

LIVRE BLANC

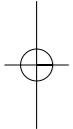
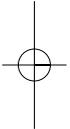
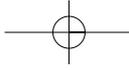
DE LA PNEUMOLOGIE

*Synthèse, recommandations
et engagements des pneumologues*

Fédération française de pneumologie

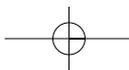
SPLF – SAR

*Le groupe de pilotage: Élisabeth Biron, Jacques Bourcereau, Frédéric Champel,
Christos Chouaïd (coordonnateur), Yves Grillet, Philippe Laurent, Boris Melloni,
Anne Prud'homme.*



ISBN : zzzzzzzz
© 2007 Éditions Imothep Médecine Sciences
19, avenue Duquesne - 75007 Paris
Diffusion Internet : www.imothep@noos.fr

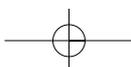
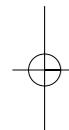
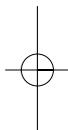
Le code de la propriété industrielle interdit les copies ou les reproductions destinées à une utilisation collective. Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite par quelque procédé que ce soit, sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants cause, est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.





Sommaire

| | |
|--|----|
| Préface | 5 |
| Introduction | 7 |
| | |
| Chapitre 1 – Épidémiologie | 9 |
| Chapitre 2 – Démographie des pneumologues | 11 |
| Chapitre 3 – Formation initiale et continue | 13 |
| Chapitre 4 – Qualité et évaluation des soins | 17 |
| Chapitre 5 – Modernisation du système de santé | 19 |
| Chapitre 6 – Prévention | 21 |
| Chapitre 7 – BPCO | 23 |
| Chapitre 8 – Asthme | 25 |
| Chapitre 9 – Allergologie | 27 |
| Chapitre 10 – Cancers | 29 |
| Chapitre 11 – Tabac | 31 |
| Chapitre 12 – Cannabis | 33 |
| Chapitre 13 – Maladies rares | 35 |
| Chapitre 14 – Mucoviscidose | 37 |
| Chapitre 15 – Environnement | 39 |
| Chapitre 16 – Réanimation, soins intensifs et soins continus | 41 |
| Chapitre 17 – Sommeil | 43 |
| Chapitre 18 – Infections respiratoires et tuberculose | 45 |
| Chapitre 19 – Pneumopathies infiltrantes diffuses | 47 |



Contributions

Besoins de santé

| | |
|---|-----------------------------------|
| Épidémiologie | C. CHOUAÏD, A. VERGNENÈGRE |
| Données économiques | A. VERGNENÈGRE |
| Démographie | C. CHOUAÏD, B. HOUSSET |
| Formation initiale et continue | P. GODARD, J.-F. MUIR, Y. GRILLET |
| Démarche qualité et évaluation | É. BIRON |
| Pneumologie: hospitalière et libérale | J.-P. L'HUILLIER |
| Réseaux | A. TRÉBUCCO, C. CHOUAÏD |
| Prévention | C. VOISIN |
| Progrès thérapeutiques et accès aux soins | A. VERGNENÈGRE |
| Rôle des associations de malades | A. PRUD'HOMME, F. CHAMPEL |
| Médiatisation de la pneumologie | A. PRUD'HOMME, F. CHAMPEL |

Les enjeux de santé publique de la pneumologie

| | |
|--|--|
| Insuffisance respiratoire chronique | P. GODARD, C. CHOUAÏD |
| Infections | D. BENHAMOU, Y. ROGEAUX |
| EFR | P. LAURENT, P. CARRÉ, J. BOURCEREAU |
| Endoscopie | L. THIBERVILLE |
| Asthme | P. GODARD, Y. GRILLET |
| Allergologie | D. VERVOLET, D. MULLER |
| Cancer | P. TERRIOUX, G. ROBINET, D. MORO |
| Tabac | D. PIPERNO, O. BENEZET, T. URBAN |
| Cannabis | T. URBAN |
| Maladies rares | J.-F. CORDIER |
| HTAP et maladies vasculaires pulmonaires | M. HUMBERT |
| Mucoviscidose | M. MURRIS-ESPIN |
| Pathologies des sujets âgés | A.-T. DINH XUAN |
| Environnement et pathologie respiratoire | J.-C. PAIRON, J.-P. GRIGNET, B. MELLONI |
| Pathologie respiratoire en milieu agricole | J.-C. DALPHIN |
| Radon et pathologie respiratoire | B. MELLONI |
| Réanimation, soins intensifs et soins continus | J.-F. MUIR, A. DUGUET, A. CUVELIER |
| Sommeil | E. WEITZENBLUM, M. SAPÈNE, B. FLEURY, J.-L. RACINEUX |
| Pneumopathies infiltrantes diffuses | B. CRESTANI |

Le livre blanc de la pneumologie a été élaboré par les auteurs ci-dessus. Ces documents sont disponibles sur le site Internet de la Fédération française de pneumologie (www.ffpneumologie.org).

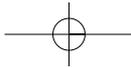


Préface

Quelle définition pour un livre blanc ? D'après quelques recherches sur Internet, le terme de « livre blanc » (*white paper*) semble prendre sa source en Grande-Bretagne, vers la fin des années 1930. Il désigne des documents gouvernementaux – rapports et énoncés politiques. Il s'agissait de dossiers synthétiques, dont l'épaisseur ne justifiait pas la reliure bleue en usage pour les documents volumineux¹. Ce « livre blanc » fait souvent suite à un « livre vert », qui recueille les opinions des publics concernés par un sujet donné. De nos jours, un livre blanc concerne plutôt l'énoncé et l'explicitation d'une politique. Il s'agit d'un ensemble argumenté de propositions d'actions dans un domaine spécifique. Dans un glossaire de *e-marketing*², il est possible de trouver la définition plus pragmatique, voire commerciale, de « *guide de quelques pages consacré à un produit ou à une technique et destiné à des prospects. Le livre blanc permet de convaincre de l'intérêt d'une technique ou d'un produit, de former les lecteurs et de les qualifier...* ».

Ce *Livre blanc de la pneumologie* est un peu de tout cela : un bilan, une image, un instantané de la discipline, une réflexion sur son avenir, un engagement des pneumologues dans l'organisation d'une politique de santé publique, une promotion de la santé respiratoire et de ses acteurs, avec l'objectif affiché de convaincre ses lecteurs de l'importance du sujet. Ce texte de synthèse démontre, par ses nombreux chapitres, non seulement les multiples facettes d'une discipline à l'interface d'autres spécialités, ce que nous savions déjà, mais la multitude des enjeux et défis que nous devons relever, nous pneumologues, que ce soit dans les aspects techniques, scientifiques, de formation initiale et continue ou, aussi et surtout, dans l'organisation des soins et les aspects sociaux de la prise en charge des maladies respiratoires. L'intégration européenne de la pneumologie, qui est en marche avec l'UMESPE (Union nationale des médecins spécialistes confédérés) et l'ERS (European Respiratory Society), est aussi un enjeu important.

Ce livre blanc initié par la SPLF et le SAR et poursuivi sous l'égide de la FFP (Fédération française de pneumologie) a fait l'objet d'un travail de longue haleine en bonne partie financé par Pneumologie Développement.



Après cette gestation pour le moins prolongée, il nous est apparu plus pragmatique de proposer une version papier de la synthèse, véritable livre blanc fixant les orientations vers lesquelles souhaitent s'engager les pneumologues, et décrivant les actions qu'ils aspirent voir développer par nos Tutelles pour soutenir ces objectifs. Ainsi, ce livre blanc apparaît comme un instrument de dialogue. Ces propositions reposent sur un argumentaire, qui sera publié en ligne sur le site Internet de la FFP.

Merci aux auteurs pour leur contribution souvent originale dans des domaines très divers parfois peu explorés! Merci aux membres du Comité de Pilotage pour leur implication et leur ténacité dans la construction de ce livre! Et un remerciement tout particulier à Christos Chouaïd, qui a coordonné ce travail avec une remarquable persévérance.

Par définition, ce livre blanc sera appelé à évoluer avec les avancées sociales, techniques, thérapeutiques et de formation. Souhaitons que cette première version touche la plus large audience et soit source de discussions constructives pour le bien des malades souffrant de maladie respiratoire.

Bruno Housset, Président de la FFP
Yves Grillet, Vice-Président de la FFP

Paris, janvier 2007.

1. <http://www.parl.gc.ca>
2. <http://www.definitions-marketing.com>



Introduction

Au cours de ces dernières années, les évolutions épidémiologiques, les progrès diagnostiques, thérapeutiques et les nouvelles politiques de prévention et de dépistage ont considérablement modifié la prise en charge des maladies respiratoires et les pratiques des pneumologues.

La Société et le système de soins ont également profondément changé, entraînant, pour les pneumologues comme pour les autres professionnels de soins, la nécessité impérieuse de mettre en place une réflexion prospective sur l'avenir de leur spécialité.

L'objectif de ce travail est de réaliser un état des lieux et de définir des axes prioritaires d'évolution de la spécialité en se fondant sur les besoins en soins de la population, le progrès médical, la démographie médicale, la transformation du système de santé et de ses modalités de financement.

Il s'agit également de mobiliser l'ensemble de la discipline sur les enjeux des prochaines années et de permettre aux pneumologues de disposer d'un outil de dialogue avec les pouvoirs publics, pour préparer ensemble cet avenir.

Les objectifs plus spécifiques de ce livre blanc sont de :

- 1.** Décrire les activités actuelles des pneumologues dans le domaine des soins (y compris le dépistage et la prévention), de la formation et de la recherche.
- 2.** Décrire aussi précisément que possible les besoins de santé en matière de maladies respiratoires (actuels et à venir).
- 3.** Valider une réflexion prospective sur l'évolution souhaitable des pratiques (horizon 10-15 ans).

Ce livre blanc a été élaboré à partir de sources officielles et des documents provenant des registres et observatoires. Il s'est appuyé sur la contribution d'experts désignés par le comité de pilotage

Christos CHOUAÏD, pour le groupe de pilotage



Chapitre 1

Épidémiologie

En ce début de ^{xxi}^e siècle, en France, les maladies respiratoires occupent une place importante en termes de santé publique. L'asthme, les maladies liées au tabac (bronchopneumopathie chronique obstructive [BPCO], cancer bronchique), celles liées aux pollutions professionnelles (mésothéliomes, cancers), atmosphériques et domestiques, les allergies, les infections respiratoires sont de plus en plus fréquentes. La sédentarité, l'augmentation de l'obésité et le vieillissement de la population entraînent une augmentation des cas de syndrome d'apnées du sommeil (SAS); la mondialisation favorise la diffusion de maladies infectieuses des voies aériennes (grippe, syndrome respiratoire aigu sévère [SRAS], menace de pandémie grippale); la tuberculose, bien qu'en diminution en France, reste un important problème de santé publique; enfin, le handicap respiratoire, de plus en plus clairement identifié, impose de nouvelles modalités de prise en charge.

Aujourd'hui, les maladies respiratoires sont responsables de 12 % des décès; les infections respiratoires sont la première cause d'absentéisme chez les adultes jeunes et représentent un des premiers motifs de recours aux soins en médecine de ville. Les cancers bronchopulmonaires sont la première cause de décès chez l'homme et progressent rapidement chez la femme. La BPCO concerne près de 5 % des adultes en France, mais seule une personne sur quatre est diagnostiquée et prise en charge de manière adaptée. La fréquence de l'asthme (près de 10 % de la population est concernée à un moment de sa vie) et des rhinites allergiques (15 à 30 % en fonction des classes d'âge chez les enfants et adolescents) place la France dans la moyenne des pays développés.

En termes de coûts, hors cancérologie thoracique et antibiotiques, les maladies respiratoires sont en quatrième position (6,2 % des dépenses de santé). Ces coûts ne peuvent que croître en raison du vieillissement de la population et d'une importance accrue des maladies chroniques (BPCO, SAS) mais également en raison des progrès thérapeutiques et du développement de médicaments onéreux (asthme).

Comme pour d'autres pathologies, la connaissance épidémiologique sur ces maladies respiratoires est insuffisante. Les enquêtes sont peu nombreuses, réalisées sur des populations ~~spécifiques~~, avec des résultats rendant les extrapolations difficiles. Nous manquons de données sur les morbidités associées aux pathologies chroniques, sur l'incidence et la prévalence des complications liées aux SAS, sur les coûts des différentes prises en charge, tant en milieu hospitalier qu'en libéral.

Les pneumologues s'engagent à :

- Mettre en place et participer activement à des études épidémiologiques sur les pathologies chroniques que sont l'asthme, la BPCO et le SAS pour mieux connaître l'incidence et la prévalence des différentes complications (exacerbations...).
- En comprendre ~~les modifications~~, l'efficacité de certaines prises en charge (actions d'éducation thérapeutique, de réhabilitation...), les facteurs influençant les coûts des prises en charge.

Ils demandent aux pouvoirs publics de :

- Favoriser le développement de ces études épidémiologiques en soutenant, *via* la Direction générale de la Santé (DGS), l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et les différentes agences sanitaires (Institut de veille sanitaire – InVS, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – Inpes, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé – Afssaps – ~~Afssset, Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement~~), la promotion d'études sur les maladies respiratoires.
- Soutenir le développement de registres et de cohortes sur ces maladies chroniques, en particulier pour l'asthme, la BPCO, les cancers bronchiques, les maladies orphelines respiratoires...

Chapitre 2

Démographie des pneumologues

Depuis quelques années, les pouvoirs publics et les autorités de santé ont pris conscience que la démographie médicale est un élément structurant majeur de la politique de santé. Aujourd'hui, la densité médicale est élevée, mais les disparités géographiques sont importantes, avec d'importantes différences entre le nord et le sud de la France et entre les zones rurales et urbaines, sans parler des DOM-TOM. Par ailleurs, la population médicale vieillit, se féminise et travaille moins. On constate un important déficit en professionnels dans de nombreuses spécialités. Dans ce tableau plutôt sombre, la situation des pneumologues est contrastée. Près de deux mille quatre cents médecins ont une activité régulière de pneumologie; ils sont plus jeunes, moins féminisés et travaillent plus souvent à l'hôpital (à temps plein ou partiel) que la moyenne des spécialistes. Mais la profession rencontre déjà de nombreuses difficultés, tant dans les hôpitaux (pour renouveler les départs et répondre aux nouvelles missions) qu'en libéral – du moins dans certaines régions. Ces difficultés culmineront en 2010-2012.

Les pneumologues s'engagent à :

- Renforcer l'attractivité de leur spécialité en établissant une charte d'accueil des étudiants en formation dans les services de pneumologie.
- Mettre en place, pour les médecins en formation (DES) et les post-DES, un véritable tutorat et une formation pratique et théorique adaptée aux futurs modes d'exercice (Collège des PU-PH de pneumologie).
- Renforcer la formation initiale des DES et des post-DES au niveau national : séminaires nationaux et interrégionaux (Collège des PU-PH de pneumologie).
- Créer un observatoire des pneumologues en partenariat avec l'Observatoire national des professions de santé pour mieux gérer, au niveau national et en fonction des spécificités régionales, les besoins de la population et les ressources humaines spécialisées en pneumologie.

Ils demandent aux pouvoirs publics de :

- Maintenir les postes de DES de pneumologie et faire en sorte que la mise en place de filières spécifiques (anesthésie-réanimation, gynécologie médicale...) n'ampute pas les possibilités de choix des étudiants pour la pneumologie.
- Créer un post-internat, accessible à tous, sous la forme d'un corps unique d'assistant hospitalier. Ce post-internat permettrait de mieux former les jeunes pneumologues à des prises en charge spécifiques (cancérologie, SAS, ventilation non invasive – VNI) tout en compensant la diminution des médecins spécialistes en formation dans les hôpitaux. Adapter cela au LMD* européen, à la réduction de un an de la durée du deuxième cycle et à l'augmentation de la durée du troisième cycle à cinq ans.
- Favoriser, en coordination avec les instances représentatives de la profession, de nouveaux modes d'accès à la pneumologie, avec la mise en place de passerelles permettant, en fonction des compétences acquises, de rejoindre le corps des pneumologues.

*LMD : licence, master, doctorat.

Chapitre 3

Formation initiale et continue

La pneumologie, au travers du Groupe enseignement de la SPLF, puis du Collège des PU-PH, s'est investie depuis de nombreuses années dans la formation initiale et au travers du SAR, l'Association de perfectionnement post-universitaire des pneumologues (APP), du secrétariat à la formation professionnelle de la SPLF et, plus récemment, de la FFP, à différents aspects de la formation médicale et continue (FMC).

Ainsi, dans le cadre de la formation initiale, un polycopié de sémologie pneumologique a été constitué et régulièrement mis à jour. Les objectifs de pneumologie, publiés en 1999 sous la direction de Philippe Godard et de Philippe Delaval, ont été réactualisés en octobre 2002 pour tenir compte du programme des Épreuves classantes nationales (ECN). Les objectifs couvrent le prérequis, les stages et l'enseignement théorique.

La pneumologie s'est aussi organisée pour publier plusieurs ouvrages didactiques destinés à la formation des étudiants et à leur préparation aux ECN. La discipline a promu une démarche de pneumologie fondée sur les preuves avec l'ouvrage dirigé par Étienne Lemarié et régulièrement actualisé. La SPLF a contribué directement ou indirectement à plusieurs conférences de consensus, conférences d'experts ou recommandations de pratiques cliniques, qui constituent autant de référentiels de pratiques. Un référentiel de pneumologie est en cours d'élaboration par le Collège des PU-PH et se poursuit de façon pragmatique par l'enrichissement en cas cliniques préparant aux ECN, l'ensemble étant disponible sur le site Internet www.respir.com, développé par André Taytard.

La formation, en troisième cycle, des futurs pneumologues français et de la communauté européenne a fait l'objet de propositions de la part du Collège des PU-PH, avec notamment des critères de qualité des stages de formation (livret du DES). La formation des AFS (Attestation de formation spécialisée) et AFSA (Attestation de formation spécialisée approfondie) est également une préoccupation du Collège. Enfin, la formation à la recherche (mastères et doctorats) est largement favorisée par l'allocation de bourses d'études et de voyages par diverses structures pneumologiques rassemblées au sein de la Maison du poumon.

La FMC est également très active, réunissant libéraux et hospitaliers. C'est une des thématiques qui ont justifié la création, en octobre 2005, de la FFP. La SPLF, le CPHG (Collège des pneumologues des hôpitaux généraux) et l'APP ont fait évoluer leur offre de FMC au travers des sessions et ateliers du Congrès de pneumologie de langue française (CPLF). Depuis de nombreuses années, des cédéroms de formation ont été élaborés, notamment sur l'asthme et la BPCO. Les Ateliers d'Arcachon ont été un succès, ayant permis de former de nombreux pneumologues dans le domaine des pathologies respiratoires au cours du sommeil. Plus récemment, la SPLF a proposé des séminaires de FMC structurés et répondant à des thèmes prioritaires (réhabilitation respiratoire, grippe aviaire, sommeil) ou à l'interface avec d'autres disciplines (pathologies professionnelles). Les associations régionales de pneumologues libéraux fonctionnent dans la plupart des régions. Depuis plusieurs années, elles sont très actives dans la FMC de leurs membres par l'organisation de réunions pluriannuelles. De plus, elles s'investissent activement dans l'EPP (Évaluation des pratiques professionnelles) en créant, en leur sein, des cercles de qualité ou des réunions selon la méthodologie STEP (Situations et Tests d'Evaluation et de Performances).

Ainsi, l'évolution de la réglementation et la mise en place de l'EPP trouvent une discipline préparée et qui a déjà adopté de nouvelles méthodes, telle la méthode STEP mise en œuvre depuis plus d'un an par les pneumologues libéraux.

Les pneumologues s'engagent à :

- Contribuer, dans leur discipline, à une préparation optimale des étudiants aux épreuves classantes nationales (ECN).
- Assurer la qualité de formation des DES de pneumologie, sur le plan tant pratique que théorique.
- Promouvoir les formations universitaires (DU et DIU) dans les divers domaines de la pneumologie ainsi que la formation à la recherche en pneumologie.
- Harmoniser la formation des pneumologues avec les autres pays européens.
- Actualiser les documents de formation à la sémiologie pneumologique.
- Développer des actions d'EPP ponctuelles et continues permettant une FMC optimale.
- Développer et s'approprier les outils d'évaluation des pratiques.

Ils demandent aux pouvoirs publics de :

- Associer les pneumologues aux démarches d'harmonisation européennes des spécialités.
- Favoriser l'adéquation entre le nombre des pneumologues formés et les besoins en santé publique.
- S'engager au côté des pneumologues dans les actions prioritaires de formation médicale continue.
- Favoriser les interfaces et les passerelles de formations avec d'autres disciplines, telles que l'oncologie, l'infectiologie ou la réanimation.
- Développer la formation des autres professionnels de santé et paramédicaux (médecins généralistes, autres spécialistes, pharmaciens, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes), en association avec les pneumologues, sur les thèmes de santé publique relevant de la pneumologie, notamment dans leur aspect de prévention (tabac, BPCO, asthme, amiante, ~~pandémies grippales~~, tuberculose, légionellose, infections nosocomiales à forme respiratoire, embolie pulmonaire...).
- Reconnaître et soutenir les efforts de l'ensemble de la discipline pour l'amélioration de la qualité de ses pratiques, notamment en associant des pneumologues, par le biais de la FFP, à la réflexion et aux actions d'amélioration de la qualité des pratiques (accréditation, EPP, conseils de FMC, HAS...).

Chapitre 4

Qualité et évaluation des soins

Dès 1991, la SPLF, *via* son Groupe de travail « évaluation », a accompagné les différentes évolutions de l'évaluation de la qualité des soins en France.

La SPLF a été une des premières sociétés savantes à publier, en 1998, un manuel d'accréditation médicalisé des services hospitaliers de pneumologie. En avance par rapport aux demandes des pouvoirs publics, ce manuel a permis de diffuser, au sein de la profession, une culture de l'évaluation de la qualité.

La composante libérale de la profession a également mis en place assez rapidement des démarches structurées dans le domaine de l'évaluation. Animée par Yves Grillet et débutée en 2000, ces démarches ont abouti à la mise en place d'un référentiel « qualité », validé par QUALICERT et publié au *Journal officiel* en avril 2002. Il s'agit d'un travail considérable, ressenti de façon positive par les pneumologues libéraux et qui a nécessité une importante mobilisation financière. Cette démarche a, là encore, permis une diffusion de la culture d'évaluation chez les pneumologues libéraux.

La pneumologie s'est aussi fortement engagée dans l'évaluation des pratiques professionnelles, avec la réalisation de quatre référentiels (dossier médical de pneumologie, asthme, BPCO et cancer du poumon), thèmes retenus sur des critères de fréquence, de spécificité de prise en charge pneumologique et de capacité à mobiliser la profession dans toutes ses composantes. Ces référentiels ont été validés par la HAS. Les mesures d'impact sont en cours. Les premiers résultats sont attendus pour la fin de l'année 2006.

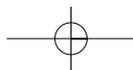
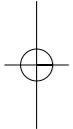
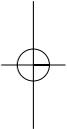
Les pneumologues s'engagent à :

- À poursuivre les actions d'évaluation de la qualité des soins, en particulier dans le cadre du dossier médical partagé et de l'EPP.
- Aussi bien en pratique libérale que publique.



Ils demandent aux pouvoirs publics de :

- Valoriser ces actions sur la qualité, tant en ambulatoire que dans les établissements de santé.
- Être associés à l'ensemble des actions d'accréditation, d'évaluation et de gestion des risques qui concernent la profession, notamment pneumologiques.



Chapitre 5

Modernisation du système de santé

E quelques années, le système de santé a profondément évolué. La loi du 4 mars 2002 a reconnu des droits importants aux usagers dans de nombreux domaines : information, prévention, dépistage, soins.

Les pneumologues s'engagent à :

- Poursuivre, dans tous les domaines (prévention, dépistage, traitement), des actions associant les personnes malades et leurs familles.
- Poursuivre une politique d'information vers le grand public (diffusion de brochures et livres, développement d'outils Internet et participation à des émissions spécialisées).

Ils demandent aux pouvoirs publics de :

- Mettre en place de grandes campagnes d'information sur les grandes pathologies chroniques (asthme, BPCO, allergies respiratoires, obésité, **syndrome métabolique**, tabac).
- Renforcer son soutien aux associations de malades.

Chapitre 6

Prévention

La communauté pneumologique est fortement engagée dans le domaine de la prévention. L'appareil respiratoire est, en effet, exposé en permanence à des polluants infectieux, particuliers ou gazeux responsables de maladies aiguës ou chroniques d'une grande diversité d'expression : infections respiratoires, asthme, pneumopathies d'hypersensibilité, BPCO et emphysème, fibroses interstitielles, pneumoconioses, cancers bronchopulmonaires et pleuraux. Dès le début du xx^e siècle, les pneumologues ont été en première ligne dans la prévention et l'éducation pour la santé, dans la lutte contre la tuberculose avec, en particulier, le Comité national des maladies respiratoires (CNMR) et son réseau de comités départementaux. À partir des années 1960, les pneumologues se sont engagés dans la prévention de la bronchite chronique, de l'asthme, des cancers bronchopulmonaires et des maladies respiratoires professionnelles. Ils participent, en 1958, à la création de l'Association de prévention de la pollution atmosphérique (APPA) et aux premiers réseaux de surveillance des polluants de l'air extérieur. Ils créent de nombreuses associations consacrées à la lutte contre le tabagisme, mettent en place des programmes d'éducation adaptés aux jeunes et au milieu du travail et développent l'enseignement et la recherche en tabacologie. Ils participent à la prévention des facteurs allergisants. Plus récemment, les pneumologues se sont impliqués dans la prévention des conséquences de l'exposition à l'amiante. Ces éléments font qu'il existe actuellement une implication importante de la profession dans les volets prévention des Programmes régionaux de santé (PRS) mais un partenariat insuffisant avec les pouvoirs publics au niveau national, en particulier avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

Les pneumologues s'engagent à :

- Poursuivre, en coordination avec les pouvoirs publics, les actions de prévention mises en place, au niveau tant national que régional et local par la mobilisation des différentes associations engagées dans ces actions.
- Mettre en place de nouvelles actions, en particulier dans les domaines de l'identification, de la surveillance et du contrôle des aérocontaminants menaçant la santé respiratoire, de l'information et de la prévention des infections respiratoires.
- Amplifier les actions de prévention secondaire par un dépistage généralisé et une prise en charge des personnes présentant des troubles respiratoires débutants (BPCO débutantes, asthme...).
- Amplifier les actions de prévention tertiaire permettant de ralentir l'aggravation progressive d'un handicap respiratoire avéré, et de favoriser la réhabilitation des handicapés respiratoires.

Ils demandent aux pouvoirs publics de :

- Favoriser la représentation des pneumologues dans les instances nationales en charge du volet prévention de la loi de santé publique (volets pollution atmosphérique, domestique et professionnelle, tabac et addictions, préventions des épidémies, handicap respiratoire, dépistage...).
- Faciliter l'action des associations pour la réalisation de ces actions, en particulier au niveau de l'Éducation nationale, des autorités de surveillance du milieu professionnel...
- Soutenir, dans le cadre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, l'action des associations impliquées dans ces actions.

Chapitre 7

BPCO

La BPCO constitue un enjeu de santé publique important, d'un point de vue à la fois sociétal, médical et économique. Dans le monde, la BPCO est en augmentation constante depuis vingt ans, avec plus de 44 millions de malades, soit 4 à 10 % de la population adulte. En France, 3,5 millions de personnes (soit 6 à 8 % de la population adulte) sont atteintes de BPCO ; 100 000 malades présentent des formes sévères nécessitant une oxygénothérapie et/ou une ventilation au domicile. Dans le monde, la mortalité par BPCO devrait doubler en 2020 par rapport à 1990 et devenir la troisième cause de mortalité en raison de l'augmentation du tabagisme, notamment chez les femmes. Le coût direct de la maladie est estimé à 3,5 milliards d'euros par an, dont 60 % sont liés aux exacerbations et 40 % au suivi au long cours de la pathologie. La prévention de la BPCO est encore insuffisamment développée, le diagnostic est souvent trop tardif, et la prise en charge des malades est insuffisante.

C'est dans ce contexte que les pneumologues se sont fortement impliqués dans l'élaboration du programme national de lutte contre la BPCO rendu public en novembre 2005.

Ce programme, prévu sur cinq ans, s'articule autour de deux objectifs principaux :

- Diminuer, à terme, la fréquence de la BPCO dans la population générale.
- Diminuer la mortalité évitable, les hospitalisations, réduire le handicap respiratoire et améliorer la qualité de la vie et l'insertion socioprofessionnelle des malades.

Et se décline en six axes stratégiques :

- Développer les connaissances épidémiologiques.
- Soutenir la recherche.
- Prévenir la BPCO dans la population générale.
- Renforcer la formation et l'information des professionnels de santé.

- Améliorer l'accès aux soins, le diagnostic précoce et la qualité de la prise en charge des malades.
- Développer l'information, l'accompagnement et le soutien des malades et de leur entourage, en lien avec les associations de patients.

Les pneumologues s'engagent à :

- Développer l'information sur la BPCO auprès des patients et du grand public.
- Améliorer la qualité des soins en élaborant, diffusant et mesurant l'impact d'un référentiel de pratique sur la BPCO dans le cadre des EPP.
- Améliorer les connaissances épidémiologiques sur les exacerbations et les hospitalisations.
- Améliorer le suivi des patients BPCO en développant des outils d'éducation pour la santé, en généralisant les actions d'éducation thérapeutique, en diffusant et en mesurant l'impact des récentes recommandations éditées par la SPLF.
- Mettre en place des actions de dépistage et de diagnostic précoces.
- Soutenir la mise en place de cohortes.

Ils demandent aux pouvoirs publics de :

- Mettre en place un groupe de pilotage du programme national d'actions sur la BPCO associant l'ensemble des acteurs concernés.
- S'engager sur la mise à disposition des produits des taxes sur le tabac en faveur de la Fondation pour la recherche en pneumologie..

Chapitre 8

Asthme

En France, la prévalence de l'asthme est de 5 à 10 % ~~et responsable d'environ 2000 décès par an~~. Il s'agit d'une affection sous-diagnostiquée et sous-traitée. On estime que 50 % des malades ont un asthme intermittent, 29 % un asthme persistant léger, 11 % un asthme persistant modéré et 10 % un asthme sévère. Les asthmes difficiles sont peu fréquents mais mobilisent le système de santé de manière importante. Le coût global de la maladie pour le système de santé est estimé à 1,5 milliard d'euros, l'hospitalisation est responsable de plus de la moitié des coûts, et 10 % des patients sont responsables de 50 % des coûts. Les pneumologues ont, sous l'égide de l'Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), élaboré plusieurs recommandations pour améliorer la qualité de la prise en charge, de l'éducation thérapeutique et du suivi.

Les pneumologues s'engagent à :

- Développer l'information sur l'asthme et l'allergie auprès des personnes asthmatiques et du grand public.
- Améliorer la qualité des soins en élaborant, diffusant et mesurant l'impact d'un référentiel sur l'asthme dans le cadre des évaluations des pratiques professionnelles.
- Améliorer la prise en charge de l'asthme aigu grave en participant à l'élaboration, à la mise en place et à la mesure de l'impact de référentiels.
- Améliorer le suivi des patients asthmatiques par le développement d'outils d'éducation pour la santé, en généralisant les actions d'éducation thérapeutiques, en diffusant et en mesurant l'impact des récentes recommandations sur le suivi réalisées sous l'égide de l'Anaes.
- Participer aux actions de repérage et d'accueil des enfants asthmatiques en milieu scolaire.

- Renforcer l'action coordonnée des acteurs de la prise en charge des personnes asthmatiques (pneumologues, médecins généralistes, allergologues, ORL, pédiatres...).
- Promouvoir une communication accrue entre la recherche fondamentale et la recherche clinique, constituer un réseau d'équipes françaises apte à réaliser une recherche clinique de qualité.
- Mettre en place des cohortes de patients permettant, à terme, d'identifier, sur un grand nombre de sujets, les caractéristiques phénotypiques, génomiques, transcriptomiques ou protéomiques de l'asthme et des maladies allergiques.

Ils demandent aux pouvoirs publics de :

- Mesurer l'impact du programme national de lutte contre l'asthme et de mettre en place un second programme.
- Améliorer les connaissances sur :
 - la morbidité, en particulier sur les asthmes consultant aux urgences, les asthmes hospitalisés et les asthmes en réanimation ;
 - les facteurs environnementaux (pollution domestique ou atmosphérique), qui contribuent à la morbidité de l'asthme ;
 - les asthmes professionnels.
- Valoriser l'acte d'éducation thérapeutique, tant en établissement de soins qu'en secteur libéral, pour permettre une généralisation de ces actions.
- Renforcer le soutien aux actions d'information de la population.

Chapitre 9

Allergologie

Les maladies allergiques sont une des causes les plus fréquentes de maladies chroniques dans le monde, avec des taux de prévalence variant de 7,5 à 40 % (20 à 30 % pour la France). Ces prévalences augmentent pour l'asthme mais aussi pour les autres pathologies allergiques (dermatite atopique, eczêmas, conjonctivites, allergies alimentaires et médicamenteuses). Le pneumologue, dans le domaine de l'allergie, prend en charge la maladie asthmatique (80 % des asthmes chez l'enfant surviennent sur un terrain atopique), la rhinite allergique (20 à 30 % de la population : 80 % des asthmatiques ont une rhinite, et la prévalence de l'asthme chez les personnes avec rhinite est deux fois celle de la population générale), plus rarement les chocs anaphylactiques et certaines manifestations cutanées de l'allergie. Les objectifs de prise en charge d'un patient allergique sont multiples : contrôle de la maladie, contrôle de l'environnement, mise en place d'un projet d'accueil individualisé, éducation du malade. La prise en charge est réalisée à la fois en milieu hospitalier et libéral, les deux étant souvent complémentaires. Parmi les médecins ~~ayant une compétence en~~ pratiquant l'allergologie, les pneumologues libéraux sont les plus nombreux. Ils se caractérisent par une forte proportion âgée de 45 à 55 ans et une féminisation importante (31,2 %), surtout parmi les plus jeunes.

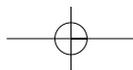
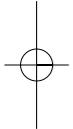
Les pneumologues s'engagent à :

- Poursuivre une réflexion sur la place de l'allergie dans la prise en charge de l'asthme.
- Favoriser l'éducation thérapeutique des malades allergiques.
- Intégrer l'allergie dans les campagnes d'information destinées au grand public.



Ils demandent aux pouvoirs publics de :

- Mettre en place un plan de lutte contre les maladies allergiques.
- Évaluer la part attribuable à l'allergie professionnelle.
- Favoriser les programmes de recherche spécifiquement orientés vers l'allergie respiratoire.



Chapitre 10

Cancer

En France, on dénombre chaque année 27 500 nouveaux cas de cancers bronchopulmonaires, dont 83 % chez l'homme mais avec une progression importante chez la femme. Ce type de cancer représente 10 % des nouveaux cas et est responsable de 27 164 décès par an (première cause de décès par cancer chez l'homme). On dénombre également 600 à 800 nouveaux cas par an de mésothéliomes (60 % environ d'origine professionnelle) ; on prévoit au moins un doublement de cette incidence pour les années qui viennent. Concernant cancers bronchiques et mésothéliomes, les pneumologues sont, en France, des acteurs importants pour le diagnostic, le bilan préthérapeutique, la prise en charge et le suivi thérapeutique. Ils organisent et participent à de nombreuses actions de formation et ont une importante implication dans la recherche. Ils partagent, avec les autres professionnels s'occupant de cancer, les priorités affichées par le Programme national de lutte contre le cancer.

Les pneumologues s'engagent à :

- Améliorer les connaissances épidémiologiques en participant, de manière active, aux programmes de surveillance et aux registres actuels sur les tumeurs thoraciques.
- Poursuivre et renforcer les actions de formation spécifique de la prise en charge de ces cancers.
- Généraliser la rédaction de thésaurus de pratiques professionnelles en cancérologie.
- Mettre en place l'ensemble des mesures prévues par le Plan cancer : consultation d'annonces, généralisation des réunions de concertation multidisciplinaire, formalisation de réseaux de soins, amélioration des patients et de leurs proches.



- Améliorer la qualité des soins en élaborant, diffusant et mesurant l'impact d'un référentiel sur le cancer bronchopulmonaire dans le cadre des évaluations des pratiques professionnelles.
- Améliorer l'accès des patients à une évaluation appropriée de leur risque professionnel.
- Structurer la recherche clinique dans le cadre de groupes collaboratifs.

Ils demandent aux pouvoirs publics de :

- Renforcer le système de surveillance du mésothéliome en étendant le Programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM), qui ne concerne, pour l'instant, que vingt départements français (15 millions d'habitants).
- Renforcer les crédits consacrés à la recherche sur le mésothéliome, en particulier les études étiologiques menées en collaboration avec les organismes publics de prévention des risques professionnels et environnementaux.
- Mesurer l'impact des mesures de prise en charge en maladie professionnelle des patients pour lesquels une exposition professionnelle antérieure à l'amiante a été identifiée.
- Renforcer et créer des registres spécifiques des cancers bronchopulmonaires.
- Soutenir les groupes coopératifs de recherche (contrats pluriannuels en oncologie thoracique).
- Mettre en place des modalités de valorisation de la participation des médecins libéraux aux réunions multidisciplinaires et réunions de réseaux.

Chapitre 11

Tabac

La lutte contre le tabagisme est une priorité nationale majeure de santé publique. Les actions récentes (renforcement de la communication sur les dangers du tabac et sur le contenu du produit des cigarettes, augmentation historique du prix du tabac, interdiction de fumer dans les lieux publics) ont entraîné une prise de conscience conséquente chez la population quant à l'importance du sevrage tabagique et une demande croissante de prise en charge spécialisée.

Malgré de nombreuses mesures visant à permettre cette prise en charge dans le cadre des soins ambulatoires (formation des médecins généralistes et des pharmaciens, mise à disposition de substituts nicotiques sans prescription médicale), la demande des personnes fumeuses dépasse largement les capacités de prise en charge des structures hospitalières.

Les pneumologues libéraux, fortement impliqués dans ces actions et disposant de plus en plus souvent d'une formation spécifique, voient leurs actions limitées par l'absence de valorisation spécifique pour une prise en charge souvent fortement consommatrice de temps médical. Le recours à des psychologues et à des diététiciens, très souvent indiqué, est limité par l'absence de prise en charge en ambulatoire.

Les pneumologues s'engagent à :

- Initier la prise en charge du sevrage tabagique des patients hospitalisés, en particulier de ceux souffrant d'une pathologie liée au tabac.
- Mettre en place des actions d'éducation pour les personnels hospitaliers, pour qu'ils sachent comment prendre en charge le tabagisme *a minima* et répondre à la demande de sevrage des fumeurs ~~du bassin de vie~~.
- Développer des actions spécifiques pour les fumeurs persistant qui ont souvent des comorbidités. Ces fumeurs requièrent une prise en charge spécifique, difficile

à dispenser en médecine de ville, contrairement à celle destinée aux fumeurs moins dépendants et sans comorbidité.

- Développer des actions spécifiques centrées sur les besoins des femmes, en particulier en cours de grossesse, selon les recommandations de la dernière conférence de consensus.
- Mettre en place des actions d'éducation pour la santé auprès des médecins généralistes, des autres professionnels de soins et dans le bassin de vie.
- Développer la mise en place d'une recherche spécifique, en favorisant, en particulier, les collaborations (pharmacologie, thérapie cognitive et comportementale).
- Participer à la réduction de l'exposition au tabagisme passif dans les lieux publics.

Ils demandent aux pouvoirs publics de :

- Donner, au niveau de chaque région, les moyens financiers permettant la poursuite de l'application ~~de la circulaire~~ de la circulaire DH/EO2/DGS/2000/182/ du 3 avril 2000 et des mesures de lutte contre le tabagisme prévues dans le cadre du Plan national de lutte contre le cancer.
- Réaliser, avec les professionnels, une mesure d'impact de cette circulaire permettant de faire évoluer l'organisation de la lutte contre le tabagisme.
- Valoriser l'acte de prévention et d'éducation sanitaire.
- Favoriser le développement de structures permettant, aux personnes engagées dans une démarche de sevrage, un accès facilité aux psychologues et diététiciens.
- Mettre en place des études épidémiologiques pour évaluer les conséquences respiratoires de l'usage du tabac (tabagisme passif, tabac et grossesse, arrêt du tabac et prise de poids...).

Chapitre 12

Cannabis

La consommation de cannabis est en augmentation constante dans toute l'Europe. En France métropolitaine, on estime qu'il y a 9,5 millions d'expérimentateurs, 3,1 millions d'utilisateurs occasionnels, 0,6 million de consommateurs réguliers et 0,35 million de consommateurs quotidiens (0,12 million de 14-18 ans). Les études récentes suggèrent un risque augmenté de bronchites aiguës, de BPCO et de cancers ORL (langue et larynx) et peut-être d'autres tumeurs (leucémies aiguës non lymphoblastiques et astrocytomes).

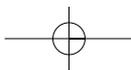
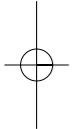
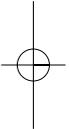
Les pneumologues s'engagent à :

- Mettre en place des modules spécifiques en formation initiale (DES) et en formation continue (DU de tabacologie, FMC), pour améliorer la compétence des pneumologues confrontés à la consommation du cannabis dans le cadre des consultations d'aide au sevrage tabagique.
- Mettre en place des actions de formation spécifiques pour les paramédicaux et les bénévoles intervenant auprès des adolescents et jeunes adultes.
- Développer des actions d'intervention spécifiques auprès des adolescents et jeunes adultes.
- Développer des actions spécifiques pour répondre aux conséquences sur l'appareil respiratoire de la consommation de haschich (problème de santé publique émergent, presque toujours associé à la consommation de tabac).



Ils demandent aux pouvoirs publics de :

- Mettre en place des études épidémiologiques pour évaluer les conséquences respiratoires et le risque carcinogène de l'usage du cannabis.
- Développer, ~~en partenariat, avec les pneumologues~~ des campagnes d'information sur les risques respiratoires de l'usage régulier de cannabis.
- Soutenir les associations engagées dans des actions d'information et de prévention sur les risques respiratoires de l'usage régulier de cannabis.



Chapitre 13

Maladies rares

En pneumologie, les maladies rares sont au nombre de quelques dizaines, certaines partagées avec d'autres spécialités, sans que l'on puisse avoir de chiffres précis sur le nombre de patients concernés. Du fait de leur rareté, ces maladies sont relativement mal connues des médecins, qui n'en rencontrent qu'un nombre limité au cours de leur vie professionnelle, avec un risque de diagnostic retardé et de prise en charge sous-optimale. Il est vraisemblable que nombre d'entre elles sont encore sous-diagnostiquées, et il est possible que la meilleure reconnaissance de ces maladies aboutisse à une augmentation de la prévalence.

Dès le début des années 1990, les pneumologues ont mis en place le Groupe d'études et de recherche sur les maladies « orphelines » pulmonaires (GERM «O» P), qui a permis, par l'étude de nombreuses cohortes de patient d'améliorer les connaissances, le diagnostic et la prise en charge de ces maladies. Dans le cadre du Plan national maladies rares 2005-2008, trois centres de référence ont été labellisés en pneumologie : pour l'hypertension artérielle pulmonaire sévère (Gérald [Simonneau](#)), le syndrome d'Ondine (Thi-Tuyet-Ha-Trang), pour les maladies orphelines (Jean-François Cordier).

Les pneumologues s'engagent à :

- Améliorer la formation pour un diagnostic précoce et une orientation adaptée de ces maladies rares (diffusion d'algorithmes d'aide au diagnostic, définition des investigations permettant de confirmer le diagnostic, orientation, en lien avec le centre de référence, vers des centres de compétence régionaux ou interrégionaux).
- Renforcer la participation à des protocoles de recherche clinique et thérapeutique coordonnés par le centre de référence.
- Participer à la mise en place de centres de compétence régionaux pluridisciplinaires (imagerie, anatomopathologie, médecine interne, autres spécialités médicales et chirurgicales).

Ils demandent aux pouvoirs publics de :

- Valoriser la participation des professionnels à ces réseaux de compétence, tant pour ceux du secteur hospitalier (dans le cadre du Migac*) que pour ceux du secteur libéral (dérogations tarifaires).
- Poursuivre l'organisation de l'offre de soins en centres de référence nationaux et centres de compétences régionaux.
- Soutenir la recherche, en particulier les études de cohortes et de registres permettant la réalisation d'études épidémiologiques, médico-économiques et d'évaluation des performances des différentes structures.
- Poursuivre une politique soutenue d'accès facilité aux médicaments innovants.

* MIGAC: MIG (Missions d'intérêt général), AC (Aide à la contractualisation)

Chapitre 14

Mucoviscidose

La mucoviscidose est la plus fréquente des maladies génétiques. On estime, en France, qu'il y a plus de 6 000 patients, 4 104 patients ayant été vus en 2003 dans un centre de soins spécialisés. L'atteinte respiratoire domine, surtout à l'âge adulte avec, dans 13,7 % des cas, une oxygénothérapie de longue durée, dans 7,8 % des cas, une VNI, dans 81 % des cas, une aérosolthérapie au long cours, 14,6 % ayant eu ou étant en attente de transplantation pulmonaire. En quelques années, le pronostic a été transformé (médiane de survie à cinq ans dans les années 1960, de près de quarante ans en 2005), grâce une organisation des soins permettant une gestion rigoureuse des patients, une prise en charge globale dans un cadre multidisciplinaire, l'implication de plus en plus importante et adaptée des pneumologues d'adultes, la mise en place, en 2002, sous l'égide de l'Anaes, de la SPLF et de la SFP (Société française de pédiatrie), de recommandations nationales. Aujourd'hui, le dispositif, régi par la circulaire d'organisation des soins d'octobre 2001, comprend quarante-neuf centres de référence labellisés répondant à des critères élevés de qualité. Ces centres sont, depuis peu, regroupés dans une fédération.

Les pneumologues s'engagent à :

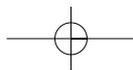
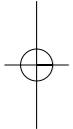
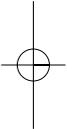
- Renforcer la coordination des soins, la constitution et l'animation de réseaux de soins pour, en particulier, favoriser l'éducation thérapeutique du patient et de sa famille.
- Développer la formation des personnels de santé concernés.
- Développer la recherche dans le cadre de collaborations nationales et internationales (création d'un registre national, recherches médico-économiques, en sciences sociales...).



- Mettre en place une démarche d'évaluation de l'organisation des soins (évaluation des pratiques médicales, élaboration de référentiels, élaboration de protocole nationaux prospectifs).

Ils demandent aux pouvoirs publics de :

- Poursuivre le soutien aux centres de références.
- Soutenir les actions d'évaluation.
- Mettre en place un soutien institutionnel aux projets de recherches.



Chapitre 15

Environnement

La population française est de plus en plus préoccupée par la menace que peut représenter son environnement. Les scientifiques mettent régulièrement en évidence des effets sanitaires associés à des polluants biologiques, chimiques ou physiques. La multiplication des informations est à l'origine d'une prise de conscience accrue, qui amène le citoyen à exiger un droit à une information claire et à une participation aux décisions. L'environnement extérieur, domestique et professionnel fait l'objet de nombreuses réglementations, mais ces actions restent encore insuffisantes, compte tenu des connaissances les plus récentes sur les effets à long terme des polluants à faibles doses, des risques encore mal évalués liant des expositions à des facteurs environnementaux, de l'évolution des conditions globales en matière de climat et de biodiversité et de la survenue ou de l'évolution de différentes pathologies respiratoires. Ainsi, le tabagisme, l'amiante, certains pesticides, l'alimentation, l'exposition au soleil, les polluants des dégagements de Diesel, les métaux lourds sont des facteurs de risque de cancer thoracique. Dans le monde, on estime qu'environ trois millions de personnes meurent chaque année prématurément en raison de la pollution de l'air.

Les pneumologues sont concernés par un grand nombre des priorités du Programme national santé environnement :

- Prévention des infections/intoxications aiguës, liées à des conditions climatiques extrêmes et aux effets de la pollution atmosphérique urbaine : légionellose (1 000 cas par an), intoxication au monoxyde de carbone (environ 300 décès par an), pollution atmosphérique urbaine (10 à 30 milliers de décès anticipés par an estimés en France) et phénomènes climatiques hors normes (froid et canicule).
- Prévention des cancers en relation avec des expositions environnementales : amiante, radiations ionisantes (radon), rayonnements ultraviolets, benzène,



métaux lourds, certaines substances chimiques (hydrocarbures aromatiques, dioxines, effluents des véhicules Diesel...), tabagisme passif.

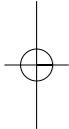
- Prévention des maladies allergiques respiratoires en relation avec des expositions environnementales.

Les pneumologues s'engagent à :

- Continuer les travaux de recherche clinique sur les effets de la pollution sur la santé respiratoire.
- Informer le grand public sur les effets délétères de la pollution, mais aussi du tabagisme, en particulier du tabagisme passif.

Ils demandent aux pouvoirs publics de :

- Modifier le niveau de tolérance des PM 2,5.
- Modifier le niveau de tolérance de la pollution au NO₂.



Chapitre 16

Réanimation, soins intensifs et soins continus

Historiquement en France, dans nombre d'établissements, les premières structures de réanimation sont issues de services de pneumologie, longtemps pionniers en matière de ventilation artificielle. Aujourd'hui, les besoins restent importants : augmentation de la prévalence de la BPCO, de l'obésité morbide, de la pathologie respiratoire du sommeil et des maladies neuromusculaires. La préparation à une éventuelle pandémie souligne la faiblesse des moyens disponibles. Au moment où de nombreux textes clarifient la définition et les objectifs des différentes structures prenant en charge des patients en détresse vitale, la France doit, à l'instar d'autres pays occidentaux, élaborer des filières spécifiques pour les patients nécessitant une ventilation assistée chronique ou une VNI aiguë ou chronique. Un nombre important de services hospitaliers de pneumologie prennent actuellement en charge ces patients dans des structures non officiellement reconnues avec une valorisation insuffisante de ces prises en charge, compte tenu du temps médical et paramédical nécessaire. Dans une enquête récente, la quasi-totalité des services de pneumologie en centre hospitalier universitaire (CHU) (88 %) déclarent prendre en charge des patients ayant besoin d'une VNI, tant en chronique qu'en aigu, mais, en termes de structures, on ne dénombre que cinq services avec un secteur de réanimation, neuf avec une Unité de soins intensifs respiratoires (USIR) et deux avec une unité de soins continus (USC). De même, alors que 71 % (192 répondants) des services situés en centres hospitaliers généraux (CHG) pratiquent la VNI en aigu et en chronique, seuls vingt ont une USC et trois une USIR. En secteur libéral, quelques cliniques médico-chirurgicales disposent d'Unités de réanimation ou d'USC, dans lesquelles des pneumologues interviennent ponctuellement ou dans le cadre d'astreintes opérationnelles.

Même si, dans l'immense majorité des cas, il existe des liens anciens et nombreux entre les services de réanimation et de pneumologie, l'organisation en filières explicites est rare.

Les pneumologues s'engagent à :

- Participer à l'élaboration de schémas régionaux d'organisation de la prise en charge des patients nécessitant une ventilation aiguë ou chronique dans le cadre d'une défaillance mono-viscérale respiratoire.
- Poursuivre les actions de formation nécessaires dans la prise en charge des patients ventilés.
- Estimer, dans le cadre d'études de recherche, l'évaluation des pratiques et la performance des différents modes de prise en charge des personnes nécessitant une ventilation chronique.
- Faire participer les associations de patients à l'élaboration des différentes modalités de prise en charge.
- Mutualiser les moyens humains nécessaires à ces prises en charge, en particulier avec les services de réanimation et de cardiologie.
- Développer l'information sur la prise en charge par ventilation chronique non invasive (site Internet VentiWeb).

Ils demandent aux pouvoirs publics de :

- Mettre en place les études épidémiologiques indispensables à l'identification des besoins régionaux et nationaux des patients nécessitant une ventilation (aiguë et chronique).
- Élaborer des schémas régionaux d'organisation de la prise en charge de ces patients.
- Développer des outils permettant la valorisation de la VNI, lorsque celle-ci est réalisée en dehors de lits dédiés.
- Favoriser la réalisation de référentiels de bonne pratique de la VNI et la mise en place d'actions d'évaluation des pratiques.
- Soutenir les actions d'éducation thérapeutique des patients ventilés chroniques.

Chapitre 17

Sommeil

Il s'agit d'un important problème de santé publique encore largement sous-estimé en France. La prévalence des apnées-hypopnées obstructives dans la population générale est de 4 % chez les hommes et de 2 % chez les femmes. Celle d'un « véritable » SAOS (apnées-hypopnées + somnolence) est nettement moindre (de 1 à 5 % de la population adulte masculine). La prévalence du SAOS non diagnostiqué varie de 0,3 à 5 %. Le SAOS est un facteur de risque indépendant du développement d'une hypertension artérielle, d'une insuffisance coronarienne et d'un accident vasculaire cérébral. La somnolence liée au SAOS augmente de façon considérable le risque d'accident de la voie publique et, en particulier d'accident de conduite automobile. Bien que cela ne soit pas établi de manière définitive, le SAOS semble être un facteur de surmortalité, du moins chez les adultes de moins de 50 ans. En revanche, la mortalité du SAOS traité par ventilation nocturne en pression positive continue rejoint celle de la population générale.

La prise en charge des troubles respiratoires au cours du sommeil est une préoccupation croissante des pneumologues. Aujourd'hui, plus de la moitié des pneumologues ont une « expertise sommeil », souvent grâce à une formation continue volontaire. L'engagement des pneumologues est important, que ce soit pour le dépistage, le diagnostic ou le traitement. De nombreux services de pneumologie ont des plateaux techniques de qualité, plusieurs CHU ont développé une expertise importante et sont fortement impliqués dans la recherche clinique; la pneumologie libérale a largement utilisé les techniques d'enregistrement et de prise en charge ambulatoire; enfin, depuis peu, se développent des plateaux techniques spécialisés multidisciplinaires (pneumologie, ORL, cardiologie, neurologie). L'implication des pneumologues est également importante dans l'information du public et des autres professionnels (médecins généralistes, autres spécialistes).

Les pneumologues s'engagent à :

- Poursuivre les actions d'information sur la pathologie du sommeil auprès du public et des autres professionnels de santé.
- Poursuivre et renforcer les actions de formation initiale et continue, en particulier dans le cadre de la FMC.
- Développer, dans ce domaine, des référentiels permettant l'évaluation des pratiques.
- Évaluer la performance des différentes modalités de prise en charge, en particulier les facteurs permettant d'améliorer l'adhésion aux traitements et les études médico-économiques.
- Favoriser la mise en place de réseaux permettant une prise en charge multi-professionnelle dans le cadre de référentiels communs.
- ~~Mettre en place les transferts de compétences.~~

Ils demandent aux pouvoirs publics de :

- Concrétiser ~~en place~~ un programme national pluriannuel permettant de favoriser la mise en place d'études épidémiologiques pour mieux connaître la prévalence des pathologies du sommeil, la création de réseaux spécifiques permettant, dans le cadre de financements pérennes, une prise en charge globale avec des intervenants adaptés aux besoins des patients (en particulier en milieu libéral, de diététiciens, psychologues et assistantes sociales), le développement d'actions d'éducation thérapeutique valorisant ces actions, tant au niveau des établissements hospitaliers (enveloppe Migac) qu'au niveau libéral (dérogation tarifaire) dans le cadre d'un cahier des charges développé avec les professionnels et les représentants des patients.
- Soutenir les actions d'évaluation des pratiques de prise en charge de ces patients.

Chapitre 18

Infections respiratoires et tuberculose

Les infections respiratoires touchent près de dix millions de personnes chaque année en France. La mortalité a, bien sûr, considérablement diminué dans des pays industrialisés comme la France, et les bronchites aiguës et les autres viroses respiratoires courantes sont d'évolution presque toujours bénigne. Certains virus ont cependant une morbidité et une mortalité non négligeables aux âges extrêmes de la vie. Le pronostic des pneumopathies aiguës est très différent, avec un risque létal de 4 à 5 %, qui atteint 10 à 15 % pour les patients nécessitant une hospitalisation (6 000 à 13 000 décès par an). Le pronostic des pneumopathies nosocomiales est plus sévère encore, avec toujours une prolongation de la durée d'hospitalisation et une mortalité allant de 20 à 50 %. L'impact des infections respiratoires sur l'évolution des patients ayant une maladie respiratoire chronique est mal connu. L'impact économique est considérable : les infections respiratoires sont responsables de plus de la moitié de la consommation totale d'antibiotiques (24 millions de prescriptions par an en France). Les pneumologues sont particulièrement impliqués dans la prise en charge des gripes graves et souhaitent s'associer à la réflexion en cours sur la préparation à une pandémie grippale.

Les pneumologues s'engagent à :

- Participer activement à l'ensemble des actions d'information actuellement mises en place par les pouvoirs publics pour une utilisation raisonnée des antibiotiques, en particulier du grand public et des autres professionnels.
- Mettre en place des formations spécifiques sur le bon usage de l'antibiothérapie dans les infections respiratoires prises en charge en ambulatoire.
- Développer un rôle d'expertise et de conseil.
- Développer des actions d'évaluation de la prise en charge des pneumopathies aiguës communautaires nécessitant une hospitalisation.

- Participer aux actions de prévention des pneumopathies nosocomiales.
- Participer aux actions d'information, de prévention des épidémies, que l'agent infectieux soit connu (grippe) ou émergent (grippe aviaire, SRAS) et soutenir la mise en place d'un Registre des infections pulmonaires rares (RIPR).

Ils demandent aux pouvoirs publics de :

- Évaluer les actions du Programme national d'utilisation raisonnée des antibiotiques.
- Soutenir les actions d'information du public sur la prescription raisonnée d'antibiotiques.
- Associer les pneumologues aux plans nationaux de prévention des épidémies à tropisme pulmonaire.
- Mettre en place un programme national de lutte contre la tuberculose.

Chapitre 19

Pneumopathies infiltrantes diffuses

Les pneumopathies infiltrantes diffuses (PID) rassemblent près de deux cents entités différentes, dont certaines sont rares et beaucoup de cause inconnue. La présentation radio-clinique des PID est souvent très similaire, avec une dyspnée et des opacités infiltrantes plus ou moins diffuses sur la radiographie pulmonaire. Il n'existe pas de données françaises concernant l'épidémiologie de ces maladies, mais une étude américaine estime la prévalence des PID à 80/100 000 habitants et son incidence annuelle à 30/100 000 avec une atteinte masculine prédominante. Nombre de ces maladies sont d'origine environnementale, secondaires à l'inhalation ou à l'absorption de substances toxiques pour le système respiratoire, souvent dans un contexte professionnel (tant agricole qu'industriel), mais parfois dans un contexte domestique, notamment en rapport avec des effets indésirables de médicaments. Le Groupe d'études de la pathologie pulmonaire iatrogène, fondé en 1995 par deux pneumologues dijonnais, Philippe Camus et Pascal Foucher, au sein de la SPLF et en collaboration avec l'Association française des centres de pharmacovigilance, a développé une base de données sur les médicaments toxiques pour le poumon. Cette base, disponible sur Internet (www.pneumotox.com) et internationalement reconnue, est d'une aide quotidienne pour le clinicien dans l'identification des médicaments responsables d'une atteinte pulmonaire. Une PID est parfois la manifestation pulmonaire de maladies systémiques justifiant des collaborations, par exemple, avec la médecine interne ou la rhumatologie. Beaucoup de ces maladies n'ont pas de traitement efficace, mais certaines pourraient être prévenues en limitant l'exposition aux toxiques et en améliorant l'environnement domestique et professionnel.

Dans les vingt dernières années, les progrès de l'imagerie médicale et des méthodes d'exploration endobronchique ont permis de mieux reconnaître et caractériser ces maladies. Une collaboration entre radiologues et pneumologues a permis d'établir une nouvelle sémologie radiologique, préalable indispensable à la mise en place d'essais thérapeutiques.

Les pneumologues participent à plusieurs essais thérapeutiques internationaux et en ont élaboré d'originaux en cours de réalisation. La mise en place d'une cohorte devrait voir le jour à court terme avec, entre autres, pour objectif la constitution d'une biothèque à partir de divers prélèvements biologiques. Ce type d'approche devrait permettre de mieux comprendre les mécanismes biologiques associés à la dégradation de la fonction respiratoire, notamment lors des exacerbations de la maladie.

Les pneumologues s'engagent à :

- Améliorer la formation des médecins, spécialistes et généralistes, sur les PID, en lien avec les actions développées dans le domaine des maladies rares.
- Poursuivre le développement de la base de données « Pneumotox ».
- Élaborer des cohortes de patients souffrant de PID définies.
- Développer les réunions de concertation pluridisciplinaire concernant les pneumopathies infiltrantes diffuses, rassemblant pneumologues, radiologues, spécialistes en pathologie professionnelle, chirurgiens, anatomopathologistes, afin d'optimiser le diagnostic et le traitement des PID en mettant en commun les expertises.
- Agir en concertation avec les médecins du travail afin d'améliorer la prévention et le diagnostic précoce des PID.
- Développer de nouveaux outils d'exploration des PID (imagerie, endoscopie, biologie) afin d'améliorer la qualité des essais thérapeutiques et d'identifier de nouvelles cibles thérapeutiques potentielles.

Ils demandent aux pouvoirs publics de :

- Soutenir la recherche concernant les PID : recherche épidémiologique afin d'apprécier l'incidence et la prévalence des PID en France, recherche clinique fondée sur des cohortes françaises et européennes, recherche fondamentale afin de mieux comprendre pour mieux soigner.
- Soutenir le développement d'outils cliniques d'aide au diagnostic des PID, tel le site « Pneumotox ».
- Favoriser la création des réunions de concertation pluridisciplinaire concernant les PID en valorisant financièrement la participation des médecins à ces réunions.
- Soutenir et développer les actions de prévention d'exposition aux toxiques respiratoires, notamment en milieu professionnel.