



**PROGRAMME D' ACTIONS SUR LES PARCOURS DE  
SANTÉ DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES  
CHRONIQUES**

-

**LA BRONCHO PNEUMOPATHIE  
CHRONIQUE OBSTRUCTIVE (BPCO)  
2012 - 2016**

INTRODUCTION .....	3
1. LA BPCO EN FRANCE .....	4
1.1. Facteurs de risque .....	4
1.2. Prévention et prise en charge .....	4
1.3. Eléments épidémiologiques .....	5
1.4. Poids médico-économique de la maladie .....	6
2. LE CONTEXTE REGIONAL .....	7
2.1. Une offre disparate .....	7
2.2. Des données inquiétantes .....	7
2.3. Analyse régionale de la pratique médicale .....	9
2.4. Analyse du parcours de soins .....	9
3. PLAN D’ACTIONS BPCO 2012 – 2016 .....	11
3.1. Axe 1 : Communiquer pour mieux prévenir .....	13
3.2. Axe 2 : Accentuer le dépistage de la BPCO .....	14
3.3. Axe 3 : Accentuer la formation des professionnels de santé à la prise en charge de la BPCO .....	23
3.4. Axe 4 : Organiser l’offre de réhabilitation respiratoire .....	29
3.5. Axe 5 : Accompagner le patient .....	37
3.6. Axe 6 : Evaluer .....	42
3.7. Volet recherche .....	
ANNEXES .....	45
GLOSSAIRE .....	69

## INTRODUCTION

En France, les maladies chroniques touchent 15 millions de personnes atteintes plus ou moins sévèrement, soit 20% de la population.

Il s'agit à la fois des maladies transmissibles (hépatites chroniques, sida,...) et des maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, diabète, obésité, asthme, cancers,...) responsables de 86% des décès et 77% de la charge de morbidité en Europe.

Pour la région Nord-Pas-de-Calais, la situation est d'autant plus préoccupante que l'incidence et la prévalence de certaines maladies non transmissibles est supérieure au niveau national : c'est le cas pour les maladies respiratoires, le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'obésité et la plupart des cancers. De plus, la région a le triste record de la mortalité prématurée évitable (avant 65 ans) pour les deux sexes.

Tout en s'articulant avec les plans nationaux la politique de santé régionale, définie au travers de son Projet Régional de Santé, a pour objectif d'une part, de diagnostiquer au plus tôt les maladies pour une meilleure efficacité des traitements et d'autre part, de maintenir la qualité de vie des personnes au travers de différentes actions de prévention, d'organisation des parcours de soins et d'accompagnements médico-sociaux permettant la récupération ou la compensation des incapacités fonctionnelles.

Comme le précise le Plan stratégique régional de santé, les leviers majeurs permettant d'améliorer l'efficacité et l'efficience des parcours de soins passent par une action concertée sur les déterminants de santé, la connaissance des facteurs de risque et des pathologies, leur repérage précoce ainsi qu'un décloisonnement des secteurs (prévention, ambulatoire, hospitalier et médico-social) pour mieux coordonner les parcours de santé.

Les programmes spécifiques consacrés à ces maladies chroniques et déclinés dans le cadre des priorités de santé du PRS reprendront cette dimension transversale du parcours de santé plaçant le patient au cœur du dispositif.

Le premier de ces programmes est consacré à la Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO).

## 1. LA BPCO EN FRANCE

La BPCO est une maladie chronique inflammatoire lentement évolutive qui touche les personnes de plus de 40 ans. Elle se caractérise par un rétrécissement des voies aériennes. Au départ asymptomatique, elle évolue vers un essoufflement à l'effort puis au repos. Des décompensations respiratoires, à l'occasion d'épisodes infectieux peuvent entraîner une insuffisance respiratoire aiguë mettant en jeu le pronostic vital. A un stade avancé, elle entraîne une insuffisance respiratoire chronique limitant le moindre effort de la vie quotidienne.

Dans 80 % des cas, le tabagisme est la principale cause de la BPCO, et dans 20% des cas une exposition professionnelle est en cause. La maladie peut être repérée précocement par une simple mesure du souffle.

Quel que soit le stade (cf détail en annexe 1), une bonne prise en charge (notamment grâce à la réhabilitation respiratoire et l'éducation thérapeutique) permet de diminuer les complications et d'améliorer la qualité de vie des patients.

### 1.1. Facteurs de risque

La BPCO atteint les adultes à partir de 40 ans et augmente de fréquence avec l'âge. Les hommes sont plus atteints que les femmes. Cependant, avec l'évolution du tabagisme féminin, la proportion de femmes augmente constamment.

Le tabac est en cause dans plus de 80% des cas de BPCO. Le risque s'accroît avec l'ancienneté et l'intensité de l'addiction. Il existe cependant, à consommation égale, une susceptibilité individuelle au tabac due à des facteurs environnementaux et génétiques mal connus. L'arrêt du tabac, à tous les stades de la maladie, permet de stabiliser et parfois même d'améliorer les fonctions respiratoires de la personne malade. Le cannabis est également reconnu comme responsable de lésions bronchiques pouvant générer une BPCO.

Les polluants professionnels (minéraux, chimiques ou organiques) sont responsables de 20% des BPCO. Les pollutions domestiques et urbaines sont à la fois des facteurs de risque de la maladie et des facteurs déclenchant des complications aiguës chez les malades.

Les conditions de vie défavorables et la malnutrition aggravent le risque de voir apparaître une BPCO sévère.

### 1.2. Prévention et prise en charge

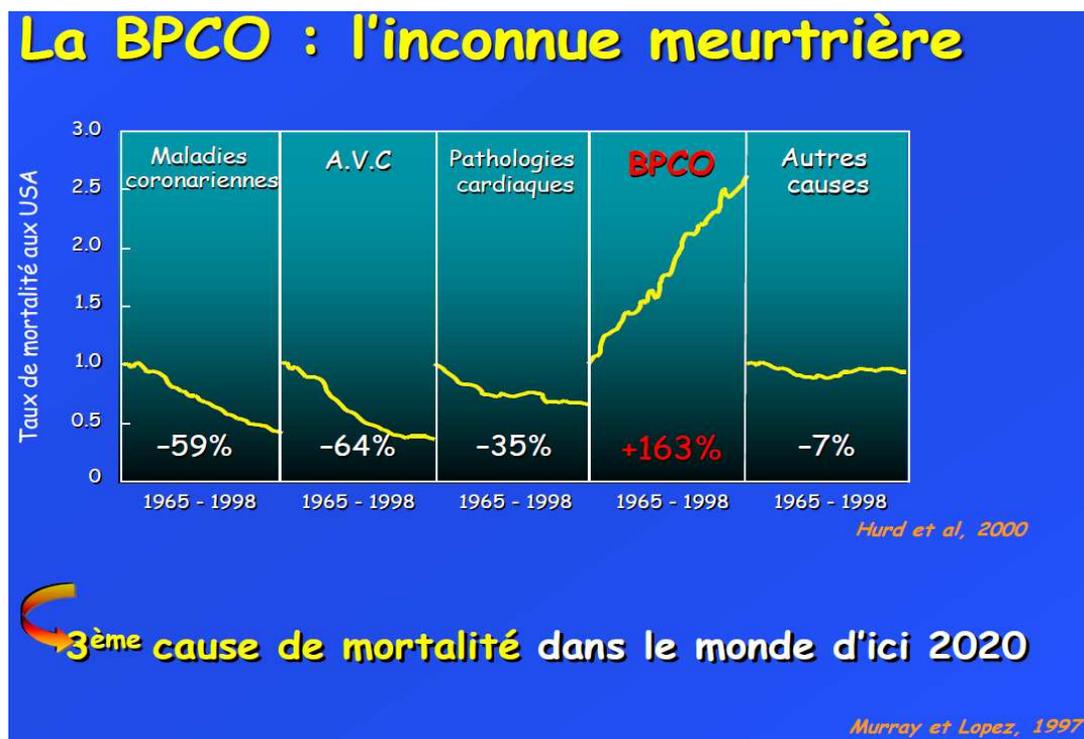
La BPCO est longtemps non ressentie par le malade. Elle évolue à bas bruit entraînant des lésions bronchiques majeures qui pourraient être prévenues par un dépistage précoce à l'aide d'un appareil permettant la mesure du souffle.

Le traitement de la BPCO vise à la récupération de la fonction respiratoire et au maintien et/ou à la reprise d'activités abandonnées à cause de la BPCO. Il doit permettre ainsi l'amélioration de la qualité de vie du patient. Il repose sur le sevrage ou la diminution du tabac et/ou l'arrêt de l'exposition professionnelle, les médicaments bronchodilatateurs, l'éducation thérapeutique, la réhabilitation respiratoire, la pratique d'une activité physique adaptée et une prise en charge spécifique des exacerbations.

L'arrêt du tabac, l'éducation thérapeutique et la réhabilitation respiratoire permettent d'augmenter la qualité de vie des patients et de diminuer le nombre et la durée des hospitalisations.

### 1.3. Eléments épidémiologiques

La BPCO est en augmentation constante depuis 30 ans avec plus de 44 millions de malades dans le monde. Alors qu'elle n'occupait que la 6ème place en 1990, la BPCO est aujourd'hui la 4ème cause de mortalité mondiale. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) prévoit que ce sera la troisième cause en 2020



De plus, la prévalence de la BPCO est sous estimée car le diagnostic est souvent tardif. Des études épidémiologiques montrent que le diagnostic est porté dans moins d'un tiers des cas parmi les sujets atteints de la population générale.

En 1993, 20% des patients atteints de BPCO étaient des femmes. Aujourd'hui, elles représentent 40 à 45 % des malades. Cela s'explique par le fait que les françaises sont de plus en plus nombreuses à fumer (30 % actuellement).

La prévalence moyenne se situe en France à 7,5 % de la population adulte. L'incidence tend à se stabiliser chez l'homme mais continue à augmenter chez la femme.

### 1.4. Poids médico-économique de la maladie <sup>1</sup>

Le coût direct de la maladie est estimé à 3,5 milliards d'euros par an. 60% est lié aux exacerbations et 40% au suivi au long cours de la pathologie. Le coût moyen de prise en charge s'élève à 4 000 euros par an.

Pour les malades les plus sévèrement atteints, admis en affection de longue durée pour insuffisance respiratoire chronique (liée ou non à la BPCO), les dépenses moyennes annuelles de santé sont supérieures à 6 000 euros par patient. 50% sont imputables à des dépenses d'hospitalisation et 20% à des médicaments.

Le coût moyen d'une oxygénothérapie à domicile s'élève à 10 000 euros par an.

Par ailleurs, les répercussions sociales de la BPCO sont considérables sur les patients, leurs familles, les employeurs et la société.

---

<sup>1</sup> Les chiffres sont tirés du Programme d'actions en faveur de la BPCO.

Ministère de la santé et des solidarités, Programme d'actions en faveur de la BPCO 2005-2010, 15 novembre 2005, p 9

## 2. LE CONTEXTE REGIONAL

### 2.1. Une offre disparate

La répartition des pneumologues est très hétérogène dans la région Nord Pas de Calais. L'Arrageois, la Flandre intérieure et le Calaisis sont les trois zones de proximité ayant la densité de pneumologues pour 100 000 habitants la plus faible, se situant autour de -20% par rapport à la moyenne nationale Cette densité se situe par contre à + 30% au niveau de la métropole lilloise.

L'essentiel des établissements hospitaliers ayant en leur sein un centre de réhabilitation respiratoire se situe dans la métropole lilloise et le bassin minier. L'activité de ces structures est très variable. Elles ont accueilli en 2010 un total de 669 personnes, dont 226 en hospitalisation complète et 443 en ambulatoire.

Les programmes d'éducation thérapeutique sont encore peu nombreux, mais vont monter en charge progressivement dans le cadre de la procédure d'autorisation. Ils émanent principalement des centres de réhabilitation, mais des programmes dédiés à la BPCO sont également en cours d'élaboration dans plusieurs Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) de la région.

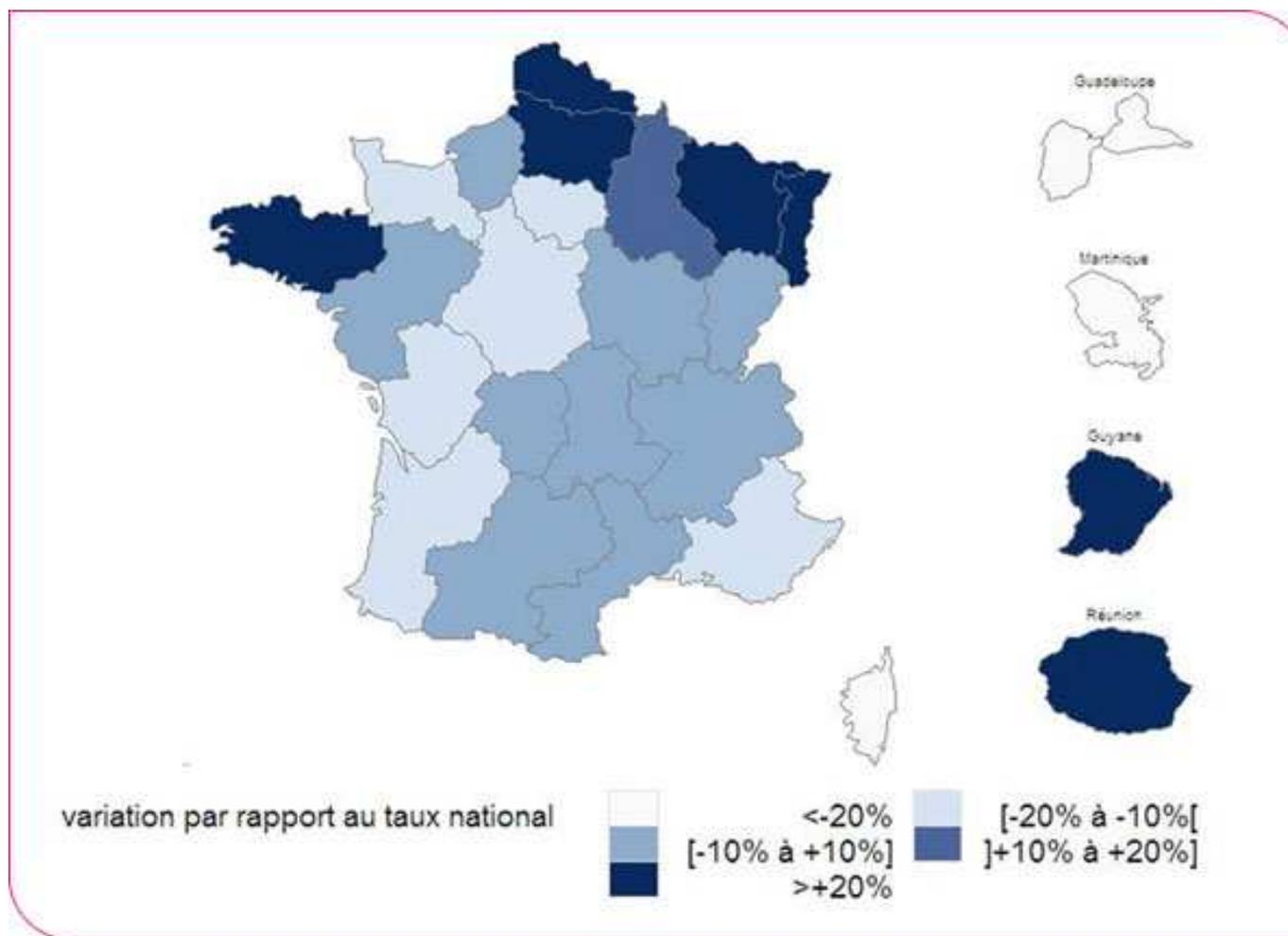
Pour les patients en situation complexe (comorbidités, contexte psychosocial difficile), certains réseaux de santé proposent de les accompagner dans le cadre d'une prise en charge globale et coordonnée.

*Cf données détaillées en annexe 2.*

### 2.2. Des données inquiétantes

Dans une étude sur les causes initiales de décès 2005 – 2007 par BPCO, l'InVS a montré d'importantes disparités régionales. La région Nord Pas de Calais se situe parmi les régions ayant les taux les plus élevés à + 35% par rapport au taux national.

Variations régionales des taux de mortalité par BPCO, cause initiale de décès, 2005-2007



Ces chiffres sont comparables au nombre de décès constaté au titre du tabagisme qui est supérieur de 40% à la moyenne nationale chez les hommes et de 22% chez les femmes.

*Cf données détaillées en annexe 3.*

### 2.3. Analyse régionale de la pratique médicale

Pour analyser la prise en charge des patients atteints de BPCO, une étude a été menée sur des patients ayant bénéficié d'une primo prescription d'un médicament anticholinergique : le Tiotropium (Spiriva).

Il s'agit d'un traitement bronchodilatateur continu ayant pour seule indication le traitement des symptômes des patients présentant une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). Il n'a pas d'indication dans l'asthme.

Les éléments d'analyse de pratique recueillis sont partiels puisque recueillis à partir des prescriptions d'un médicament traceur. Ils mettent néanmoins en évidence des inadéquations dans le suivi des recommandations de bonnes pratiques qui justifient les actions de sensibilisation et de formation des professionnels de santé à la prise en charge de cette maladie.

L'appropriation des référentiels de pratique par les professionnels constitue un enjeu majeur et les actions menées en ce sens sont à encourager. Il en est de même pour les expérimentations de déploiement d'outils d'aide à la décision (en lien avec les référentiels de bonne pratique) intégrés directement sur le poste du professionnel de santé.

*Les données détaillées de cette étude se situent en annexe 4.*

### 2.4. Analyse du parcours de soins

Une étude qualitative par entretiens semi directifs a été menée par l'ARS en 2011 auprès de professionnels de santé et de patients atteints de BPCO. Son objectif était d'identifier les situations critiques dans le parcours de soins des personnes atteintes de BPCO en prenant comme référentiel le Guide de l'HAS / ALD-Insuffisance respiratoire chronique grave de l'adulte secondaire à une BPCO datant d'octobre 2006.

Les points critiques les plus souvent relevés sont les suivants :

#### 1. Le dépistage fait par les médecins généralistes et l'orientation vers un pneumologue

Il existe encore un sous-diagnostic important de la BPCO liée à la fois à la sous-estimation par les patients eux-mêmes des symptômes (dyspnée, toux chronique, expectoration) mais aussi à une pratique peu répandue du dépistage de cette pathologie par les médecins de premier recours. Les pneumologues voient très souvent arriver des patients déjà au stade 3 de la maladie.

### **2. La prescription de programme de réhabilitation respiratoire reste faible**

La prescription de réhabilitation respiratoire reste modérée au regard des patients porteurs de la maladie, aussi bien de la part des médecins généralistes que des pneumologues.

Au-delà de l'insuffisance et de l'hétérogénéité de l'offre, les prescriptions aujourd'hui constatées sont le fait de médecins généralistes ou de pneumologues très investis et qui suivent les recommandations de l'HAS et de la Société de Pneumologie de Langue Française.

### **3. L'entrée dans un programme de réhabilitation respiratoire**

Le suivi d'un tel programme reste l'apanage de patients sans obligation professionnelle en raison de la difficulté à rendre compatible activité professionnelle et suivi d'un programme.

La construction d'une offre modulable qui tienne compte des besoins du patient, de ses contraintes et de l'implantation de l'offre sur le territoire est une réelle nécessité.

### **4. La faible coordination entre professionnels qui participent à la prise en charge du patient**

La coordination est insuffisante entre le médecin traitant et les médecins spécialistes ou entre le médecin traitant et l'équipe pluridisciplinaire dans le cadre du programme de réhabilitation respiratoire.

Les éléments de coordination se résument à des transmissions d'informations au médecin traitant dans le cadre de la prise en charge pluridisciplinaire. Dans le meilleur des cas, le médecin traitant est tenu informé mais ne participe, que de façon marginale voire jamais, au programme de réhabilitation et d'éducation thérapeutique du patient.

Cette faiblesse de la coordination se traduit aussi par « l'émiettement » du dossier patient. A ce jour, chacun des acteurs du parcours conserve « un morceau » du dossier.

Par ailleurs, les médecins traitants sont souvent contraints de faire passer leurs patients par les services d'urgence. La filière est à améliorer.

### 3. PLAN D' ACTIONS BPCO 2012 – 2016

Ce plan d'actions est le fruit d'un travail mené pendant un an en collaboration avec des représentants de l'ensemble des acteurs régionaux concernés par cette pathologie respiratoire.

La composition du comité de pilotage qui a porté ce projet est précisé en annexe 5.

A partir des travaux d'analyse précités et notamment ceux sur le parcours de santé, six axes d'intervention ont été définis :

- Axe 1 : communiquer pour mieux prévenir
- Axe 2 : accentuer le dépistage de la BPCO
- Axe 3 : accentuer la formation des professionnels de santé à la prise en charge de la BPCO
- Axe 4 : organiser l'offre de réhabilitation respiratoire
- Axe 5 : accompagner le patient
- Axe 6 : évaluer

Ces axes s'accompagnent d'actions spécifiques en lien avec chaque séquence du parcours de santé.

La méthode qui a été utilisée n'est cependant pas propre à la BPCO et la plupart des axes d'intervention sont transposables à d'autres pathologies chroniques.

Ce travail s'est également appuyé sur le nouveau guide HAS du parcours de soins BPCO paru en mai 2012 (consultable sur le site de la HAS). Destiné aux différents professionnels impliqués, il privilégie une approche globale de la maladie BPCO dès le diagnostic et non plus seulement au seuil de gravité nécessitant l'entrée en ALD. En outre, ce guide définit le rôle et l'articulation des différents professionnels. Ce guide est accompagné d'un document de synthèse centré sur les points critiques du parcours de soins.

La HAS a, de plus, élaboré un modèle de programme personnalisé de soins (PPS). Le PPS permet une démarche qui doit servir à mettre en œuvre un parcours de soins adapté de manière partagée entre le patient et les soignants. Ce PPS s'appuie sur une évaluation globale de la situation du patient et de ses besoins et préférences, prenant en compte les éventuelles situations de poly-pathologies. Il est organisé en deux parties : la description des objectifs et interventions établis avec le patient, la planification du suivi (examens biologiques à répéter, radiologies, consultations spécialistes, ...).

Il est par ailleurs utile de préciser que le programme présenté ci-après n'a pas inclus dans son périmètre les actions régionales déjà existantes notamment en matière de lutte contre les facteurs de risque de la BPCO que sont le tabac, les polluants professionnels et la pollution de l'air.

Pour ces actions, il y a lieu de faire un lien :

- avec le Plan Régional d'Education à la Santé (PRES) et le Plan Régional Alimentation Activité Physique (PRAAP) en cours d'élaboration par l'ARS et qui prendront effet en 2013 avec notamment des actions de lutte contre le tabagisme
- avec le Plan Régional de Santé au Travail 2010-2014 (PRST2) et notamment par son objectif n°2 portant sur la prévention des principales pathologies liées au travail (protection contre les expositions, diminution ou suppression de l'exposition au risque)
- avec le Plan Régional Santé Environnement 2010-2014 (PRSE2) et particulièrement avec sa partie traitant de la qualité de l'air

Enfin, un volet recherche, décrivant les principaux projets en cours dans la région sur le champ de la BPCO, figure à la fin de ce plan d'actions.

### 3.1. Axe 1 : Communiquer pour mieux prévenir

#### Action 1 : communiquer vers une cible grand public

##### Contexte

La BPCO est une maladie très méconnue. Sa dénomination est complexe pour les usagers et touche un organe non considéré comme noble à l'inverse par exemple du cœur.

Elle se développe en général après 15 à 20 ans de tabagisme mais ce début est très variable d'un individu à l'autre.

Son diagnostic est généralement tardif (stade 3) alors que les symptômes (crachats, toux, essoufflement à l'effort) sont présents dès le stade 1.

L'aggravation de l'essoufflement est très progressif et le malade n'en n'a souvent pas conscience.

##### Objectif

- faire connaître cette maladie et ses facteurs de risque (tabac notamment) au grand public
- amener les personnes à risque à se faire dépister

##### Mise en œuvre

Organiser un forum régional sur le thème de la BPCO

Mobiliser la région à chaque journée mondiale de la BPCO, à chaque journée sans tabac et lors des journées du souffle

Mettre en place un espace d'information dédié à la BPCO sur le site de l'ARS (en lien avec les partenaires et notamment les associations de patients)

Etre le relais des manifestations organisées par les partenaires de l'ARS

Développer un partenariat avec les médias

Assister la FFAAIR dans la mise en place d'un numéro vert d'information sur la BPCO

**Calendrier** : sur la durée du plan d'actions (2012 – 2016)

##### **Rappel pour 2012 :**

Forum BPCO : 28 juin 2012

Journées du souffle: du 27 juin au 29 juin 2012

Journée mondiale sans tabac : 31 mai 2012

Journée mondiale BPCO : novembre 2012

**Pilote de l'action** : ARS

**Partenaires** : Associations de patients FFAAIR / ANFIR, GEEP, APRN, SPTN, CDMR, URPS, Association ECLAT- GRAA, ISTNF, centres de tabacologie, médias.

### 3.2. Axe 2 : Accentuer le dépistage de la BPCO

#### Rappel / guide du parcours de soins de l'HAS

Le diagnostic de BPCO doit être évoqué chez l'adulte (y compris l'adulte jeune)

- en cas de tabagisme de plus de 20 paquets / années chez l'homme et de plus de 15 chez la femme (en incluant le tabagisme passif) associé ou non à l'inhalation de cannabis
- en cas d'exposition professionnelle ou domestique à des toxiques ou des irritants (silices, poussières de charbon, poussières végétales ou de moisissures)
- en cas de toux et expectoration chronique (> 2 -3 mois),
- en cas de dyspnée persistante et progressive s'aggravant au cours de l'exercice ou au décours d'une bronchite
- une diminution du débit expiratoire de pointe ou du VEMS

Le diagnostic de BPCO repose sur la mise en évidence du trouble ventilatoire obstructif par une exploration fonctionnelle respiratoire avec mesure des débits et des volumes (spirométrie) : rapport VEMS / CVF < 70% après administration d'un bronchodilatateur.

#### Objectif

- amener les professionnels de santé à rechercher une BPCO chez les personnes à risque

#### Mise en œuvre

Cinq actions sont mises en œuvre sur cet axe :

- **action 2** : sensibiliser les médecins du travail et les infirmières santé-travail au dépistage de la BPCO
- **action 3** : intégrer les professionnels du champ de l'addictologie au repérage de la BPCO
- **action 4** : réaliser une campagne d'entretiens confraternels par les médecins conseils de l'Assurance maladie (I)
- **action 5** : sensibiliser l'ensemble des professionnels de santé de première intention à la problématique de la BPCO, notamment en renforçant les pratiques de détection précoce/dépistage ciblé chez les sujets à risque ou symptomatiques.
- **action 6** : expérimenter le repérage organisé des personnes à risque de BPCO par les pharmaciens d'officine

**Action 2** : sensibiliser les médecins du travail et les infirmières santé-travail au dépistage de la BPCO

**Contexte**

- dépistage essentiellement dans un contexte de risque professionnel en vue de la mise en place de mesures de prévention en milieu de travail ou du diagnostic de pathologies professionnelles
- dépistage dans le cadre de la décision d'aptitude à un poste de travail (adéquation état de sante/ contraintes du poste de travail)

**Objectif**

- sensibiliser les médecins du travail au dépistage de la BPCO chez les sujets à risque et porteurs de symptômes
- améliorer le lien avec le médecin traitant

**Mise en œuvre**

- inscrire la BPCO dans les programmes de formation continue des médecins du travail et des infirmières de Santé-Travail

**Cible**

400 ETP médecins du travail et 200 infirmières Santé-Travail

**Calendrier**

Demi-journée de formation régionale des Médecins du Travail sur la BPCO (journée Marcel Marchand) en mai 2012 à la Faculté de Médecine de Lille et fin 2012 / début 2013 sur le littoral.

**Pilote de l'action** : Laboratoire universitaire de Médecine du travail/ Service de Pathologies Professionnelles et environnement / CHRU de Lille

**Partenaires** : ARS, Laboratoire Pfizer, Institut de Santé au Travail du Nord de La France (ISTNF)

**Modalités de suivi et d'évaluation**

Quiz en début et fin de formation

**Indicateurs de résultats / Impact sur la prise en charge pneumologique des travailleurs**

Des indicateurs de suivi pourraient être disponibles par l'analyse des rapports annuels des médecins du travail et en particulier le nombre d'EFR réalisées, d'orientations vers les pneumologues, ces informations étant en effet en général inscrites dans le rapport annuel.

**Action 3** : intégrer les professionnels du champ de l'addictologie au repérage de la BPCO

**Contexte**

Au moins 80% des BPCO sont dues au tabac. L'évolution et la mortalité de cette maladie sont directement liées à l'importance de la consommation tabagique. L'arrêt du tabac permet de stabiliser la maladie.

**Objectif**

- former et outiller les professionnels du champ de l'addictologie sur le repérage précoce des BPCO.

**Mise en œuvre de la formation**

2 sessions de 2 demi-journées de formation (3h30) : 1 dans le Nord et 1 dans le Pas de Calais.

**Public** : professionnels médicaux et médico-sociaux du champ de l'addictologie

**Objectif de la formation :**

- acquérir des connaissances sur la BPCO à partir du facteur de risque tabac
- développer et systématiser le repérage précoce de la BPCO dans le cadre des consultations d'addictologie à l'aide des signes d'alerte
- prendre conscience de l'importance du dépistage de la BPCO dans la prise en charge des personnes à risque notamment chez la femme

**Contenu de la formation :**

- 1/ Particularité du tabac et de ses conséquences sur la santé
- 2/ Présentation de la BPCO, des outils et ressources existants

**Calendrier**

- formation d'octobre à décembre 2012

**Pilote de l'action**

Association ECLAT-GRAA Nord – Pas-de-Calais

### **Partenaires**

Le CDMR (Comité Départemental du Nord contre les Maladies Respiratoires), l'ANFIR (Association du Nord de la France des insuffisants respiratoires), la SPTN, l'APRN, le GEEP, l'URPS, l'APPA (Association de Prévention de la Pollution Atmosphérique), l'OFT (Office Français Prévention du Tabagisme), l'Ordre des Pharmaciens, le CHRU de Lille, le Centre de Réhabilitation Respiratoire CYR VOISIN de Loos, l'ARS.

### **Modalités de suivi et d'évaluation**

- questionnaire à la fin de la formation et 6 mois après

### **Indicateurs de résultats**

- nombre de personnes formées - cartographie des personnes formées
- prise en compte des attentes des participants
- opérationnalité des compétences acquises

**Action 4** : réaliser une campagne d'entretiens confraternels par les médecins conseils de l'Assurance maladie

### Contexte

- Prévalence de l'ordre de 5 à 10% de la population de plus de 45 ans
- La BPCO est une affection sous diagnostiquée, or le diagnostic précoce permet de ralentir l'évolution vers l'insuffisance respiratoire qui nécessite un important recours aux soins et a donc un coût important.

### Objectif

- amener les médecins généralistes à rechercher une BPCO chez les personnes à risque présentant des symptômes respiratoires (quel que soit le motif de consultation)
  - **Penser au diagnostic de BPCO devant des symptômes respiratoires associés à des facteurs de risque.**

Le développement progressif de l'obstruction des voies aériennes avec la banalisation des symptômes tels que l'essoufflement est l'une des causes de ce sous diagnostic. Ceci a été confirmé par l'étude « Confronting COPD »<sup>2</sup> sur des sujets ayant une BPCO connue ou suspectée.

Devant ce constat, toutes les recommandations récentes proposent un dépistage chez des patients présentant un symptôme respiratoire et un facteur de risque. Le facteur de risque rencontré le plus fréquemment est la consommation de tabac<sup>4</sup>

Quand y penser :

Facteurs de risque : âge, exposition tabagique

Exclure l'asthme : par l'interrogatoire.

Associé à au moins un symptôme respiratoire.

- **Prescrire une spirométrie pour affirmer le diagnostic et estimer la sévérité de la maladie**

La spirométrie est le seul examen **nécessaire et suffisant** pour affirmer le diagnostic de BPCO.

Le diagnostic est porté sur la présence d'un syndrome obstructif incomplètement réversible objectivé par : un rapport VEMS/CVF < 0,7 après administration de bronchodilatateurs.

<sup>2</sup> Rennard S, Decrammer M, Calverley PM, Pride NB, Soriano JB, Vermeire PA, Vestbo J : Impact of COPD in North America and Europe in 2000: subjects'perspective of Confronting COPD International Survey. Eur Respir J 2002; 20 : 799-805

<sup>4</sup> Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD. [http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLDReport\\_April112011.pdf](http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLDReport_April112011.pdf)

- **Expliquer l'intérêt du diagnostic précoce.**

Le diagnostic précoce permet :

- d'engager un travail sur le sevrage tabagique
- de traiter précocement les signes cliniques qui sont souvent banalisés par les patients fumeurs
- de diminuer ainsi la morbidité de cette pathologie.

### **Mise en œuvre**

- par entretiens confraternels réalisés par des médecins conseils de l'assurance maladie (action ciblée sur des profils de médecins généralistes)

### **Calendrier**

2012 (avec éventuellement action complémentaire en 2013)

**Pilote de l'action** : CNAMTS, DRSM

**Partenaires** : ARS

### **Indicateurs de résultats**

Nombre de médecins généralistes ayant bénéficié d'un entretien confraternel sur le thème de la BPCO

**Action 5** : Sensibiliser l'ensemble des professionnels de santé de première intention à la problématique de la BPCO, notamment en renforçant les pratiques de détection précoce/dépistage ciblé chez les sujets à risque ou symptomatiques.

### Préambule

On entend par première intention les professionnels de santé dits de premier recours (cf. loi HPST), mais également les spécialistes de 1<sup>ère</sup> intention dans le cadre de la prise en charge de la BPCO (pneumologues et cardiologues notamment).

### Contexte

La BPCO est une maladie encore méconnue du grand public et son diagnostic reste encore souvent tardif, la plupart du temps au moment d'une exacerbation sévère. Les symptômes (crachats, toux, essoufflement à l'effort) peuvent être présents dès le stade 1 mais ne sont pas de bons critères de dépistage (sous estimation de la maladie). Seule la mesure du souffle (spirométrie) permet de détecter une obstruction bronchique pour évoquer le diagnostic. L'association à un questionnaire standardisé améliore le dépistage.

Si les médecins généralistes ont peu recours au test de spirométrie, l'implication des professionnels de santé de première ligne dans la réalisation de questionnaire permettrait de faire un repérage précoce afin d'orienter les patients vers leur médecin traitant puis le pneumologue afin de poser un diagnostic plus rapidement par la réalisation d'une EFR complète avec test de réversibilité et pléthysmographie.

L'année dernière, à l'occasion de la journée mondiale de la BPCO, a été testé avec succès en pharmacies d'officine, un dépistage de la BPCO coordonné par l'association Santé en Action. L'objectif est de partir des facteurs clés de succès de cette action pour en permettre le déploiement auprès des professionnels de santé volontaires et sur d'autres territoires.

### Objectifs

- impliquer les professionnels de santé de première ligne en leur donnant un rôle d'acteur en santé publique dans la détection précoce/dépistage ciblé chez les personnes à risque : généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs, pharmaciens, mais également cardiologues
- permettre aux personnes à risque de bénéficier rapidement d'une spirométrie puis d'un bilan fonctionnel respiratoire complet auprès d'un pneumologue afin de poser un diagnostic et adapter la prise en charge thérapeutique (sevrage tabagique, réhabilitation, bronchodilatateurs, vaccins...)
- améliorer le repérage des personnes atteintes de BPCO en respectant le rôle du médecin traitant et en associant les pneumologues

### Mise en œuvre

#### • Sensibilisation des professionnels de santé au problème de la BPCO, de sa détection précoce/dépistage ciblé à sa prise en charge

Mobilisation des attachés d'information de l'URPS Médecins afin que ces derniers rencontrent les généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs et pharmaciens afin de les sensibiliser à la problématique régionale de la BPCO, leur rappeler les nouvelles recommandations HAS sur le sujet, l'épidémiologie et les pratiques de la région (données ARS), ainsi que les actions envisagées dans ce cadre.

Cette sensibilisation concernerait également les cardiologues qui peuvent être amenés à repérer des patients à risque.

- **Renforcement des pratiques de détection précoce/dépistage ciblé de la BPCO par les professionnels de santé de première intention chez les sujets à risque ou symptomatiques**

- Réalisation d'une détection précoce/dépistage ciblé organisée lors des « journées du souffle » avec des manifestations organisées chez les professionnels de santé de première intention volontaires, notamment les pharmacies et les masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs

A cette occasion, des mesures de souffle par mini spiromètre portable et ainsi que des questionnaires de repérage seraient proposés à la population chez les sujets à risque ou symptomatiques

Pour ce faire, une formation à la mesure du souffle et à la passation de questionnaire est à prévoir ainsi qu'une rémunération des professionnels de santé et les moyens de s'équiper en appareils de mesure du souffle

- Réalisation d'un repérage au long cours par les professionnels de santé de 1er recours dans le cadre de leur exercice habituel par la réalisation de mesure du souffle et passation de questionnaire d'évaluation pour des patients repérés avec des symptômes respiratoires afin de les sensibiliser (" et si c'était une BPCO?")

Pour ceux ne pouvant réaliser que le questionnaire, une articulation avec les autres professionnels de santé devra être envisagée pour qu'une mesure de souffle soit faite avant orientation vers le pneumologue.

- **Amélioration de l'établissement du diagnostic et du protocole de soins et de suivi**

Une fois le patient dépisté/repéré, celui-ci doit pouvoir rapidement voir un pneumologue qui devra faire un bilan fonctionnel comprenant le degré de handicap respiratoire afin de poser un diagnostic fiable accompagné d'un protocole de soins et de suivi pour le médecin généraliste, en accord avec les recommandations HAS :

- sensibilisation des pneumologues et de leurs secrétariats médicaux afin de programmer rapidement des rendez-vous pour les patients repérés dans ce cadre. Pour ce faire, les attachés d'information de l'URPS Médecins rendront visite aux pneumologues et leurs secrétariats médicaux sur ce sujet

- évaluation de coopérations entre pneumologues et professionnels de santé (infirmiers par exemple) pour l'établissement du diagnostic avec la réalisation de spirométrie

**Calendrier :** 2012-2016

**Pilotes de l'action :** URPS Infirmiers, URPS Masseurs-Kinésithérapeutes-Rééducateurs, URPS Médecins (notamment cardiologues, généralistes et pneumologues) et URPS Pharmaciens. L'URPS Médecins a mandat des autres URPS afin d'assurer la mise en œuvre des actions décidées en comité de pilotage

**Partenaires :** ANFIR, APRN, ARS, FEMASNORD et les maisons de santé pluri professionnelles, Santé en action, SPTN, etc ....

### **Modalités de suivi et d'évaluation**

Mise en place d'un comité de pilotage composé des professionnels de santé libéraux afin de coordonner l'ensemble de cette action tant sur le territoire expérimental que pour envisager son déploiement sur la région.

### **Indicateurs de résultats**

- état des lieux des pratiques via les attachés d'information

- évaluation annuelle réalisée lors des journées du souffle comprenant des indicateurs récurrents restant à définir

- étude annuelle réalisée sur une semaine par les pneumologues où seraient indiqués le stade de la maladie du patient, son traitement avant et après le rendez-vous

- nombre de professionnels de santé sensibilisés sur la BPCO

- nombre de professionnels de santé de première intention participant à la détection précoce/dépistage ciblé « organisé »

- nombre de personnes dépistées lors des détections précoces « organisées »

- évolution de l'étude annuelle réalisée par les pneumologues et notamment les stades d'évolution de la BPCO où le diagnostic est posé, les prescriptions faites avant et après le rendez-vous.

**Action 6** : expérimenter le repérage des personnes à risque de BPCO par les pharmaciens

**Contexte**

En France, quatre millions de personnes franchissent la porte d'une pharmacie chaque jour.

Dans ce contexte et du fait de leurs modalités d'implantation territoriale et leur accessibilité pour les patients, les pharmaciens d'officine constituent des relais incontournables dans la prévention et l'offre de soins de premier recours.

De nombreuses études en France et à l'étranger ont montré que le diagnostic de BPCO était confirmé dans 25 à 30% des cas chez les patients repérés en officine.

**Objectif**

- identifier les personnes à risque de BPCO (repérage ciblé) dans les officines et les orienter vers leur médecin traitant

**Mise en œuvre**

- lancer une expérimentation à l'échelle d'un ou plusieurs territoires avec les pharmaciens d'officine volontaires après sensibilisation de la population et des professionnels de santé à la démarche
- prévoir un programme de formation pour les pharmaciens

**Calendrier** : 2012 - 2013

**Pilote de l'action** : FFAAIR / ANFIR

**Partenaires** : ARS, URPS pharmaciens, Direct Médica, Industriels

**Indicateurs de résultats**

- nombre de pharmaciens participants
- nombre de personnes diagnostiquées BPCO / nombre de personnes repérées en officine

Nota : cette action pourrait être couplée à un apprentissage de l'usage des dispositifs d'inhalation par le pharmacien

### 3.3. Axe 3 : Accentuer la formation des professionnels de santé à la prise en charge de la BPCO

#### Rappel / Stratégie thérapeutique du guide du parcours de soins BPCO

##### ***Obtenir le sevrage tabagique quel que soit le stade de gravité***

L'arrêt du tabagisme est le principal traitement qui ralentisse l'évolution de la maladie : renouveler l'évaluation du statut tabagique à chaque occasion (dépendance, freins et motivation à l'arrêt) et le prendre en charge sans délai ;

##### ***Rechercher et traiter les autres facteurs de risque (cannabis, exposition professionnelle) (avis du médecin du travail)***

##### ***Vacciner le patient : vaccination antigrippale tous les ans et, en cas d'insuffisance respiratoire, vaccination antipneumococcique tous les 5 ans***

##### ***Traiter le patient avec les médicaments recommandés***

- . Le traitement est symptomatique et repose sur les bronchodilatateurs administrés par voie inhalée
- . L'association des corticostéroïdes inhalés aux bronchodilatateurs de longue durée d'action (LA) n'est indiquée que chez les patients sévères (VEMS < 50 %), en cas d'exacerbations fréquentes et de symptômes significatifs persistant malgré un traitement continu par les bronchodilatateurs LA
- . Ne sont pas recommandés : les corticoïdes inhalés pris seuls, les corticoïdes oraux au long cours, les agents mucolytiques, les antileucotriènes, les antitussifs
- . L'information et l'éducation du patient sont essentielles : gestion du traitement et technique d'utilisation des dispositifs d'inhalation

##### ***Prescrire la réhabilitation respiratoire (RR) dès que le patient présente une incapacité et/ou un handicap respiratoire***

- . Multidisciplinaire, elle nécessite un partage des informations et une coordination des professionnels
- . Les deux composantes essentielles sont le réentraînement à l'exercice et l'éducation thérapeutique
- . Les acquis doivent être maintenus à court et long terme

##### ***Pour les patients insuffisants respiratoires (stade IV)***

- . Faire comprendre que l'oxygène est un médicament, administré au moins 15 h par jour
- . Veiller à la tolérance et au respect des précautions de sécurité ; expliquer au patient le rôle du prestataire

##### ***Impliquer le patient dans sa prise en charge : information et éducation thérapeutique réalisée par des intervenants formés***

- . L'objectif est d'aider le patient dans sa démarche de changement et dans le maintien de celle-ci (arrêt du tabac, activités physiques, nutrition)

## Suivi en l'absence de complication

### *Poursuivre la prise en charge du tabagisme*

### *Actualiser le diagnostic éducatif afin d'adapter le contenu de l'éducation thérapeutique*

### *Prévenir les exacerbations afin d'éviter la dégradation de la BPCO et l'hospitalisation en urgence*

### *Développer la coordination entre professionnels et avoir des messages cohérents*

- . adhésion : médicaments, rythme des consultations, assistance respiratoire
- . poursuite ou reprise de l'activité physique régulière et d'une nutrition adaptée

## Objectif

- amener les professionnels de santé à mieux s'approprier les référentiels de prise en charge

## Mise en œuvre

Trois actions sont mises en œuvre sur cet axe :

- **action 7** : réaliser une campagne d'entretiens confraternels par les médecins conseils de l'Assurance maladie (II)
- **action 8** : optimiser les pratiques des professionnels de santé en matière de BPCO, du diagnostic à la prise en charge.
- **action 9** : expérimenter un outil d'aide à la décision (pour le diagnostic et le suivi de la BPCO) fondé sur les référentiels de l'HAS

Nota :

la mise en place du développement personnel continu (DPC) en 2013 n'est pas abordée dans ce programme mais la thématique BPCO pourrait être une orientation régionale du dispositif de DPC.

### Action 7 : réaliser une campagne d'entretiens confraternels par les médecins conseils de l'Assurance maladie (II)

#### Contexte

Une étude de cohorte française<sup>5</sup> sur 600 patients sélectionnés en consultation hospitalière de pneumologie a montré que les recommandations de prise en charge sont mal suivies :

- la vaccination antigrippale n'est effectuée que chez 50% des patients ;
- 11% des BPCO sévères ne recevaient pas de bronchodilatateurs ;
- les corticostéroïdes inhalés sont prescrits chez plus de 50% des patients non sévères qui n'en relèvent pas ;
- 70% des corticostéroïdes inhalés sont prescrits en dehors des associations fixes ;
- la réhabilitation respiratoire n'est prescrite que chez 20% des patients au stade IV.

L'étude menée par l'ARS (et présentée dans la première partie de ce rapport) sur les patients sous Tiotropion fait un constat équivalent.

#### Objectif

- rappeler les messages essentiels issus des référentiels (arrêt du tabagisme, vaccination anti grippale, traitement médicamenteux, réadaptation à l'effort)
  - o l'arrêt du tabac est le seul traitement qui empêche la dégradation pulmonaire : message sur les stratégies médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac et les conditions de remboursement par l'Assurance Maladie
  - o la vaccination antigrippale fait partie intégrante du traitement rappel des conditions de prise en charge de l'Assurance Maladie
  - o le traitement médicamenteux consiste le plus souvent en l'utilisation de broncho-dilatateur inhalé
  - o les associations fixes corticoïdes inhalés + bronchodilatateurs de longue durée d'action sont à réserver aux patients les plus atteints.

#### Mise en œuvre

- par entretiens confraternels réalisés par des médecins conseils de l'assurance maladie auprès de médecins généralistes ciblés sur leurs prescriptions de corticostéroïdes inhalés ou d'associations fixes dans la population de plus de plus de 50 ans non en ALD pour pathologie respiratoire.

**Calendrier** : 2012 (avec éventuellement action complémentaire en 2013)

**Pilote de l'action** : CNAMTS, DRSM

**Partenaires** : ARS

**Indicateurs de résultats** : Nombre de médecins généralistes ayant bénéficié d'un entretien confraternel

---

<sup>5</sup> G Jebrak. Recommandations et prise en charge de la BPCO en France : les recommandations sur la prise en charge de la BPCO ne sont pas suivies dans la vraie vie ! Rev Mal Respir 2010 ; 27 : 11-18.

**Action 8** : Optimiser les pratiques des professionnels de santé en matière de BPCO, du diagnostic à la prise en charge.

### Préambule

On entend par première intention les professionnels de santé dits de premier recours (cf. loi HPST), mais également les spécialistes de 1<sup>ère</sup> intention dans le cadre de la prise en charge de la BPCO (pneumologues et cardiologues notamment).

### Contexte

Diffusion du nouveau référentiel de l'HAS

### Objectifs

- informer les professionnels de santé de première intention du nouveau référentiel de prise en charge de la BPCO
- améliorer les pratiques de détection précoce/dépistage ciblé et de prise en charge de la BPCO
- coordonner la prise en charge des professionnels de santé de 1<sup>ère</sup> intention d'un même territoire en s'appuyant sur les complémentarités de chacun
- associer et impliquer l'ensemble des professionnels de santé de 1<sup>ère</sup> intention dans la prise en charge et le suivi de la BPCO.

### Mise en œuvre

#### Déploiement de formations territorialisées :

Afin de permettre une mobilisation et une coordination optimale entre les différents professionnels de santé, il est proposé de mettre en place des soirées de formation territorialisées sur le thème de la BPCO.

Sur un même territoire, seraient invités les généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs, pharmaciens, et pneumologues afin de leur présenter l'action globale.

Autour de cas pratiques, il s'agirait de permettre aux professionnels de santé de faire un retour sur leurs pratiques, de voir l'utilisation du questionnaire et la mesure du souffle, ainsi que les prises en charge différenciées en fonction du stade de la BPCO du patient.

Afin d'en augmenter le taux de participation, ces formations seraient annoncées et proposées par les attachés d'information de l'URPS Médecins.

Ces formations seront différenciées et complémentaires des formations monoprofessionnelles qui pourraient être organisées dans le cadre du DPC (Développement Professionnel Continu) comme les formations cœur de métier des Masseurs-Kinésithérapeutes-Rééducateurs.

**Calendrier** : 2012-2016

### **Pilotes de l'action :**

URPS Infirmiers, URPS Masseurs-Kinésithérapeutes-Rééducateurs, URPS Médecins (notamment cardiologues, généralistes et pneumologues) et URPS Pharmaciens. L'URPS Médecins a mandat des autres URPS afin d'assurer la mise en œuvre des actions décidées en comité de pilotage.

### **Partenaires :**

ANFIR, APRN, ARS, ECLAT, FEMASNORD et les maisons de santé pluriprofessionnelles, ISTNF, SPTN, les acteurs de la prise en charge comme les centres de réhabilitation respiratoire, etc ....

### **Modalités de suivi et d'évaluation**

Mise en place d'un comité de pilotage composé des professionnels de santé libéraux afin de coordonner l'ensemble de cette action tant sur le territoire expérimental que pour envisager son déploiement sur la région.

### **Indicateurs de résultats**

- renouvellement de l'étude ARS quant aux prescriptions médicales des médecins généralistes
- déploiement des formations et des programmes BPCO
- nombre et type de professionnels de santé ayant participé aux soirées de formation territorialisées

**Action 9** : expérimenter un outil d'aide à la décision (pour le diagnostic et le suivi de la BPCO) fondé sur les référentiels de l'HAS

**Contexte**

Le suivi des pratiques professionnelles et la réduction effective des écarts aux recommandations de bonnes pratiques est un enjeu fondamental dans le contexte actuel d'efficience, avec un objectif : prodiguer le juste soin au bon moment.

En rendant disponibles les nouveaux référentiels de pratique sous forme de « dialogues interactifs » sur son poste de travail, le praticien pourrait confronter sa pratique aux référentiels et ainsi s'auto évaluer et parfaire sa formation.

**Objectif**

- faciliter le travail du praticien grâce à un outil lui donnant toute latitude pour confronter sa pratique aux référentiels de la BPCO

**Mise en œuvre**

- expérimentation sur plusieurs pathologies (dont BPCO), aussi bien en libéral qu'en milieu hospitalier, mais prioritairement pour les médecins traitants, coordonnateurs du parcours du patient
- sur base du volontariat
- outil combinant formation et auto-évaluation de la pratique

**Calendrier** : 2012 – 2016

**Pilote de l'action** : ARS

**Partenaires** : à définir

### 3.4. Axe 4 : Organiser l'offre de réhabilitation respiratoire

#### Contexte

Selon le nouveau guide du parcours de soins BPCO, la réhabilitation respiratoire est indiquée chez tous les patients à partir du stade II (modéré, VEMS < 80%) présentant un handicap d'origine respiratoire (essoufflement entraînant une réduction des activités sociales).

Elle comprend le réentraînement à l'exercice, l'éducation thérapeutique (collective ou individuelle) et la prise en charge psychosociale du patient. Elle s'associe à un sevrage tabagique (ou à défaut à une réduction dans un premier temps) et à un bilan nutritionnel. Elle nécessite l'implication du patient avec définition des objectifs avec lui et remise d'un programme personnalisé de soins.

Elle se fait dans la grande majorité des cas dans un établissement de santé autorisé en SSR / affections respiratoires soit en hospitalisation complète, soit en hôpital de jour, soit en soins externes dans le cadre d'un stage comprenant une vingtaine de séances.

La montée en charge du nombre de patients atteints de BPCO (d'autant plus si le repérage est intensifié) va se confronter à une offre hospitalière largement insuffisante. Il faut l'anticiper.

#### Objectif

- pouvoir proposer à chaque personne, pour laquelle une réhabilitation respiratoire est indiquée, une offre adaptée à sa situation, à ses besoins et à ses contraintes

#### Mise en œuvre

Cinq actions sont mises en œuvre sur cet axe :

- **action 10** : adapter l'offre de réhabilitation respiratoire délivrée en établissement de santé
- **action 11** : développer une alternative à la réhabilitation respiratoire via l'éducation thérapeutique du patient par les professionnels de santé de 1<sup>ère</sup> intention
- **action 12** : étudier l'efficacité d'un programme de réhabilitation respiratoire et d'éducation thérapeutique réalisé au domicile du patient
- **action 13** : expérimenter l'intérêt de dispositifs de télésurveillance à domicile pour mieux prévenir les exacerbations
- **action 14** : améliorer l'orientation en SSR / réhabilitation respiratoire

### **Action 10 :** adapter l'offre de réhabilitation respiratoire délivrée en établissement de santé

#### **Contexte**

La région Nord – Pas-de-Calais compte une quinzaine de centres de réhabilitation respiratoire mais leur répartition territoriale reste assez hétérogène. Ils se concentrent pour la plupart autour de la métropole lilloise et dans le bassin minier.

Ces structures ont fait la preuve de leur efficacité. Cependant la prescription de ces stages de réhabilitation reste modérée au regard des patients porteurs de la maladie, aussi bien de la part des médecins généralistes que des pneumologues. Par ailleurs les programmes actuellement validés avec un nombre élevé des séances (une vingtaine en moyenne) et leurs heures de programmation sont inappropriés pour les patients encore actifs.

Une offre ambulatoire alternative et plus souple doit se développer notamment en cas d'impossibilité pour le patient de suivre un stage complet de réhabilitation (pas de centre à proximité, patient ne pouvant se déplacer, contraintes horaires...)

#### **Objectif**

- offrir au patient atteint de BPCO (à partir du stade II de GOLD) un programme de réhabilitation respiratoire incluant réentraînement à l'effort, éducation thérapeutique et accompagnement psychosocial en tenant compte :
  - du stade de sa maladie (selon stades de GOLD)
  - de ses besoins et objectifs (PPS et diagnostic éducatif)
  - de ses contraintes professionnelles
  - de sa situation géographique par rapport à l'offre

#### **Mise en œuvre**

Inciter les centres de réhabilitation respiratoire à une réflexion commune afin de :

- mutualiser les pratiques dans le cadre des programmes d'éducation thérapeutique autorisés par l'ARS
- mettre en place, en lien avec le médecin traitant, un programme personnalisé de soins (PPS) avant tout engagement du patient dans une réhabilitation respiratoire (diagnostic éducatif avec analyse des besoins, contexte social, stade motivationnel, démarche de sevrage tabagique,...)
- mettre en place un système d'information commun et dédié au suivi du patient dans le cadre de la réhabilitation respiratoire
- proposer une organisation adaptée aux contraintes des patients (notamment en termes d'horaires et de nombre de séances) dans le cadre si besoin d'une mutualisation de moyens entre secteur public et secteur libéral
- faire, à l'issue du stage, le lien avec les professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmières...) participant à la prise en charge du patient et si besoin avec un réseau de santé (situation complexe du patient (comorbidités sévères et/ou contexte psychosocial difficile))
- proposer à la sortie une information relais sur les clubs et associations proposant une activité physique adaptée à proximité du domicile du patient

**Calendrier** : 2012-2014

**Pilotes de l'action** : ARS, APRN

**Partenaires** : GEEP, SPTN, les URPS

**Modalités de suivi et d'évaluation**

- suivi de la mise en place des procédures et des outils

**Indicateurs de résultats**

- nombre de programmes d'ETP autorisés avec socle commun
- nombre de patients bénéficiaires
- nombre de PPS
- date de mise en place du dossier d'ETP informatisé commun
- date de mise en place d'un parcours fléché commun

**Action 11** : Développer une alternative à la réhabilitation respiratoire via l'éducation thérapeutique du patient par les professionnels de santé de 1<sup>ère</sup> intention.

### Préambule

On entend par première intention les professionnels de santé dits de premier recours (cf. loi HPST), mais également les spécialistes de 1<sup>ère</sup> intention dans le cadre de la prise en charge de la BPCO (pneumologues notamment).

### Contexte

Dans le cadre de la BPCO, l'aggravation de l'essoufflement est très progressive et le malade n'en n'a souvent pas conscience.

L'éducation thérapeutique et la réhabilitation respiratoire sont des éléments majeurs de la prise en charge des malades atteints de BPCO, dyspnéiques et intolérants à l'effort. Elles améliorent la qualité de vie des patients qui en bénéficient (recommandation de grade A, preuve scientifique établie).

### Objectifs :

- développer une prise en charge pluridisciplinaire en éducation thérapeutique par les professionnels de santé libéraux pour les stades précoces de la maladie (stades 1 et 2)
- articuler une prise en charge précoce en éducation thérapeutique, complémentaire de l'action réalisée dans les centres de réhabilitation respiratoire

### Mise en œuvre

Une fois le diagnostic posé par un pneumologue, il est proposé de développer une offre d'éducation thérapeutique de première intention pour les stades 1 et 2 de BPCO.

Cette éducation thérapeutique serait réalisée par des équipes éducatives de première intention (généralistes, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs, infirmiers voire pneumologues) ayant suivi les 40 heures obligatoires de formation.

Pour ce faire, il sera nécessaire de réaliser un programme d'éducation thérapeutique et d'en faire la demande d'autorisation à l'ARS afin de permettre le déploiement de ce dernier dans la région.

Une formation des masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs à la réhabilitation respiratoire et au réentraînement est à envisager.

L'objectif est de proposer une offre complémentaire de celle proposée dans les centres de réhabilitation respiratoires et pouvant bénéficier aux patients atteints à un stade précoce de la maladie.

Cette éducation thérapeutique pourra se faire :

- dans le cadre des maisons de santé pluri professionnelles à l'image de ce qui est développé au sein de la Maison de Santé Pluridisciplinaire de Steenvoorde et son programme « Respirer en Flandre, un souffle pour la santé », intégré au projet de santé de la structure
- en dehors des maisons de santé pluri professionnelles.

**Calendrier** : 2012-2016

### **Pilotes de l'action**

URPS Infirmiers, URPS Masseurs-Kinésithérapeutes-Rééducateurs, URPS Médecins (notamment cardiologues, généralistes et pneumologues) et URPS Pharmaciens. L'URPS Médecins a mandat des autres URPS afin d'assurer la mise en œuvre des actions décidées en comité de pilotage.

### **Partenaires**

ANFIR, APRN, ARS, ECLAT, FEMASNORD et les maisons de santé pluri-professionnelles, SPTN, les acteurs de la prise en charge comme les centres de réhabilitations respiratoires, etc ....

### **Modalités de suivi et d'évaluation**

Mise en place d'un comité de pilotage composé des professionnels de santé libéraux afin de coordonner l'ensemble de cette action tant sur le territoire expérimental que pour envisager son déploiement sur la région.

### **Indicateurs de résultats**

- renouvellement de l'étude ARS quant aux prescriptions médicales des médecins généralistes
- création d'un programme BPCO pour les professionnels de santé de 1ère intention
- nombre d'équipes éducatives de professionnels de santé de 1ère intention autorisées à réaliser un programme d'ETP BPCO pour les stades 1 et 2
- nombre de programmes mis en place par les équipes éducatives autorisées
- nombre de patients ayant suivi un programme d'ETP en ville à un stade 1 ou 2 de BPCO

**Action 12** : étudier l'efficacité d'un programme de réhabilitation respiratoire et d'éducation thérapeutique réalisé au domicile du patient

### Contexte

Pour des raisons d'éloignement, de précarité, de contraintes professionnelles, de co-morbidités sévères associées, un certain nombre de patients ne se rendent pas dans les centres de réhabilitation.

Une récente étude menée dans la région a montré que la réhabilitation à domicile (une séance par semaine pendant huit semaines) de patients présentant une maladie respiratoire chronique et appareillés (sous oxygénothérapie et/ou ventilation) était aussi efficace sur la tolérance à l'effort et la qualité de vie qu'une réhabilitation en centre (stage de 4 séances par semaine pendant six semaines en ambulatoire).

Il apparaît comme pertinent de reprendre ce type d'étude pour des patients atteints de BPCO non appareillés.

### Objectif

- apprécier l'efficacité d'un programme de réhabilitation respiratoire et d'éducation thérapeutique à domicile
- comparer avec le coût en centre de réhabilitation

### Mise en œuvre

- par l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire mobile intervenant au domicile (en lien avec le médecin traitant)
- étude sur 100 patients atteints de BPCO (stade 2 à 4) non appareillés

**Calendrier** : 2012 - 2014

**Pilote de l'action** : ARS

**Partenaires** : Service de pneumologie et d'immuno-allergologie (CHRU Lille) , FormAction Santé

### Modalités de suivi et d'évaluation

- variables biocliniques et questionnaires

### Indicateurs de résultats

- tolérance à l'effort, qualité de vie, humeur, satisfaction et évaluation cognitive
- rapport coût / efficacité versus centre de réhabilitation

**Action 13** : expérimenter l'intérêt de dispositifs de télésurveillance à domicile pour mieux prévenir les exacerbations

### Contexte

L'usage de la télémédecine dans la prise en charge, la surveillance et l'accompagnement des patients atteints de BPCO constitue un champ d'expansion très important. Ces approches sont encore peu développées à ce jour, en dépit du nombre considérable de patients susceptibles d'en profiter. Leur bénéfice est d'autant plus important si elles sont couplées à des programmes d'éducation thérapeutique ou d'accompagnement.

Plusieurs études de suivi par télésurveillance de patients présentant des antécédents d'exacerbations fréquentes ont montré une réduction significative des hospitalisations.

### Objectif

- apprécier l'intérêt des différents dispositifs de télésurveillance à domicile en complément d'une réhabilitation respiratoire dans le suivi et la prévention des exacerbations
- définir une typologie des patients pour lesquels de tels dispositifs peuvent être proposés

### Mise en œuvre

- par questionnaire de suivi (téléphone, internet,...) +/- mini spiromètre
- appel d'une infirmière pour personnes fragiles
- mise en place d'une plateforme informatique de suivi des patients
- hébergement des données de santé

**Calendrier** : 2012 - 2014

**Pilote de l'action** : FFAAIR / ANFIR

**Partenaires** : ARS, Direct Médica, Industriels

### Modalités de suivi et d'évaluation

- recueil des données par une plateforme informatique

### Indicateurs de résultats

- nombre de patients suivis, satisfaction, qualité de vie, adhérence thérapeutique
- fréquence des exacerbations (nécessitant ou pas hospitalisation)
- identification de profils de patients (répondeurs et non répondeurs)

**Action 14** : améliorer l'orientation en SSR / réhabilitation respiratoire

**Contexte**

L'outil Trajectoire permet de renseigner la demande d'admission en soins de suites et de réadaptation (SSR) par rapport à l'état du patient et d'obtenir une réponse adaptée par le service de SSR spécialisé en réhabilitation respiratoire, susceptible d'accueillir au mieux le patient.

**Objectif**

- faire de Trajectoire l'outil d'orientation en SSR / réhabilitation respiratoire de tous les services de pneumologie de la région
- envisager l'utilisation de "Trajectoire" par les médecins traitants, après réalisation d'une expérimentation

**Mise en œuvre et calendrier**

- fin de la formation à la prescription par Trajectoire de tous les services de court séjour en juin 2012

**Pilote de l'action** : ARS, Cellule régionale de Coordination en SSR

**Partenaires** : établissements hospitaliers, URPS médecins

**Modalités de suivi et d'évaluation**

- suivi des échéances de mise en place

**Indicateurs de résultats**

- nombre de patients orientés en SSR / réhabilitation respiratoire grâce à l'outil Trajectoire

### 3.5. Axe 5 : Accompagner le patient

#### Contexte

L'accompagnement du patient dans son parcours de santé lui permet d'être acteur vis à vis de sa pathologie grâce à une information adaptée (pouvant venir de ses pairs), grâce à son implication dans la fixation de ses objectifs et grâce à une posture éducative des professionnels qui l'entourent.

#### Objectif

- donner aux patients les connaissances, les moyens et les outils pour s'impliquer dans leur parcours de santé

#### Mise en œuvre

Quatre actions sont mises en œuvre sur cet axe :

- **action 15** : expérimenter la mise en place d'un numéro vert pour les patients et géré par les patients
- **action 16** : mettre en place un programme personnalisé de soins (PPS) avec les patients
- **action 17** : proposer une activité physique adaptée et régulière après l'étape de réhabilitation respiratoire
- **action 18** : renforcer l'accompagnement du patient par les prestataires de soins à domicile

**Action 15** : expérimenter la mise en place d'un numéro vert pour les patients et géré par les patients

**Contexte**

En faisant part de son expérience personnelle, le patient expert constitue un excellent porte parole. Parfois plus légitime aux yeux des patients que le pneumologue ou le médecin traitant, le discours tenu est susceptible d'avoir plus d'impact.

**Objectif**

Mettre en place une permanence permettant à des patients experts d'apporter des informations ou un soutien à des personnes atteintes de BPCO

**Mise en œuvre :**

- création du numéro vert et communication large sur sa mise en place et sa fonction
- recherche de patients experts bénévoles
- formation de ces patients experts

**Calendrier** : 2012 - 2013

**Pilote de l'action** : FFAAIR/ ANFIR

**Partenaires** : ARS, Direct Médica, Industriels

**Indicateurs de résultats**

- nombre d'appels
- motifs des appels

**Action 16** : mettre en place un programme personnalisé de soins avec les patients

**Contexte**

Afin d'avoir une approche commune à toutes les maladies chroniques, la HAS a proposé l'utilisation du programme personnalisé de soins (PPS). C'est un outil opérationnel qui correspond à un plan d'action élaboré entre le médecin traitant et la personne malade.

Il permet également la coordination des différents professionnels participant à la prise en charge (d'autant plus nombreux que la situation du patient est complexe).

Il vise à assurer :

- une planification coordonnée et prospective de la prise en charge
- une implication du patient
- une harmonisation des pratiques et une personnalisation du parcours du patient

**Objectif**

- impliquer le maximum de personnes atteintes de BPCO dans l'élaboration de leur PPS

**Mise en œuvre**

- élaboré par le médecin, la personne et les professionnels de santé impliqués
- remis à la personne et inséré dans le dossier médical
- repris et amendé si besoin lors des consultations de suivi

**Calendrier** : à partir de 2012

**Pilote de l'action** : ARS

**Partenaires** : URPS Médecins, autres URPS, GEEP

**Indicateurs de résultats**

- suivi de la montée en charge du nombre de PPS mis en place pour personnes atteintes de BPCO

**Action 17** : proposer une activité physique adaptée et régulière après l'étape de réhabilitation respiratoire

### Contexte

Le maintien d'une activité physique régulière est capital dans le cadre de la réhabilitation à long terme. Il nécessite des exercices spécifiques relatifs à la problématique de santé, couplés à des activités variées et ludiques non spécifiques permettant un engagement pérenne du public dans l'activité physique ou sportive quotidienne.

L'accompagnement proposé sera réalisé en ou hors structure médicale ou para médicale au regard des capacités du public. Les intervenants doivent toutefois être formés à cette prise en charge spécifique et respecter notamment les engagements de sécurité nécessaire

### Objectif

- proposer à chaque personne une offre d'activité physique adaptée sur l'ensemble de la région en relais de la phase de réhabilitation et notamment d'éducation thérapeutique.

### Mise en œuvre :

- définir les critères d'identification des associations susceptibles de pouvoir accueillir le public visé (sous forme de cahier des charges)
- identifier et recenser les associations répondant à ces critères

Les séances proposées permettront au patient de pratiquer dans les conditions optimales définies dans le cahier des charges et selon le profil santé de chacun.

Les modalités d'accompagnement des personnes seront différenciées :

- personnes en mesure d'intégrer une structure offrant des activités physiques adaptées génériques
- personnes dont l'état de santé ou la motivation personnelle indiquent la nécessité d'intégrer un groupe de suivi spécifique à la maladie (pour une durée d'un an maximum)

**Calendrier** : 2012 / 2013

**Pilote de l'action** : DRJSCS, ARS

**Partenaires** : mouvement sportif (CROS, structures identifiées à partir du cahier des charges, association Passport Santé 62), regroupements des acteurs sport santé de la région, réseaux de santé, URPS kinés.

**Action 18:** renforcer l'accompagnement du patient par les structures dispensatrices d'oxygénothérapie à domicile

**Contexte**

La vocation d'un prestataire de santé à domicile est d'assurer des prestations d'appareillage médical et de services auprès de personnes malades, ou présentant une incapacité ou un handicap.

Ces prestations favorisent l'autonomie et le retour à domicile des personnes, leur permettant ainsi d'être traitées sur leur lieu de vie habituel, de garder un niveau de socialisation élevé ou d'éviter une hospitalisation

**Objectif**

- amener l'ensemble des prestataires d'oxygénothérapie et/ou de ventilation à domicile (pour les personnes atteintes de BPCO) à signer la charte de la personne ayant ce type de prise en charge (réalisée à l'initiative de la FFAAIR et disponible sur son site – [www.ffaair.org](http://www.ffaair.org))
- sensibiliser les personnels des prestataires d'oxygénothérapie à domicile à développer une posture éducative

**Mise en œuvre**

- inciter les prestataires à s'engager dans la démarche

**Pilotes de l'action :** ANFIR mandaté par la FFAAIR, ARS

**Partenaires :** syndicats de prestataires d'oxygénothérapie à domicile

**Indicateurs de résultats :**

- suivi de la montée en charge des signataires et publications de la liste sur le site de l'ARS et de l'ANFIR (mandaté par la FFAAIR)

### 3.6. Axe 6 : Evaluer

**Action 19** : mettre en place un protocole d'évaluation du programme sur 5 ans

Si chacune des actions fera l'objet d'un suivi spécifique via ses indicateurs de résultats, l'impact global du programme régional BPCO sera apprécié à partir des indicateurs suivants issus des sources de données de santé à notre disposition.

#### **Mortalité**

- évolution du nombre de décès par BPCO

#### **Morbidité**

- évolution du stock des personnes en ALD 14 (insuffisance respiratoire sévère)
- évolution du flux des personnes en ALD 14 (insuffisance respiratoire sévère)
- évolution du nombre de patients hospitalisés soit pour BPCO, soit pour BPCO surinfectée
- évolution du nombre de séjours en hospitalisation soit pour BPCO, soit pour BPCO surinfectée
- évolution du nombre de personnes sous oxygénothérapie et/ou ventilation

#### **Montée en charge réhabilitation respiratoire avec ETP**

- évolution du nombre de programmes d'ETP pour BPCO
- évolution du nombre de personnes ayant bénéficié d'une réhabilitation respiratoire avec ETP en centre (hospitalisation complète ou en ambulatoire), en organisation de premier recours, à domicile

#### **Qualité des pratiques**

- pourcentage de patients atteints de BPCO vaccinés contre la grippe
- pourcentage de patients atteints de BPCO sous antitussifs
- pourcentage de patients atteints de BPCO sous bronchodilatateurs seuls, sous corticoïdes inhalés seuls, sous bronchodilatateurs et corticoïdes inhalés
- nombre moyen annuel de consultation pneumologique pour les patients atteints de BPCO (sans oxygénothérapie et avec oxygénothérapie ou ventilation)

**L'ensemble des indicateurs seront repris dans un tableau de bord servant d'outil de suivi au comité de pilotage. Une évaluation intermédiaire est prévue fin 2014.**

### 3.7 : Volet recherche

**- Projet de recherche du groupe P. Gosset / M. Pichavant (LI3 Dir F. Trottein - CIL - INSERM U 1019 - CNRS UMR 8204 / Univ Lille Nord de France/ Institut Pasteur de Lille)**

#### Contexte

L'exposition à la fumée de cigarettes représente la cause majeure du développement de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Cette exposition, et en particulier lorsqu'elle est répétée, entraîne une inflammation, un remodelage tissulaire et une altération de la fonction respiratoire. Il est maintenant bien établi que les infections respiratoires et les pathologies chroniques inflammatoires impactent réciproquement les unes sur les autres. En particulier, les patients BPCO sont très susceptibles vis-à-vis des infections bactériennes (notamment par *Streptococcus pneumoniae* et *Hemophilus influenza*) qui en retour entraînent une exacerbation de la pathologie.

#### Objectifs

Leurs projets de recherche ont pour objectif de déterminer à la fois, les conséquences de la BPCO sur les défenses pulmonaires vis-à-vis des agents pathogènes respiratoires et l'impact de ces infections sur la pathologie et ses complications (atteinte systémique et digestive).

Dans ce contexte, il est étudié l'impact du stress oxydatif occasionné par la fumée de cigarettes, sur la réponse immunitaire innée et les conséquences sur la fonction respiratoire. Le modèle expérimental murin d'exposition chronique à la fumée de cigarette leur a permis de montrer le rôle déterminant d'une sous-population très particulière de lymphocytes, les cellules T naturellement cytotoxiques (NKT).

Par ailleurs, il est mené en parallèle une étude clinique avec le CHRU de Lille (Pr I. Tillie-Leblond, Clin. des maladies respiratoires) et le CH de Roubaix (Dr N. Just) ayant pour objectif de préciser l'impact de facteurs de co-morbidité sur les atteintes du système immunitaire inné, l'inflammation et le remodelage tissulaire chez les patients atteints de BPCO.

Le modèle expérimental murin de BPCO leur sert également de base pour définir les altérations du système immunitaire inné responsable d'une susceptibilité à l'infection par *S. pneumoniae* et de l'exacerbation de la pathologie après infection, et pour tester de nouvelles approches thérapeutiques visant à renforcer les défenses antimicrobiennes et à limiter la progression de la pathologie (anticorps neutralisants, optimisation de formules vaccinales,...).

#### Mise en œuvre

Ce projet repose sur des approches cliniques, expérimentales (chez la souris chroniquement exposée à la fumée de cigarettes) et cellulaires.

#### Partenaires

CHRU de Lille, CH de Roubaix, INSERM U1019 (team 10), INSERM U995, Université de Lille II, Université de Liège

#### Résultats attendus

Offrir de nouvelles options thérapeutiques aux patients BPCO est une priorité en regard du manque d'efficacité des traitements actuellement disponibles pour cette pathologie.

- **Travaux menés par le service de pneumologie et d'allergologie du CHR de Lille (Chef de service : Professeur B. Wallaert)**

- **Recherche action dans le cadre d'un groupe de travail de la Haute Autorité de Santé** (responsable pour la région : Professeur I. Tillie-Leblond).  
L'objectif de cette recherche-action est d'aboutir à la construction de fiches « check-list » destinées aux médecins généralistes et spécialistes pour permettre, dans le cadre des maladies respiratoires fréquentes, de cibler l'essentiel dans le diagnostic et la prise en charge sur la base de recommandations actualisées tous les ans. Cette opération d'envergure nationale, portera sur un public bénéficiaire de 2000 pneumologues, de 60000 médecins généralistes et de médecins du travail.
- **Etude chez le patient BPCO « EXACO » sur 5 ans**, dont le but est de définir le profil des patients exacerbateurs, à risque d'une maladie plus évolutive et sévère. Le Professeur I. Tillie-Leblond est la responsable scientifique de cette étude qui suit plus de 800 patients et analyse déjà plus de 4500 exacerbations.
- **Etudes cliniques** en cours dans le service de Pneumologie et d'Immuno-allergologie du CHRU de Lille sur les comorbidités vasculaires lors des exacerbations (avec le Dr D. Montaigne, cardiologue au CHRU Lille), et sur l'embolie pulmonaire au cours de la BPCO.

## ANNEXES

### **Annexe 1**            **Diagnostic et stades de sévérité de la BPCO**

La mise en évidence d'un trouble obstructif peu réversible sous broncho-dilatateur permet de faire le diagnostic et d'évaluer la gravité de la maladie.

Les stades de sévérité sont définis :

- d'une part en fonction de caractéristiques cliniques :

**Stade 1 : BPCO légère**

Le souffle est encore peu altéré, mis à part lors d'efforts physiques importants.

**Stade 2 : BPCO modérée**

Le rétrécissement des voies respiratoires engendré par la BPCO provoque un essoufflement de plus en plus important. Les infections respiratoires ou des rhumes mettent davantage de temps pour être guéris.

**Stade 3 : BPCO sévère**

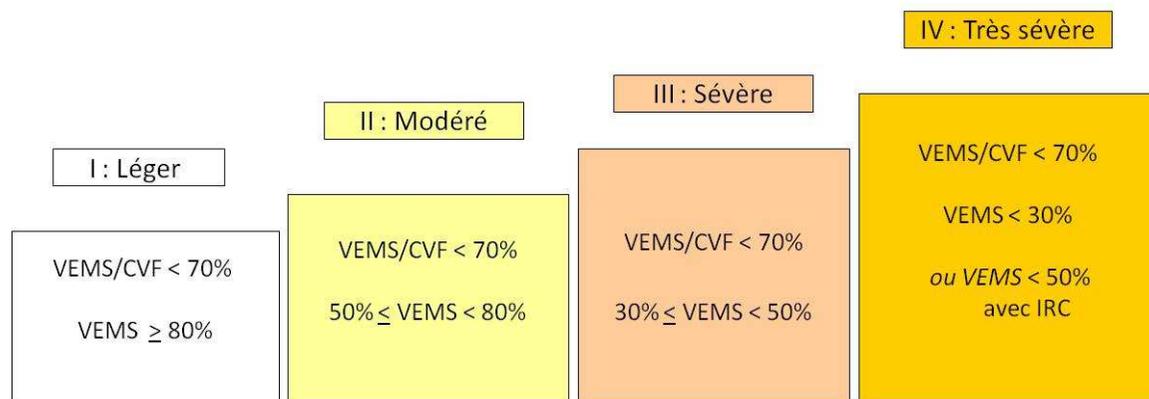
Le malade s'essouffle rapidement, même lors d'efforts minimes.

**Stade 4 : BPCO très sévère**

Les difficultés respiratoires deviennent quotidiennes. Le malade ne peut plus travailler. Il n'arrive plus à monter aisément des escaliers. Il est facilement essoufflé, même dans des activités simples de la vie quotidienne (prendre la douche, s'habiller). Il doit être placé sous oxygénothérapie. L'oxygène lui est administré plus de quinze heures par jour.

- d'autre part en fonction des résultats des épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR) :

**Classification spirométrique de la BPCO en fonction du degré de sévérité.**

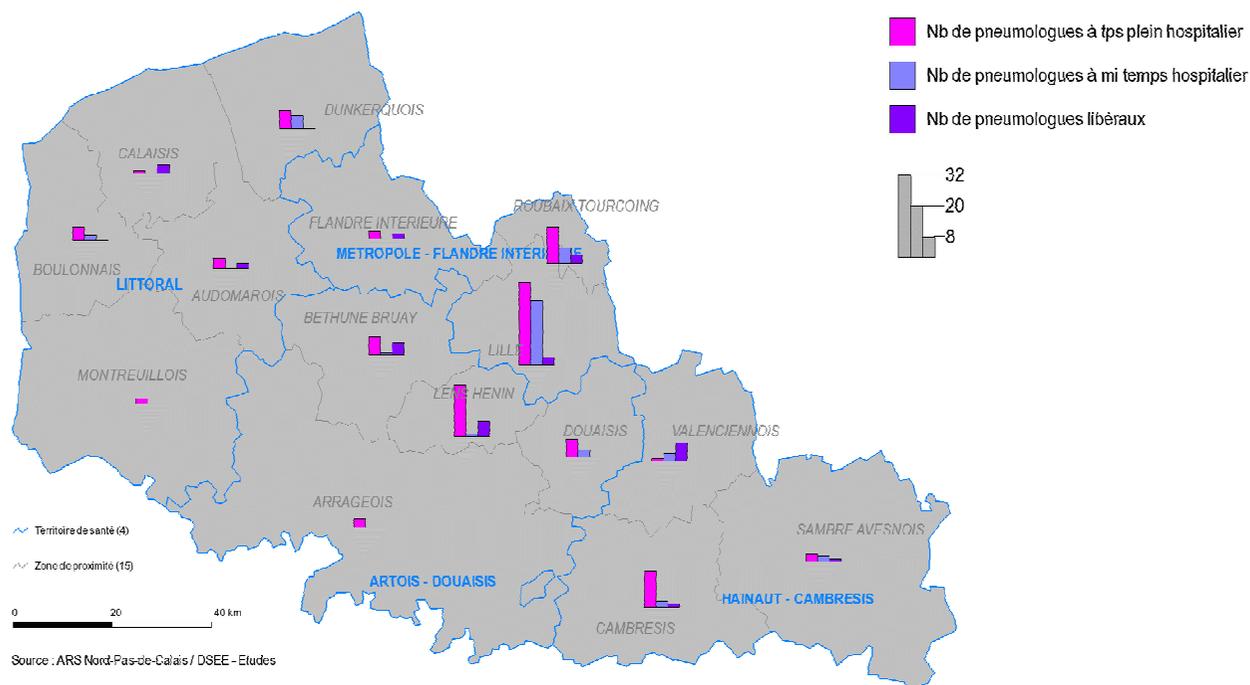


Classification GOLD AJRCCM 2007 ;176 :532-555 RMR 2005  
VEMS : Volume Expiratoire Maximal en une Seconde  
CVF : Capacité Vitale Forcée

**Annexe 2 : L'offre régionale de prise en charge en pneumologie**

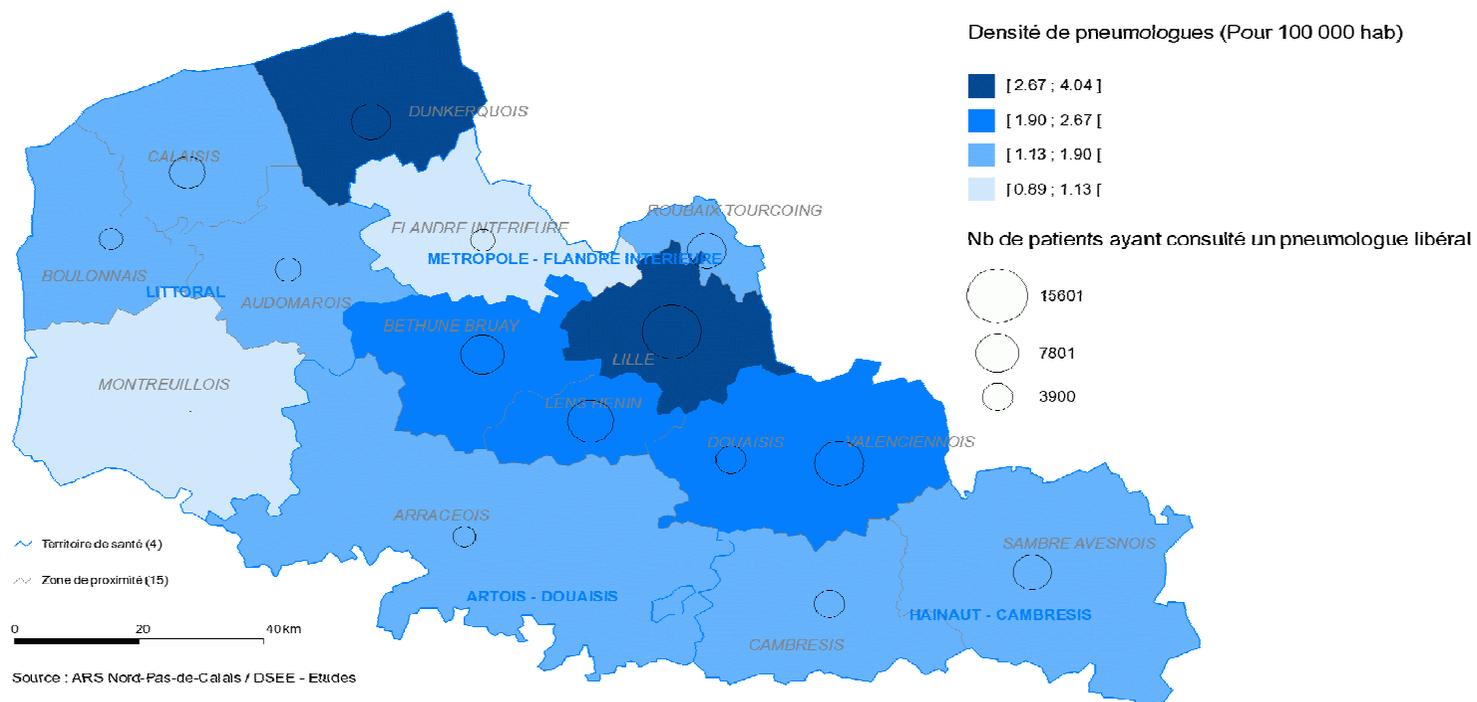
Répartition des pneumologues par type d'activité par zone de proximité (ZDP)

Nombre de pneumologues par type d'activité par ZDP au 31 décembre 2010

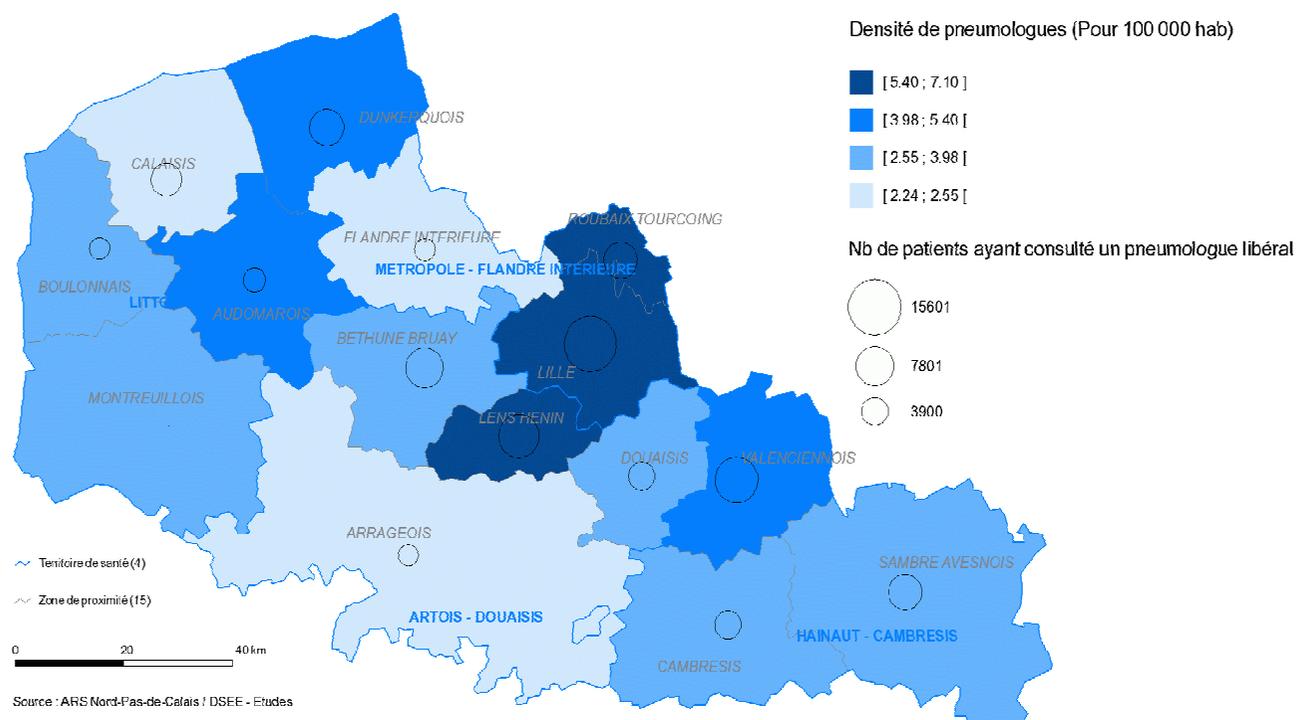


Densité des pneumologues pour 100 000 habitants

**Densité de pneumologues libéraux pour 100 000 habitants par ZDP au 31 décembre 2010**



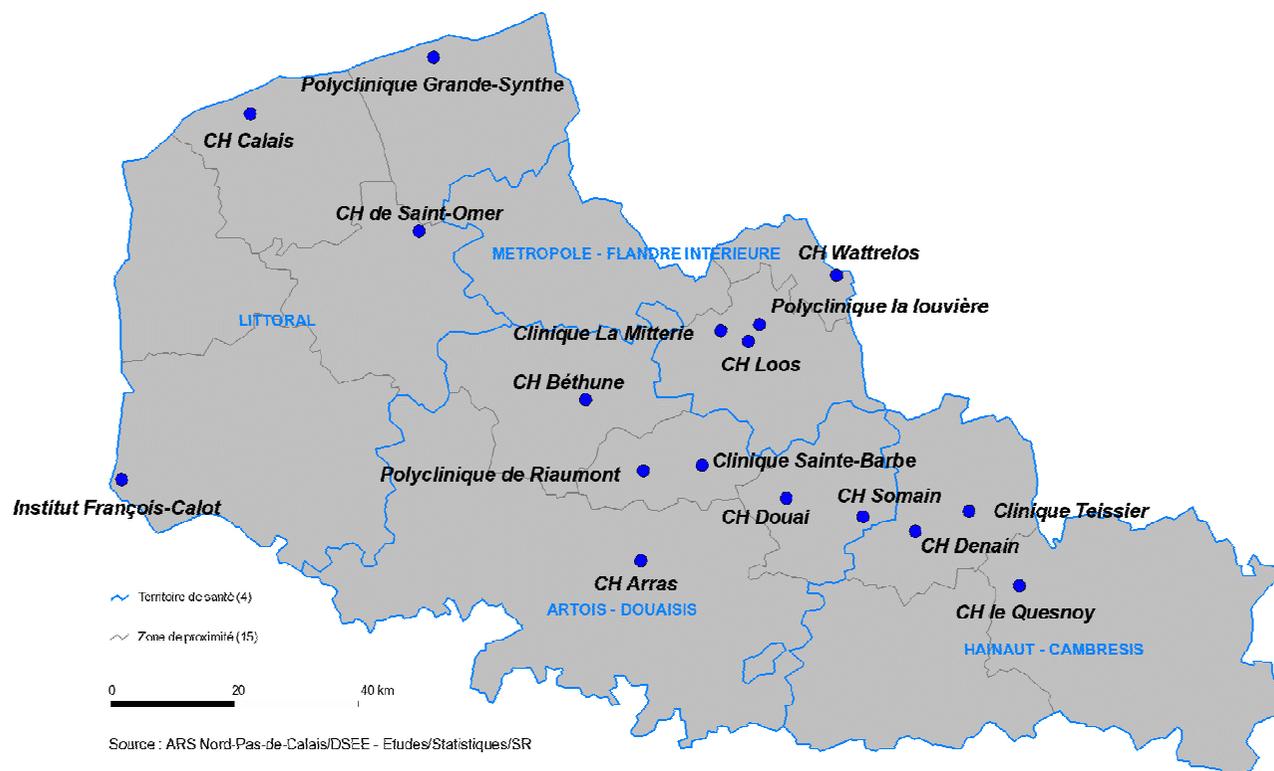
### Densité de pneumologues salariés et libéraux pour 100 000 hab par ZDP au 31 décembre 2010



Le Calais, la Flandre intérieure et l'Arrageois sont les trois zones de proximité ayant la densité de pneumologues pour 100 000 habitants la plus faible.

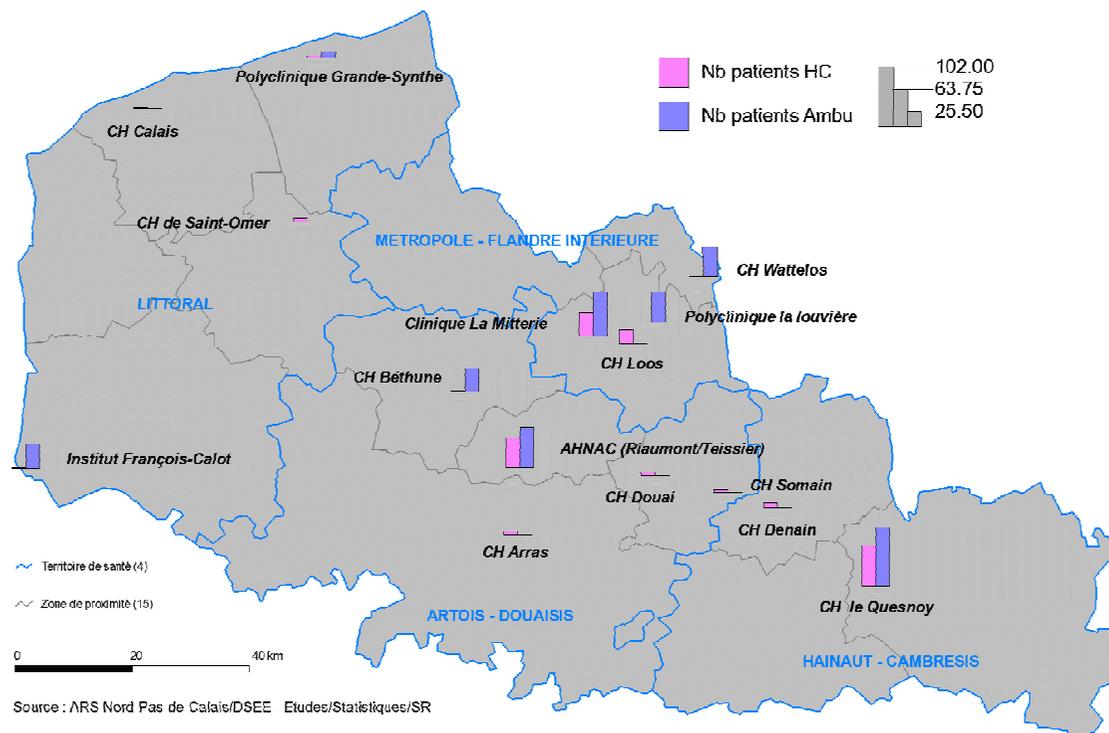
Répartition des centres de réhabilitation

**Recensement des Centres de Réhabilitations au 31 décembre 2010**



Activité 2010 de ces services à partir des données du PMSI

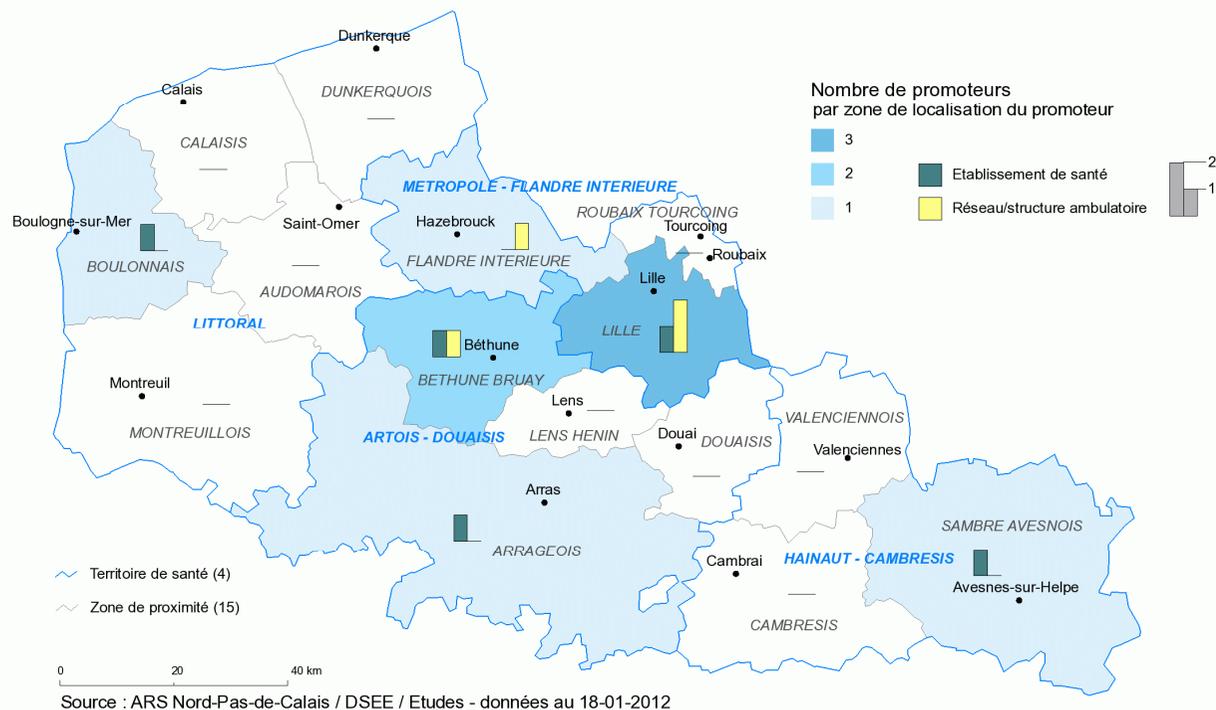
**Activité des Centres de Réhabilitations au 31 décembre 2010**



669 personnes ont bénéficié d'une réhabilitation respiratoire en 2010 dont 226 en hospitalisation complète et 443 en ambulatoire. La répartition de l'activité est extrêmement variable d'un centre à l'autre et d'une zone de proximité à l'autre.

Offre d'ETP en pneumologie (réseaux, MSP, hôpitaux)

Localisation des promoteurs de programmes d'Education Thérapeutique du Patient - BPCO

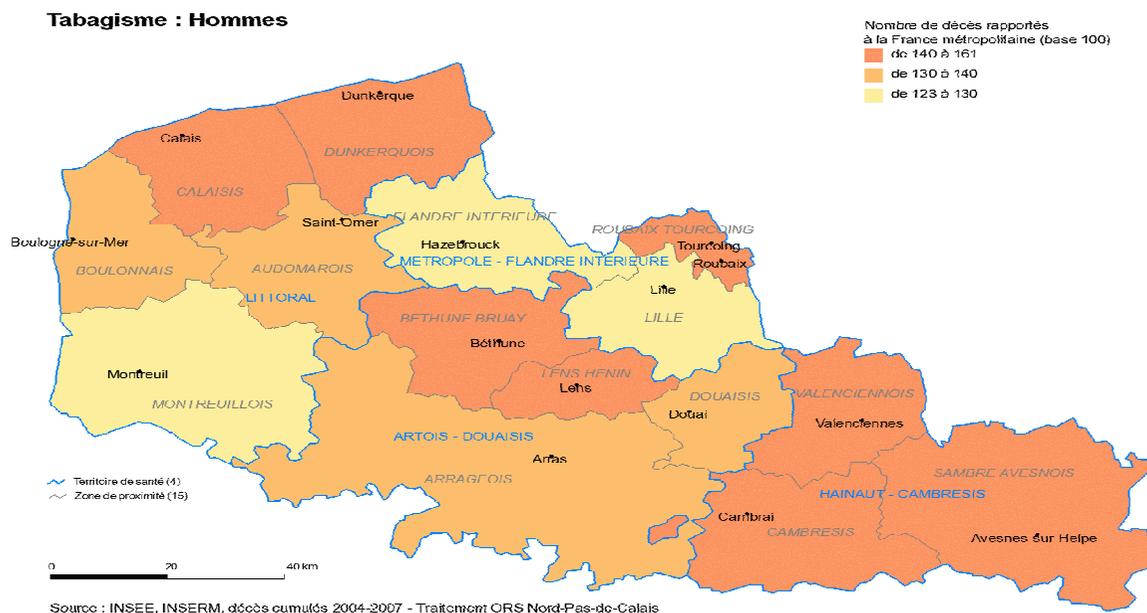


### Annexe 3 Caractéristiques de la population concernée

#### Exposition aux facteurs de risque

Il est constaté une surmortalité régionale<sup>6</sup> due au **tabagisme**<sup>7</sup>. Le nombre de décès constaté au titre du tabagisme est supérieur de 40% à la moyenne nationale chez les hommes et de 22% chez les femmes (cf. carte infra).

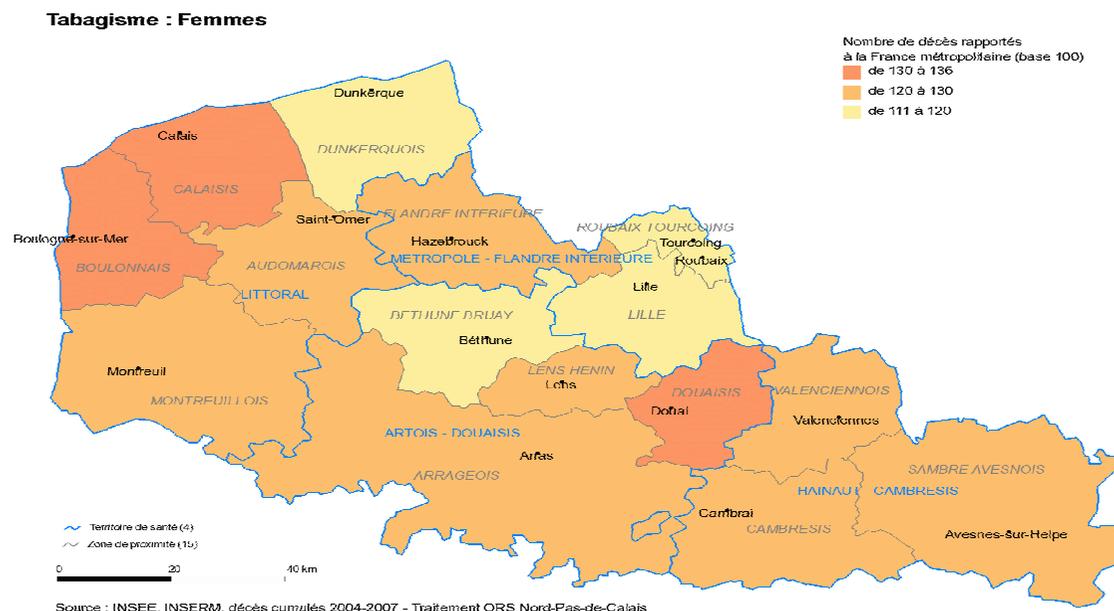
Figure 1 : Nombre de décès dus au tabagisme, en fonction du sexe.



<sup>6</sup> Mesurée grâce à l'indice comparatif de mortalité (ICM).

C'est le rapport entre le nombre de décès observé sur un territoire donné et le nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par sexe et par âge étaient identiques aux taux nationaux. Ce calcul permet de gommer l'effet âge et l'effet sexe pour n'isoler que l'effet facteur de risque.

<sup>7</sup> Les maladies liées au tabagisme sont le cancer de l'œsophage, des lèvres, des cavités buccales, du pharynx, du larynx, de la trachée, des bronches ou des poumons, cardiopathies ischémiques, maladie cérébro-vasculaire, bronchite-chronique et maladie pulmonaire obstructive.



**Les polluants professionnels** sont responsables de 20% des cas de BPCO.

Le risque lié à des facteurs professionnels est clairement établi dans plusieurs secteurs d'activité :

- ✚ dans le secteur minier et l'industrie extractive, surtout dans le secteur des mines de charbon
- ✚ dans l'industrie textile
- ✚ dans le secteur agricole : l'élevage des porcs, la production laitière et le milieu céréalier.

D'autres secteurs sont identifiés comme « d'un excès » de risque de BPCO potentiellement lié à des expositions professionnelles : la cimenterie, le secteur du bois, la fonderie-sidérurgie, le bâtiment et travaux publics, la fabrication du caoutchouc.

Sur la période 1997-2001, les hommes du bassin minier connaissaient une surmortalité de 15%<sup>8</sup> par rapport à la moyenne régionale (elle-même plus élevée que la moyenne nationale, comme évoquée *supra*).

<sup>8</sup> Prouvot H., Declercq Ch., Foutry L., Dupont J., Tredez G., Poirier G., Lacoste O., Les enjeux en santé environnementale dans le bassin minier Nord-Pas-de-Calais, Observatoire régional de santé du Nord-Pas-de-Calais, octobre 2007.

### Mortalité due à la BPCO

En France, 16 000 décès sont constatés par an<sup>9</sup> (niveau qui excède les décès par accidents de la route). La mortalité augmente régulièrement depuis 20 ans.

En région Nord Pas de Calais, entre 2004 et 2007, 1 506 décès cumulés étaient constatés au titre de la BPCO (sur 35 000 constatés). Les hommes sont davantage touchés que les femmes.

**Tableau 1 : effectifs cumulés des décès enregistrés au titre de la BPCO en fonction du sexe, entre 2004-2007.**

<b>Territoires de santé</b>	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>	<b>Total</b>
Artois-Douaisis	341	97	438
Hainault-Cambrais	254	76	330
Littoral	224	73	297
Métropole-Flandre Intérieure	319	122	441
<b>Total</b>	<b>1138</b>	<b>368</b>	<b>1506</b>

Source : DSEE, ARS-NPdC

60 % des décès sont enregistrés sur le territoire de la métropole et de l'Artois-Douaisis.

<sup>9</sup> Données INSERMSC8 de 1997. Le taux brut est de 26 pour 100 000 habitants, 30,7 pour les hommes et 20,7 pour les femmes.



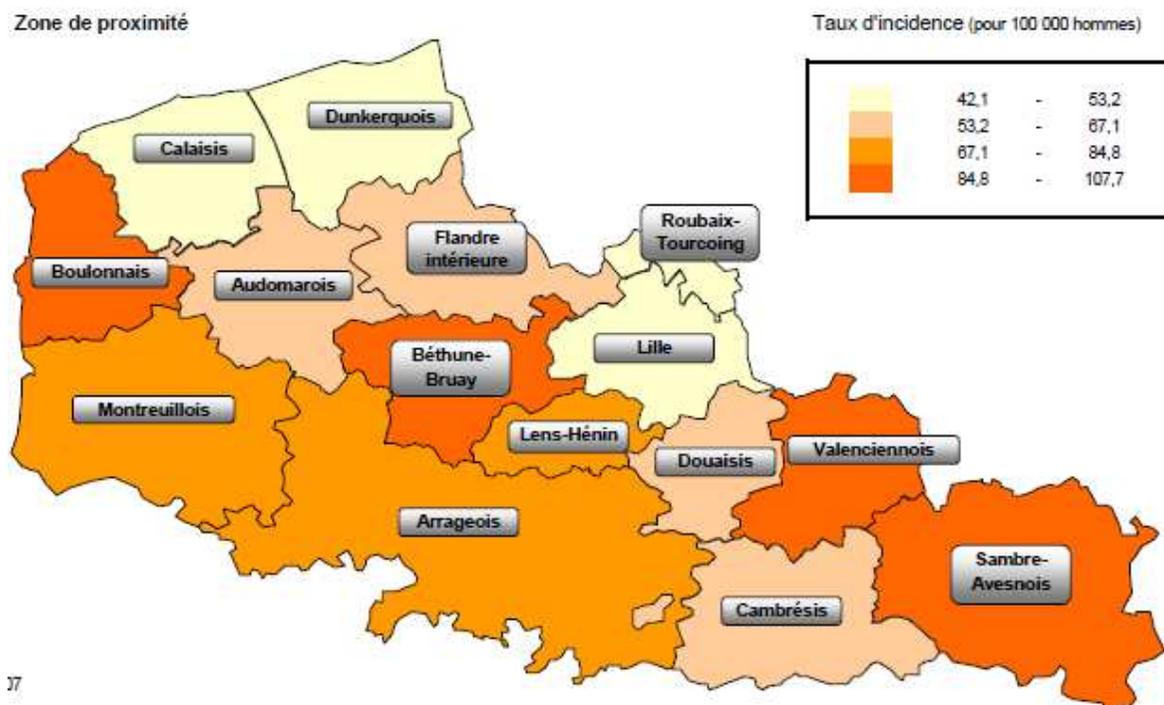


## Approche de la morbidité par les données liées aux affections de longue durée (ALD)

L'approche ne peut être exhaustive car l'ALD n°14 concerne les insuffisances respiratoires graves dont l'origine peut concerner d'autres maladies respiratoires que la BPCO.

En région Nord – Pas-de-Calais, 2 000 nouveaux cas sont enregistrés<sup>10</sup> chaque année (soit un taux d'incidence de 65 pour 100 000 habitants) pour insuffisance respiratoire (hors asthme grave). Les hommes sont concernés dans 60% des cas.

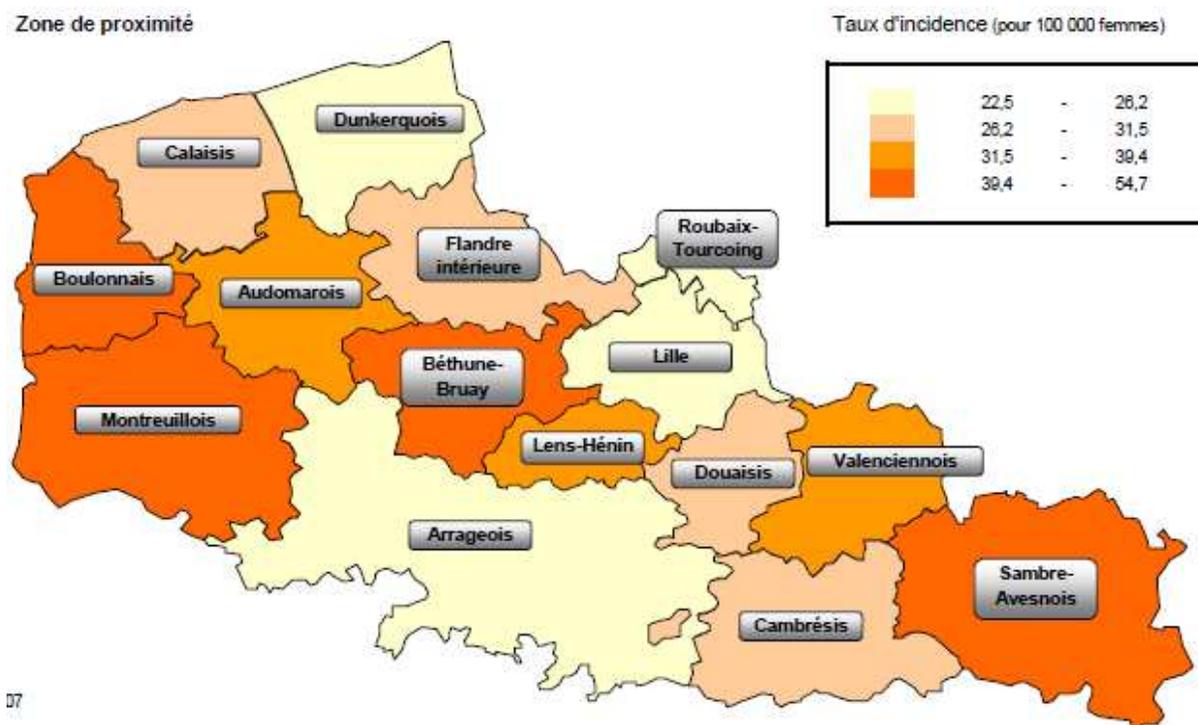
### Mise en ALD pour insuffisance respiratoire grave (hors asthme) en 2010 chez l'homme



37

<sup>10</sup> ARS-Direction de la stratégie, des études et de l'évaluation, *Atlas régional et territorial de santé*, 2011, p 27.

Mise en ALD pour insuffisance respiratoire grave (hors asthme) en 2010 chez la femme



En 2010, les mises en ALD pour insuffisance respiratoire (hors asthme) chez l'homme ont été deux fois plus nombreuses dans les zones de proximité du Boulonnais, Béthune Bruay, Valenciennois et Sambre Avesnois que pour les zones de Calais, Dunkerque, Lille et Roubaix Tourcoing.

Chez la femme, la tendance est presque similaire à celle chez l'homme.

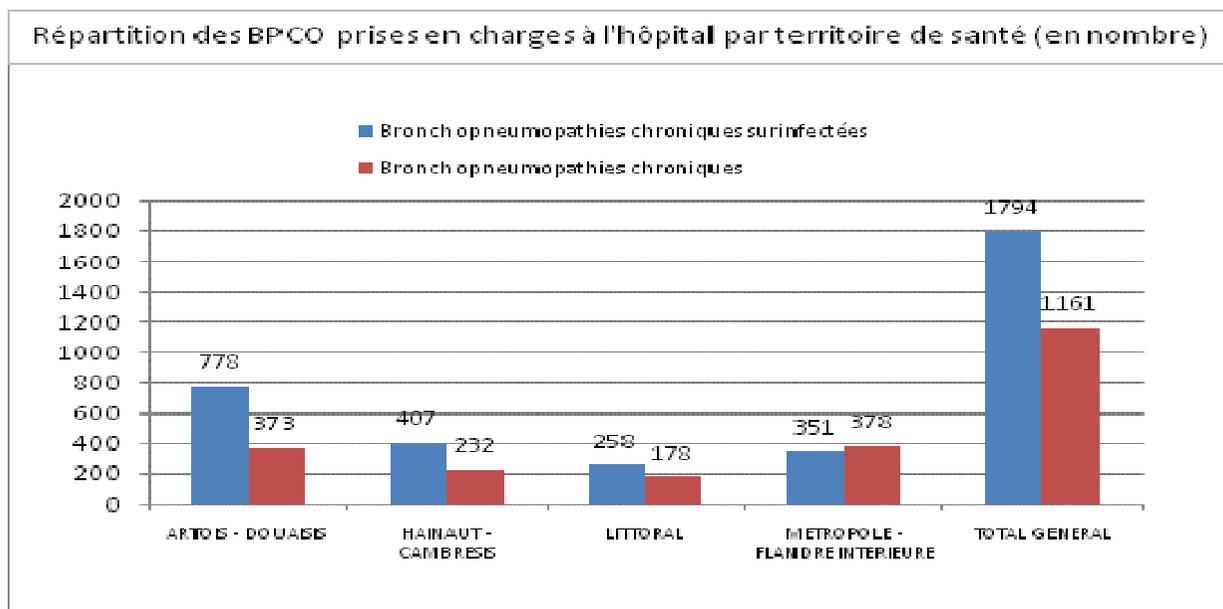
## Hospitalisations liées à des complications

En France, 100 000 séjours en hospitalisation par an sont liés à des complications de la BPCO, notamment lors d'une exacerbation aigüe. En moyenne, ceux-ci durent entre 8 et 10 jours.

50 à 70 % des dépenses totales<sup>11</sup> liées à la BPCO sont attribuées aux hospitalisations suite à une exacerbation.

Dans la région Nord – Pas-de-calais, une étude réalisée sur le premier semestre 2010 a retrouvé près de 3 000 séjours<sup>12</sup> pour BPCO dont 60% surinfectée. Ce chiffre atteint 68% en Artois Douaisis et descend à 48% en Métropole Flandre Intérieure.

### Répartition du nb de patients atteints de BPCO pris en charge à l'hôpital selon le territoire de santé, au 1er semestre 2010.

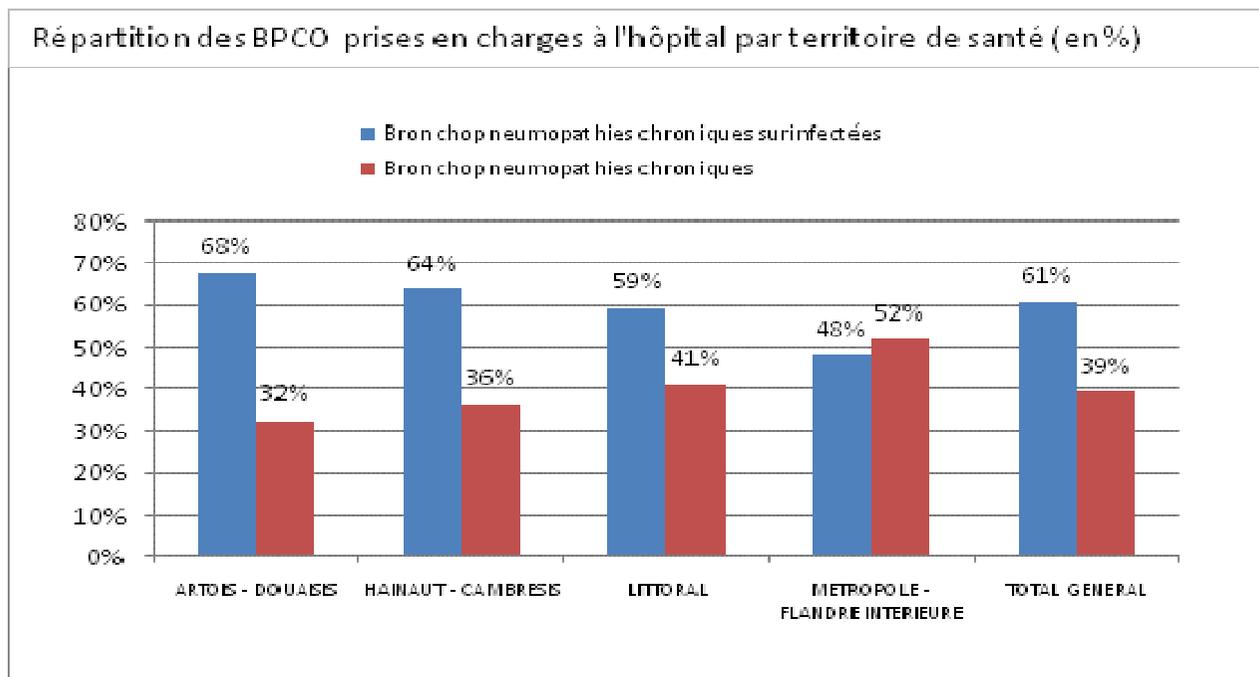


Source : PMSI MCO 2010 (1er semestre) ; D Verloop (DSEE / Service Statistiques) - GHS 1156 à 1160 et 1214 à 1218 (1<sup>er</sup> semestre 2010)

<sup>11</sup> Ministère de la santé et des solidarités, Programmes d'actions en faveur de la BPCO 2005-2010, 15 novembre 2005, p 21.

<sup>12</sup> Ces séjours correspondent au groupe homogène de séjours de 1156 à 1160 et 1214 à 1218.

Répartition des patients atteints de BPCO pris en charge à l'hôpital selon le territoire de santé, au 1er semestre 2010 (en %).



Source : PMSI MCO 2010 (1er semestre) ; D Verloop (DSEE / Service Statistiques) - GHS 1156 à 1160 et 1214 à 1218 (1er semestre 2010)

### Patients sous oxygénothérapie

En France, environ 100 000 malades présentent des formes sévères nécessitant une oxygénothérapie et/ou une ventilation à domicile.

En région Nord Pas de calais, 9787 personnes étaient sous oxygénothérapie en 2011 pour un coût moyen annuel de 2966 euros.

## **Annexe 4**            **Analyse de la pratique régionale**

Pour étudier la prise en charge des patients atteints de BPCO, nous avons recherché les patients ayant bénéficié d'une primo prescription d'un anticholinergique : le Tiotropium (Spiriva).

Il s'agit d'un traitement bronchodilatateur continu ayant pour seule indication le traitement des symptômes des patients présentant une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). Il n'a pas d'indication dans l'asthme.

### Méthode

Les primo délivrances de Tiotropium ont fait l'objet d'une recherche sur le système d'information au cours de la période du 1<sup>er</sup> avril 2010 au 31 mars 2011.

17 295 personnes ont eu une première délivrance de Tiotropium au cours de cette période (soit 44% de l'ensemble des patients sous Tiopropium).

Nous avons recherché pour ces personnes si certaines recommandations de pratique étaient bien mises en œuvre.

### Résultats

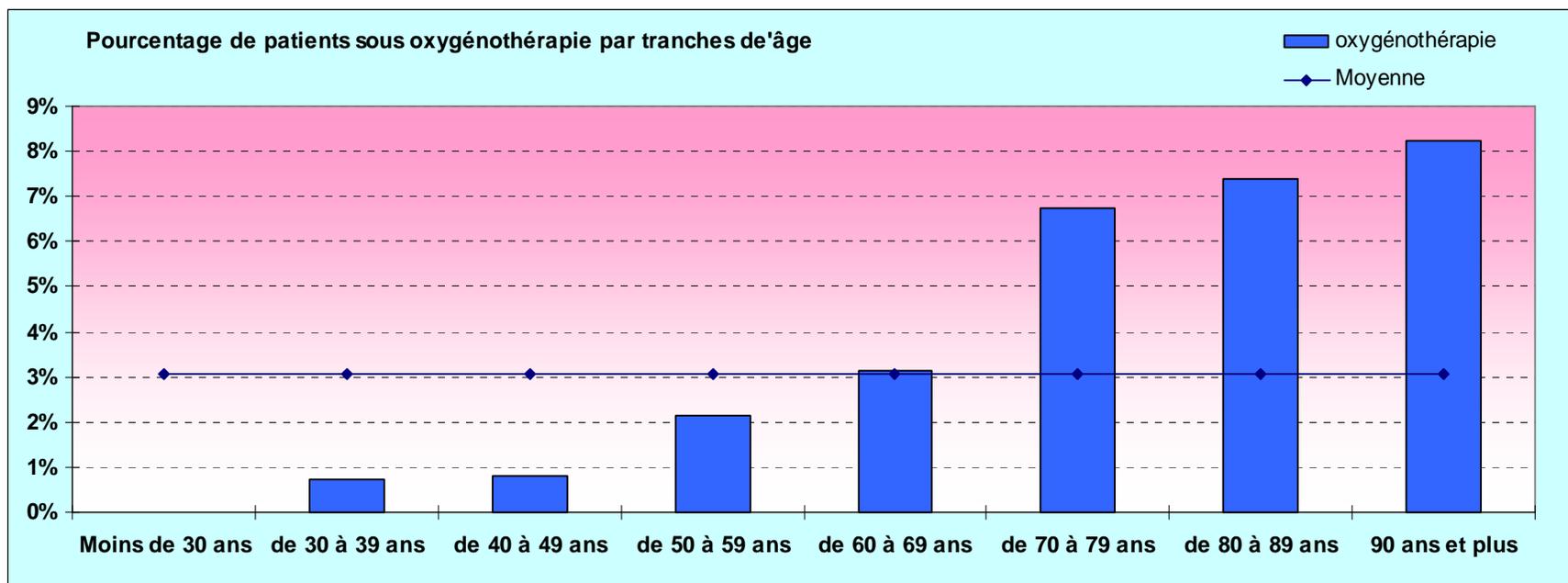
89% des prescriptions ont été faites par un médecin généraliste. 10% par un pneumologue.

Parmi les 17 295 patients, nous avons des informations sur le sexe et l'âge pour 15 953 personnes. Il s'agit d'hommes dans 63% des cas. La moyenne d'âge est de 57 ans.

82% des prescriptions sont effectuées pour des patients entre 40 et 79 ans.

Le tableau 1 montre que 1 à 8% des patients de notre échantillon (selon les tranches d'âge) sont sous oxygénothérapie et donc au stade 4 très sévère.

Tableau 1 : patients sous tiotropium et oxygénothérapie



Rappel des effectifs dans les tranches d'âge							
Moins de 30 ans	de 30 à 39 ans	de 40 à 49 ans	de 50 à 59 ans	de 60 à 69 ans	de 70 à 79 ans	de 80 à 89 ans	90 ans et plus
423	1 248	2 811	4 538	3 204	2 477	1 179	73

Source : ERASME : Données du régime général du 1<sup>er</sup> avril 2010 au 30 septembre 2011; ML Chantelou (DSEE / Service Statistiques)

**Recommandation :** En cas de persistance des symptômes malgré l'utilisation de bronchodilatateurs inhalés de courte durée, le traitement médicamenteux repose sur les bronchodilatateurs inhalés de longue durée d'action (LA) à partir du stade 2 : soit un bêta2 agoniste (LA), soit un anti cholinergique (LA).

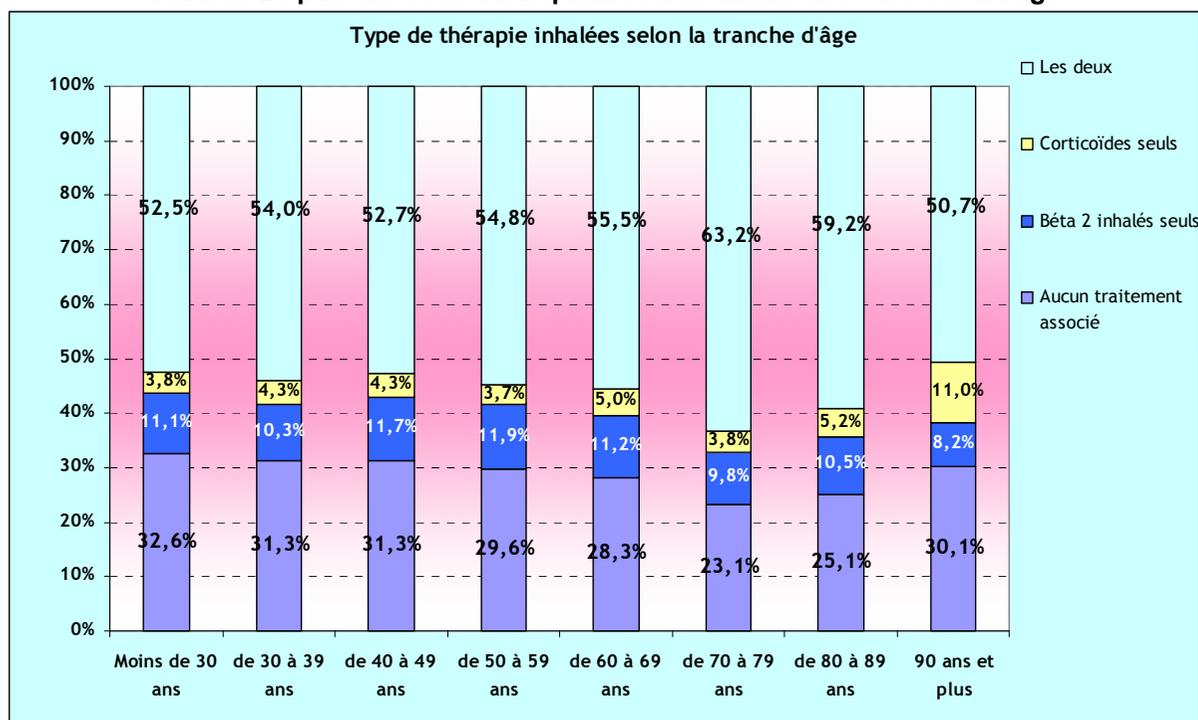
Le tableau 2 montre que les patients de notre échantillon sont à la fois sous anti cholinergique et sous bêta2 agoniste dans plus de 50% des cas.

**Recommandation :** L'association de bronchodilatateur LA (bêta2 agoniste ou anti cholinergique) en continu avec un corticoïde inhalé n'est recommandée que chez les patients au stade 3 qui ont un VEMS < 50%, en cas d'antécédents d'exacerbations fréquentes et de symptômes significatifs.

Le tableau 2 montre que les patients de notre échantillon déjà sous anti cholinergique LA sont aussi sous l'association de bêta2 agoniste et corticoïde inhalé dans 50 à 63 % des cas selon les tranches d'âge

Il est difficile d'interpréter ce chiffre car nous ne savons pas quels patients de notre échantillon présentent les éléments cliniques justifiant l'association. La seule indication en notre possession est que 78% des patients ont eu au moins une délivrance d'antibiotiques dans les six mois suivant la primo prescription de Tiotropium.

**Tableau 2 : patients sous Tiotropium et traitements associés selon l'âge**

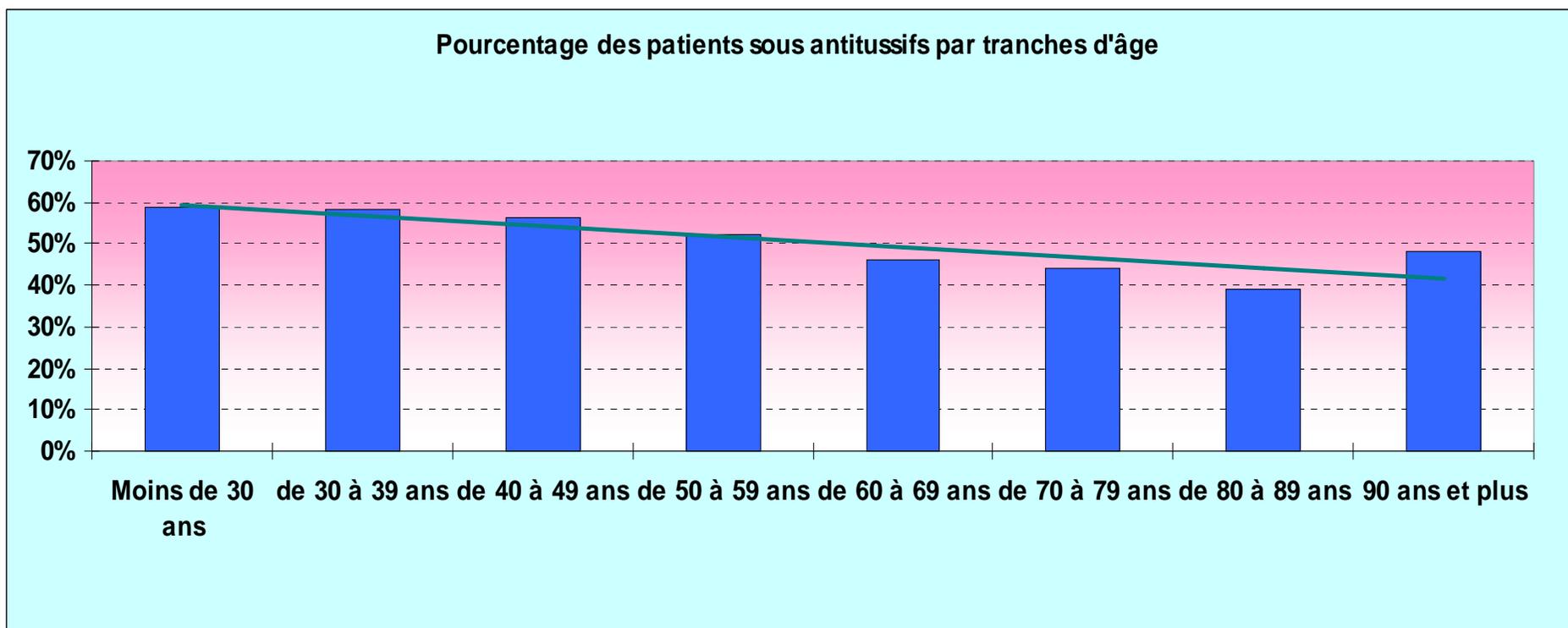


Source : ERASME : Données du régime général du 1<sup>er</sup> avril 2010 au 30 septembre 2011; ML Chantelou (DSEE / Service Statistiques)

**Recommandation** : il n'est pas recommandé de prescrire des antitussifs chez les patients atteints de BPCO

Le tableau 3 montre que 40 à 60% (selon les tranches d'âge) des patients de notre échantillon patients prennent des antitussifs

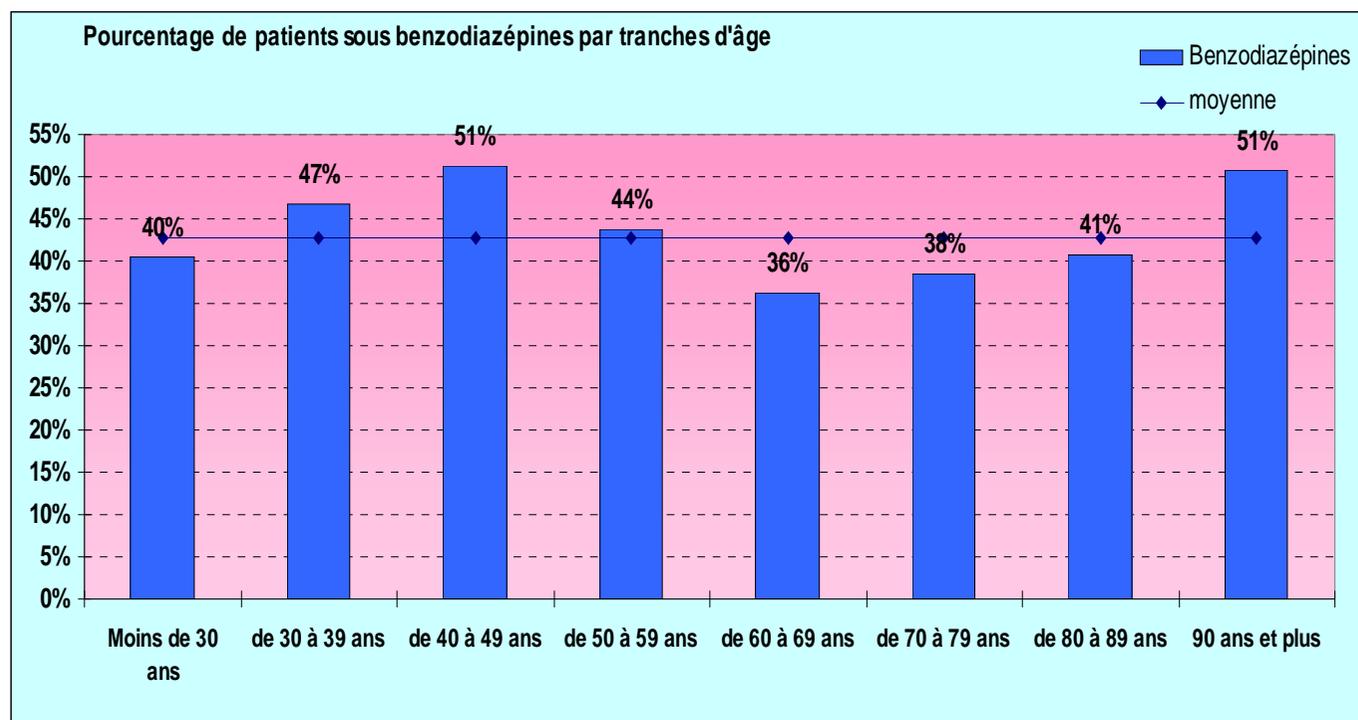
**Tableau 3 : patients sous tiotropium et antitussifs**



**Contre indication** : il est contre indiqué de prescrire des benzodiazépines en cas d'insuffisance respiratoire sévère

Nous ne savons pas exactement le pourcentage de patients de notre échantillon en insuffisance respiratoire sévère mais le tableau 4 montre que 36 à 51% (selon les tranches d'âge) prennent des benzodiazépines.

Tableau 4 : patients sous Tiotropium et benzodiazépines

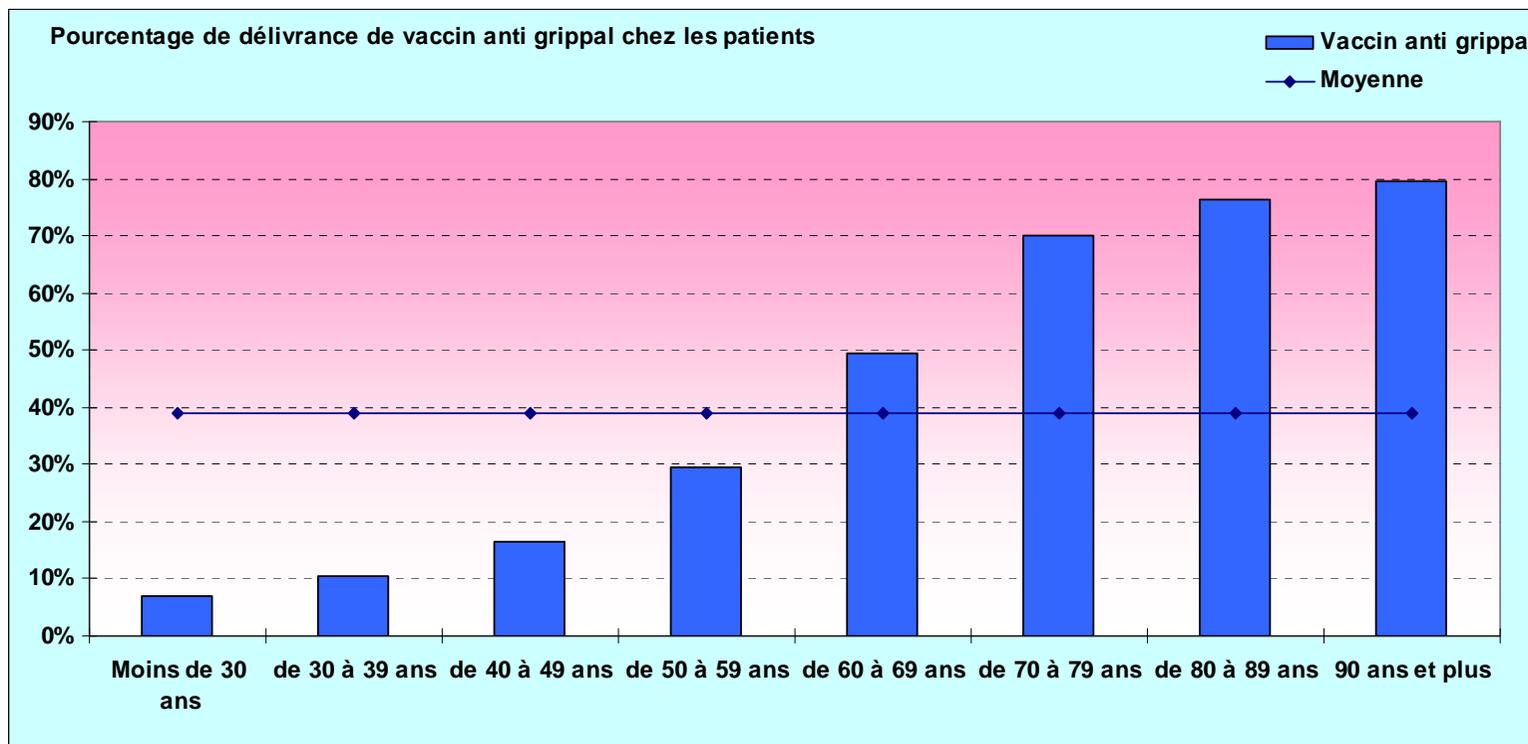


Source : ERASME : Données du régime général du 1<sup>er</sup> avril 2010 au 30 septembre 2011; ML Chantelou (DSEE / Service Statistiques)

**Recommandation** : vacciner tous les patients atteints de BPCO chaque année

Le tableau 5 montre que 40% des patients se sont fait vacciner au cours de la période du 1<sup>er</sup> avril 2010 au 31 mars 2011.

Tableau 5 : patients sous tiotropium et vaccination anti grippale



Source : ERASME : Données du régime général du 1<sup>er</sup> avril 2010 au 30 septembre 2011; ML Chantelou (DSEE / Service Statistiques)

**Annexe 5 Composition du comité de pilotage et de suivi du programme BPCO :**

Dr Christophe ZANETTI, Président de l'Association des Pneumologues de la région Nord (APRN)  
Dr Bruno STACH, Pneumologue  
Dr Jean Marie GROSBOIS, Pneumologue  
Dr Francis PAGNIER, Pneumologue URPS médecins spécialistes  
Dr François STEENHOUWER, Pneumologue  
Dr Thierry PEREZ, Pneumologue CHRU Lille / Service de pneumologie et immuno-allergologie  
Dr Nadège LEPAGE, CHRU Médecine du travail / Pathologie professionnelle et Environnement  
Dr Laurent VERNIEST, Médecin généraliste Président FEMASNORD  
Dr Laurence AMOUYEL, Praticien conseil Chef de Service DRSM  
Mr Jean-Marc LASCAR, Président URPS Masseurs Kinésithérapeutes  
Mme Caroline DEPAUW, Directrice URPS médecins  
Mme Sabine TIRELLI, Directrice Réseau DiabHainaut  
Mr Alain DEVILLERS, Président Association du Nord de la France des Insuffisants Respiratoires (ANFIR)  
Mme Marie-Pierre DELFORGE, Présidente Association Passport Santé 62

et pour l'ARS Nord Pas-de-Calais :

Dr Vincent VAN BOCKSTAEL, pilote du projet, Direction de la Stratégie, des Etudes et de l'Evaluation  
Mme Elisabeth LEHU, copilote du projet, Direction de l'Offre de Soins  
Dr Michel VANDEVELDE, Direction de la Santé Publique et de l'Environnement  
Mr Bruno CHAMPION, Direction de la Stratégie, des Etudes et de l'Evaluation  
Mme Marie Lise CHANTELOU, Direction de la Stratégie, des Etudes et de l'Evaluation  
Mme Sabrina RIQUOIR, Direction de la Stratégie, des Etudes et de l'Evaluation

Ce comité a bénéficié également de l'appui de :

Pr Benoît WALLAERT, CHRU Lille, Chef du service de pneumologie et immuno-allergologie  
Pr Isabelle TILLIE-LEBLOND, CHRU Lille, Service de pneumologie et immuno-allergologie  
Dr Didier CAPARROS, Pneumologue  
Dr Hervé GUENANEN, Pneumologue  
Mme Marie Ange TESTELIN, Directrice Association ECLAT GRAA  
Mme Lise DELATTRE, Chargée de mission Association ECLAT GRAA  
Mr Eric BOT, URPS Pharmaciens  
Mme Sophie SERGENT, Pharmacienne  
Mr Dominique MIZERA URPS Masseurs Kinésithérapeutes  
Mr Alain MUREZ Président FFAAIR  
Mr Jérôme STEVENS Directeur général Direct Médica  
Mme Valérie AVELLA Conseillère Pôle Sport DRJSCS

## GLOSSAIRE

ARS	Agence Régionale de Santé
APRN	Association des pneumologues de la région Nord
ANFIR	Association du Nord de la France des Insuffisants Respiratoires
CDMR	Comité Départemental de lutte contre les Maladies Respiratoires
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CROS	Comité Régional Olympique et Sportif
DGS	Direction Générale de la Santé
ECLAT-GRAA	Espace de Concertation et de Liaison Addictions Tabagisme – Groupement Régional d'Alcoologie et d'Addictologie
FEMASNORD	Fédération Régionale des Maisons et Pôles de Santé en Nord Pas-de-Calais
FFAAIR	Fédération Française des Associations et Amicales de malades Insuffisants ou handicapés Respiratoires
GEEP	Groupe d'Etude en Education en Pneumologie
HAS	Haute Autorité de Santé
ISTNF	Institut de Santé au Travail du Nord de La France
SPTN	Société de Pathologie Thoracique du Nord
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé