

LA LETTRE d'AIR+R

Réseau Régional de Post Réhabilitation Respiratoire
Siège Social : Cabinet Pneumologie – Clinique du Millénaire CS 59523 – 34960 Montpellier Cedex 2

N° 15– Mars - 2015

WWW.airplusr.fr. - contact@airplusr.fr

LE BUREAU

Président

Pr. Christian PREFAUT

Vice Président

Bernard PALOMBA

Trésorière

Dr Véronique

GAUTIER

Trésorier Adjoint

Dr Nicolas OLIVER

Secrétaire

Francis MAFFRE

Secrétaire Adjoint

Magali PARTIKA

Représentant des

Patients

Henri EXPERT

Membre

Dominique LENGLET

Kinésithérapeute

EDITO

Un évènement important s'est déroulé en décembre dernier : l'assemblée générale constitutive d'un collectif des Réseaux de Santé du Languedoc Roussillon : Resod'Oc.

L'aventure a démarré il y a 2 ans à partir d'une réflexion des 6 réseaux fondateurs sur l'importance de mutualiser certaines de nos tâches, d'avoir une voix concertée vis-à-vis de l'ARS, de donner à cette dernière un petit groupe d'interlocuteurs, de se retrouver au niveau d'une maison des réseaux. Nous avons donc pris contact avec notre tutelle qui a été séduite par l'idée, acceptant de la financer. Nous nous sommes intéressés à des entreprises similaires en France et plus particulièrement par une celle existant déjà en Midi Pyrénées : Resomip, recevant son président pour mieux discerner l'intérêt d'une telle structure.

Nous nous sommes alors lancé dans l'écriture des statuts dont les objectifs sont de rassembler les réseaux pour encourager l'interdisciplinarité des parcours de soin, favoriser la mutualisation administrative, juridique, comptable... pour se consacrer aux missions de soins, promouvoir les réseaux, la démarche qualité, la gestion des risques, favoriser le partage d'expérience, les opérations de communication, la recherche de partenaires, tout cela dans le respect de l'identité et de la spécificité de chacun.

Lors de l'AG constitutive 16 réseaux de santé étaient présents sur les 22 accrédités en Languedoc Roussillon, 14 ont accepté de se regrouper au sein du collectif. Le CA est constitué de 6 membres du collège des bénévoles et de 6 de celui des Salariés, Air+R a un élu de chaque collège, Elise Galmes et moi-même. Le CA m'a proposé de prendre la Présidence de Résod'OC, ce que j'ai accepté. Toutefois, pour éviter les cumuls de mandat, j'ai démissionné de mes fonctions de président de la Fédération (nationale) des Réseaux de Réhabilitation Respiratoire (F3R). Nous avons débuté nos actions en cherchant et louant la première maison des réseaux, dans le quartier Malbosc. Quatre réseaux y seront installés dont Air+R et nous aurons le plaisir de vous y accueillir à partir du mois d'avril. L'action actuellement en cours est de recruter un(e) chargé de mission. A suivre.

Vous trouverez en page 5 le compte rendu de l'AG d'Air+R. je voudrais d'abord regretter vivement l'absence de 4 associations sur 10. Les AG sont un élément très important de la vie d'un réseau, d'une association. On peut comprendre que le Président ne puisse pas se déplacer, mais il est toujours possible qu'il délègue quelqu'un de son bureau, pour que l'association soit représentée, vote et remonte les informations. A part cela cette AG a été très positive. Par le nombre, 337, de nos adhérents, par l'implication des bénévoles et des salariés que j'ai plaisir à souligner en les remerciant chaleureusement; par la qualité des activités proposées, par la bonne tenue de notre trésorerie, par notre implication nouvelle dans le volet médico-social, par la recherche d'une optimisation de nos activités avec le Logiciel d'Optimisation de Réseau créé et animé par Francis Maffre. J'ai par ailleurs le grand plaisir d'accueillir 2 entrants au bureau Gil Godard et Antonio Cuenca, et à remercier chaleureusement et amicalement les sortants, Henri Expert et Dominique Lenglet, pour le travail accompli pendant leur mandat.

Christian Préfaut

Coordination

Générale et Education Thérapeutique

Elise GALMES

06 77 39 02 68

Adjointe au Programme de Réhabilitation

Hélène FORTHIN

06 77 33 56 14

Adjointe au Suivi Médico-Social

Charlotte VIGNANDO

06 16 21 12 87

Imprimé



avec le soutien de

Sommaire

Pages 2 :	Un pilulier électronique
Page 3 et 4	Les soins aux gazés de la « grande guerre »
Pages 5 :	Compte rendu de l'AG
Page 6 :	Témoignage et Activité du Réseau

UN PILULIER ELECTRONIQUE

Au secours de l'observance ?

Selon un rapport de l'OMS « améliorer l'adhésion du patient à un traitement chronique devrait s'avérer plus bénéfique que n'importe qu'elle découverte biomédicale ».

Dans le cadre d'un processus d'évaluation mené par le laboratoire (qui n'est pas le concepteur) Kyomed, plusieurs patients de l'association de Montpellier ont testé un prototype de « pilulier électronique, programmable et communiquant ».

Le principe de ce pilulier part du constat suivant :

Selon plusieurs études entre 30 et 60% des malades chroniques ne prennent pas régulièrement leur traitement. Cette non-observance est la cause de 28% des hospitalisations des séniors ?

Ce problème est vieux comme le monde, puisque Hippocrate disait « les malades mentent souvent lorsqu'ils disent qu'ils prennent leurs médicaments ».

La Boîte à pilules

Ce pilulier comporte, 7 rangées de 4 cases dans lesquelles les médicaments devront être rangés et recouverts par un film semi rigide. L'ouverture d'une de ces alvéoles validera un signal lumineux attestant de la « prise » du médicament à l'heure programmée. De la même façon que la non prise validera une alerte sur un téléphone, qu'il soit celui du patients ou d'une personne de confiance qu'il aura lui-même indiqué. Cette alerte doit pouvoir ainsi remédier à l'oubli, lorsque celui-ci n'est pas volontaire. Ce pilulier doit ainsi permettre de faire un bilan des prises ou non prises qui seront affichable sur un téléphone, smartphone ou autre tablette. Eléments non négligeables pour le thérapeute au moment des bilans médicaux.

Les problèmes à résoudre

De nombreux problèmes techniques et pratiques sont posés par ce pilulier sans que l'on préjuge des solutions qui pourront y remédier.

Citons, en vrac :

Des problèmes pratiques : la taille qui ne permet pas de le glisser dans un petit

sac ou autre élément vestimentaire dans lequel il serait facilement accessible. La rupture de l'opercule d'accès aux médicaments, très dure à obtenir et qui commande la connexion électronique. La taille des alvéoles en cas de traitements multiples, la difficulté de récupérer les pilules.

Des problèmes de sûreté médicale avec les interactions éventuelles entre les diverses molécules mises à l'air et hors de leur emballage protecteur.

Des problèmes de traçabilité : qui remplit le pilulier et qui vérifie que toutes les pilules ont été théoriquement prises ?

Des problèmes de coûts, prise en charge ou pas par la Sécu et/ou les mutuelles, le coût des consommables Et sûrement d'autres problèmes que nos patients testeurs n'ont pas vus ou soulevés.

Les causes de la non-observance

Mais au-delà de ces éléments observés qui font du produit présenté, un concept non achevé, les véritables motivations de la non-observance sont totalement évacuées. Personne ne nie que l'oubli involontaire, qu'il soit lié à l'état du patient ou à des causes environnementales, n'est qu'un aspect du problème. Tout comme l'observance du traitement n'est qu'un aspect d'un problème plus vaste, portant à la fois sur « l'adhésion au suivi médical en général » et « l'adhésion aux règles hygiéno-diététiques ».(Une étude parue en 1994 (Urquhart), sur la base d'un pilulier électronique, montre que :

- 1 patient sur 6 observe une totale régularité des prises
- 1 patient sur 3 a une bonne observance et une régularité dans les prises
- 1 patient sur 3 a une observance partielle et une relative régularité
- 1 patient sur 6 a une faible observance et une grande irrégularité dans les prises.



Plusieurs autres études ont même montré qu'une part importante de patients ne va même pas chercher les médicaments prescrits.

Les causes de la non-observance sont donc multiples. Elles tiennent :

- Au patient, âge, polymédication, environnement et contraintes familiales et/ou professionnelles
- A la maladie, gravité, pronostic, vital, durée du traitement
- Le ressenti de l'efficacité du traitement, des manifestations indésirables
- La relation médecin – malade
- L'insuffisance ou le manque de coordination entre les différents intervenants de santé

Et les relations humaines ?

On voit bien que le règlement de la non-observance ne pourra se régler par le biais d'un pilulier électronique et quelles qu'en soient les améliorations et le type de stockage de données qu'il peut permettre ou les systèmes d'alertes sophistiqués qu'il peut comporter.

L'établissement d'une liaison forte soignant soigné, la présence humaine rompant l'isolement et permettant de répondre aux interrogations sont sûrement des axes beaucoup plus productifs au niveau de l'observance.

Or si un pilulier électronique peut mettre en évidence la non ou mauvaise observance d'un traitement il ne sera d'aucune aide dans l'analyse des causes. Le pilulier en ne mettant le patient que fasse à la technique ne va-t-il pas renforcer son isolement et ainsi devenir une cause de la non-observance.

Les patients testeurs

1) Non-observance Thérapeutique :A.J Scheen, D. Giet

LES GAZES

de la GRANDE GUERRE

2014 aura été placé sous le signe des commémorations militaires, que ce soit les 70 ans de la capitulation ou le centenaire du déclenchement de la 1^{ère} guerre mondiale, la « Der des Ders ». Occasion pour nous de rappeler ce que furent les conditions de prise en charge des blessés pendant près de ces 5 années.

JAURES assassiné, BERLIN n'est plus qu'à une portée d'un LEBEL. De 6 à 8 semaines, et chacun pourra retrouver ses champs, son atelier ou sa boutique. Mais la guerre s'enlise et toutes les hypothèses, y compris l'organisation sanitaire et l'évacuation des blessés deviennent inopérantes.

Quelques éléments

De l'expérience des conflits antérieurs « on » pensait qu'il n'y aurait à traiter que des lésions « peu délabrantes et peu infectées, voire aseptiques » en bonne conscience le terme de « balles humanitaires » était même avancé par certains.

Il devait y avoir 80% de blessés par balles or c'est 75 % de blessures par éclats d'obus avec de multiples débris souvent contaminés. 1/3 des lésions sont situées au thorax, rachis ou abdomen, avec souvent des organes, « nobles » touchés (foie, poumon, cœur). Pendant les premiers mois l'afflux est massif et continu. Pour la seule semaine du 5 au 13 septembre (Bataille de la Marne), ce ne sont pas moins de 122000 blessés qu'il faut prendre en charge (pour 21000 morts et 84000 disparus)

L'organisation sanitaire

A cette date, les antibiotiques n'existent pas. Les corticoïdes ne sont synthétisés qu'à partir de 1950. La radiographie en est à ses balbutiements et n'a pas investi l'organisation sanitaire militaire. L'anesthésie est connue depuis 1846. Elle s'effectue avec du chloroforme ou

de l'éther. Le protoxyde d'azote ne se généralise qu'à partir de 1917 permettant un dosage beaucoup plus précis. Les groupes sanguins découverts en 1901 rendent la transfusion sanguine possible surtout lorsqu'en 1913 le citrate de soude rend le sang incoagulable.

Pendant ces années de guerre de nouvelles techniques se développent comme la vaccinothérapie, la sérothérapie et la kinési-respiratoire.

Le poste de secours divisionnaire

Il est au plus près des zones de combats. Il effectue une première prise en charge et un tri sommaire. L'équipement est



rudimentaire et les conditions d'hygiène y sont déplorables. Le soldat blessé s'y rend par ses propres moyens ou alors il est transporté par d'autres soldats valides avec comme porte-brancard bien souvent de simples brouettes.

Seules des injections à base de morphine ou des compresses d'huile camphrée tentent de calmer les douleurs. Les plaies « sont emballées » selon un terme de l'époque, sans aucune décontamination primaire. Mais devant leur gravité et leur étendue, cela s'avère très vite insuffisant et même désastreux.

La désinfection des plaies, souvent béantes, ne devient vraiment opérationnelle qu'à partir de 1916 avec l'emploi du liquide DAKIN. Même si le plus important reste son irrigation

Zone de l'avant, et hôpitaux de l'arrière.

En fonction de son état, le blessé est ensuite envoyé vers les structures chirurgicales. En 1914 il n'existe que 5 trains d'évacuation sanitaire. Ils seront 190 en 1918. Le blessé voyage très souvent dans les wagons ayant menés au front hommes et chevaux, sans aménagements particuliers, à même le sol sur des litières souillées par le crottin et le purin. Le voyage se fait sans aucun geste médical d'urgence. Il faut attendre courant 1915 pour que les trains soient dotés de porte brancarts, et fin 1916 pour voir des convois sanitaires réellement au point (Christine DEBUE-BARAZER).

C'est dans ces conditions sanitaires désastreuses que dès septembre 14 des voix commencent à s'élever et que peu à peu une nouvelle organisation sanitaire se met en place.

Dès le début de la guerre et passant outre aux instructions, certains médecins réorganisent la prise en charge des blessés, afin de donner des premiers soins plus opérant avant les évacuations vers l'arrière.

Le docteur VOIVENEL (neuropsychiatre) est de ceux là. Il deviendra ensuite un des spécialistes du traitement des gazés pendant l'entre deux guerres.

1915

L'utilisation des GAZ de combats

La première utilisation des gaz intervient le 22 avril 1915 dans la région d'YPPRES en Belgique.

C'est pendant ces premières attaques, quand les soldats alliés ne sont ni préparés, ni équipés, que l'on va dénombrer la plus grande partie des morts. (Selon l'historien JP.VERNEY, pour la France plus de 5000 furent tués sur un total, pour l'ensemble de la guerre, de plus de 8000).

Sans aucun moyen pour faire face, le soldat paniqué s'enfuit en ressentant de très vives douleurs. Or cette fuite ne fait qu'aggraver l'intoxication.

Les différents types de gaz utilisés

SUFFOCANTS

(Chlore et phosgènes principalement)
Ils attaquent essentiellement les poumons. Les graves lésions perturbent les échanges gazeux. Elles conduisent à la mort par asphyxie. Ce sont ces gaz qui sont responsables de la plupart des décès.

IRRITANTS

L'action est localisée au niveau des yeux et des voies respiratoires.

Les **gaz lacrymogènes** : le nez coule, les yeux pleurent. Une conjonctivite importante induit une cécité provisoire. Ces symptômes régressent rapidement et ne laissent que rarement des séquelles.

Les **irritants sternutatoires** irritent les muqueuses du nez et de la gorge. Les symptômes apparaissent après un temps de latence de quelques minutes ou de dizaines de minutes. Les effets disparaissent après 4 à 6 heures.

VESICANTS

Ce sont aussi les plus efficaces.

Le plus connu est le Gaz Moutarde. Ils agissent dans tout l'organisme en traversant les surfaces touchées. Ils détruisent la structure cellulaire

Evolution de la prise en charge des blessés

Dans un premier temps l'évacuation immédiate des gazés vers l'arrière, sans traitement préalable des plaies, a pour conséquence un accroissement des effets toxiques en sollicitant les capacités respiratoires, entraînant une plus rapide diffusion dans l'ensemble de l'organisme. Les membranes des bronches endommagées, les blessés deviennent plus sensibles aux infections. Les capillaires peuvent être attaqués et un œdème apparaître.

La difficulté réside dans le fait que l'apparition des symptômes n'est pas toujours immédiate. Et même lorsque les soldats seront dotés de masques, la protection ne sera pas toujours efficace.

Les premières mesures :

« La Lettre d'AIR+R » n°15 Mars 2015

Eviter tout mouvement qui sollicite les capacités respiratoires ;

Nettoyer les plaies ;

Faire **inhaler** de l'Oxygène ;

Faire **baisser** la pression artérielle (saignée) et administrer de l'Ipéca, à forte dose et à visée vomitive ;

Gargariser la bouche avec du bicarbonate ;

Alimenter le blessé avec des aliments liquides afin de limiter la digestion qui sollicite un apport en O2.



Les traitements de fond

Si une rémission – pour les moins atteints - pouvait parfois survenir après quelques semaines (les soldats blessés « guéris » retournaient alors bien souvent au front). Dans la plupart des cas il y avait une rechute.

Les traitements ne sont que de survie.

Les seuls soins curatifs sont à base de :

Atropine qui diminue les sécrétions; possède une action antispasmodique et agit comme antidote à certaines intoxications.

Oxygénothérapie (qui naît dans les hôpitaux du front).

Et une nouvelle technique qui fait son apparition, la **kinésithérapie Respiratoire**.

Une organisation spécifique pour la prise en charge des gazés n'intervient qu'en juillet 1918 avec la création des ambulances, dites « Z ».

A cause de la fragilité des poumons et des conditions de vie dans les tranchées la tuberculose se développe aussi chez les soldats.

C'est à cette période que les sanatoriums prennent leur essor. Les seuls soins palliatifs sont alors « **le repos, le soleil et le manger gras** ».

Tous ces êtres, mutilés, amputés, au corps affaibli, au psychique éprouvé et bouleversé, surtout parmi les plus jeunes des rescapés, payèrent en outre un tribut à la grippe espagnole qui sévit dès 1918, et qui fit plus de morts, de par le monde, que le conflit qui venait de s'achever.

Ainsi Guillaume APOLLINAIRE rescapé, blessé à la tempe et trépané, en mars 1916, meurt à Paris le 9 novembre 1918, 2 jours avant l'armistice.

Francis MAFFRE

« Il pourrait pleuvoir toutes les larmes du ciel, pleuvoir tout un déluge, cela n'effacerait rien. Non un siècle de pluie ne laverait pas ça ».

Journée Mondiale de la BPCO : Nîmes

Organisée par l'hôpital et l'association APRES-NÎMES, la manifestation a pris cette année une ampleur plus qu'encourageante. La presse locale avait invité ses lecteurs à venir faire tester leur souffle gratuitement ce qui a incité certains nîmois à se déplacer tout spécialement.

La mesure du souffle, proposée pour la 1ère fois par le service de pneumologie était bien entendu le point fort de cette journée:

37 volontaires (22 femmes et 15 hommes) ont participé au test de spirométrie, 18 ont présenté des résultats normaux.

Les 19 autres personnes dont l'examen a nécessité une analyse plus précise, ont toutes été reçues, à l'écart, par un pneumologue qui leur a commenté les résultats puis les a réorientées vers leur généraliste référent.

La présence d'une coordinatrice du réseau de professionnels de santé AIR+R est venue étoffer l'équipe des bénévoles qui se sont succédés au cours de la journée pour animer le stand et échanger avec les passants intéressés dont certains se disent prêts à rejoindre notre groupe de post-réhabilitation respiratoire

Mais il faut surtout souligner la disponibilité sans faille des pneumologues et de leur équipe dont l'implication majeure a rendu cette manifestation de prévention beaucoup plus visible et attractive pour un public varié de patients en consultation, de visiteurs et de membres du personnel hospitalier venus comme chaque année sur le temps de leur déjeuner.

Après NÎMES

20 Février 2015

Une AG constructive

Et 2015 en perspective

L'Assemblée Générale est le moment de faire le bilan de l'année écoulée et de fixer quelques perspectives pour les mois à venir. La feuille de route fixée par le CPOM, enfin signé, est riche d'objectifs. A nous d'en déterminer les étapes intermédiaires et d'affecter les moyens nécessaires dans les limites permises par le budget.

En 2014 nous avons rencontré les difficultés habituelles, à savoir

- des problèmes de contractualisation avec les établissements hospitaliers et de soi ;
- des difficultés à obtenir l'ensemble des éléments patients nécessaires au suivi de leur pathologie ;

mais nous avons obtenu un début encourageant d'adhésion à notre action, des médecins généralistes, puisque 114 (sur 186) d'entre eux ont signé un certificat de prescription du programme de post-réhabilitation en détaillant par ailleurs les comorbidités éventuelles de leur patient.

Notre action s'est inscrite dans la durée du CPOM notamment en ce qui concerne la mise en place d'une « Coordination Médico-Sociale », dont les résultats montrent la nécessité de développer une telle prise en charge ; nombre de patients sont en effet en situation de précarité voire de grande précarité ; 48% d'entre vivent avec moins de 1000 € dont 10% avec moins de 500 € ; 39% vivent seuls et 12% ont un habitat inadapté à leur maladie et/ou handicap.

La poursuite de cette priorité se heurte cependant à une insuffisance de moyens humains. S'ouvrir sur les zones rurales est d'autant plus une nécessité que ce sont dans ces secteurs que les problèmes d'isolement et d'accès aux soins sont les plus prégnants.

L'action des associations de patients atteint ses limites et la définition d'une articulation entre réseaux et professionnels de santé doit trouver toute sa pertinence et son efficacité.

Le programme d'éducation thérapeutique « Mieux comprendre pour mieux vivre » va se poursuivre en 2015

avec toujours plus de nouveautés et de personnalisation. Cette année nous avons plusieurs fils rouges : intégrer les pharmaciens en tant qu'intervenants dans le programme, proposer aux psychologues référents des associations d'animer un atelier sur « qu'est-ce que le groupe de parole ? », ouvrir les ateliers vers des sujets propres aux cardiologues et diabétologues, consacrer des ateliers spécifiques aux nouveaux arrivants dans le réseau...

Le taux de participation des patients à ce programme est très encourageant : il est en constante augmentation depuis sa mise en place en 2012. L'année 2015 est aussi l'année du rapport d'évaluation quadriennale pour demander un renouvellement de financement du programme pour les 4 prochaines années à venir... !

D'autre part il existe une demande de mise en place de structure associative sur les bassins (Sète-Frontignan et Lodève-Clermont d'Hérault), qui pour ce dernier secteur pourrait s'appuyer sur les structures existantes à Lodève, avec l'aide logistique du Comité Local de Santé de « Cœur d'Hérault ». Enfin le secteur Béziers – Narbonne – Carcassonne retient également toute notre attention en raison de « l'éparpillement » des patients qui ne nous permet pas de prendre toute la mesure des problèmes posés et rencontrés surtout dans le domaine du suivi « médico-social ».

2014 c'est aussi une file active de 337 patients (dont 25 sorties réseaux), 130 prises de contacts, 60 nouveaux patients et 269 personnes évaluées. Encore cette année beaucoup d'activités de post-réhabilitation ont été mises en place... 425 cours d'APA, 69 marches, 21 groupes de paroles et 33 sessions d'ETP.

Les patients rapportent un niveau de satisfaction très positif concernant le fonctionnement général du réseau, des APRRES et des activités proposées. Nous notons depuis plusieurs années maintenant que les taux de participation aux marches sont en dessous de ceux aux APA.

Prise en Charge d'autres maladies Chroniques

Durant l'année 2014, le réseau a centralisé 130 contacts de patients : 64 d'entre eux ont inclus une des 10 associations de post-réhabilitation. La file active est de 337 patients.

Une de nos prérogatives depuis 1 an est de permettre aux patients atteints d'autres pathologies chroniques d'intégrer le réseau et de bénéficier de toute la prise en charge et du suivi. Ceci concerne principalement les malades cardiaques et les diabétiques : environ 15 % des nouveaux inclus de 2014.

Cardiologues et diabétologues vont ainsi progressivement faire partie des professionnels référents du réseau. Nous avons déjà commencé dans le cadre du programme d'éducation thérapeutique « Mieux comprendre pour mieux vivre ». Les patients ont pu bénéficier de l'intervention d'un diabétologue (pour Narbonne) et d'un cardiologue (pour Bédarieux). Notre objectif est de poursuivre cette ouverture en 2015.

Elise GALMES

Ainsi, un des objectif pour 2015... Augmenter l'adhésion des patients à cette activité.

Enfin le bureau a été renouvelé avec l'entrée d'un nouveau représentant des patients, Gil GODARD de la dynamique association de Cerdagne, en remplacement d'Henri Expert et d'un jeune Kiné Antonio CUENCA qui remplace Madame Dominique LENGLET.

L'ensemble des rapports a été voté à l'unanimité des 37 membres présents ou représentés. Dommage que seules 6 associations sur 10 aient pu participer à nos travaux.

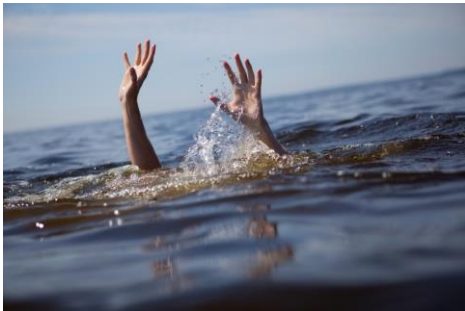
Une bonne AG, pour un réseau fort de 337 patients suivis

Témoignage :

De l'eau de là, à l'O2, las !

Alors Georges tu es revenu parmi nous
Oui j'ai été fatigué quelques temps

C'est bien, mais je ne parlais pas de cela
*Ah ! effectivement, on peut le dire.
2 comas suite à une noyade ça laisse
des traces, même chez les autres, car
je n'ai que peu de souvenirs. Je me
rappelle simplement d'un bain
après un « bon repas », puis le noir.*



Ton état en est la conséquence directe ?
*Oui et non. Mes difficultés à
marcher, mes problèmes d'équilibre
oui, conséquences directes, enfin je
crois. Mes problèmes respiratoires
en partie aussi. J'ai eu les poumons
« baignés » d'eau salée, ça n'a pas
arrangé. Je suppose que cela laisse
des traces. Mais, le plus dur a été de
retrouver une partie de ma
mémoire, de reconstruire une part
de ma vie. Cela a été un long travail
de rééducation, parfois pénible à
vivre.*

Je parlais plutôt de tes problèmes
respiratoires

*Cela a été le facteur déclenchant,
surement. Peut-être cela serait
arrivé de toute façon. C'était
inéluçtable 40 ans de
cigarettes, 2 paquets par jour et un
tabagisme passif, là où je travaillais,
cela fait beaucoup ! même si j'ai
arrêté vers la soixantaine.*

*Les problèmes respiratoires ont surgit un
an après ma noyade.*

*Et l'inactivité consécutive a fait que les
problèmes musculaires et d'équilibre se
sont enchaînés. Plus souvent sur le
fauteuil qu'à marcher c'est sûr que cela
ne facilite pas. Et maintenant sous
oxygène.*

*Je suis à 2.5 litres. C'est un peu difficile
pour marcher avec le « compagnon ».
J'ai besoin d'être aidé pour le mettre en
bandoulière. J'ai besoin de la canne
pour me stabiliser, me sécuriser quand je
marche.*

Tu as fait des séjours en centre ?

*Oui un après et depuis je fais un séjour
en centre pratiquement tous les ans.*

Comment as-tu découvert le réseau

*Par une voisine qui venait régulièrement à
AIR+R ?*

*Maintenant que j'en sais un peu plus sur
les maladies respiratoires et leurs
évolutions, je viens aussi régulièrement
que mon état de santé me le permet.*

*Et je dois dire que sans cette motivation,
je ne bougerai pas beaucoup. Pour moi,
au-delà de l'environnement humain, de
la convivialité, c'est aussi une forme de
mise en sécurité qui m'est proposée.*

Propos recueillis par F.MAFFRE

Les prochaines journées E.TP

7 Mars à Mèze pour l'association de
Montpellier et les patients de Sète – Bassin
de Thau

26 Mars à Bédarieux

18 Avril : Antrenas

29 Mai à Alès pour les associations de
Nîmes et Alès

6 Juin à Prades, associations de Cerdagne
et Perpignan

12 Juin à Narbonne pour les Associations
de Béziers, Carcassonne et Narbonne.

L'ACTIVITE DU RESEAU

16 Octobre : Journée ETP à
Bédarieux

17 Octobre : Rencontre avec
la Maison de l prévention à
Montpellier

4 Novembre : Comité EAPA

18 et 19 Novembre :
Journée mondiale de la BPCO
à Montpellier

20 et 21 Novembre :
dernière session 2014 de la
formation ETP organisée
conjointement avec l'APARD

22 Novembre : journée ETP
à Prades (PO)

24 Novembre : Journée
BPCO au CHU de Nîmes

25 Novembre : Formation
Kinésithérapeute référents du
réseau

03 Décembre : AG
constitutive du Collectif inter-
réseau Réseaud'OC LR.

12 Décembre : Journée ETP
à Nîmes

24 Janvier : AG de
l'association de Nîmes

03 Février : Le Réseau
AIR+R et APRRES Nîmes
rencontrent la directrice des
soins du CHU de NIMES

07 Février : AG de
l'association Souffle Cévenol

23 Février : AG de
l'association Aprres Béziers

07 Mars : Journée ETP
Montpellier

19 et 20 Mars : Congrès
EPSYLON

24 Mars : Comité EAPA à
Béziers

Bulletin d'information du réseau de Santé AIR+R - (Enregistré en Préfecture sous le n°W0302000467)

Directeur de la Publication : Christian PREFAUT – Comité de Rédaction : Le Bureau d'AIR+R

Siège Social : Clinique du Millénaire , Service Pneumologie – 220 bd Pénélope CS 59523 - 34960 Montpellier Cedex 2

Contacts : www.airplusr.fr - contact@airplusr.fr Imprimerie FM Graphic Mauguio