

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉGION LORRAINE
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE
DE NANCY

**PROPOSITION D'UN ATELIER D'ÉDUCATION
THÉRAPEUTIQUE : OXYGÉNOTHÉRAPIE ET
VENTILATION NON INVASIVE DES PATIENTS ATTEINTS
DE BRONCHO-PNEUMOPATHIE CHRONIQUE
OBSTRUCTIVE**

Mémoire présenté par **Carine MAGAR**
étudiante en 3^{ème} année de masso-kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'État
de Masseur-Kinésithérapeute
2013-2014.

SOMMAIRE

RESUME

1.	INTRODUCTION	1
2.	MÉTHODE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.....	2
3.	LA BRONCHO-PNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE.....	3
3.1.	Définition, rappels physiopathologiques	3
3.2.	Les facteurs de risques	4
3.3.	Le diagnostic	4
3.4.	La prise en charge thérapeutique en réhabilitation respiratoire	6
4.	L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT	8
4.1.	Définition	8
4.2.	La mise en œuvre	9
4.3.	Les intervenants de l'ETP.....	12
4.4.	L'intérêt de l'ETP dans la prise en charge de la BPCO.....	13
5.	MISE EN PLACE D'UN ATELIER D'ETP : L'OXYGENOTHERAPIE ET LA VENTILATION NON INVASIVE POUR LES PATIENTS BPCO	14
5.1.	Pourquoi cet atelier ?	14
5.2.	Préparation et déroulement des séances	15
5.2.1.	Elaboration de la fiche pédagogique	16
5.2.2.	Séance théorique	17
5.2.3.	Evaluation	24
5.2.4.	Séance pratique	24
5.2.5.	Evaluation	26

6. DISCUSSION	27
6.1. Les objectifs de l'atelier	27
6.2. Les limites	27
6.3. Les outils thérapeutiques	29
6.4. Le rôle du kinésithérapeute	29
7. CONCLUSION.....	30

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

RÉSUMÉ

A l'heure où la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est devenue un véritable enjeu de santé publique à la fois d'un point de vue sociétal, médical et économique, il s'avère indispensable de mettre en place des programmes d'éducation thérapeutique. L'objectif de ces derniers étant non seulement d'améliorer la qualité de vie des patients mais aussi de diminuer les coûts de prise en charge de cette maladie chronique.

Aussi, le Centre Hospitalier Régional de Metz-Thionville (Hôpital de Mercy) propose un programme de Soins de Suite et de Réadaptation associant réhabilitation respiratoire et éducation thérapeutique. L'équipe pluridisciplinaire souhaite y ajouter un atelier d'éducation thérapeutique concernant l'oxygénothérapie et la ventilation non invasive des patients BPCO ; ce sujet fera l'objet de ce travail de fin d'études. Nous présentons dans une première partie la BPCO, puis dans une seconde partie nous développons l'éducation thérapeutique du patient et finalement, nous exposons la mise en place de l'atelier au travers d'une séance théorique et d'une séance pratique.

A ce jour, n'ayant encore pas suffisamment de recul, nous ne pouvons pas donner d'interprétation représentative des résultats, cependant les patients ayant suivi cet atelier se déclarent satisfaits. En raison de la faible proportion de patients suivant un traitement d'oxygénothérapie et/ou de ventilation non invasive lors de nos présentations, l'atelier est adapté à chaque groupe, pouvant aussi bien permettre l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences, qu'être un moyen d'information et de prévention pour les patients atteints d'un stade moins sévère.

Mots clés : BPCO, éducation thérapeutique, réhabilitation respiratoire, oxygénothérapie, ventilation non invasive.

Keys words: COPD, patient education, rehabilitation respiratory, oxygen therapy, non-invasive ventilation.

1. INTRODUCTION

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) touche plus de 44 millions de personnes dans le monde et devrait devenir en 2020 la 3^{ème} cause de mortalité. Cette progression alarmante s'explique notamment par l'augmentation du tabagisme féminin ces 20 dernières années. En France, elle atteint 3,5 millions de personnes dont 100 000 présentent des formes sévères nécessitant une oxygénothérapie et/ou une ventilation à domicile. Cependant, cette maladie reste encore très peu connue du grand public bien qu'elle entraîne le décès de 16 000 malades chaque année (ce qui excède les décès par accidents de la route).

De plus, les premiers signes de la BPCO, dont la toux et l'expectoration matinale, sont souvent banalisés et considérés comme « normaux » par les fumeurs. Ainsi plus des 2/3 des malades ne sont pas diagnostiqués ou le sont tardivement au stade d'insuffisant respiratoire chronique.

Au-delà du retentissement sur les individus, le poids médico-économique de la BPCO est très important ; on l'estime à 3,5 milliards d'euros par an. En effet, le coût moyen de la prise en charge d'une BPCO est estimé à 4000 euros par an et peut dépasser les 10 000 euros lorsqu'une oxygénothérapie est mise en place à domicile. (1)

Face à ces constats, on comprend que les enjeux entourant cette maladie sont majeurs. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) fait partie des axes considérés comme indispensables à la prise en charge de la BPCO. Elle peut non seulement améliorer la qualité de vie des patients (GRADE A selon la GOLD) (2), mais aussi prévenir l'aggravation de la maladie en formant le patient à son auto prise en charge. (3) Ainsi des ateliers d'ETP sont mis en place, comme c'est le cas à l'hôpital de Mercy, permettant au patient de « mieux connaître sa BPCO », d'« agir sur l'évolution de la BPCO » et de « mieux vivre au quotidien avec sa BPCO ».

Au stade d'insuffisance respiratoire chronique, le handicap s'avère majeur pour le patient et la mise en place d'une oxygénothérapie et/ou d'une ventilation à domicile est alors discutée. Bien souvent, les patients disposant de ces types de traitement ne

connaissent pas réellement leurs intérêts et sont trop peu informés sur les modalités pratiques d'utilisation. De plus, ces traitements peuvent représenter pour eux une véritable gêne, certains craignant le regard des autres, préfèrent ne plus quitter leur domicile. Cet isolement crée un réel désavantage social. (4)

C'est par l'intermédiaire d'un atelier d'éducation thérapeutique que nous tenterons d'apporter aux patients des éléments clés pour leur auto-prise en charge lors de l'utilisation de ce type de traitement. Il s'agira également de développer des points encore trop peu connus comme, par exemple, l'organisation des voyages sous oxygénothérapie et/ou ventilation, permettant de limiter l'impact de la BPCO sur leurs vies quotidiennes.

Ainsi, nous présenterons dans un premier temps la BPCO, puis dans un second temps nous développerons l'éducation thérapeutique du patient et pour finir nous exposerons la mise en place de notre atelier.

2. MÉTHODE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Nous avons effectué nos recherches sur différentes bases de données telles que la HAS (Haute Autorité de Santé), la SPLF (Société de Pneumologie Langue Française), Pedro, Pubmed, Cochrane Library, Kinédoc, Réédoc.

Nous avons également interrogé différentes revues : EM consulte (Elsevier Masson, Kinésithérapie la Revue), Revues des maladies respiratoires, Kiné Actualité, Kiné Scientifique. En ce qui concerne les ouvrages, nous nous sommes rendus à la Bibliothèque Universitaire de Médecine de Nancy.

Pour finir, nous avons consulté le site internet du Ministère de la Santé, de l'ANTADIR (Association Nationale pour les Traitements A Domicile, les Innovations et la Recherche) et de l'ARAILOR (Association Régionale d'Aide aux Insuffisants Respiratoires de Lorraine).

Les mots-clés utilisés sont : BPCO, éducation thérapeutique, réhabilitation respiratoire, oxygénothérapie, ventilation non invasive. Nous employons sur de nombreux moteurs de recherches leurs homonymes anglais.

3. LA BRONCHO-PNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE

3.1. Définition, rappels physiopathologiques

Le terme BPCO regroupe des affections atteignant à divers degrés les voies aériennes pulmonaires (bronchite chronique) et les unités respiratoires terminales (emphysème).

La bronchite chronique se définit, plus précisément, comme « une toux chronique, productive, 3 mois par an, au moins 2 années consécutives, sans cause identifiée », et l'emphysème par un « élargissement anormal et permanent des espaces aériens au-delà des bronchioles terminales, par destructions des parois alvéolaires ». (5)

Nous retiendrons donc la définition de la BPCO comme étant une maladie respiratoire chronique et progressive, caractérisée par une diminution peu ou pas réversible des débits aériens, au risque d'évoluer vers une insuffisance respiratoire chronique c'est-à-dire une incapacité de l'appareil respiratoire à assurer une hématose normale au repos. Quelque soit le stade de la maladie, le patient BPCO est susceptible de connaître des épisodes aigus avec dégradation de son état, on parlera alors d'exacerbation ou de décompensation si le pronostic vital entre en jeu.

La réduction des débits aériens peut s'expliquer par divers mécanismes, dont les principaux sont :

- la présence de sécrétions bronchiques en quantité anormalement élevée,
- la présence d'un phénomène inflammatoire, avec œdème de la muqueuse bronchique,
- l'augmentation de l'épaisseur et de la contractilité des muscles lisses bronchiques,
- la réduction du calibre des bronches et la diminution des forces élastiques du poumon empêchent l'air de sortir correctement et la capture au niveau des alvéoles.

Le patient n'est plus capable d'aller jusqu'à la fin de la phase expiratoire et se retrouve contraint de ventiler dans son volume de réserve inspiratoire. On appelle ce phénomène *l'hyperinflation dynamique*. (5) (6)

Au stade d'insuffisance respiratoire chronique, on dit que l'appareil respiratoire n'est plus capable d'assurer les échanges gazeux. La pression partielle en oxygène dans le sang artériel (PaO₂) est inférieure à 70 mmHg. Cette hypoxémie peut être associée ou non à une hypercapnie, c'est-à-dire une pression partielle de gaz carbonique dans le sang artériel (PaCO₂) supérieure ou égale à 45 mmHg. Le patient se retrouve alors essoufflé pour des efforts minimes, voire au repos et la mise en place d'une oxygénothérapie de longue durée (OLD) et/ou d'une ventilation non invasive (VNI) est discutée en fonction du stade d'insuffisance respiratoire. Il faut également souligner le caractère chronique, c'est-à-dire persistant, de l'hypoxémie et/ou hypercapnie par le fait que les mesures de gaz du sang sont effectuées à 1 mois d'intervalle et à distance d'un épisode aigu. (7) [ANNEXE I]

3.2. Les facteurs de risques

Il existe deux types de facteurs pouvant être à l'origine d'une BPCO : les facteurs intrinsèques liés à la génétique et les facteurs extrinsèques comme le tabac, l'exposition aux polluants professionnels et la pollution atmosphérique.

Le tabac est à l'origine de la BPCO dans près de 90% des cas et son sevrage serait le principal facteur pouvant interrompre la progression de l'obstruction bronchique. (8) (9)

3.3. Le diagnostic

« Le faible bruit clinique que fait la maladie, en particulier pendant ses stades initiaux, impose une sensibilisation aussi grande que possible de tous les acteurs de santé et une extrême vigilance, pour un dépistage aussi précoce que possible ». (5)

En effet, la BPCO est marquée par trois principaux signes cliniques : **la toux**, **l'expectoration** et **la dyspnée**, généralement banalisées par le patient et qui font d'elle une pathologie sous diagnostiquée.

C'est souvent l'aggravation de la dyspnée qui pousse le patient à consulter, car cela représente pour lui un réel handicap, et pour cause, la dyspnée apparaît pour des exercices de moins en moins importants, jusqu'à être présente au repos. Malheureusement, lors de la consultation médicale, la maladie est souvent à un stade déjà bien avancé, avec le risque d'être ou d'entrer dans le cercle vicieux de déconditionnement. [ANNEXE II]

Parmi les signes cliniques, on retrouve aussi :


- une respiration à lèvres pincées,
- une distension thoracique : l'hyperinflation dynamique va être à l'origine d'une *hyperinflation statique* c'est-à-dire, une augmentation du diamètre antéropostérieur, une horizontalisation des côtes, un aspect de thorax « en tonneau », le signe de Hoover (aplatissement du diaphragme),
- des bruits discontinus et une diminution du murmure vésiculaire à l'auscultation,
- le recrutement des muscles inspireurs accessoires.

Les examens complémentaires sont :

- **L'exploration fonctionnelle respiratoire (EFR) ou spirométrie** qui est l'examen principal permettant de diagnostiquer une BPCO. L'EFR consiste à mesurer le volume expiratoire maximal à la première seconde (VEMS) et la capacité vitale forcée (CVF). Le diagnostic d'une BPCO est confirmé si le coefficient de Tiffeneau, correspondant au rapport VEMS/CVF, est inférieur à 70%, après administration d'un bronchodilatateur.

Le stade d'évolution de la maladie est donné par la classification de GOLD, montrant la sévérité de l'obstruction bronchique en fonction du VEMS (fig. 1). (5) (8)

<u>STADE I</u>	<u>STADE II</u>	<u>STADE III</u>	<u>STADE IV</u>
LÉGER	MODÉRÉ	SÉVÈRE	TRÈS SÉVÈRE
VEMS/CV < 70%	VEMS/CV < 70%	VEMS/CV < 70%	VEMS/CV < 70%
VEMS ≥ 80 % de la valeur prédite	50% ≤ VEMS < 80% de la valeur prédite	30% ≤ VEMS < 50% de la valeur prédite	VEMS < 30% de la valeur prédite ou VEMS < 50% de la valeur prédite avec insuffisance respiratoire chronique



Évaluation du besoin d'une OLD et/ou VNI

Figure 1 : Classification de GOLD (3)

- La mesure des gaz du sang qui permet de déterminer le taux d'O₂ et de CO₂ dans le sang artériel ; la BPCO est d'autant plus grave que le taux d'O₂ est bas (hypoxémie) et celui de CO₂ est élevé (hypercapnie).

- Le test de marche de 6 minutes (TM6) qui permet d'évaluer l'impact de la BPCO sur la performance à l'exercice ; il est également l'une des composantes du *score de BODE* qui est actuellement le meilleur indicateur prédictif de survie chez les patients BPCO.

- La radiographie pulmonaire qui permet d'écarter un diagnostic différentiel. (9)

3.4. La prise en charge thérapeutique en réhabilitation respiratoire

« L'American Thoracic Society, l'European Respiratory Society et la Société française des maladies respiratoires recommandent un programme de réhabilitation respiratoire dans la prise en charge des BPCO. » (10)

La réhabilitation respiratoire est un ensemble de soins personnalisés dispensés par une équipe pluridisciplinaire aux patients atteints d'une maladie respiratoire chronique. Il a clairement été démontré qu'elle permet de réduire la dyspnée et d'améliorer la tolérance à l'effort et la qualité de vie des patients. Ainsi elle permet de réduire le recours aux soins et donc les dépenses de santé publique (*GRADE A*). (8) (2)

La prise en charge peut se faire en hospitalisation complète ou centre spécialisé, en ambulatoire, en libéral ou à domicile, selon l'état et les souhaits du patient.

Le programme de réhabilitation respiratoire comporte plusieurs axes :

- le sevrage tabagique,
- le réentraînement à l'effort et renforcement musculaire (fig. 2),
- la gymnastique spécifique,
- la kinésithérapie respiratoire,
- l'éducation thérapeutique du patient (fig. 3),
- une prise en charge nutritionnelle et psychosociale.

C'est cette prise en charge multiple qui va permettre de rompre le cercle de déconditionnement. [ANNEXE II] (10) (11)



Figure 2 : Salle de réentraînement à l'effort



Figure 3 : Salle d'ETP

4. L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT

4.1. Définition

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est définie, par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) – Europe en 1996, comme suit :

« Elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie 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 a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) 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. » (12)

Ainsi une proposition d'ETP devrait être faite à tous les patients ayant une maladie chronique quelque soit leur âge, le type et le stade d'évolution de la maladie. Le patient est libre d'accepter ou non de suivre un programme et peut se rétracter à tout moment. Leur entourage peut aussi être présent si le patient a besoin de soutien dans l'acquisition de compétences et dans leur motivation.

L'ETP est une véritable réorganisation de la prise en charge classique du patient, l'objectif n'est plus de lutter contre la maladie mais de vivre au mieux avec elle. Le soignant doit lui aussi changer son approche, celle-ci devient alors centrée sur le malade et non plus sur la maladie, pour apprendre au patient à devenir le premier acteur de ses soins. (12) (13)

4.2. La mise en œuvre

Un programme d'ETP est composé de quatre étapes dont chacune d'entre elles conditionne la suivante :

- **Etape 1 : Elaboration d'un diagnostic éducatif**

Cette étape se justifie par la mise en place d'un projet éducatif individualisé. « En effet, au delà de la maladie qui les réunit sous un même terme commun (par exemple, patients atteints de BPCO), chacune de ces personnes a une expérience, des connaissances et une compréhension différentes de sa santé, de la maladie et de son traitement, ainsi qu'un contexte et un projet de vie différents. » (14)

Il s'agit d'un entretien entre le patient et le soignant qui peut être fait lors d'une ou plusieurs séances individuelles d'ETP. Le soignant pose des questions au patient pour savoir qui il est, ce qu'il fait et ce qu'il sait, le but étant de permettre une discussion ouverte et confiante. C'est une étape clé dans la mise en œuvre du programme car le patient est amené à se poser des questions sur sa maladie et sur ses actes et, de ce fait, comprendre l'intérêt d'être éduqué. Le soignant doit quant à lui relever les besoins et priorités du patient pour mettre en place un programme le plus approprié possible.

Le diagnostic éducatif n'est bien sûr pas exhaustif ni définitif et doit être réévalué régulièrement pour correspondre à l'évolution du patient. (12) (15) (16)

- **Etape 2 : Définition d'un programme personnalisé**

En tenant compte des problématiques relevées lors du diagnostic éducatif, cette étape correspond à la mise en mot et en accord, avec le patient, des compétences à acquérir ainsi que des moyens à mettre en œuvre (dates et horaires des séances, méthodes pédagogiques, critères d'évaluation). On parle de « contrat éducatif », l'accord moral fait

entre le patient et l'éducateur concernant les objectifs pédagogiques que le patient doit maîtriser à la fin d'une séquence d'éducation. Certains objectifs sont communs à tous les patients atteints de la même maladie, d'autres sont personnels.

Les compétences constituent les objectifs pédagogiques du programme d'éducation thérapeutique [ANNEXE III], et il en existe deux types :

→ *Les compétences d'auto-soins* qui déterminent si le patient est capable de soulager ses symptômes; prendre en compte les résultats d'une auto-surveillance, d'une auto-mesure; adapter des doses de médicaments; initier un auto-traitement ; réaliser les gestes techniques et des soins ; mettre en œuvre des modifications à son mode de vie ; prévenir des complications évitables ; faire face aux problèmes occasionnés par la maladie ; impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.

Parmi elles on retrouve les compétences dites « de sécurité » qui visent à sauvegarder la vie du patient, dont fait partie l'utilisation de l'oxygénothérapie et de la ventilation non invasive (VNI) que nous développerons dans la partie suivante.

→ *Les compétences d'adaptation* qui déterminent, si le patient se connaît et à confiance en lui-même ; sait gérer ses émotions et son stress ; développe un raisonnement créatif et une réflexion critique ; a des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles ; sait prendre des décisions et résoudre un problème ; se fixe des buts à atteindre et fait des choix ; s'observe, s'évalue et se renforce.

Il faudra donc élaborer un programme éducatif répondant aux problématiques du patient et aux objectifs pédagogiques. (12) (15) (16)

- **Etape 3 : Mise en place du programme**

Une fois le contrat éducatif accepté par les deux parties, on envisage sa mise en place qui repose sur le choix de méthodes et de techniques pédagogiques. Ce choix varie en

fonction du lieu où se déroule l'ETP (hôpital, centre de santé, cabinet libéral...) et en fonction du type de séances qui ont chacune leurs avantages :

- les séances collectives permettent le partage d'expériences, des échanges sur les préoccupations quotidiennes, et rassemblent des patients qui ont un objectif éducatif commun,
- les séances individuelles sont, quant à elles, plus adaptées aux patients ayant des difficultés à se retrouver en groupe ; elles sont plus facilement réalisables en cabinet ou à domicile et permettent de mieux se mettre au niveau du patient.

Il faut ensuite adapter les techniques ainsi que les outils pédagogiques en fonction de l'objectif éducatif que l'on veut atteindre. Pour ce faire, il existe trois domaines regroupant chacun des techniques différentes : le domaine cognitif (capacités intellectuelles), le domaine sensorimoteur (habilités gestuelles) et le domaine psychoaffectif (attitudes) (tab. I).
(12) (15) (16)

Tableau I : Méthodes collectives (adultes) (16)

Domaine cognitif	Domaine sensorimoteur	Domaine psychoaffectif
<ul style="list-style-type: none"> • Exposé interactif • Etude de cas • Table ronde • Métaplan[®] • Remue-méninges (brainstorming) • Techniques des mots-clés • Simulations • Audiovisuel 	<ul style="list-style-type: none"> • Travaux pratiques • Ateliers • Simulations gestuelles et techniques • Activités sportives, promenades didactiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Table ronde • Jeu de rôle • Séance de relaxation • Audiovisuel (témoignage, documentaire...) • Activité sportive • Techniques de photolangage[®] • Remue-méninges (Brainstorming)

- **Etape 4 : Evaluation du programme**

L'évaluation est la dernière étape de la démarche éducative. Elle doit être faite systématiquement à la fin d'une offre d'ETP, mais peut aussi intervenir à d'autres moments de la prise en charge du patient (ex : en bilan initial, en pré et post test pour mesurer l'acquis de connaissances).

Cette étape consiste à vérifier, individuellement, les compétences acquises au cours du programme pour pouvoir actualiser le diagnostic éducatif et proposer une nouvelle offre au patient.

L'évaluation permet aussi de vérifier la pertinence du programme, de son contenu et des méthodes et techniques utilisées par rapport au ressenti du patient. (12) (15) (16)

4.3. Les intervenants de l'ETP

Les premiers intervenants concernés sont les professionnels de santé (médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens, diététiciens...) ils ont chacun une spécificité à apporter pour enrichir l'ETP d'où l'intérêt de travailler en équipe pluridisciplinaire.

« Contrairement aux idées reçues, informer n'est pas éduquer ; conseiller n'est pas forcément faire apprendre ; vérifier n'est pas toujours évaluer. D'où l'importance d'une formation qui a pour but de rendre les soignants capables de maîtriser les différentes phases de la prise en charge pédagogique du patient » (16). Il existe deux niveaux de formation : celui de l'éducateur-soignant et celui de coordinateurs de programmes d'éducation. Les compétences requises pour ces deux formations sont précisées dans le décret du 2 août 2010. [ANNEXE IV] (17)

D'autres professionnels (ex : psychologue, éducateur en activités physique...) peuvent intervenir soit directement dans le processus pédagogique de l'éducation thérapeutique soit indirectement en répondant aux besoins ponctuels des patients, de leurs entourages ou des professionnels de santé.

Des associations de patients peuvent également intervenir, de façon complémentaire à la démarche éducative grâce aux échanges et partages d'expériences mais aussi, pour soutenir moralement les patients et leurs proches. (12) (15) (16)

4.4. L'intérêt de l'ETP dans la prise en charge de la BPCO

Dans la littérature on retrouve de nombreuses études comparant l'efficacité d'un programme thérapeutique avec ou sans éducation thérapeutique dans diverses maladies chroniques. Les résultats ont montré que les programmes avec éducation apportaient de nombreux avantages, notamment :

- une influence positive sur le niveau de connaissances et l'autonomie des patients ; ils gèrent mieux leur maladie et adaptent leurs traitements en fonction de leur état de santé,
- une diminution des symptômes et des exacerbations,
- une amélioration de la qualité de vie et diminution du handicap,
- une diminution des coûts de prise en charge des maladies chroniques grâce à une réduction du nombre de visites aux urgences, du nombre et de la durée d'hospitalisation, et des arrêts de travail. (16) (18)

De ce fait, l'ETP fait partie des recommandations de la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF) pour la prise en charge des patients BPCO (8), ainsi que du programme d'action BPCO 2005-2010 de la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires (HPTS). (1)

5. MISE EN PLACE D'UN ATELIER D'ETP : L'OXYGENOTHERAPIE ET LA VENTILATION NON INVASIVE POUR LES PATIENTS BPCO

5.1. Pourquoi cet atelier ?

Le Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville (Hôpital de Mercy) propose, aux patients atteints de BPCO, un programme de Soins de Suites et de Réadaptation en Pneumologie figurant sur la liste des programmes d'ETP autorisés en Lorraine par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

En général, ce programme s'échelonne sur une durée de cinq semaines avec trois séances par semaine associant ETP et réhabilitation respiratoire. Les patients sont atteints de BPCO de stades 1 à 4, en état stable, et sont répartis par groupes de quatre.

Le programme d'ETP comprend un certain nombre d'ateliers, mis en place par une équipe pluridisciplinaire (pneumologues, infirmières, kinésithérapeutes, infirmière-tabacologue, diététicienne), que sont :

- Mieux connaître sa BPCO :
 - Identifier les critères de bonne et mauvaise santé, les symptômes de la BPCO.
 - Identifier les signes de l'exacerbation et signes de gravité.
 - Maîtriser la technique d'inhalation.

- Agir sur l'évolution de sa BPCO :
 - Maîtriser le drainage bronchique.
 - Comprendre l'intérêt du traitement médicamenteux.
 - Mettre en place un plan d'action.
 - Mettre en œuvre un plan d'action.

- Mieux vivre avec sa BPCO :
 - Nutrition.
 - Aide au sevrage tabagique.
 - Choisir une activité physique adaptée, maîtriser son souffle dans les activités de la vie quotidienne.

Pour compléter ce programme l'équipe souhaite y ajouter un atelier sur l'oxygénothérapie et la ventilation non invasive des patients BPCO ; ce sujet fera donc l'objet de ce mémoire.

5.2. Préparation et déroulement des séances

Avant sa mise en place nous avons réalisé une enquête auprès des principaux acteurs de cet atelier : d'une part les patients suivant le programme d'ETP lors de notre stage ainsi que les éducateurs soignants s'occupant de ce programme. Les points essentiels à développer lors de l'atelier ont ainsi pu être retenus. *[ANNEXE V]*

Suite aux réponses des patients, nous avons pu remarquer que bien souvent l'intérêt de l'oxygénothérapie et de la VNI se limitait pour eux à « une aide pour mieux respirer » et que les patients ne faisaient pas de différence entre les deux types de traitement.

En ce qui concerne les réponses des éducateurs soignants, la synthèse nous a aidés à définir les objectifs de l'atelier, présentés dans la fiche pédagogique suivante (tab. II).

5.2.1. Elaboration de la fiche pédagogique

Tableau II : Fiche pédagogique

Thème : l'oxygénothérapie et la VNI chez le patient BPCO en état stable.
Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> - Comprendre l'intérêt de l'oxygénothérapie et de la VNI ; le stade de mise en place ; leurs modalités pratiques d'utilisation (débit repos/effort, temps d'utilisation, paramètres) ; les consignes de sécurité ainsi que les précautions à prendre lors des voyages, - Savoir manipuler et entretenir les appareils et interfaces (masques ou lunettes).
Méthode pédagogique : Cas clinique / Brainstorming / Simulations gestuelles et techniques
Durée : 1h30 à 2h
Nombre de patients : un groupe de 4 patients BPCO de stade 1 à 4
Pré-requis : 2 ateliers « Critères de bonne et mauvaise santé, symptômes de la BPCO » et « Signes de l'exacerbation et signes de gravité »
Outils : paperboard, marqueurs, VNI, bouteille d'oxygène, masques et lunettes
Animateurs : 2 éducateurs soignants, 1 kinésithérapeute et 1 infirmière par exemple. L'une recueille les réponses et l'autre pose les questions aux patients
Déroulement : <ul style="list-style-type: none"> - présentation des objectifs de la séance et des modalités pratiques de déroulement de la séance, - présentation du cas clinique « <i>Le cas de Jean</i> », - brainstorming autour du thème, - atelier pratique avec simulations des gestes et techniques,

5.2.2. Séance théorique

Nous débutons la séance par la présentation des objectifs inscrits sur la fiche pédagogique ainsi que le déroulement de l'atelier.

Il nous faut, ensuite, amener le thème de l'oxygénothérapie et de la VNI par des techniques pédagogiques pertinentes au regard des objectifs de la séance. Pour cela, nous avons choisi de présenter un **cas clinique**, que nous avons spécialement élaboré pour cet atelier, et de poursuivre la séance sous forme d'un **brainstorming (ou remue-méninges)** pour favoriser la créativité et les échanges entre les patients et éducateurs soignants. (12) (16) (19)

➤ *Lecture du cas clinique par un éducateur ou un patient.*

Le cas de Jean :

« Jean est un retraité, ancien grand fumeur, d'une soixantaine d'années, qui aime voyager. On lui a diagnostiqué une BPCO il y a maintenant dix ans. Son état s'étant dégradé ces cinq dernières années il est passé du stade 3 au stade 4 de la BPCO, c'est-à-dire au stade d'insuffisant respiratoire chronique. Il se retrouve, à présent, contraint de suivre en plus de ses traitements habituels une oxygénothérapie de longue durée (OLD) ainsi qu'une VNI tous les jours.

Pour les vacances de Noël, son épouse et lui ont décidé d'aller passer deux ou trois jours chez leur fils. Pour cela ils voyagent en train et pour ne pas trop se fatiguer avec leurs valises, Jean a décidé de ne pas s'encombrer avec sa bouteille d'oxygène et l'appareil de VNI. A la place, il s'est dit qu'en portant son oxygène toute la semaine précédent son départ, pendant 24h au lieu de 18h il ferait des réserves.

Mais après la première nuit passée chez son fils, Jean se sent plus fatigué que d'habitude et cela ne s'arrange pas le jour suivant, au contraire, il a l'impression de manquer d'air et d'être essoufflé à l'effort. »

A l'aide de ce cas clinique, nous essayons d'amener chaque patient à s'identifier au cas de Jean mais aussi à une réflexion sur des situations de la vie courante.

Nous posons, ensuite, une série de questions sous forme de brainstorming, tout en veillant à respecter les principes d'apprentissage, en particuliers les concepts de participation active et de droit à l'erreur des patients.

Ainsi par le jeu de questions-réponses, à partir de la situation de Jean, nous nous basons sur les connaissances des patients tout en veillant à les corriger, compléter et reformuler au fur et à mesure. (12) (16) (19)

➤ **« Qu'arrive t-il à Jean ? »**

Réponses attendues : il est plus fatigué que d'habitude, à l'impression de manquer d'air, d'être essoufflé à l'effort.

Nous notons les réponses de chaque patient sur le tableau afin de visualiser les mots clefs de cet atelier et qu'à la fin de la séance nous puissions en faire la synthèse.

➤ **« Pourquoi est-il dans cet état ? »**

Réponses attendues : il est atteint de BPCO stade 4, insuffisant respiratoire chronique, il n'a pas apporté son oxygène et sa VNI avec lui, arrêt de son traitement.

➤ **« Est-ce qu'il peut se passer de son traitement pendant quelques jours ? »**

Réponse attendue : non, il ne faut jamais arrêter son traitement.

Il faut également insister sur l'idée fausse que se font les patients : l'organisme ne peut pas faire des réserves d'oxygène, ainsi même si Jean a pris pendant une semaine son oxygène pendant 24h au lieu de 18h il n'aura fait aucune réserve.

➤ « Selon vous, quel est l'intérêt de l'OLD pour le cas de Jean ? Quel est celui de la VNI ? »

Réponse attendue :

- Jean a besoin d'une OLD car son taux d'oxygène dans le sang trop bas : *hypoxie*.

L'OLD améliore la qualité et l'espérance de vie, le périmètre de marche et réduit le nombre d'hospitalisations. (20)

- Jean a besoin d'une VNI car son taux de gaz carbonique dans le sang trop élevé : *hypercapnie*.

La VNI améliore les échanges gazeux donc les gaz du sang, la qualité de vie et de sommeil et diminue la charge de travail des muscles respiratoires. (21)

Après ces trois questions concernant Jean, nous faisons un tour de table pour savoir quels sont les patients concernés par ces deux types de traitements.

Cela permettra d'une part, de faire participer chaque patient à tour de rôle et de les faire se sentir concernés qu'ils aient ou non ces traitements. D'autre part, nous pourrons les évaluer sur leur niveau de connaissances.

➤ « Avez-vous un traitement par oxygène ? »

- Si oui, quelle source d'oxygène ? (liquide/gazeux/concentrateur)
- Quelle en est la durée sur 24h ?
- Quel en est le débit au repos ? A l'effort ? Pendant la nuit ?
- Quelle interface utilisez-vous ? (lunettes/masque)
- Avez-vous un réservoir mobile pour les déplacements ? Quelle est son autonomie ?

➤ **« Avez-vous un traitement par VNI ? »**

- Si oui, quel type d'appareil ?
- Quelle en est la durée sur 24h ?
- Quelle interface utilisez-vous ? (masque facial/nasal/narinaire/bucco-narinaire)
- Devez-vous rajouter de l'oxygène ?

➤ **« Connaissez-vous les principes de sécurité lors de l'utilisation de l'oxygène ? »**

Réponses attendues :

- Ne pas fumer.
- Ne pas approcher une flamme : attention à la cuisinière à gaz, au poêle à bois, aux bougies, gâteaux d'anniversaire étincelles, chauffe-eau...
- Ne jamais graisser le matériel ni le manipuler avec des mains grasses.
- Limiter l'utilisation des corps gras sur la peau.
- Ne pas utiliser de bombe aérosol qui contient un gaz inflammable (ex : laque, désodorisant...) ni solvant (ex : essence, alcool...).
- S'assurer de la fermeture complète de la bouteille, pour éviter les atmosphères suroxygénées dangereuses.
- Ne jamais se placer face à la sortie du robinet lors de l'ouverture, mais toujours du côté opposé, derrière la bouteille et en retrait car risque de brûlure par le froid avec l'oxygène liquide.
- Ne jamais porter le réservoir portable sous un vêtement.
- Ne jamais utiliser d'outils pour ouvrir ou fermer une bouteille, ou le manodétendeur.
- Il est conseillé d'avoir un extincteur dans la pièce la plus fréquentée par l'utilisateur d'oxygène.

Pour la dernière question nous revenons au cas de Jean et nous demandons :

➤ **« Qu'aurait dû faire Jean pour partir chez son fils ? »**

Réponses attendues : (22) (23)

Jean aurait dû prévoir et organiser son déplacement avec son prestataire de santé, car il ne faut jamais arrêter son traitement.

Il y a trois possibilités :

- Soit Jean part avec son matériel,
- soit il emmène une partie de son matériel et le reste est prêté par le prestataire d'accueil correspondant au lieu de son séjour,
- soit le matériel nécessaire pour son traitement est disponible sur place.

Jean aurait donc dû prévenir son prestataire de santé en lui précisant les **dates** et la **durée** de son déplacement, l'**adresse** précise du lieu de résidence, son **numéro de téléphone** ainsi que le **matériel emporté et celui qu'il souhaite trouver sur place**.

C'est ensuite son prestataire de santé qui se charge de prévenir le prestataire de santé d'accueil, pour que Jean puisse continuer son traitement dès son arrivée.

✓ Lors du voyage en train :

- Pour l'oxygène liquide, le transport du réservoir fixe est interdit, seul le réservoir portable est autorisé.
- Le transport d'oxygène gazeux est autorisé si la bouteille est placée dans un sac.
- Pour les concentrateurs il convient de se renseigner à l'avance si le train est équipé de prise électrique pour le brancher. S'il fonctionne sur batterie il n'y a pas de problème.
- Pour les appareils de ventilation assistée il faut également se renseigner à l'avance pour la prise électrique.

De plus dans certaines gares un fauteuil roulant et des ascenseurs sont mis à disposition des voyageurs pour faciliter leur accès aux quais. Pour cela il faut prévenir le service d'accueil lors de la réservation du billet. (*Guide accès SCNF*)

✓ Lors d'un voyage en avion :

Chaque compagnie aérienne fonctionne avec une réglementation qui lui est propre, c'est pourquoi il faut se renseigner à l'avance auprès de celle assurant son déplacement.

De façon générale :

- Les bouteilles d'oxygène liquide sont interdites en cabine, et doivent être totalement vidées et correctement emballées pour être transportées en soute.
- Les bouteilles d'oxygène gazeux personnelles sont rarement autorisées, mais certaines compagnies mettent à dispositions des bouteilles ne pouvant être utilisées exclusivement à bord de l'avion.
- Les concentrateurs portables fonctionnant avec une batterie sont autorisés, ou peuvent être prêtés par la compagnie pour la durée du vol.
- Les appareils de ventilation assistée fonctionnant sur batterie peuvent être utilisés à bord.

Il est également important de prendre rendez vous avec son médecin traitant pour s'assurer que le besoin en oxygène du patient ne varie pas pendant le vol.

✓ Lors d'un voyage en bateau :

C'est le médecin de la compagnie, qui après avoir consulté l'avis du médecin de bord donne son autorisation ou non.

En général, les cabines sont équipées de prises de courant permettant de brancher un concentrateur ou un respirateur et le transport de bouteilles d'oxygène gazeux est autorisé.

Il est important de se renseigner sur les conditions d'accessibilité au bateau (escaliers, ascenseurs, escales...)

✓ Lors d'un voyage en voiture :

- Le transport du matériel portable d'oxygène liquide est autorisé. La bouteille doit toujours être en position verticale et bien attachée afin qu'elle ne puisse pas tomber ni rouler dans le véhicule. Le transport du réservoir fixe est, quant à lui, strictement interdit dans un véhicule particulier.
- Le transport d'oxygène gazeux est autorisé mais il faut, là aussi, que les bouteilles soient solidement arrimées de façon à ce qu'elles ne risquent pas de tomber ni de rouler dans le véhicule.
- Les concentrateurs peuvent eux aussi être transportés, en position debout ou couché, en veillant toujours à leur stabilité et à leur maintien. Il faut également prendre soin de vider et débrancher l'humidificateur.
- Le transport de la VNI ne pose pas de soucis si elle est maintenue en position verticale.

✓ Lors d'un voyage à l'étranger :

Il est préférable de partir avec son matériel personnel et de préparer, là aussi, son voyage à l'avance avec son prestataire pour qu'il puisse fournir au patient les papiers nécessaires pour la douane ainsi que les adresses utiles pour la fourniture et la maintenance des appareils.

Dans le cadre des voyages en France, il semble également important d'informer les patients que des séjours organisés sont proposés par la fédération ANTADIR en partenariat avec la FFAIR (Fédération Française des Associations et Amicales de malades, Insuffisants ou handicapés Respiratoires). Différentes destinations ont été retenues pour permettre aux patients de passer un séjour bien adapté à leurs handicaps respiratoires et en toute sécurité.

[ANNEXE VI]

A la fin de la séance théorique nous faisons une synthèse en reprenant tous les mots clefs notés sur le tableau pour permettre aux patients de retenir les points essentiels. (fig. 4)



Figure 4 : Synthèse de la partie théorique

5.2.3. Evaluation

Les réponses obtenues lors du diagnostic éducatif, concernant la partie sur l'oxygénothérapie et la VNI, nous serviront à évaluer le niveau de connaissances des patients sur ce sujet avant la présentation de l'atelier.

A une ou plusieurs séances d'intervalle, nous donnons à chaque patient un questionnaire vrai/faux avec degrés de certitude qu'ils doivent remplir individuellement et dans un temps imparti. La correction est ensuite collective. [ANNEXE VII]

5.2.4. Séance pratique

Cette deuxième partie de l'atelier est consacrée au domaine sensori-moteur et pour cela nous avons décidé de faire participer les patients par des **simulations gestuelles et techniques**.

L'objectif de cette séance est que les patients sachent manipuler et entretenir leurs matériels d'oxygénothérapie et de VNI à domicile. Pour les patients bénéficiant de ce type de traitements nous leurs demandons de les apporter le jour de l'atelier pour qu'ils réalisent les simulations directement sur leurs appareils personnels. Cela nous permet également de vérifier l'hygiène et l'entretien de leurs matériels. Pour les autres patients cette partie pratique est davantage considérée comme une sorte d'information et de démonstration. Nous mettons à leur disposition une VNI (fig. 5) et différents types de réservoirs portables pour l'oxygène et différentes interfaces. Nous avons également sur place la possibilité d'accéder à un réservoir fixe du service de pneumologie (fig. 6).



Figure 5 : VNI et masque nasal



Figure 6 : Réservoir fixe

➤ **Modalités pratiques d'utilisation de l'oxygénothérapie [ANNEXE VIII]**

Notre objectif dans cette partie est de vérifier que le patient est capable de :

- Mettre en route et arrêter l'oxygène.
- Régler le débit prescrit.
- Vérifier l'autonomie du réservoir portable et si besoin le remplir à l'aide du réservoir fixe.
- Mettre en place correctement les lunettes ou masque.

➤ **Modalités pratiques d'utilisation de la VNI [ANNEXE IX]**

Notre objectif ici est de vérifier que le patient est capable de :

- Mettre en route et arrêter la VNI.
- Mettre en place correctement l'interface avec le moins de fuite possible et sans engendrer de lésions cutanées.
- Savoir raccorder l'oxygène à la VNI.

Nous vérifions également que le patient connaît la signification des alarmes et sait qui contacter en cas de panne.

➤ **Conseils d'hygiène des appareils et interfaces**

Pour finir, nous interrogeons les patients sur les règles d'hygiène pour ces appareils et interfaces.

En règle générale, il est conseillé de nettoyer tous les jours les interfaces avec de l'eau savonneuse et de les changer toutes les semaines. En ce qui concerne les appareils, s'ils disposent d'un réservoir d'accueil d'eau ou d'un humidificateur, il est conseillé de changer l'eau quotidiennement et de le nettoyer une fois par semaine.

5.2.5. Evaluation

L'évaluation pratique des patients se base sur une série de gestes que nous qualifions d'acquis, partiellement acquis ou non acquis. [ANNEXE X]

6. DISCUSSION

6.1. Les objectifs de l'atelier

La partie théorique de l'atelier vise à faire comprendre aux patients l'intérêt de ces deux types de traitements afin d'obtenir, par la suite, une meilleure observance de leur part. En effet, les patients sont encore trop nombreux à ignorer l'intérêt et le but des traitements prescrits et ne les utilisent donc pas correctement. De plus, nous voulons faire prendre conscience au patient qu'il n'est pas handicapé par ces traitements car bien souvent s'installe avec le temps un véritable désavantage social. Les patients évitent de sortir de chez eux par gêne et pensent qu'il n'est plus possible de partir en vacances avec de l'oxygène et une VNI ; à travers cet atelier nous tentons de les amener à réfléchir aux différentes possibilités qui s'offrent à eux pour améliorer leur qualité de vie.

Dans la partie pratique, notre objectif est de vérifier les connaissances du patient quant aux modalités pratiques d'utilisations ainsi que la manipulation et l'entretien de son matériel.

6.2. Les limites

Lors de la mise en place de l'atelier, nous nous sommes rendu compte de certaines limites, notamment en ce qui concerne le délai et le nombre de patients y participant. L'atelier étant finalisé fin janvier nous n'avons pu le présenter qu'à 2 groupes de patients. Nous nous sommes ainsi rendus à l'hôpital de Mercy à la fin du mois de février pour une première présentation et au début du mois d'avril pour la seconde. Lors de la première présentation, le groupe comportait 4 patients dont 1 seul suivait un traitement par oxygénothérapie. Les autres patients étant atteints d'un stade moins sévère n'avaient ni oxygène, ni VNI. Lors de la deuxième présentation, le groupe devait comporter 2 patients insuffisants respiratoires chroniques bénéficiant tous deux d'une oxygénothérapie de longue durée ainsi que d'une VNI. Malheureusement un de ces patients, malade le jour de la

présentation n'a pas pu être présent et nous avons donc réalisé une séance individuelle. Il aurait été d'autant plus intéressant pour le patient, absent ce jour là, de bénéficier de l'éducation concernant la mise en place du masque de VNI car il présentait une escarre au niveau du nez. Mais cela nous a aussi permis de nous rendre compte des difficultés que l'on peut rencontrer dans l'éducation thérapeutique et, par la même occasion, nous avons pu comparer l'approche d'une séance d'ETP en groupe à celle d'une séance individuelle. Dans la séance en groupe nous avons pu constater une certaine complicité et entraide entre les patients qui favorisaient la motivation de chacun. Dans la séance individuelle nous avons pu davantage adapter l'atelier au patient et répondre directement à ses attentes personnelles.

L'atelier a été mis en place pour les patients atteints de BPCO de façon « générale » mais nous nous sommes aperçus que l'approche envers chaque patient était totalement différente et qu'il fallait sans cesse faire preuve d'adaptation. En effet, nous nous sommes retrouvés face à des patients qui avaient plus ou moins accepté la maladie et ses traitements contrairement à d'autres qui étaient dans le déni total et dont l'observance était beaucoup plus complexe à installer. De plus, le stade d'atteinte des patients BPCO variant au sein d'un même groupe mais également d'une session à l'autre, l'approche a là aussi dû être différente. Il a été intéressant pour les patients insuffisants respiratoires de réaliser la partie pratique sur leurs propres appareils, nous avons ainsi pu vérifier si leurs utilisations étaient acquises ainsi que l'hygiène relative aux interfaces et à la VNI. Pour les patients atteints d'un stade moins sévère l'atelier se présente plus comme une sorte d'information et surtout de prévention à l'aggravation de la maladie.

Pour conclure concernant les limites : n'ayant pas de formation à proprement dite de l'ETP, nous nous sommes rendus compte des difficultés pour gérer un atelier, bien que nous ayons toujours été accompagné d'au moins un éducateur soignant. Par manque d'expérience, nous n'avons pas toujours les bons réflexes pour amener ou orienter les patients vers la réponse souhaitée mais il a été justement intéressant de voir comment les éducateurs soignants y parvenaient.

En raison du faible effectif de patients ayant participé à l'atelier nous n'avons pas pu obtenir de résultats, mais il serait intéressant par la suite d'évaluer l'atelier ainsi que les patients sur leurs connaissances à long terme.

6.3. Les outils thérapeutiques

Pour cet atelier nous avons choisi d'utiliser comme outil pédagogique principal un cas clinique, afin de suivre le même déroulement de séance que pour les autres ateliers d'ETP de l'hôpital de Mercy et que ce soit un enchaînement logique et cohérent pour les patients. En effet, différents cas sont présentés dans les autres ateliers : le cas de Charles qui permet d'aborder les symptômes de la BPCO, le cas de Germaine pour les signes de gravité et le cas d'Alexandre pour les symptômes de l'exacerbation. Mais nous aurions également pu utiliser d'autres outils pédagogiques comme, par exemple, une vidéo d'un patient mettant en place ses traitements et s'occupant de l'hygiène des interfaces et appareils. Il aurait également pu être intéressant de fournir aux patients un livret avec tous les conseils pour partir en voyage avec ce type de traitement et rappeler les consignes de sécurité concernant l'utilisation de l'oxygène.

6.4. Le rôle du kinésithérapeute

Le rôle du kinésithérapeute est indispensable dans un programme de réhabilitation respiratoire, il s'occupe non seulement du réentraînement à l'effort pour autonomiser le patient en mettant en place des activités physiques adaptées. Il suit également l'état respiratoire et l'encombrement des patients, et peut gérer un certain nombre d'ateliers d'ETP. De plus, selon l'article R. 4321-9 du Code de la Santé Publique les kinésithérapeutes sont habilités, dans le cadre d'une prescription médicale, à mettre en place une ventilation par masque (21). A l'avenir, ils seront davantage sollicités par les médecins pour ce type de prise en charge à domicile et cela nécessitera de leur part d'éduquer le patient face à ce nouveau traitement. Mais il ne faut pas oublier que la réhabilitation respiratoire et

notamment l'ETP reste avant tout une prise en charge multidisciplinaire et que l'implication de chaque professionnel de santé est indispensable. D'autre part, cet atelier « O2 et VNI » concerne en premier lieu des patients dont la sévérité de l'atteinte fait que la prise en charge psychologique est d'autant plus importante.

7. CONCLUSION

L'éducation thérapeutique est aujourd'hui reconnue comme un élément essentiel de la prise en charge des patients atteints d'une pathologie chronique et le sera encore davantage dans l'avenir au vue de son impact médico-économique.

Par l'intermédiaire de ce travail, nous nous sommes intéressés plus particulièrement à la BPCO qui devrait devenir dans quelques années la 3^{ème} cause de mortalité dans le monde. Notre objectif était, suite à une demande de stage, de mettre en place un atelier d'ETP concernant l'oxygénothérapie et la VNI des patients atteints de BPCO pour compléter le programme déjà présent. Nous avons ainsi proposé cet atelier dans le but de donner à ces patients des moyens pour de mieux se prendre en charge et ainsi améliorer leur qualité de vie. Par manque de temps, nous n'avons pu évaluer notre travail mais nous avons eu des remarques positives des patients témoignant d'un réel apprentissage.

Nous nous sommes également rendu comptes de certaines difficultés liées à notre manque d'expérience, notamment lors de la présentation de l'atelier aux patients. De plus, l'aspect psychologique complique la tâche et plus particulièrement pour cet atelier qui concerne en premier lieu des patients atteints d'un stade sévère de la BPCO.

Par la suite, il serait intéressant d'évaluer cet atelier ainsi que les connaissances des patients à long terme, afin de déterminer si les outils thérapeutiques utilisés sont appropriés et si ceux-ci permettent aux patients de retenir les éléments clefs.

BIBLIOGRAPHIE

1. **MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES.** Programme d'actions en faveurs de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) 2005 - 2010 : "Connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO". Paris : Ministère de la santé et des Solidarités : s.n., 2005.
2. **GOLD.** Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Updated 2014. [En ligne] Available from: <http://www.goldcopd.com>.
3. **HAS.** Guide de parcours de soins " Broncho-pneumopathie chronique obstructive". Saint-Denis La Plaine : HAS, février 2012.
4. **MUIR J-F., (ANTADIR).** Architecture intérieure et handicap respiratoire. Paris : Margaux Orange, 2007. ISBN : 978-2-914206-23-5.
5. **SIMILOWSKI T., MUIR J-F., DERENNE J-P.** Les broncho-pneumopathies chroniques obstructives. Paris : John libbet Eurotext, 2004.
6. **HUCHON G.** Définitions et classifications des broncho-pneumopathies chroniques obstructives. Paris : EMC, Pneumologie, 2009. 6-030-A-10.
7. **CANUET M., WEITZENBLUM E., KESSLER R.** Insuffisance respiratoire chronique et son traitement instrumental (oxygénothérapie et ventilation mécanique). EMC Pneumologie, 2012, Vol. 9, (2) :1-16 [Article 6-040-L40].
8. **SPLF.** Recommandations de la Société de Pneumologie de Langue Française sur la prise en charge de la BPCO. Revue des Maladies Respiratoires. EMC, 2010, 27, p.1-84.
9. **DEVILLERS J.** BPCO une maladie en constante progression. Kiné actu. 2011, n°1255, p.18-21.

10. **PREFAUT C.** Réhabilitation respiratoire. Paris : EMC, AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, 1998. 6-0990.
11. **CORHAY J-L., DANG NGUYEN D., BURY T., PIRNAY F., LOUIS R.** Réhabilitation respiratoire dans la broncho-pneumopathie chronique obstructive. Paris : EMC, Pneumologie, 2011. 6-040-L-65.
12. **HAS.** Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Paris : s.n., juin 2007. 109p.
13. **BOURIC G., BEAUMONT M.** L'éducation thérapeutique du patient. Kinésithérapie la revue. 2011, 115-116, p.17-19.
14. **SURPAS P.** Réhabilitation respiratoire, guide pratique, 2e édition. Paris : IMOTHEP, 2008.
15. **BOURIC G., BEAUMONT M.** L'éducation thérapeutique du patient atteint de BPCO en réhabilitation respiratoire. Kinésithérapie la revue. 2012, 121, p.13-19.
16. **IVERNOIS J., GAGNAYRE R.** Apprendre à éduquer le patient, 4e édition. Paris : Editions Maloine, 2011.
17. **PODEUR A.** Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient, Code de la Santé Publique. [En ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022664581> (page consultée le 14/01/2014).
18. **BOUDEAU J., et al.** Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-mangement intervention. Arch Intern Med., 2003, Vol. 163, 5, p. 585-591.
19. **DANSE C., FAULX D., LAERA L.** Elaboration groupale autour de l'animatique. Unité d'Apprentissage et de Formation des Adultes (UAFA), Université de Liège. [En ligne] 2010. <http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/36759>. Consultable par accord d'un des auteurs.

20. **HAS.** Oxygénothérapie à domicile. Dispositifs médicaux et prestations associées pour traitement de l'insuffisance respiratoire et de l'apnée du sommeil. Révision de catégories homogènes de dispositifs médicaux. Saint-Denis La Plaine : HAS, 2012.

21. **HAS.** Ventilation mécanique à domicile. Dispositifs médicaux et prestations associées pour traitement de l'insuffisance respiratoire. Révision de catégories homogènes de dispositifs médicaux. Saint-Denis La Plaine : HAS : s.n., 2012.

22. **ANTADIR.** Guide de l'oxygénothérapie. [En ligne] 2009. http://www.antadir.com/uploads/editor/file/guide_oxygénothérapie_2009.pdf (page consultée le 07/10/2013).

23. **ANTADIR.** Guide de la ventilation non invasive. [En ligne] 2009. http://www.antadir.com/uploads/editor/file/guide-vni_2009.pdf (page consultée le 07/10/2013).

24. **IVERNOIS J-F., GAGNAYRE R.,** Mettre en oeuvre l'éducation thérapeutique. Actualité et dossier en santé publique, n° 36. septembre 2001.

Autres références :

- Mémoire de DEMANGE Lise, « Mise en place d'un atelier d'éducation thérapeutique au sein d'un centre de réhabilitation respiratoire : le drainage autonome » (2013).
- <http://www.splf.org>
- <http://www.bpc.org>
- <http://ffaair.org>
- <http://bpc.ffaair.org>
- <http://www.antadir.com>
- <http://www.arairlor.asso.fr>

ANNEXES

ANNEXE I : Classification de l'IRC et indication pour la mise en place d'une oxygénothérapie et/ou ventilation non invasive (7).

Classification des insuffisances respiratoires.

Gravité de l'hypoxémie	Existence ou non d'une hypercapnie	Type de déficit ventilatoire
Grave : PaO₂ < 50 mmHg	Hypoxémie :	Obstructif
Sévère : PaO₂ 50-60 mmHg	PaO₂ < 70 mmHg	Restrictif
Modérée : PaO₂ 60-70 mmHg	Hypoxémie- hypercapnie : PaCO₂ ≥ 45 mmHg	Mixte
		Absent (atteintes « centrales »)

Indications de l'oxygénothérapie de longue durée dans l'insuffisance respiratoire chronique.

Indications faisant l'objet d'un consensus

PaO₂ en état clinique stable (deux mesures séparées par au moins 4 semaines) ≤ 55 mmHg (ce qui équivaut à SaO₂ ≤ 88%)

PaO₂ dans l'intervalle 55-59 mmHg, en présence de :

- polyglobulie (hématocrite > 55%)
- hypertension pulmonaire (PAP ≥ 25 mmHg; signes ECG d'hypertrophie ventriculaire droite); signes documentés d'insuffisance cardiaque droite (œdèmes)
- accentuation significative de l'hypoxémie au cours du sommeil (SaO₂ nocturne moyenne ≤ 88%)

Indications discutées

Hypoxémie modérée (PaO₂ > 55 mmHg) en l'absence des signes énumérés ci-dessus

Hypoxémie franche présente à l'exercice (PaO₂ ≤ 55 mmHg) alors que l'hypercapnie de repos est modérée ou absente (PaO₂ > 60 mmHg)

Hypoxémie significative pendant le sommeil (SaO₂ nocturne moyenne ≤ 88%) alors que l'hypoxémie diurne est discrète ou absente (PaO₂ > 60 mmHg)

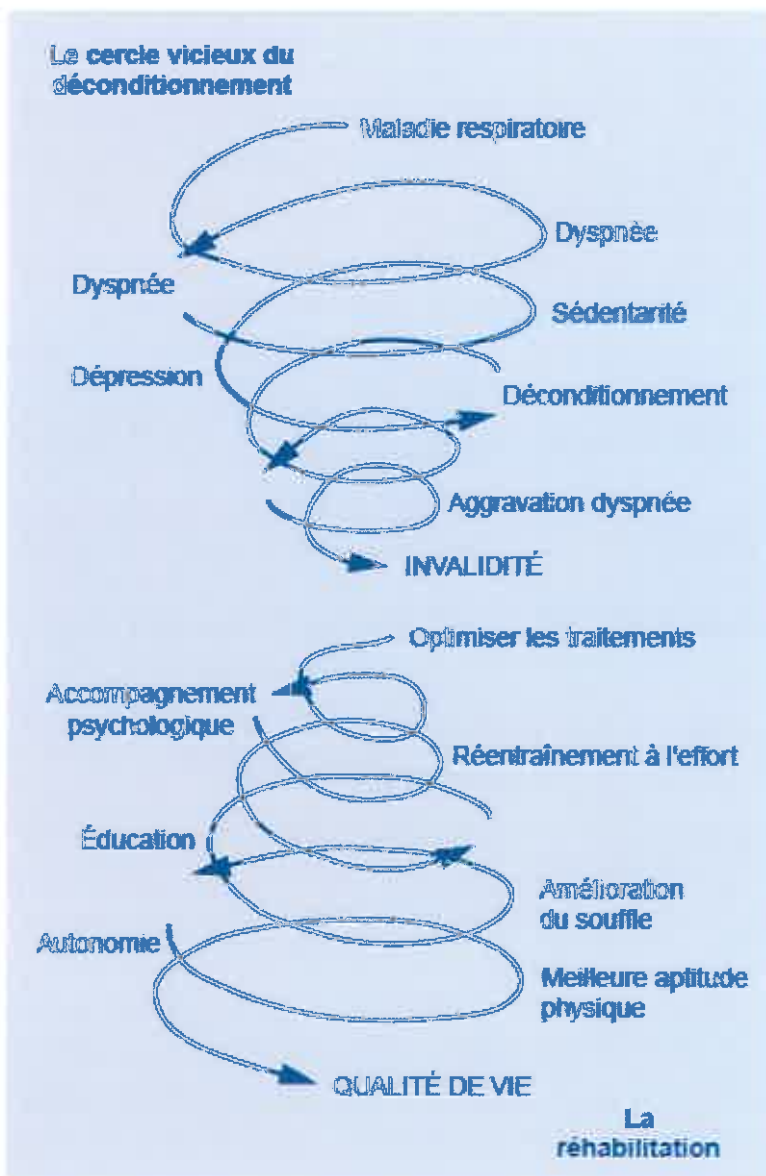
PaO₂ : pression artérielle en oxygène; SaO₂ : saturation de l'hémoglobine en oxygène dans le sang artériel; PAP : pression artérielle pulmonaire; ECG : électrocardiogramme.

Critères cliniques et fonctionnels suggérant la mise en route d'une ventilation non invasive chez les patients avec une insuffisance respiratoire chronique obstructive sévère (d'après⁽⁵⁵⁾).

Symptômes	Critères physiologiques (un des critères suivants)
Asthénie	PaCO ₂ ≥ 55 mmHg
Dyspnée	PaCO ₂ entre 50 et 54 mmHg et présence de désaturations nocturnes (SaO ₂ mesurée à l'oxymétrie de pouls ≤ 88 % pendant 5 minutes consécutives sous un débit d'O ₂ ≥ 2 l/min)
Céphalées matinales, somnolence, etc.	PaCO₂ entre 50 et 54 mmHg et hospitalisations en rapport avec des épisodes d'insuffisance respiratoire hypercapnique (≥ 2 sur une période de 12 mois)

PaCO₂ : pression partielle de gaz carbonique dans le sang artériel; SaO₂ : saturation de l'hémoglobine en oxygène dans le sang artériel.

ANNEXE II : Le cercle vicieux du déconditionnement rompu par la réhabilitation respiratoire (10)



**ANNEXE III : Compétences à acquérir par le patient au terme d'un programme d'ETP, quels que soient la maladie, la condition ou le lieu d'exercice
(Ivernois (d') J.-F., Gagnayre R. 2001) (24)**

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, auto-contrôle 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	Savoir 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...

ANNEXE IV : Extrait de l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient (17)

RÉFÉRENTIEL DES COMPÉTENCES REQUISES POUR DISPENSER L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP) DANS LE CADRE D'UN PROGRAMME

LES SITUATIONS, LES ACTIVITÉS DE L'ETP	LES COMPÉTENCES
Situation 1 : créer un climat favorable à l'ETP	
<p>Activité 1. - Accueillir des personnes atteintes de maladie chronique :</p> <p>Le but est que le patient et son entourage se sentent bien accueillis.</p> <p>Activité 2. - Donner un premier niveau d'information sur l'ETP et les acteurs qui y concourent :</p> <p>Le but est que le patient ait envie de participer à une démarche ETP.</p>	<p>Compétences techniques :</p> <p>Situer l'environnement lié à l'ETP.</p> <p>Compétences relationnelles et pédagogiques :</p> <p>Pratiquer l'écoute active et bienveillante ;</p> <p>Pratiquer l'empathie ;</p> <p>Echanger et informer ;</p> <p>Construire une relation de confiance.</p> <p>Compétences organisationnelles :</p> <p>Se questionner et définir son rôle.</p>
Situation 2 : analyser avec le patient, sa situation, ses pratiques de santé et convenir de ses besoins en ETP	
<p>Activité 3. - Etablir un bilan éducatif partagé avec le patient et son entourage portant sur le vécu et la compréhension de la maladie, des traitements, des explorations effectuées, les pratiques de santé et les besoins et tenant compte des publics en autonomie restreinte :</p> <p>Le but est de bien identifier avec le patient ses besoins, ses priorités, quelle que soit sa situation, en prenant en compte ses vulnérabilités.</p> <p>Activité 4. - Réaliser une synthèse des besoins avec le patient et son entourage, mettant en évidence les besoins éducatifs, et l'intégrer dans le dossier :</p> <p>Le but est de faire ressortir les besoins éducatifs et d'en formaliser une trace, à disposition des intervenants dans la démarche d'ETP.</p>	<p>Compétences techniques :</p> <p>Orienter les patients vers des sources fiables d'information ;</p> <p>Tenir à disposition des patients les informations en fonction des enjeux de la maladie et du traitement ;</p> <p>Tenir à disposition des patients des informations liées à leurs particularités ;</p> <p>Renseigner les outils de suivi et d'organisation ;</p> <p>Situer l'environnement lié à l'ETP ;</p> <p>Mesurer les enjeux.</p> <p>Compétences relationnelles et pédagogiques :</p> <p>Pratiquer l'écoute active et bienveillante ;</p> <p>Pratiquer l'empathie ;</p> <p>Comprendre les ressorts psychologiques des personnes ;</p> <p>Echanger et informer ;</p> <p>S'accorder et convenir de l'action à mener ;</p> <p>Construire une relation de confiance ;</p> <p>Coconstruire un projet.</p> <p>Compétences organisationnelles :</p> <p>Se questionner et définir son rôle.</p>
Situation 3 : s'accorder, avec le patient et son entourage sur les ressources nécessaires pour s'engager dans un projet et construire avec lui un plan d'action	
<p>Activité 5. - Explorer et lister avec le patient et son entourage les ressources possibles au cours d'un entretien individuel ou collectif :</p> <p>Le but est de bien repérer les ressources et les possibilités du patient, compte tenu de sa situation.</p> <p>Activité 6. - Identifier avec le patient et son entourage les différentes étapes de son plan d'action en lien avec le bilan initial :</p> <p>Le but est de coconstruire un plan d'action qui corresponde bien à la situation et aux objectifs du patient.</p> <p>Activité 7. - Mettre à jour le dossier du patient dans le cadre de l'ETP :</p> <p>Le but est de garder la trace des rencontres, de partager l'information avec le patient et entre intervenants afin de renforcer la complémentarité des interventions.</p>	<p>Compétences techniques :</p> <p>Orienter les patients vers des sources fiables d'information ;</p> <p>Renseigner les outils de suivi et d'organisation ;</p> <p>Situer l'environnement lié à l'ETP.</p> <p>Compétences relationnelles et pédagogiques :</p> <p>Pratiquer l'empathie ;</p> <p>Comprendre les ressorts psychologiques des personnes ;</p> <p>Echanger et informer ;</p> <p>S'accorder et convenir de l'action à mener ;</p> <p>Construire des partenariats ;</p> <p>Coconstruire un projet ;</p> <p>Construire une alliance thérapeutique.</p> <p>Compétences organisationnelles :</p> <p>Se questionner et définir son rôle.</p>

Situation 4 : se coordonner avec les différents acteurs de la démarche d'ETP pour déployer les activités	
<p>Activité 8. - Organiser et planifier les séances et actions éducatives avec le patient et son entourage : Le but est de permettre, au patient, à son entourage, comme à l'équipe d'ETP d'avoir des repères et de pouvoir organiser les actions d'ETP dans le cadre de la vie quotidienne.</p> <p>Activité 9. - Faire vivre le réseau d'intervenants autour du patient dans le cadre de la démarche d'ETP : Le but est de maintenir le niveau d'échanges nécessaire et indispensable entre les intervenants.</p> <p>Activité 10. - Rédiger des notes et formaliser des comptes rendus liés aux actions d'ETP : Le but est d'améliorer la traçabilité des données relatives à la démarche d'ETP.</p>	<p>Compétences techniques : Renseigner les outils de suivi et d'organisation ; Situer l'environnement lié à l'ETP.</p> <p>Compétences relationnelles et pédagogiques : S'accorder et convenir de l'action à mener.</p> <p>Compétences organisationnelles : Planifier les actions liées à l'ETP ; Coordonner les acteurs ; Conduire un projet ; Evaluer, prioriser.</p>
Situation 5 : mettre en œuvre le plan d'action avec le patient et son entourage	
<p>Activités interindividuelles :</p> <p>Activité 11. - Informer le patient et son entourage sur la maladie, les thérapeutiques en fonction des demandes et attentes, et faciliter l'appropriation des informations : Le but est que le patient reçoive les réponses appropriées à ses besoins et que la confiance s'installe.</p> <p>Activité 12. - Mener des entretiens avec le patient et son entourage dans le cadre du plan d'action ETP : Le but est de maintenir et développer la relation éducative avec le patient et son environnement.</p> <p>Activité 13. - Accompagner la construction des compétences du patient à long terme : Le but est de favoriser l'autonomie du patient dans la gestion de sa pathologie à long terme.</p> <p>Activité 14. - Accompagner le volet social de l'accès aux soins dans le cadre de l'ETP : Le but est d'amener le patient à repérer ses droits, à tisser et entretenir des liens.</p>	<p>Compétences techniques : Tenir à disposition des patients les informations liées à la maladie et au traitement ; Tenir à disposition des patients les informations liées à leurs particularités.</p> <p>Compétences relationnelles et pédagogiques : Pratiquer l'écoute active et bienveillante ; Pratiquer l'empathie ; S'accorder et convenir de l'action à mener ; Construire une relation de confiance ; Coconstruire un projet.</p> <p>Compétences organisationnelles : Apprécier pour ajuster.</p>
<p>Activités collectives :</p> <p>Activité 15. - Animer des ateliers interactifs pour le patient dans le cadre de la démarche d'ETP : Le but est de favoriser les apprentissages en diversifiant les modalités éducatives et pédagogiques.</p> <p>Activité 16. - Animer des activités de bien-être, des moments conviviaux avec les patients : Le but est d'enrichir les possibilités de se ressourcer, aussi bien pour les patients que pour les acteurs de l'ETP.</p> <p>Activité 17. - Animer des temps d'expression, des groupes de parole avec les patients : Le but est de favoriser l'expression et le partage des émotions.</p> <p>Activité 18. - Rédiger des notes et formaliser des comptes rendus liés aux actions d'ETP : Le but est de permettre le suivi et l'évaluation de la démarche d'ETP.</p>	<p>Compétences techniques : Orienter les patients vers des sources fiables d'information ; Renseigner les outils de suivi et d'organisation ; Utiliser des techniques et des outils pédagogiques ; Choisir et adapter les méthodes aux différents publics ; Réaliser une veille liée à l'ETP.</p> <p>Compétences relationnelles et pédagogiques : Pratiquer l'empathie ; Construire une alliance thérapeutique ; Favoriser l'interactivité ; Favoriser les apprentissages mutuels ; Optimiser la production au sein d'un groupe.</p>

Situation 6 : coévaluer avec le patient les pratiques et les résultats de la démarche d'ETP	
<p>Activité 19. - Analyser avec le patient la mise en œuvre et les résultats de son plan d'action :</p> <p>Le but est d'instaurer l'auto-évaluation et la coévaluation pour maintenir l'intérêt du patient et aménager la démarche si nécessaire.</p> <p>Activité 20. - Convenir avec le patient et son entourage des ajustements nécessaires :</p> <p>Le but est d'ajuster constamment la démarche avec le patient et son entourage, en fonction de ses objectifs, de ses priorités, de l'évolution de sa maladie, de ses projets, des événements de sa vie...</p> <p>Activité 21. - Recueillir l'avis du patient sur la démarche éducative :</p> <p>Le but est d'encourager le patient à exprimer son avis sur la démarche d'ETP en tant que telle.</p>	<p>Compétences techniques :</p> <p>Renseigner les outils de suivi et d'organisation.</p> <p>Compétences relationnelles et pédagogiques :</p> <p>Construire des partenariats ;</p> <p>Construire une relation de confiance ;</p> <p>Coconstruire un projet ;</p> <p>Construire une alliance thérapeutique.</p> <p>Compétences organisationnelles :</p> <p>Se questionner et délimiter son rôle ;</p> <p>Apprécier pour ajuster.</p>

RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES POUR COORDONNER UN PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)

LES SITUATIONS, LES ACTIVITÉS DE L'ETP	LES COMPÉTENCES
Situation 1 : constituer une équipe transversale autour d'une démarche d'ETP	
<p>Activité 1. - Constituer une équipe pluridisciplinaire autour d'une démarche d'ETP :</p> <p>Le but est de constituer une véritable équipe autour d'un projet partagé.</p> <p>Activité 2. - Organiser la concertation des acteurs concernés :</p> <p>Le but est de permettre l'expression de chaque membre de l'équipe et d'aboutir à un projet commun.</p> <p>Activité 3. - Organiser la formation des acteurs intervenant dans la démarche d'ETP :</p> <p>Le but est de développer les compétences individuelles et collectives des acteurs intervenant dans la démarche d'ETP.</p>	<p>Compétences techniques :</p> <p>Utiliser des techniques pédagogiques ;</p> <p>Choisir et adapter les méthodes aux différents publics ;</p> <p>Concevoir des dispositifs et des stratégies pédagogiques.</p> <p>Compétences relationnelles et pédagogiques :</p> <p>Comprendre les ressorts psychologiques des personnes ;</p> <p>Echanger et informer ;</p> <p>Construire des partenariats ;</p> <p>Favoriser l'interactivité ;</p> <p>Favoriser les apprentissages mutuels.</p> <p>Compétences organisationnelles :</p> <p>Apprécier pour ajuster ;</p> <p>Coordonner les acteurs ;</p> <p>Identifier les enjeux et vecteurs de communication ;</p> <p>Optimiser les canaux de communication ;</p> <p>Elaborer des stratégies de communication.</p>
Situation 2 : analyser le contexte et concevoir une démarche d'ETP	
<p>Activité 4. - Collecter et analyser des données dans la littérature et auprès des patients :</p> <p>Le but est de rassembler des données pour fonder la réflexion.</p> <p>Activité 5. - Analyser le contexte :</p> <p>Le but est de comprendre le contexte dans lequel la démarche d'ETP pourrait s'implanter, d'identifier les freins et les leviers au développement de l'ETP.</p> <p>Activité 6. - Formaliser la démarche d'ETP :</p> <p>Le but est d'aboutir à un projet commun d'ETP, en associant tous les acteurs concernés à sa conception.</p>	<p>Compétences techniques :</p> <p>Créer des outils et analyser des données ;</p> <p>Situer l'environnement lié à l'ETP ;</p> <p>Réaliser une veille liée à l'ETP.</p> <p>Compétences relationnelles et pédagogiques :</p> <p>Echanger et informer ;</p> <p>S'accorder et convenir de l'action à mener ;</p> <p>Construire des partenariats.</p> <p>Compétences organisationnelles :</p> <p>Évaluer pour faire évoluer ;</p> <p>Conduire des projets.</p>

Situation 3 : organiser et conduire une démarche d'ETP	
<p>Activité 7. - Organiser la répartition des tâches entre les acteurs de la démarche d'ETP : Le but est de donner à l'ensemble des intervenants un cadre d'intervention efficace et clair.</p> <p>Activité 8. - Planifier et mettre en œuvre la démarche d'ETP : Le but est de mener la démarche d'ETP comme un projet et de veiller à ce que les acteurs de l'ETP disposent des moyens nécessaires à la mise en place de leurs activités.</p> <p>Activité 9. - Mettre en place les outils de coordination et de communication entre les acteurs : Le but est de concevoir les modalités de circulation de l'information entre tous les intervenants.</p> <p>Activité 10. - Assurer la gestion administrative de la démarche : Le but est d'assurer l'interface entre les personnes qui mettent en œuvre l'ETP et les responsables administratifs qui autorisent, soutiennent, financent et/ou contrôlent leur activité.</p>	<p>Compétences techniques : Renseigner les outils de suivi et d'organisation ; Situer l'environnement.</p> <p>Compétences relationnelles et pédagogiques : Construire des partenariats ; Favoriser l'interactivité ; Optimiser la production au sein d'un groupe.</p> <p>Compétences organisationnelles : Apprécier pour ajuster ; Planifier des actions ; Coordonner les acteurs ; Conduire des projets ; Evaluer/prioriser ; Identifier les enjeux et vecteurs de communication ; Optimiser les canaux de communication ; Elaborer des stratégies de communication.</p>
Situation 4 : animer et coordonner les acteurs de l'ETP, suivre le déroulement de la démarche ETP	
<p>Activité 11. - Coordonner les activités de l'équipe impliquée dans l'ETP : Le but est d'obtenir une participation active des intervenants dans les activités de la démarche d'ETP mises en œuvre.</p> <p>Activité 12. - Adapter, améliorer, concevoir des méthodes et outils pédagogiques d'ETP : Le but est que l'équipe d'ETP utilise des méthodes et des outils pédagogiques adaptés aux objectifs de la démarche, aux situations d'éducation et aux patients concernés.</p> <p>Activité 13. - Animer des retours d'expérience et des échanges de pratiques entre les acteurs de l'ETP : Le but est d'améliorer les pratiques d'ETP grâce aux échanges entre les acteurs.</p> <p>Activité 14. - Apporter une aide méthodologique et un soutien logistique aux acteurs : Le but est d'entraîner l'implication des acteurs dans la démarche d'ETP, de faciliter leur travail et d'en garantir la qualité.</p>	<p>Compétences techniques : Renseigner les outils de suivi et d'organisation ; Créer des outils et analyser des données ; Choisir et adapter les méthodes aux différents publics ; Situer l'environnement lié à l'ETP ; Réaliser une veille.</p> <p>Compétences relationnelles et pédagogiques : S'accorder et convenir ; Favoriser l'interactivité ; Favoriser les apprentissages mutuels ; Optimiser la production au sein d'un groupe ; Utiliser des techniques pédagogiques.</p> <p>Compétences organisationnelles : Apprécier pour ajuster ; Evaluer pour faire évoluer ; Coordonner les acteurs ; Conduire des projets.</p>
Situation 5 : évaluer et faire évoluer la démarche et les pratiques d'ETP	
<p>Activité 15. - Concevoir, avec l'ensemble des acteurs concernés, un dispositif d'évaluation de la démarche d'ETP : Le but est que l'ensemble des partenaires se mettent d'accord sur les critères et les modalités d'évaluation de la démarche d'ETP.</p> <p>Activité 16. - Coordonner le recueil des données nécessaires à l'évaluation : Le but est de réunir tout au long de la démarche ou du programme d'ETP les éléments nécessaires à son évaluation.</p> <p>Activité 17. - Analyser, avec l'équipe, les points forts et les difficultés pour proposer des ajustements : Le but est d'apprécier les effets de la démarche d'ETP, d'améliorer la qualité et d'en assurer la pérennité.</p>	<p>Compétences techniques : Créer des outils et analyser des données ; Utiliser des techniques pédagogiques ; Choisir et adapter les méthodes aux différents publics ; Réaliser une veille liée à l'ETP.</p> <p>Compétences relationnelles et pédagogiques : Echanger et informer ; Favoriser l'interactivité ; Favoriser les apprentissages mutuels ; Optimiser la production au sein d'un groupe.</p> <p>Compétences organisationnelles : Apprécier pour ajuster ; Evaluer pour faire évoluer ; Evaluer/prioriser.</p>
Situation 6 : communiquer sur l'expérience de l'équipe d'ETP, par oral et par écrit	
<p>Activité 18. - Capitaliser les expériences et les formaliser : Le but est de tirer parti des expériences et de mettre à disposition d'autrui les enseignements tirés.</p> <p>Activité 19. - Communiquer sur la démarche auprès de l'équipe d'ETP et de l'ensemble des partenaires : Le but est de rendre visibles les acquis pour faire progresser les savoir-faire collectifs des professionnels intervenant dans les démarches d'ETP.</p> <p>Activité 20. - Présenter les travaux de l'équipe dans des formations, des congrès, des revues professionnelles ou scientifiques : Le but est de faire connaître l'ETP, les expériences menées et les réflexions qui en découlent.</p>	<p>Compétences relationnelles et pédagogiques : Favoriser les apprentissages mutuels.</p> <p>Compétences organisationnelles : Evaluer pour faire évoluer ; Evaluer/prioriser ; Identifier les enjeux et vecteurs de communication ; Optimiser les canaux de communication.</p>

Ce questionnaire est destiné à la mise en place d'un atelier d'éducation thérapeutique sur l'oxygénothérapie et la ventilation non invasive (VNI), dans le cadre de mon mémoire, en vue de l'obtention de mon Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute :

Avez-vous un traitement par oxygène : oui / non

Si oui, lequel (type de matériel: lunettes/masque/autres, débit) ? Et quelle en est la durée ?

.....

Quel est, selon vous, l'intérêt de votre traitement par oxygène ?

.....

J'arrive à respecter la durée d'oxygène prescrite : oui / non

Je sais manipuler et entretenir mon dispositif d'oxygène : oui / non

Je connais les règles de sécurité pour l'oxygène : oui / non

Avez-vous un traitement par VNI ou PPC (pression positive continue pour l'apnée du sommeil) : oui / non

Si oui, lequel (type de matériel: lunettes/masque/autres, débit) ? Et quelle en est la durée ?

.....

Quel est, selon vous, l'intérêt de la VNI ?

.....

Je sais manipuler mon dispositif et mon masque : oui / non

Je sais entretenir mon dispositif : oui / non

J'arrive à respecter la durée prescrite : oui / non

Quels seraient, pour vous, les points importants de l'oxygénothérapie et VNI à développer au sein d'un atelier d'éducation thérapeutique ?

.....

ANNEXE VI : Programmes vacances proposés par la fédération ANTADIR et la FFAAIR

Programme Vacances

2014
Séjours organisés par la fédération ANTADIR*
en partenariat avec la FFAAIR**

* ANTADIR - Fédération ANTADIR, 88 Bd St Michel, 75006 PARIS - Tél. 01 56 81 40 80
** FFAAIR - Fédération Française des Associations et Amicales de Malades d'Insuffisance ou Handicapés Respiratoires, 88 Bd St Michel, 75006 PARIS - Tél. 01 53 42 56 88

Chère Madame, Cher Monsieur,

Toujours soucieux de mieux répondre à vos demandes, nous vous proposons un programme Vacances 2014 composé de 4 séjours de vacances de 8 à 15 jours organisés en partenariat avec la FFAAIR** et tout le soutien de son équipe de bénévoles.

Si vous souhaitez plus d'informations sur un séjour en particulier, le programme 2014 détaillé est accessible en ligne sur le site de l'ANTADIR* (www.antadir.com) ou celui de la FFAAIR (www.ffaair.org).
Notre volonté et notre mission sont de permettre à tous de partir en vacances : pour cela, le prix ne doit pas être un frein à votre désir.
La FFAAIR a la possibilité de vous aider financièrement.

En reconnaissance de vos réponses joint, accompagné d'un chèque bancaire, postal ou chèque économes d'un montant unique de 25€ à l'usage des séjours vacances ANTADIR*, nous vous ferons parvenir le dossier nécessaire pour votre réservation.

Les places étant limitées, celles-ci seront attribuées en fonction de l'ordre d'arrivée des dossiers.

Attention, l'envoi du chèque n'a pas valeur d'inscription.

En espérant que ces propositions vous conviennent, nous vous assurons de toute notre amitié et de nos sentiments dévoués.

Didier Forêt
Directeur séjours vacances ANTADIR

Alain Murez
Président FFAAIR

n°1 Merinde
n°2 Saine-Trojan
n°3 Egétons
n°4 Sarcotan

* Fondation ANTADIR, association régie par la loi 1901 déclarée à la Préfecture le 17 juillet 1981 sous le numéro 8111398
** Certificat d'immatriculation n°18875170000, Garant financier BNP Paribas, Assureur AXA Responsabilité
* Organisme agréé ANCV (Chèques vacances)

ANTADIR SNEV FFAAIR

SÉJOUR N°1 • Du 6 au 14 juin 2014 • SAINT-TROJAN • Village vacances « Arc en ciel »



L'île d'Oleron, une île authentique qui se révèle avec ses trésors naturels. Un climat d'une extrême douceur, un air particulièrement iodé et une tranquillité assurée.
Au cœur d'un magnifique parc boisé et paisible, le village vacances "Arc en ciel" se situe à 1,5 km du centre bourg de St Trojan et proche des plages de 2 à 4 km.
Venez visiter cette île jumeuse, ses plages, ses forêts, ses ports, son château, les jardins et le phare de Chassiron, Rochefort, les îles d'Alix et de Fort Boyard.
Voiture indispensable.

Prestations techniques
Installation du matériel et dépannage assurés par PRAADAIRC.

Prix estimé
- couple : 780 € par personne,
- personne seule : 390 €, avec 3 excursions incluses.

SÉJOUR N°2 • Du 30 août au 13 septembre 2014 • MERVILLE • Maison familiale « Bon séjour la Plage »



Situé dans la dune d'une plage de sable fin au cœur de la Normandie touristique et historique, à 20 km de Caen, 5 km de Cabourg, à proximité de Honfleur et du pont de Normandie, cet établissement sur la plage, face à la mer, est familial et très convivial.
Piscine extérieure couverte chauffée.
Téléphone et télévision dans les chambres.

Prestations techniques
Installation du matériel et dépannage assurés par FAIR Basse Normandie.

Prix estimé
- couple : 1100 € par personne,
- personne seule : 1400 €, hors excursions.

SÉJOUR N°3 • Du 6 au 13 septembre 2014 • EGLETONS • « Le Lac »



Au cœur de la Corrèze, à 50 km de Brive la Gaillarde et 2 km de la gare, le village se compose de 66 chambres de plain-pied, adaptées, avec télévision et wifi gratuit, sur les rives d'un lac bleu. Découvrez le Périgord noir, Sarrazin, Brive la Gaillarde, Colonges-la-Rouge, cité de grès rose. Naviguez sur le lac de Bort les Orgues, un des plus grands lacs artificiels de France.
Site adapté aux handicaps.

Prestations techniques
Installation du matériel et dépannage assurés par FALAIR et AVD.

Prix estimé
- couple : 950 € par personne,
- personne seule : 780 €, avec 3 excursions, transport en car inclus (car sans système pour fauteuil électrique).

SÉJOUR N°4 • Du 4 au 18 octobre 2014 • SAMATAN • Village vacances « Les Rivages » *Séjour à thèmes*

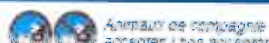


Dans le Gers, au cœur de la Gascogne, situé à 50 km de Toulouse et à 200 m du centre ville, ce village est implanté à 170 m d'altitude au bord d'un lac et entouré de collines. Des gîtes de plain-pied aménagés, avec téléphone et télévision, vous accueillent dans leur écoinçonné de verdure. Salle de restaurant panoramique et terrasse sur le lac.
Séjour à thèmes : Réadaptation à l'effort intégrant des cours de chant, initiation cuisine et diététique.
Site adapté aux handicaps.

Prestations techniques
Installation du matériel et dépannage assurés par SADIR Assistance.

Prix estimé
- couple : 1650 € par personne,
- personne seule : 1200 €, avec 4 excursions, transport en car inclus.

LÉGENDES



Demandez un dossier d'inscription le plus tôt possible grâce au coupon réponse ci-dessous à renvoyer au :

Secrétariat des **SÉJOURS VACANCES - MAISON DU POUJON** - 88 Boulevard Raimon-Michel - 75016 Paris
Pour nous contacter : tel 01.52.05.10.00 / e-mail : vacances@antadr.com

COUPON RÉPONSE (à retourner en remplissant)

Nom : Je suis intéressé(e) par le(s) séjour(s) N° : () et ()
Prénom : et souhaite recevoir le dossier complet d'information
Adresse : ainsi que la fiche d'inscription pour () personne(s)
Code postal :
Ville :
N° de Tél :
 Je souhaite obtenir un dossier de demande d'infos ANTADR FRAGR

Ci-joint un chèque de 25 € Bancaire/postal
 Chèque vacances (ANCV)
à l'ordre des « séjours vacances ANTADR »
Chèque n°

Mon appartenance d'assistance respiratoire est fournie par :
(nom du prestataire et ville)

ANNEXE VII : Évaluation théorique de l'atelier.

NOM Prénom :

Date :

Questionnaire d'évaluation théorique : Atelier O2 et VNI.

Consigne : entourer la bonne réponse et entourer le degré de certitude

- 1- Vous êtes sûr de votre réponse
- 2- Vous êtes moyennement sûr de votre réponse
- 3- Vous n'êtes absolument pas sûr de votre réponse

1) La fatigue, le manque d'air et la sensation d'essoufflement à l'effort sont les premiers signes d'un manque en oxygène.

Vrai Faux 1 2 3

2) L'organisme est capable de faire des réserves en oxygène.

Vrai Faux 1 2 3

3) Lors d'une oxygénothérapie, l'utilisation d'un corps gras pour le visage est conseillée pour éviter les irritations de la peau.

Vrai Faux 1 2 3

4) La VNI permet d'améliorer les échanges gazeux, le sommeil et la qualité de vie.

Vrai Faux 1 2 3

5) Il est possible de voyager en avion avec un traitement par oxygénothérapie.

Vrai Faux 1 2 3

6) Il est possible de voyager en avion avec sa propre bouteille d'oxygène liquide en cabine.

Vrai Faux 1 2 3

7) Tous les dispositifs d'oxygénothérapie sont autorisés à être transportés en voiture.

Vrai Faux 1 2 3

8) Pour les voyages à l'étranger, il est préférable de tout organiser à l'avance avec son prestataire de santé.

Vrai Faux 1 2 3

Solutions :

1) Vrai.

2) Faux. L'organisme n'est pas capable de faire des réserves, c'est pourquoi il faut respecter la prescription.

3) Faux. Il ne faut pas utiliser de corps gras lors d'une oxygénothérapie car il y a un risque de brûlure.

4) Vrai.

5) Vrai.

6) Faux. Les bouteilles d'oxygène liquide sont interdites en cabine, elles doivent être totalement vidées et correctement emballées pour le transport en soute.

7) Faux. Le transport des réservoirs fixes est strictement interdit dans les véhicules de particuliers.

8) Vrai.

ANNEXE VIII : Modalités pratiques d'utilisation de l'oxygénothérapie

- Contrôle de l'autonomie sur différents modèles de réservoirs portables :





- Remplir le réservoir portable sur le réservoir fixe :



ANNEXE IX : Modalités pratique d'utilisation de la VNI

- Patient mettant en place sa VNI lors de l'atelier pratique :



ANNEXE X : Évaluation pratique de l'atelier.

NOM Prénom :

Date :

Évaluation pratique : Atelier O2 et VNI.

Consigne : cocher la case correspondante au niveau d'acquisition de compétences du patient.

COMPETENCES - OXYGENOTHERAPIE	Acquis	Partiellement Acquis	Non Acquis
Mettre en route et arrêter l'oxygène			
Régler le débit prescrit			
Mettre en place correctement les lunettes ou masque			
Remplir le réservoir portable sur le réservoir fixe			
Connaître les règles d'hygiène : Entretien du matériel, de l'interface et de l'humidificateur (si présent)			
COMPETENCES - VNI	Acquis	Partiellement Acquis	Non Acquis
Mettre en route et arrêter la VNI			
Mettre en place correctement l'interface avec le moins de fuite possible et sans engendrer de lésions cutanées.			
Savoir raccorder l'O2 à la VNI			
Connaissances de la signification des alarmes et savoir qui contacter en cas de panne			
Connaître les règles d'hygiène : Entretien de la machine, de l'interface et de l'humidificateur			