

LA LETTRE d'AIR+R

Réseau Régional de Post Réhabilitation Respiratoire
Siège Social : 59 avenue de FES – 1er Etage Bât C - 34080 Montpellier

N° 21 – Mai à Août - 2017

www.airplusr.com. - contact@airplusr.com

8

LE BUREAU

Président

Pr. Christian PREFAUT

Vice-Président

M. Bernard PALOMBA

Secrétaire

M. Gilbert GODARD

Secrétaire Adjoint

Mme Magali PARTIKA

Trésorière

Dr Nicolas OLIVER

Représentant des usagers

M. Bernard ESCUDIE

Représentant des kinés

Mme Aldjia ABDELAOUI

COORDINATION GENERALE EDUCATION THERAPEUTIQUE

Elise GALMES

06 77 39 02 68

EVALUATION GLOBALE PROGRAMME APA

COMMUNICATION FORMATION

Hélène FORTHIN

06 77 33 56 14

COORDINATION MEDICO- SOCIALE

Céline JOUBERT

06 16 21 12 87

SUIVI PARCOURS PATIENTS EVALUATIONS

CHAPEL Blandine

06 03 32 44 90

EDITO

En ce mois d'avril, je dois vous faire part de changements importants au sein de bureau d'AIR+R : départ de Francis Maffre et de Véronique Gauthier, arrivée Madame Aldjia Abdelaoui, kinésithérapeute et de Monsieur Escudie Bernard, Président du Souffle Narbonnais, par ailleurs le Docteur Nicolas Oliver est devenu Trésorier du Réseau. J'évoquerai aussi l'excellente et fructueuse réunion qui s'est déroulée à l'ARS le 18 avril.

Je voudrais remercier Francis Maffre pour tout ce qu'il a apporté à Air+R. Nous avons commencé à travailler ensemble dès 2009. Francis s'est tout d'abord révélé comme secrétaire général un très gros travailleur, je n'hésiterais pas à dire qu'il remplissait plus qu'un temps complet en tant que bénévole. Mais cela ne s'arrêtait pas là, ses analyses des différentes situations étaient très pertinentes, recherchées, allant de l'avant, critiques si nécessaires, nous permettant des discussions largement positives. Il était le pilier de notre bureau. Il a toujours été intéressé par l'évaluation de nos actions : notre savoir-faire était-il suffisant pour stabiliser la santé de nos adhérents ? Il s'est donc lancé à partir de notre base de données dans une analyse de celle-ci avec le projet LOR montrant essentiellement une stabilisation/amélioration de nos pas patients corrélée à leur participation aux activités du réseau. Francis est aussi un excellent orateur et j'ai eu le plaisir de l'entendre faire des exposés absolument remarquables sur la description de sa maladie, son ressenti, sa vie au quotidien toutes choses que l'on n'apprend pas à la Fac. D'ailleurs il a été invité à y donner des cours sur les maladies respiratoires chroniques. Au début nous étions collègues dans notre travail à AIR+R, mais rapidement nous sommes devenus amis.

Véronique Gauthier était interne des Hôpitaux à Montpellier lorsque je l'ai connue. D'emblée j'ai apprécié ses qualités humaines et cliniques, son goût pour la recherche, son intérêt pour les patients sous oxygénothérapie. Je l'ai retrouvée quelques années après avec Air+R ou elle accepta le poste de trésorière. Au-delà de cette fonction, elle était un membre important du bureau par sa capacité d'analyse, sa présence, son implication dans les réflexions et les décisions, sa connaissance de nos adhérents, leur écoute attentive, son implication auprès d'eux, qui en retour l'apprécie beaucoup. Elle est très liée à Francis qui l'a soutenue dans son travail de trésorière, devenant même son adjoint. En son absence elle a pensé qu'elle ne pourrait plus remplir son rôle. Je suis loin d'en être certain... Nous resterons en contact, puisque nous avons un élément majeur de rapprochement : nos adhérents.

Aldjia Abdelaoui est kinésithérapeute mais également Docteur de l'Université de Montpellier, spécialisée dans la recherche sur la maladie BPCO. Nul n'est besoin de présenter Bernard Escudie, Président du Souffle Narbonnais, très impliqué dans la vie de notre association. Je dois enfin remercier Nicolas Oliver qui s'est proposé au poste de trésorier.

Le 18 avril, nous avons eu Air+R et Partn'Air, notre équivalent sur l'ex région Midi-Pyrénées, une rencontre à l'ARS Occitanie concernant la réunion (sinon la fusion) de nos deux réseaux. Vous savez que nous étions inquiets, quant à l'existence même à partir de 2018 de nos réseaux ou tout au moins de la persistance des activités physiques. Nous avons été complètement rassurés sur ce point au cours d'une excellente réunion, très chaleureuse et ouverte. Nous continuerons à faire nos programmes de réhabilitation globale, devenant même un pôle « maladies respiratoires » de l'ARS Occitanie. De nombreuses questions restent encore à discuter mais nous avançons positivement. Dans ce numéro Hélène Forthin vous en dira quelques mots.

Christian Préfaut

Sommaire

Page 2 : Le sommeil... Le connaître, le comprendre pour mieux le préserver

Page 3 : La vie des APRRES & Le clin d'œil du médico-social

Page 4 : Le sport sur ordonnance : que faut-il savoir ?

Page 5-6 : Evaluer la force musculaire : de nouvelles perspectives pour les kinés ?

Page 6 : La fusion des Régions : où en sommes-nous ?



Le sommeil... Le connaître, le comprendre pour mieux le préserver

Fonction biologique essentielle à la vie, le sommeil est indispensable à la récupération de nos forces physiques et psychiques, la qualité de vie, la croissance et le fonctionnement du cerveau. Bien qu'il anime chacune de nos journées, il reste beaucoup de mystères autour du sommeil et de ses liens avec nos activités diurnes. Les connaissances actuelles nous permettent d'éclairer certaines de nos interrogations.

« Concrètement, que se passe-t'il durant notre sommeil ? »

Le sommeil se divise en cycles qui durent en moyenne 90 minutes et se répètent 4 à 6 fois par nuit. Chaque cycle se compose de trois phases principales : le sommeil lent léger, le sommeil lent profond et le sommeil paradoxal. Le sommeil lent léger représente environ 50% du temps de sommeil. Le sommeil lent profond est plus important en début de nuit et représente 20% du temps de sommeil total. Cette phase de sommeil est importante car elle permet à l'organisme de récupérer de la fatigue physique accumulée en cours de journée. C'est la période lors de laquelle l'activité cérébrale est la plus ralentie et le sommeil le plus profond. Quant au sommeil paradoxal, il est marqué par une activité rapide du cerveau et une disparition du tonus musculaire. Il dure plus longtemps en fin de nuit et représente 25% du temps de sommeil total. Les rêves y sont plus nombreux et il permet de consolider la mémoire.

« Avons-nous des besoins similaires en sommeil ? »

Bien qu'il soit indispensable à la vie, les besoins en sommeil sont différents selon les personnes, notamment en raison de prédispositions génétiques. Généralement les besoins varient entre 6 heures et 9 heures par nuit et la durée moyenne de nuit des adultes est de 8 heures. Il est important de préciser que nos besoins en sommeil évoluent peu durant la vie à partir de l'adolescence.

Ainsi un « gros dormeur » restera un « gros dormeur » toute sa vie tout comme un « petit dormeur » restera un « petit dormeur ». La durée idéale de sommeil est celle qui permet de se sentir en bon état de forme la journée.

« Et comment faire pour lutter contre les insomnies ? »

L'insomnie est le trouble du sommeil le plus fréquent. En effet, elle peut toucher jusqu'à 30% de la population et augmente avec le vieillissement, la ménopause, la prise de médicaments, la maladie, ... Elle peut se manifester par des difficultés d'endormissement, un réveil précoce ou encore des réveils nocturnes avec difficultés pour se rendormir. Il est important de souligner que les médicaments ("hypnotiques") ne sont pas des réponses adaptées au long terme à ce problème. Il faut d'abord veiller à respecter les règles d'hygiène de sommeil (voir le paragraphe ci-dessous) et éventuellement avoir recours à des procédés de relaxation ou des techniques de « thérapies cognitivo comportementales ».

Celles-ci vont permettre de mieux comprendre les raisons et les mécanismes de l'insomnie et d'adapter des comportements bénéfiques pour obtenir un sommeil de meilleure qualité.

« Comment faire pour mieux dormir ? »

L'hygiène du sommeil peut s'améliorer en tenant compte de certaines bonnes pratiques.

Tout d'abord il est important de dormir à des heures régulières (même le week-end et les vacances) et d'éviter un manque de sommeil. Il est recommandé d'écouter sa fatigue et d'aller se coucher quand on en ressent le besoin ainsi que de se lever à des heures régulières. Il est conseillé de rester au lit 20 minutes maximum après le réveil et de réserver la chambre au sommeil et aux activités sexuelles. La sieste peut être bénéfique si elle est en début d'après-midi et ne dépasse pas 15 à 20 minutes.

Par ailleurs, une activité calme de types, lecture ou musique relaxante favorise l'endormissement. Les lumières bleues (écrans, tablettes, ...) sont quant à elles à éviter car elles perturbent le rôle de la mélatonine, l'hormone de l'endormissement. Enfin, les repas copieux le soir ou encore la prise d'excitants (alcool, tabac, café, ...) peuvent entraîner des difficultés à trouver le sommeil.

En cas d'insomnie n'hésitez pas à consulter un professionnel spécialisé dans le sommeil. La prise de somnifère ne devrait pas dépasser 1 mois. En effet, une accoutumance peut s'observer et entraîner l'inefficacité de la molécule à moyen et long terme. Les interventions non médicamenteuses (relaxation, sophrologie, huiles essentielles...) sont quant à elles recommandées et font preuves de plus en plus de leurs efficacités.

« La foire aux questions »

« Est-il vrai que nous ne rêvons que quelques minutes par nuit ? »

Contrairement à ce que l'on pourrait croire les rêves peuvent animer toute notre nuit.

« Est-ce que certaines heures de la nuit sont plus récupératrices que d'autres ? »

On ne considère pas qu'une heure est plus récupératrice qu'une autre. C'est l'horloge biologique qui détermine nos besoins et le moment où nous devons aller dormir. Pour certains cela va se manifester tôt le soir ou bien tard dans la nuit. Certaines personnes seront plutôt matinales et d'autres non.

François Bughin, Pneumologue
Hélène Forthin, coordinatrice
Air+r

La vie des APRRES

« En Décembre dernier, à BRIANÇON (Hautes Alpes), lors de mon séjour aux *Acacias* (Centre des maladies respiratoires et des Allergies), le Docteur BOUAZDIA, médecin chef, a proposé à Mr CHARLEMAGNE patient et Président de *L'ANS PACA* et à moi-même, Claudy DUCASSE, patiente et Trésorière à *A.P.R.RES / Nîmes*, de participer aux deuxièmes rencontres scientifiques *Altitude et santé* pour présenter nos associations respectives.

Ce congrès a pour but de reconnaître les bienfaits de la climatothérapie en altitude. Une vingtaine de scientifiques, professeurs, chercheurs, docteurs ont présenté leurs travaux sur ce sujet.

C'est dans ce cadre que j'ai eu la chance de présenter *A.P.R.RES / Nîmes* : Association de post réhabilitation respiratoire, du Réseau Air+r. En parallèle du programme de réhabilitation, notre association participe avec le CHU de Caremeau, avec lequel nous avons signé une convention, à la Journée mondiale de la BPCO. Cette manifestation, est organisée par la très dynamique et efficace Présidente Mme Christiane FAURE et la très dévouée Mme TERRACOL, Secrétaire et Présidente adjointe. Nous organisons également des sorties culturelles, des rencontres autour d'un repas ou d'un café, des boîtes à idées...

Je remercie d'abord et tout particulièrement le Docteur BOUAZDIA de m'avoir fait l'honneur de présenter notre Association à ce Congrès ainsi que le Président de *L'ANS PACA* " *Accès à un nouveau souffle* Monsieur Jean Luc CHARLEMAGNE, qui a présenté son association, basée à l'hôpital St Marguerite à MARSEILLE : Ils font des APA, des marches et des sorties culturelles. Cette association est en plein essor. Ce congrès apporte de très riches informations, et dans l'avenir il pourra faire avancer la climatothérapie »

Claudie DUCASSE, patiente et Trésorière à A.P.R.RES / Nîmes

Le clin d'œil du médico-social

Visibilité, accessibilité du réseau Air+r... En route vers la construction de nouveaux partenariats !

Après avoir échangé avec plusieurs partenaires médico-sociaux, un constat a été fait : notre réseau de santé reste peu repéré. L'initiative a donc été prise pour accroître notre visibilité et accessibilité afin de favoriser l'orientation des personnes malades respiratoires chroniques vers nos prises en charge globales.

Les assistants de service social des établissements de santé et particulièrement ceux mobilisés au sein des services de pneumologie représentent donc des partenaires privilégiés. En effet, ces professionnels ont pour mission la recherche et la proposition d'actions permettant l'accès aux soins, favorisant l'insertion sociale et familiale, ainsi que la préparation des retours à domicile.

Ainsi, à ce jour une quinzaine d'assistantes sociales d'établissements de santé tant publics que privés ont été rencontrées. Ces échanges ont pour objectif : sensibiliser à la réhabilitation respiratoire, les bienfaits de l'éducation thérapeutique et de la pratique de l'activité physique adaptée.

Cette démarche « d'aller vers » est à la fois un travail de prévention et de développement de notre maillage partenarial. Cette dynamique va se poursuivre, en effet, un projet de regroupement des assistantes sociales spécialisées dans le domaine de la santé dans le département des Pyrénées orientales est actuellement en cours d'élaboration. Espérons que l'arrivée du printemps favorise une rencontre éclairant les travailleurs sociaux sur les bénéfices de la réhabilitation respiratoire au long cours et sème de nouvelles perspectives de collaboration...

Céline JOUVERT
Assistante de service social Air+r

Le Centre Communal d'Action Sociale, un lieu d'accueil et de soutien de proximité

Afin de familiariser professionnels et usagers nous souhaitons profiter de notre lettre pour vous présenter les acteurs du domaine médico-social.

La lutte contre la pauvreté s'est organisée au fil de l'histoire et c'est par la loi du 6 janvier 1986 que l'Etat crée les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS).

Le CCAS est un établissement public administratif géré par la commune, voué à informer les personnes sur leurs droits et les aider à les faire valoir. Il représente ainsi, un acteur de proximité privilégié dans l'exercice des politiques sociales. En effet, ses missions principales sont de lutter contre l'exclusion en proposant notamment des aides alimentaires, accompagner les personnes bénéficiaires du RSA, favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et handicapées (il dispose fréquemment d'un service d'aide à domicile), mettre en œuvre des actions de prévention favorables au bien vieillir, gérer des établissements d'hébergement pour personnes âgées, faciliter l'accès au logement et à l'hébergement, soutenir la parentalité.

Ainsi, toute personne confrontée à des préoccupations socio-économiques et/ou familiales peut prendre contact avec le CCAS de sa commune de résidence.

Quant à vous chers partenaires, si vous êtes inquiet par le devenir de certains de vos patients ou bénéficiaires, n'hésitez pas à les orienter vers ce lieu d'accueil.

Céline JOUVERT
Assistante de service social Air+r

« Sport sur ordonnance », que faut-il savoir ?

Le 26 Janvier 2016, la loi n°2016-41 relative à la modernisation de notre système de santé a été promulguée précisant ainsi à l'article 144 . L. 1172-1- « Dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une Affection de Longue Durée (ALD), le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. Les activités physiques adaptées sont dispensées dans des conditions prévues par décret. »

Un décret longuement attendu. Publié le 30 décembre 2016, il stipule que les médecins peuvent, depuis le 1^{er} mars 2017, prescrire des activités physiques adaptées (APA) à des patients souffrant de maladies chroniques. Quelques précisions sur ces mesures...

Le sport, un traitement non médicamenteux efficace ! La pratique d'une activité physique a un réel impact sur l'état général des malades. Elle apporte un bien-être physique, mental et en outre, la démarche crée du lien social. Comme exemple, le patient en chimiothérapie supporte mieux la fatigue due aux traitements et voit le risque d'une récurrence diminuer ; la personne diabétique améliore ses bilans sanguins ; le patient atteint d'une maladie respiratoire diminue sa sensation d'essoufflement et réapprend à mieux respirer...

Cette prescription s'adresse à plus de 10 millions de patients en France atteints d'une ALD (une trentaine de maladies recensées tels que cancer, diabète, maladies cardiovasculaires, obésité, BPCO...). Le décret définit l'APA comme « *la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires. Elle se distingue des actes de rééducation, réalisés par des professionnels de santé.* »



Quelle application ? Sur proposition de leur médecin traitant, et en tenant compte du degré de sévérité de la maladie, les patients seront orientés vers des professionnels formés (professionnels de santé, enseignants en APA, animateurs sportifs) et se verront proposer une activité compatible à leurs pathologies : vélo, marche, natation, tai-chi... Puis avec l'accord des patients, l'intervenant transmettra périodiquement un compte-rendu sur le déroulement des APA aux médecins prescripteurs. Les patients seront aussi destinataires de ce compte rendu.

Un dispositif déjà expérimenté depuis 2012 en France. Baptisé « sport santé sur ordonnance » par la ville de Strasbourg, le programme s'adresse principalement à des personnes souffrant de maladies chroniques. Elle fédère aujourd'hui 170 médecins partenaires avec quelques 900 ordonnances rédigées. Pionnière dans cette démarche, la capitale alsacienne a montré l'exemple à une quarantaine de villes : Biarritz, lancé dans l'aventure avec un programme de prescription d'activités physiques par les médecins traitants pour toute personne sédentaire, présentant ou non une pathologie chronique ; mais aussi Chambéry, Boulogne-sur-Mer, Villeurbanne, Blagnac...

A double objectif, le sport sur ordonnance vise à diminuer les facteurs de risques, lutter contre la sédentarité ou encore améliorer la qualité de vie. Mais il se veut aussi d'avoir un impact économique sur le traitement fort coûteux de ces maladies chroniques. Le chemin est long mais généralisé un tel mouvement ferait chuter les dépenses de santé entre 10 et 20% selon le ministère de la santé.

Le financement de l'APA, non précisé par la loi. Le décret d'application, centré sur les modalités d'accompagnement des patients, ne mentionne à aucune reprise l'état de remboursement de cette prescription. Aucune cotation au niveau de l'Assurance maladie n'est énoncée ni même envisagée. Dans les faits, le financement est au bon vouloir des collectivités, des agences régionales de santé, des mutuelles ou associations de patients. Le patient devra-t-il assumer le coût de l'activité prescrite ? A Strasbourg, le dispositif s'élève à 241 000€ par an (avec une participation de la municipalité, de l'ARS, du régime local d'Assurance maladie et de la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale). La première année est gratuite, puis le patient participe en fonction de ses revenus (de 20 à 100€ par an).

« **Un premier pas** » mais... Ce décret permet d'acter la place du sport dans le champ de la santé mais n'apporte cependant pas de réponse quant à la prise en charge de sa pratique. Si l'on considère que le sport est un « médicament », proposons un remboursement adapté ! De la même façon, pour qu'une prise en charge soit conforme aux besoins réels du patients, le décret ne prévoit pas de cotation spéciale du temps médical d'encadrement de ces APA. Il ne mentionne pas non plus les formations complémentaires pour tous professionnels intervenants, en fonction des pathologies ; ni ne valorise l'ensemble des professionnels formés, en les privant d'une partie de leurs champs d'intervention (référence aux enseignants en APA). Bien que ce dispositif amène le système français, centré sur le curatif, à basculer progressivement vers la prévention, il y a des éléments à suivre et à préciser... Surtout dans le contexte des élections présidentielles.

Blandine Chapel
Coordinatrice Air+r

Evaluer la force musculaire : de nouvelles perspectives pour les kinés ?

Je m'appelle Basile Mahé et je suis étudiant en 3^{ème} et dernière année à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Montpellier. Encadré par Mme Aldjia Abdellaoui, masseur-kinésithérapeute libérale, spécialisée dans les pathologies respiratoires, je dois réaliser un mémoire de recherche afin de valider mon diplôme. Nous avons donc réalisé des tests avec 12 patients du réseau Air+r de Montpellier, qui ont accepté de participer à l'étude. Je vous écris donc ces quelques lignes pour vous expliquer ce que nous avons fait et vous informer des premiers résultats que nous en tirons.

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique qui se caractérise par une obstruction permanente et progressive de l'arbre bronchique. Le tabagisme en est la principale cause. La Haute Autorité de Santé estime que 7.5% de la population française de plus de 40 ans est atteint d'une BPCO et l'Organisation Mondiale de la Santé prévoit que cette maladie deviendra la troisième cause de décès dans le monde d'ici 2030. C'est donc un problème de santé publique.

Cette maladie chronique a des conséquences, d'une part respiratoires, et d'autre part musculaires. Ce deuxième aspect est généralement négligé dans la prise en charge des patients atteints de BPCO. Pourtant, il a été prouvé que la perte de masse musculaire a un impact important sur la mortalité des patients.

La gravité des symptômes, la fréquence des exacerbations, la tolérance à l'effort et la qualité de vie des patients sont directement liées à leurs capacités musculaires.

Le rôle de la force musculaire du quadriceps (muscle situé en avant de la cuisse) dans l'intolérance à l'effort des BPCO est bien démontré : elle est un indicateur des capacités fonctionnelles du patient.

Son évaluation permet donc de mettre en place un réentraînement à l'effort et des objectifs adaptés à chaque patient.

Le test actuellement validé et utilisé nécessite un capteur de force, qui permet de mesurer la force du quadriceps de manière très précise et reproductible. Mais cet équipement coûte cher et n'est pas une priorité pour les masseur-kinésithérapeutes, notamment en milieu libéral.

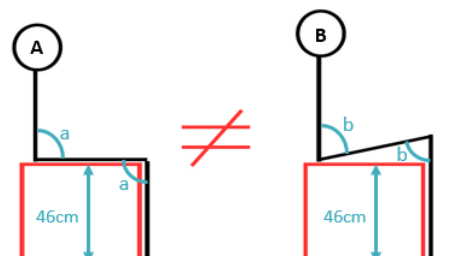
Il serait donc dans l'intérêt de tous de trouver un test facilement réalisable, peu onéreux, fiable et reproductible, qui puisse évaluer la force musculaire du quadriceps. Parmi les tests que l'on retrouve dans la littérature, nous avons choisi d'utiliser celui du « lever de chaise enchaîné d'une minute ». Ce test utilisé jusqu'à présent pour évaluer la tolérance à l'effort, consiste à se lever d'une chaise d'une hauteur de 46 centimètres, puis se rasseoir, et cela un maximum de fois en une minute. Un transfert assis-debout plus un transfert debout-assis correspond à une répétition. Le nombre de répétitions effectuées au bout d'une minute permet ainsi d'évaluer la tolérance à l'effort du patient.

L'hypothèse de ce mémoire est que le test du « lever de chaise enchaîné d'une minute » est adapté dans l'évaluation de la force musculaire, chez des patients atteints de BPCO. C'est un mémoire de recherche, donc nous émettons une hypothèse, nous réalisons les tests, puis l'analyse des résultats nous dit alors si nous avons raison ou non.

Mais en aucun cas nous ne pouvons être sûrs, avant de commencer, que les résultats seront pertinents.

Nous avons donc mis au point un protocole, avec pour but d'individualiser ce test aux patients.

En effet, lorsqu'il est réalisé avec une chaise de 46 centimètres de hauteur, l'exercice ne sera pas tout à fait le même, selon que le patient soit de grande ou de petite taille. Les angles de flexion de genou et de hanche varient en fonction de la taille du patient, comme le montre le schéma suivant.



Nous avons donc adapté ce test en remplaçant la chaise par une table électrique, dont la hauteur est réglée de manière à obtenir 60° de flexion au niveau du genou. Nous avons choisi cette valeur car c'est l'angle pour lequel la force du quadriceps est maximale. La première étape a été de comparer les résultats entre les deux tests de lever de chaise enchaînés d'une minute. Pour cela, nous avons réuni 12 patients l'APRRES Montpellier au cabinet de Me Abdellaoui. Ils ont réalisé les deux tests, espacés de 30 minutes pour avoir le temps de récupérer. Un tirage au sort a permis de décider le test effectué en premier pour chaque patient, afin de randomiser l'étude. Nous avons compté le nombre de répétitions réalisées par chaque sujet, mesuré leur saturation, leur fréquence cardiaque et leur tension artérielle au cours de l'effort. Il était également demandé aux patients d'auto-évaluer entre 0 et 10 la douleur, la fatigue musculaire et l'essoufflement, avant et après chaque test. Grâce à toutes ces données, nous avons pu voir qu'il y avait bien une différence entre les deux tests. Pour celui que nous proposons, réalisé avec une flexion de genou de 60°, les patients ont effectué plus de répétitions, tout en étant moins essoufflés et en ayant une fatigue musculaire moins importante.

La deuxième étape consiste à évaluer la force maximale volontaire de ces mêmes patients, grâce au capteur de force.

... / ...

Le but est de comparer ces résultats avec ceux obtenus lors du « levers de chaise enchaînés d'une minute » réalisé à 60° de flexion de genou. Les résultats montrent alors qu'il existe bien un lien entre le nombre de répétitions réalisées et la force du quadriceps, et que cette analogie est significative.

Ces résultats sont très encourageants puisqu'ils tendent à montrer que le test que nous avons proposé pourrait être utilisé à la place des capteurs de force, pour évaluer la force musculaire des patients, et ainsi adapter et individualiser leur prise en charge.

Bien entendu, il faudrait poursuivre l'étude en la réalisant sur un panel plus important, et en comparant les résultats avant et après rééducation afin d'évaluer la sensibilité de ce test. C'est-à-dire vérifier que l'évolution des capacités fonctionnelles est bien corrélée à une variation du nombre de répétitions réalisées.

Merci pour votre attention. J'en profite pour remercier encore une fois toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à cette étude, notamment pour leur disponibilité et leur gentillesse !

Basile MAHE

Etudiant 3^{ème} année de kinésithérapie

Dates à venir

- ✓ **Journée Inter Association : 13 mai**
- ✓ **Journée ETP Nîmes : 9 mai**
- ✓ **Journée ETP Montpellier : 16 mai**
- ✓ **Journée ETP Lozère : 19 mai**
- ✓ **Journée ETP Narbonne : 9 juin**
- ✓ **Journée ETP Alès : 12 juin**
- ✓ **Comité APRRES : 13 juin**
- ✓ **Comité APA : 27 juin**

La fusion des Régions : où en sommes-nous ?



Le mercredi 22 mars une partie de l'équipe du Réseau Air+r s'est rendue à Carcassonne avec le réseau Partn'air pour une matinée de réflexions et d'échanges sur le projet de fusion.

Les attentes de l'ARS se précisent... Notre nouvelle direction souhaite que la « fusion » soit effective début 2018. Nous savons d'ores et déjà que nous partagerons avec Partn'air notre prochain Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de moyens (CPOM) et que notre subvention sera commune. Toutefois l'ARS nous laisse la liberté de choisir notre future organisation et structuration. Lors de notre rencontre du 18 Avril à l'ARS de Toulouse, nos représentants nous ont expliqué : « L'Agence n'a pas un pouvoir absolu. Nous avons des souhaits mais nous ne vous imposerons rien. » Ils veulent éviter un cadre coercitif et privilégient l'entente conjointe et collaborative. De plus, ils nous ont précisé que leur but n'est pas de rassembler pour faire des économies, au contraire ils semblent vouloir déployer notre modèle et augmenter l'offre de soin sur le territoire.

Les premiers débats nous amènent donc à réfléchir à la création d'une « Union d'Associations » reconnue pour être une structure d'organisation horizontale qui défend l'intérêt de ses membres et leur représentation. Partn'Air et Air+r pourraient ainsi conserver leur identité et fonctionnement mais ils dépendraient d'une organisation « supérieure ». C'est celle-ci qui porterait le CPOM et recevrait la subvention. Concrètement cette union aurait le statut d'une association loi 1901 et serait dirigée par trois membres (salariés ou bénévoles) de chaque réseau. Les orientations globales seraient déterminées par l'union mais les décisions devront être prises à l'unanimité et le principe de subsidiarité s'appliquera. Ce projet est encore à l'état embryonnaire, des questions demeurent quant à sa mise en place et des éléments restent encore à préciser.

Concernant les projets communs, nous avons déjà initié un travail avec Partn'air afin de partager et mutualiser certaines de nos actions. Dès cette année nous allons proposer des prises en charge à domicile (comme le fait Partn'air) pour des personnes du département de l'Aude ne pouvant pas réaliser une réhabilitation en clinique. Jessica Mazerd (EAPA du Réseau) et Elise Galmes, (coordinatrice générale du réseau) seront en charge de ce nouveau projet. Nous sommes également en train d'harmoniser le programme d'éducation thérapeutique.

L'un comme l'autre nous partageons le souhait de continuer à faire vivre la réhabilitation et les activités telles que nous les proposons aux patients.

L'équipe du Réseau Air+r



Enregistré en Préfecture sous le n°W0302000467)
Comité de Rédaction : Le Bureau d'AIR+R
Siège Social : 59 avenue de FES - Bât C - 1er Etage - 34080
MONTPELLIER
Contacts : www.airplusr.com - contact@airplusr.com
Imprimerie FM Graphic Mauguio

