



QUESTIONNAIRE DÉPISTAGE BPCO - MSP VERTOUBLANC V2



MSP
du Vertoublanc

Dépistage et suivi des troubles ventilatoires de type BPCO et asthme.

Ce formulaire est rempli par un professionnel de santé de la MSP dans le cadre du PPP BPCO.

Il regroupe les échelles d'évaluation du protocole et oriente la prise en soins.

Les données sont strictement réservées à un usage interne pluri-professionnel. Elles sont consultables par les seuls professionnels impliqués dans le protocole et par le coordinateur de la MSP. Aucune diffusion externe sans accord du patient et du médecin traitant.



Cazillac Denis, Coordinateur MSP

1	Veillez vous identifier *
Nom & prénom du professionnel :	
Votre profession:	

2	Quelles sont vos actions du jour ? *
☐	Je fais propose l'auto-questionnaire HAS de dépistage (10 €)
☐	Je renseigne le questionnaire de suivi du patient BPCO
☐	Je propose au patient de répondre au questionnaire de satisfaction
☐	Je complète le questionnaire de satisfaction des professionnels sur le PPP
☐	Je déclenche un adressage inter-pro



MSP
du Vertoublanc

Dépistage et suivi des troubles ventilatoires de type BPCO et asthme.

Auto-questionnaire HAS de dépistage (10 €)

3	Identité du patient *
Nom et prénom	
Date de naissance	
Nom du médecin traitant	

4	Toussez vous souvent (presque tous les jours) ? *
☐	Oui
☐	Non

5	Avez-vous souvent des crachats ou une toux grasse ? *
☐	Oui
☐	Non

6	Êtes-vous plus essoufflé(e) que les personnes de votre âge ? *
☐	Oui
☐	Non

7	Avez-vous plus de 40 ans ? *
☐	Oui
☐	Non

8	Avez-vous fumé ou fumez-vous? *
☐	Oui
☐	Non



MSP
du Vertoublanc

Dépistage et suivi des troubles ventilatoires de type BPCO et asthme.

Questionnaire de suivi du patient BPCO

9	Identité du patient *
Nom et prénom	
Date de naissance	
Nom du médecin traitant	

10	ESSOUFFLEMENT (Échelle mMRC) * Parmi les propositions suivantes, laquelle décrit le mieux votre essoufflement habituel ?																														
	1. ÉCHELLE mMRC - DYSPNÉE: <table border="1"> <tr> <th>Définition rapide</th> <td colspan="3">Mesure l'intensité de la dyspnée (essoufflement) dans la vie quotidienne. Score de 0 à 4 = proposition cochée, sans addition.</td> </tr> <tr> <th>Stade</th> <th>Interprétation</th> <th>Niveau</th> <th>Lecture et orientation</th> </tr> <tr> <td>0</td> <td>Dyspnée absente ou minime, pour effort intense seulement</td> <td>Pas d'alerte</td> <td rowspan="5">Stade ≥ 2 : proposer une orientation vers l'Activité Physique Adaptée (APA).</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Dyspnée légère, à la marche rapide ou en pente</td> <td>Pas d'alerte</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Dyspnée modérée, ralentit la marche ou impose des arrêts</td> <td>Significatif</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Dyspnée sévère, arrêt après environ 100 mètres</td> <td>Significatif</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Dyspnée très sévère, limitant la sortie du domicile</td> <td>Significatif</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Le mMRC n'est pas un diagnostic. Il évalue un niveau de dyspnée. Le diagnostic relève du médecin sur la base de la clinique et de la spirométrie.</td> </tr> </table>				Définition rapide	Mesure l'intensité de la dyspnée (essoufflement) dans la vie quotidienne. Score de 0 à 4 = proposition cochée, sans addition.			Stade	Interprétation	Niveau	Lecture et orientation	0	Dyspnée absente ou minime, pour effort intense seulement	Pas d'alerte	Stade ≥ 2 : proposer une orientation vers l'Activité Physique Adaptée (APA).	1	Dyspnée légère, à la marche rapide ou en pente	Pas d'alerte	2	Dyspnée modérée, ralentit la marche ou impose des arrêts	Significatif	3	Dyspnée sévère, arrêt après environ 100 mètres	Significatif	4	Dyspnée très sévère, limitant la sortie du domicile	Significatif	Le mMRC n'est pas un diagnostic. Il évalue un niveau de dyspnée. Le diagnostic relève du médecin sur la base de la clinique et de la spirométrie.		
Définition rapide	Mesure l'intensité de la dyspnée (essoufflement) dans la vie quotidienne. Score de 0 à 4 = proposition cochée, sans addition.																														
Stade	Interprétation	Niveau	Lecture et orientation																												
0	Dyspnée absente ou minime, pour effort intense seulement	Pas d'alerte	Stade ≥ 2 : proposer une orientation vers l'Activité Physique Adaptée (APA).																												
1	Dyspnée légère, à la marche rapide ou en pente	Pas d'alerte																													
2	Dyspnée modérée, ralentit la marche ou impose des arrêts	Significatif																													
3	Dyspnée sévère, arrêt après environ 100 mètres	Significatif																													
4	Dyspnée très sévère, limitant la sortie du domicile	Significatif																													
Le mMRC n'est pas un diagnostic. Il évalue un niveau de dyspnée. Le diagnostic relève du médecin sur la base de la clinique et de la spirométrie.																															
☐	Je ne suis essoufflé(e) que lors d'un effort intense (Stade 0)																														
☐	Je suis essoufflé(e) lorsque je marche rapidement sur terrain plat ou lorsque je monte une légère pente (Stade 1)																														
☐	Je marche plus lentement que les personnes de mon âge à cause de mon essoufflement ou je dois m'arrêter pour reprendre mon souffle lorsque je marche à mon rythme sur terrain plat (Stade 2)																														
☐	Je dois m'arrêter pour reprendre mon souffle après environ 100 mètres ou après quelques minutes de marche sur terrain plat (Stade 3)																														
☐	Je suis trop essoufflé(e) pour quitter mon domicile ou je suis essoufflé(e) lors de l'habillage ou du déshabillage (Stade 4)																														

TEST CAT : IMPACT DE LA BPCO SUR VOTRE QUOTIDIEN

Pour chaque question, choisissez une note de 0 à 5.

- La note 0 correspond à la situation la plus favorable,
- la note 5 à la situation la plus gênante.

(0 = Jamais / 1 = très légèrement / 2 = légèrement / 3 = modérément / 4 = beaucoup / 5 = énormément.)

2. TEST CAT - IMPACT DE LA BPCO:			
Définition rapide	Mesure le retentissement global de la maladie respiratoire sur la vie quotidienne. Score de 0 à 40 = addition des 8 items cotés de 0 à 5.		
Score total	Interprétation	Niveau	Lecture et orientation
0 à 10	Impact faible de la BPCO	Faible	Score CAT ≥ 10 : proposer une orientation vers l'Activité Physique Adaptée (APA).
11 à 20	Impact modéré	Modéré	
21 à 30	Impact important	Important	
31 à 40	Impact très important	Très important	
Le CAT n'est pas un diagnostic. Il évalue l'impact de la maladie sur le quotidien. Le diagnostic relève du médecin sur la base de la clinique et de la spirométrie.			

11	TEST CAT - IMPACT DE LA BPCO *
	Item 1 - Toux Je ne tousse jamais (0) $\longleftrightarrow$ Je tousse tout le temps (5)
☐	1
☐	2
☐	3
☐	4
☐	5

12	TEST CAT - IMPACT DE LA BPCO *
	Item 2 - Crachats (glaires) Je n'ai jamais de crachats (0) $\longleftrightarrow$ J'ai des crachats en permanence (5)
☐	1
☐	2
☐	3
☐	4
☐	5

13	TEST CAT - IMPACT DE LA BPCO *
	Item 3 - Oppression thoracique Je ne ressens jamais d'oppression thoracique (0) $\longleftrightarrow$ Je ressens une oppression thoracique permanente (5)
☐	1
☐	2
☐	3
☐	4
☐	5

14	TEST CAT - IMPACT DE LA BPCO * Item 4 - Essoufflement Je ne suis pas essoufflé(e) lorsque je monte une côte ou un étage (0) $\longleftrightarrow$ Je suis très essoufflé(e) (5)
	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

15	TEST CAT - IMPACT DE LA BPCO * Item 5 - Activités à domicile Ma maladie respiratoire ne limite pas mes activités à domicile (0) $\longleftrightarrow$ Elle les limite énormément (5)
	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

16	TEST CAT - IMPACT DE LA BPCO * Item 6 - Sorties du domicile Ma maladie respiratoire n'affecte pas ma confiance pour sortir de chez moi (0) $\longleftrightarrow$ Elle l'affecte énormément (5)
	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

17	TEST CAT - IMPACT DE LA BPCO * Item 7 - Sommeil Ma maladie respiratoire ne perturbe pas mon sommeil (0) ←→ Elle perturbe énormément mon sommeil (5)
	☐ 1
	☐ 2
	☐ 3
	☐ 4
	☐ 5

18	TEST CAT - IMPACT DE LA BPCO * Item 8 - Énergie J'ai beaucoup d'énergie (0) ←→ Je n'ai plus du tout d'énergie (5)
	☐ 1
	☐ 2
	☐ 3
	☐ 4
	☐ 5

19	EXACERBATIONS * Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une aggravation de votre état respiratoire nécessitant des antibiotiques, des corticoïdes ou une hospitalisation ?
	☐ Non
	☐ Oui, 1 fois
	☐ Oui, 2 fois ou plus
	☐ Oui, avec hospitalisation

20	TABAC: Quel est votre statut tabagique ? *
☐	Non-fumeur
☐	Fumeur actuel : nombre PA
☐	Ancien fumeur : sevré depuis : :

21	À REMPLIR UNIQUEMENT SI VOUS ÊTES FUMEUR ACTUEL: * TEST DE DÉPENDANCE AU TABAC (FAGERSTRÖM)																					
	3. TEST DE FAGERSTRÖM - DÉPENDANCE AU TABAC:																					
	Définition rapide Mesure le niveau de dépendance physique à la nicotine. Score de 0 à 10 = addition des 6 items. Rempli uniquement pour un fumeur actuel.																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Score</th> <th>Interprétation</th> <th>Niveau</th> <th>Lecture et orientation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0 à 2</td> <td>Très faible dépendance</td> <td>Faible</td> <td rowspan="5">Score ≥ 5 : proposer un accompagnement au sevrage tabagique.</td> </tr> <tr> <td>3 à 4</td> <td>Faible dépendance</td> <td>Faible</td> </tr> <tr> <td>5 à 6</td> <td>Dépendance moyenne</td> <td>Moyenne</td> </tr> <tr> <td>7 à 8</td> <td>Forte dépendance</td> <td>Forte</td> </tr> <tr> <td>9 à 10</td> <td>Très forte dépendance</td> <td>Très forte</td> </tr> </tbody> </table>	Score	Interprétation	Niveau	Lecture et orientation	0 à 2	Très faible dépendance	Faible	Score ≥ 5 : proposer un accompagnement au sevrage tabagique.	3 à 4	Faible dépendance	Faible	5 à 6	Dépendance moyenne	Moyenne	7 à 8	Forte dépendance	Forte	9 à 10	Très forte dépendance	Très forte	
	Score	Interprétation	Niveau	Lecture et orientation																		
0 à 2	Très faible dépendance	Faible	Score ≥ 5 : proposer un accompagnement au sevrage tabagique.																			
3 à 4	Faible dépendance	Faible																				
5 à 6	Dépendance moyenne	Moyenne																				
7 à 8	Forte dépendance	Forte																				
9 à 10	Très forte dépendance	Très forte																				
<i>Le test de Fagerström évalue la dépendance physique à la nicotine et oriente la stratégie de sevrage. Il ne remplace pas l'évaluation médicale.</i>																						
	Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?																					
☐	Dans les 5 minutes																					
☐	Entre 6 et 30 minutes																					
☐	Entre 31 et 60 minutes																					
☐	Après 60 minutes																					

22	Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits où c'est interdit (hôpital, transports, cinéma, etc.) ? *
☐	Oui
☐	Non

23	À quelle cigarette vous serait-il le plus difficile de renoncer ? *
☐	La première du matin
☐	Une autre

24	Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ? *
☐	10 ou moins
☐	11 à 20
☐	21 à 30
☐	31 ou plus

25	Fumez-vous davantage dans les premières heures après le réveil que pendant le reste de la journée ? *
☐	Oui
☐	Non

26	Fumez-vous même lorsque vous êtes malade et obligé(e) de rester au lit presque toute la journée ? *
☐	Oui
☐	Non

27	Souhaitez-vous arrêter de fumer ? *
☐	Oui, dans les 6 mois à venir
☐	Oui, mais pas dans les 6 mois à venir
☐	Non

28	TRAITEMENT Prenez-vous régulièrement votre traitement inhalé ?
☐	Oui
☐	Non

29	Rencontrez-vous des difficultés pour utiliser votre inhalateur ?
☐	Oui
☐	Non

30	Vérification de la technique d'inhalation réalisée avec le patient
☐	Oui
☐	Non

31	SPIROMÉTRIE Avez-vous réalisé une spirométrie au cours des 12 derniers mois ?
☐	Oui
☐	Non
☐	Je ne sais pas

32	Quelles vaccination avez-vous réalisée ?		
	Réalisé	Non réalisée	Je ne sais pas
Grippe	☐	☐	☐
Covid 19	☐	☐	☐
Pneumocoque	☐	☐	☐

33	<u>ACTIVITÉ PHYSIQUE</u> Combien de fois par semaine pratiquez-vous une activité physique d'au moins 30 minutes ? → Si ≤ 1 fois par semaine : proposer les séances d'Activité Physique Adaptée (APA) de la MSP.
	☐ Moins d'une fois par semaine
	☐ 1 fois par semaine
	☐ 2 à 3 fois par semaine
	☐ Plus de 3 fois par semaine

34	<u>ÉTAT NUTRITIONNEL</u> Avez-vous constaté une perte de poids involontaire au cours des derniers mois ? → Si oui : proposer une orientation vers la diététicienne de la MSP.
	☐ Oui
	☐ Non

35	<u>APNÉES DU SOMMEIL</u> Avez-vous déjà réalisé un examen de dépistage des apnées du sommeil ?
	☐ Oui
	☐ Non
	☐ Je ne sais pas

SYNTHÈSE DES SEUILS ET ACTIONS:	
Critère	Action déclenchée
mMRC ≥ 2	Orientation APA
CAT ≥ 10	Orientation APA
Activité physique ≤ 1 fois/semaine	Orientation APA
Perte de poids involontaire	Orientation diététicienne
Fagerström ≥ 5	Accompagnement au sevrage tabagique
≥ 2 exacerbations par an	Réévaluation médicale
Hospitalisation pour exacerbation	Avis pneumologique
Pas de spirométrie dans les 12 derniers mois	Spirométrie
Vaccinations incomplètes	Mise à jour vaccinale
<i>Seuils et actions issus du questionnaire BPCO validé de la MSP du Vertoublanc.</i>	



MSP
du Vertoublanc

Dépistage et suivi des troubles ventilatoires de type BPCO et asthme.

Questionnaire de satisfaction des patients

Il permet aux personnes suivies dans le protocole BPCO et asthme d'évaluer leur prise en charge.

C'est un outil indépendant du dépistage. Les réponses sont traitées de manière confidentielle, dans le cadre exclusif de l'évaluation interne du protocole.



- **QR Code vers le questionnaire :**

Le patient flashe ce code avec l'appareil photo de son smartphone pour accéder directement au questionnaire.

- Lien à copier-coller

Lien direct vers le questionnaire :

<https://form.dragnsurvey.com/survey/r/5f1d0e8c>



MSP

du Vertoublanc

Dépistage et suivi des troubles ventilatoires de type BPCO et asthme.

Évaluation du PPP BPCO et asthme par les professionnels signataires.

La MSP du Vertoublanc a déployé un Protocole Pluri-Professionnel de dépistage et de suivi des troubles ventilatoires de type BPCO et asthme, avec un parcours coordonné pluri-professionnel.

Ce questionnaire évalue, du point de vue des professionnels signataires, la mise en œuvre opérationnelle du protocole : simplicité d'usage, clarté des rôles, coordination, outils, charge de travail, axes d'amélioration.

Vos réponses servent à faire évoluer le protocole en RCP. Elles sont traitées dans le cadre exclusif de l'évaluation interne MSP.

Temps estimé : 7 à 10 minutes.



Cazillac Denis, Coordinateur MSP du Vertoublanc

36	Identification du professionnel *
Nom et prénom	
Profession	

37	BLOC 1 - SIMPLICITÉ D'USAGE ET LISIBILITÉ DU PROTOCOLE * <i>Échelle 5 niveaux : Pas du tout d'accord - Plutôt pas d'accord - Neutre - Plutôt d'accord - Tout à fait d'accord</i>					
		0	1	2	3	4
	Le protocole est simple à utiliser	☐	☐	☐	☐	☐
	Le logigramme est clair et lisible.	☐	☐	☐	☐	☐
	Les seuils de décision sont faciles à mémoriser et à appliquer.	☐	☐	☐	☐	☐
	L'auto-questionnaire HAS de dépistage m'est utile	☐	☐	☐	☐	☐

38	BLOC 2 - CLARTÉ DES RÔLES ET DES ORIENTATIONS * <i>Échelle 5 niveaux : Pas du tout d'accord - Plutôt pas d'accord - Neutre - Plutôt d'accord - Tout à fait d'accord</i>					
		0	1	2	3	4
	Mon rôle est clair pour moi	☐	☐	☐	☐	☐
	Le rôle des autres professionnels est clair pour moi	☐	☐	☐	☐	☐
	Je sais vers qui orienter un patient selon les situations rencontrées	☐	☐	☐	☐	☐
	Les modalités d'orientation prévues sont réalistes	☐	☐	☐	☐	☐

39	BLOC 3 - OUTILS DE TRAÇABILITÉ ET DE COMMUNICATION * <i>Échelle 5 niveaux : Pas du tout d'accord - Plutôt pas d'accord - Neutre - Plutôt d'accord - Tout à fait d'accord</i>				
	0	1	2	3	4
L'outil DragnSurvey est adapté à ma pratique	☐	☐	☐	☐	☐
Je remplis facilement les formulaires en consultation ou en visite.	☐	☐	☐	☐	☐
La transmission des comptes rendus au médecin traitant se fait dans des délais utiles	☐	☐	☐	☐	☐
Les modalités d'orientation prévues sont réalistes	☐	☐	☐	☐	☐
Doctolib connect fonctionne correctement	☐	☐	☐	☐	☐

40	BLOC 4 - COORDINATION ET CONCERTATION PLURIPROFESSIONNELLE * <i>Échelle 5 niveaux : Pas du tout d'accord - Plutôt pas d'accord - Neutre - Plutôt d'accord - Tout à fait d'accord</i>				
	0	1	2	3	4
La coordination inter-pro s'est améliorée	☐	☐	☐	☐	☐
Je reçois les retours / comptes rendus dans des délais utiles	☐	☐	☐	☐	☐
Les RCP sont utiles à ma pratique	☐	☐	☐	☐	☐

41	BLOC 5 - CHARGE DE TRAVAIL ET FAISABILITÉ * <i>Échelle 5 niveaux : Pas du tout d'accord - Plutôt pas d'accord - Neutre - Plutôt d'accord - Tout à fait d'accord</i> Le temps consacré au protocole est compatible avec ma charge de travail habituelle. * Q18 - Le dépistage BPCO s'intègre naturellement dans mes consultations / actes. * Q19 - La valorisation de ma participation au protocole me semble adaptée. *					
		0	1	2	3	4
	Le temps consacré au PPP est compatible avec ma charge de travail	☐	☐	☐	☐	☐
	Le dépistage BPCO s'intègre dans mes consultations / actes	☐	☐	☐	☐	☐
	La valorisation de ma participation au PPP me semble adaptée	☐	☐	☐	☐	☐

42	BLOC 6 - SPÉCIFICITÉS DE MON RÔLE * Selon votre profession, quelles sont les spécificités, difficultés ou particularités que vous souhaitez signaler concernant votre rôle dans le protocole ?

43	BLOC 7 - RECOMMANDATION ET ÉVOLUTION DU PROTOCOLE * <i>Échelle 5 niveaux : Pas du tout d'accord - Plutôt pas d'accord - Neutre - Plutôt d'accord - Tout à fait d'accord</i> <i>Je recommanderais ce PPP à d'autres équipes MSP</i>				
	0	1	2	3	4
Je recommanderais ce PPP à d'autres équipes MSP	☐	☐	☐	☐	☐

44	Selon vous le PPP doit être... *
☐	Maintenu en l'état
☐	Maintenu avec ajustements mineurs
☐	Modifié en profondeur
☐	Étendu à d'autres pathologies / problématiques
☐	Arrêté
☐	Si « Modifié en profondeur » ou « Arrêté », pouvez-vous préciser pourquoi ? :

45	Qu'est-ce qui fonctionne le mieux dans ce protocole? (facultatif - texte libre)

46	Qu'est-ce qui pourrait être amélioré en priorité ?

47

Avez-vous des besoins de formation complémentaire identifiés ? (facultatif - texte libre)



MSP
du Vertoublanc

Dépistage et suivi des troubles ventilatoires de type BPCO et asthme.

Ce formulaire est rempli par un professionnel de santé de la MSP dans le cadre du PPP BPCO.

Il regroupe les échelles d'évaluation du protocole et oriente la prise en soins.

Les données sont strictement réservées à un usage interne pluri-professionnel. Elles sont consultables par les seuls professionnels impliqués dans le protocole et par le coordinateur de la MSP. Aucune diffusion externe sans accord du patient et du médecin traitant.



Cazillac Denis, Coordinateur MSP

48	Veillez vous identifier *
Nom & prénom du professionnel :	
Votre profession:	

49	Quelles sont vos actions du jour ? *
☐	Je fais propose l'auto-questionnaire HAS de dépistage (10 €)
☐	Je renseigne le questionnaire de suivi du patient BPCO
☐	Je propose au patient de répondre au questionnaire de satisfaction
☐	Je complète le questionnaire de satisfaction des professionnels sur le PPP
☐	Je déclenche un adressage inter-pro