. Chambellan

Comment améliorer l'accès des patients à la réadaptation respiratoire ?



How to improve patient's access to Respiratory Rehabilitation?

S. Stelianides^{a,*}, P. Surpas^b, A. Hervé^c,
J.-M. Grosbois^d

Merci pour votre attention



mbeaumont@ch-morlaix.fr

UN GRAND MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !
VOTRE AVIS NOUS INTÉRESSE ...

