

Revue diffusée nominativement
à 10 000 exemplaires

IMPRIMERIE : VASTI-DUMAS 42000 SAINT-ÉTIENNE
MAQUETTE : ATELIER EQUIPAGE - MARSEILLE
DIRECTEUR DE LA RÉDACTION : J.-P. LELLOUCH
SERVICE PRESSE : LAURENT DE VILLEPIN
ENQUÊTES MÉDICALES : ARICK SON LELLOUCH
ESPACE ET DÉVELOPPEMENT : FRANCK BENJAMIN

LES MAÎTRES D'OUVRAGE ET LES PARTENAIRES
D'OFFICIEL SANTÉ FIGURENT EN PAGES 6 ET 7

RÉDACTEUR EN CHEF :
FRANÇOIS AUBART

DOSSIER SCIENTIFIQUE :
DR PHILIPPE LAURENT

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :
STEPHAN J.P. LELLOUCH
officielsante@wanadoo.fr

RÉALISATION : NETCOM MEDICAL

COORDINATION ÉDITORIALE :
P.E.C (PRESSE ÉDITION COMMUNICATION)
14, BD DU COMMANDEUR - 13009 MARSEILLE
TEL : 04 96 20 06 06 - FAX : 04 96 20 06 09



Le mot du Rédacteur en chef

La recette du chef

Ce numéro d'Officiel santé retrace dans le détail les travaux de la Commission consultative sur les missions de l'hôpital (entendu au sens large, c'est-à-dire, englobant aussi bien le secteur public que privé) présidé par Gérard Larcher.

Durant les mois de janvier et de février les consultations vont se poursuivre. Puis, fin mars, des propositions seront soumises au président de la république, Nicolas Sarkozy.

Quelle sera la recette du chef ? Il semblerait qu'elle veuille calmer la gourmandise du business dans les cliniques privées.

Attendons de voir pour juger si elle tiendra compte aussi des besoins et des attentes de la communauté hospitalière que nous faisons entendre. Après tout, puisque le temps est aux vœux, on peut espérer que le régime proposé sera plus équitable pour l'hôpital public. Rendez-vous dans notre prochain numéro pour l'apprécier.

En attendant, 12 000 fois « Bonne année 2008 ! » à tous nos lecteurs de la part de toute l'équipe de notre magazine qui fêtera son dixième anniversaire l'été prochain.

François Aubart,
président de la CMH

4 Editorial

Changer encore la gouvernance de l'hôpital !
par le Dr François Aubart, président de la CMH

7 Actualités pharmaceutiques

14 Gérard Larcher cible les cliniques privées

14 Extrait de la lettre de mission de Monsieur Sarkozy

15 Liste des membres et rapporteurs de la mission

15 L'état des lieux dressé par la commission

20 Audition de la coordination médicale hospitalière

22 Les états généraux de l'organisation de la santé
par Olivier Véran et Pierre Loulergue

23 Compte épargne temps (CET) à l'hôpital : où en est-on ?
par Mme Dominique Acker

26 L'accréditation des médecins pneumologues
par le Dr Ph. Laurent, président du SNPEH

Dossier scientifique

Pneumologie

33 Editorial

*du Pr Philippe Godard
Président de la SPLF*



33 Meilleurs vœux et longue vie à la SPLF
par le Pr Philippe Godard

34 2008 : une année charnière ?
par le Pr Bruno Housset, président de la fédération française de pneumologie

36 L'adaptation des structures de l'hôpital public aux besoins des patients
par le Dr Ph. Laurent, président du SNPEH

39 Dépister le cancer bronchique, c'est dépister des nodules pulmonaires
par le Pr E. Lemarié, vice-président de la SPLF

44 L'écho video endoscopie
par le Dr S. Lachkar et le Pr L. Thiberville, CHU Rouen

49 L'abrogation du BCG obligatoire
par le Pr B. Dautzenberg, GH La Pitié Salpêtrière

53 Les exacerbations aiguës des BPCO
par le Dr J. Piquet, CH Montfermeil

59 L'éducation thérapeutique des BPCO
par le Dr N. Roche, Hôtel Dieu/APH

Éditorial

Changer encore la gouvernance de l'hôpital !

Dans sa conférence de presse du 8 janvier 2008, le président de la république, Monsieur Nicolas Sarkozy, a indiqué qu'il « souhaitait que l'on change la gouvernance de l'hôpital qui n'est plus adaptée aux réalités d'aujourd'hui ».

Une chose est sûre, l'hôpital est miné. Il est miné par les difficultés financières chroniques, il est miné par la contradiction des contraintes et des contradictions médicales et administratives ; il est miné par le manque quantitatif et qualitatif de compétence professionnelle.

La nouvelle gouvernance à l'hôpital vient à peine de se mettre en place. Médicalisation des décisions et déconcentration en sont les enjeux. Cette réforme se met en place progressivement, avec difficulté compte tenu des changements dans les pratiques qu'elle impose. Une partie limitée de la communauté médicale y est encore peu favorable. L'administration y est souvent hostile.

Perte de repères pour les uns, perte de pouvoirs pour les autres sont autant de handicaps qui n'ont pas empêché qu'apparaissent des délégations de gestion et meilleure coordination entre les activités médicales.

Alors pourquoi proposer, aussi brutalement, un nouveau changement ?

L'idée qui va sûrement être explicitée est-elle du « patron miraculeux » à l'hôpital ?

La gouvernance selon le président Sarkozy c'est « un chef » qui, dans les 500 gros établissements français, réglera magiquement tous les problèmes. Or, comme nous l'avons déjà indiqué dans ces colonnes, nous ne disposerons pas avant plusieurs années de ces centaines de managers de haut niveaux capables de renouveler les pratiques hospitalières.

Un nouveau choc dans la gouvernance risque par contre de mettre l'hôpital dans le fossé de façon définitive. Certes, les Cassandre ont depuis longtemps annoncé la mort de l'hôpital. Prenons garde que ce ne soit pour 2008, la chronique de cette mort annoncée.

Cependant, pour garder un peu d'optimisme en ce début d'année, rêvons un instant que le vrai projet présidentiel de gouvernance de l'hôpital soit intelligent, partagé et profitable au malade.

François AUBART
président de la CMH

LES PARTENAIRES D'OFFIC

DÉLÉGUÉS RÉGIONAUX DE LA CMIH

Alsace	Dr LAEDLEINN-GREILSAMMER	CHU Mulhouse	03 89 64 87 25
Alsace	Pr Gabrielle PAULI	CHU Strasbourg	03 88 11 68 56
Antilles	Dr L. MERAULT	CHU P.-à-Pitre	
Aquitaine	Dr Pierre FIALON	CHU Bordeaux	05 56 79 58 37
Aquitaine	Dr P. SIMON	CHU Bordeaux	05 56 56 35 05
Auvergne	Dr J.P. MABRUT	CHU Clermont-Ferrand	04 73 43 55 19
Auvergne	Pr D. CAILLAUD	CHU Clermont-Ferrand	04 73 75 16 53
Basse-Normandie	Pr F. BUREAU	CHU Caen	02 31 06 65 40
Basse-Normandie	Dr A. DANJOU	CH Bayeux	02 31 51 51 28
Bourgogne	Dr A. LAROME	CHU Dijon	03 80 42 48 48
Bourgogne	Dr PATOURAUX	CH Pougues les Eaux	03 86 60 60 05
Bretagne	Dr LENOT	CH Saint Brieuc	02 96 01 70 55
Bretagne	Pr P. SADO	CH Rennes	02 99 33 39 00
Centre	Dr Th. DUFOUR	CHR Orléans	02 38 51 47 24
Centre	Dr BOULAIN	CHR Orléans	02 38 22 95 57
Champ.-Ardennes	Pr M. GUENOUNOU	CHU Reims	03 56 91 37 24
Champ.-Ardennes	Dr Paul MEEKEL	CH Troyes	03 25 49 49 37
Corse	Dr F. CICHERI	CHI Corte	04 95 47 29 18
Corse	Dr J. AMADEI	CHG Bastia	04 95 55 11 11
Franche-Comté	Dr A. DEPIERRE	CHU Besançon	03 81 66 81 66
Franche-Comté	Dr A. KARA	CH Belfort	03 84 58 15 15
Haute-Normandie	Dr Ch. NAVARRE	CH du Rouvray	02 32 95 11 01
Haute-Normandie	Dr Loïc FAVENNEC	Hôpital Ch. Nicolle	02 32 88 66 39
Ile-de-France	Pr D. VIGNON	CH Foch-Suresnes	01 46 25 28 27
Ile-de-France	Dr J.L. BOURDAIN	CH F. Quesnay	01 34 97 40 68
Langu.-Roussillon	Pr Jean-Pierre BALI	CHU Montpellier	04 67 54 33 44
Langu.-Roussillon	Dr Eric BOGAERT	CHS Thuir	04 68 04 79 01
Langu.-Roussillon	Dr Charles ARICH	CHU Nîmes	04 66 68 33 88
Limousin	Pr B. MELLONI	CHU Limoges	05 55 05 68 81
Limousin	Dr M. HABRIAS	CH Bourgueuil	05 55 54 51 44
Lorraine	Dr H. LAMBERT	CHU Nancy	03 83 85 20 59
Lorraine	Pr P.E. BOLLAERT	CHU Nancy	03 83 85 14 94
Midi-Pyrénées	Dr A. CAUDRILLIER	CH Lannemezan	05 62 99 55 70
Midi-Pyrénées			
Nord	Dr H. BARBIEUX	CH Roubaix	03 20 99 31 76
Nord	Pr F. FOURRIER	CHR Lille	03 20 44 64 35
Pays-de-Loire	Dr A. TALHA	CHU d'Angers	02 41 35 38 15
Pays-de-Loire	Dr P. BARBIER	CH Nantes	02 40 08 33 33
Picardie	Dr F. MARTIN	CH Compiègne	03 44 23 62 71
Picardie	Dr P.Y. LALLEMENT	CH Soissons	03 23 75 74 34
Poitou-Charentes	Dr L. ROUX	CH Saintes	05 46 92 76 56
Poitou-Charentes	Dr A. RAULT	CH Niort	05 49 32 79 79
PACA	Dr R. JULIEN	CHS Marseille	04 91 87 67 34
PACA	Dr M.H. BERTOCCHIO	CH Aix en Provence	04 42 16 16 38
Rhône-Alpes	Pr Gilles AULAGNER	CHU Lyon	04 72 35 73 07
Rhône-Alpes	Dr Dominique TREPO	CHU Lyon	04 72 11 06 22

COORDINATION MÉDICALE HOSPITALIÈRE

Président : Dr F. Aubart

CHI Simone Veil (Eaubonne Montmorency)

Tél : 01 34 06 61 21 - Fax : 01 34 06 61 29

e-mail : [Francois.Aubart@wanadoo.fr](mailto:François.Aubart@wanadoo.fr)

Vice-Présidents :

Pr G. Aulagner, Dr F. Fraisse, Pr C. Gibert,
Pr JG. Gobert, Dr M. Marchand, Dr JM. Vetel

Secrétaires :

Dr M. Vaubourdolle

Hôpital St Antoine /APHP

184, rue Saint Antoine - 75012 Paris

Tél : 01 49 28 22 23 - Fax : 01 49 28 20 70

e-mail : michel.vaubourdolle@sat.aphp.fr

Dr JP Garnier - Hôpital Saint Louis /APHP

Délégués généraux :

Dr N. Skurnik - Neuilly sur Marne

e-mail : nskurnik@yahoo.fr

(Contentieux) Dr B. Certain - Cochin APHP

Tél : 01 58 41 26 91 - Fax : 01 58 41 26 96

e-mail : bernard.certain@cch.ap-hop-paris.fr

Dr B. Mangola - CH Mâcon

e-mail : brmangola@ch-macon.fr

Trésorière :

Dr S. Peyron - CH V. Dupouy

Tél : 01 34 23 28 92

**Fédération nationale des
syndicats de praticiens biologistes hospitaliers
et hospitalo-universitaires FNSPBHU**

Président : Pr J.-G. Gobert

Tél : 01 42 16 26 52 - Fax : 01 42 16 26 54

e-mail : jean-gerard.gobert@psl.ap-hop-paris.fr

**Syndicat national des pneumologues
hospitaliers SNPEH**

Président : Dr P. Laurent

Tél : 05 59 92 47 23 - Fax : 05 59 92 48 50

e-mail : philippe.laurent@ch-pau.fr

**Syndicat national
de gérontologie clinique SNGC**

Président : Dr J.-M. Vetel

Tél - Fax : 02 43 87 02 88

e-mail : jmvetel@ch-lemans.fre.rss.fr

Vice-Présidente : Dr Marie D. Lussier

**Syndicat national des
praticiens attachés SYNPA**

Président : Dr M. Marchand

Tél : 01 40 03 24 71

e-mail : martine.marchand@rdb.ap-hop-paris.fr

Syndicat national des pharmaciens praticiens hospitaliers et praticiens hospitaliers universitaires SNPHEU

Président : Pr Philippe Arnaud

Tél : 01 40 25 80 18 - Fax : 01 42 63 58 25

e-mail : philippe.arnaud@bch.aphp.fr

Collégiale des médecins légistes hospitaliers et hospitalo universitaires CMLHHU

Président : Dr M. Debout

Tél : 04 77 12 05 23

e-mail : patrick.chariot@htd.ap-hop-paris.fr

Syndicat des chirurgiens hospitaliers SCH

Président : Dr T. Dufour

Tél : 02 38 51 47 24 - Fax : 02 38 51 41 41

e-mail : thierry.dufour@chr-orleans.fr

Syndicat national des gynécologues, obstétriciens de France SYNGOF

Président : Dr G.M. Cousin

Tél : 02 40 95 92 63

e-mail : guy-marie.cousin@wanadoo.fr

Secrétaire Général : G. Behar

Syndicat des psychiatres de secteurs SPS

Président : Dr N. Skurnik

Tél : 01 49 44 40 40 - Fax : 01 40 30 40 61

e-mail : nskurnik@yahoo.fr

Syndicat des urgences hospitalières SUH

Président : Dr F. Stierlé

Tél : 03 89 64 62 70

e-mail : stierlef@ch-mulhouse.fr

Syndicat national des médecins réanimateurs des hôpitaux publics SNMRHP

Président : Dr F. Fraisse

Tél : 01 42 35 61 07

e-mail : francois-fraisse@ch-stdenis.fr

Syndicat national des biologistes des hôpitaux privés SNBHP

Président : Dr H.-R. Caillet

Tél : 01 48 71 06 74 - Fax : 01 48 71 27 29

Syndicat des gériatres des hôpitaux de Paris SGHP

Président : Dr G. Sebbane

Tél : 01 41 52 57 05

e-mail : georges.sebbane@rmb.aphp.fr

Syndicat national des médecins des hôpitaux et des établissements de soins à but non lucratif SYMHOSPRIV

Président : Dr M. Angebault

Tél : 01 49 08 20 20

ACTUALITÉS PHARMACEUTIQUES

CORATA - IBS *flash biologie*

L'Acorata a pour but la formation continue des biologistes et autres professionnels de la santé francophones engagés dans la pratique de la biologie clinique.

Elle est présente en Belgique, au Luxembourg, au Portugal et elle rassemble des adhérents d'expression française d'Europe et d'Afrique.

LA ROCHELLE accueillera le 25^e Colloque CORATA-IBS « Actualités en Immunoanalyse & Biologie Spécialisé » dans les locaux de **l'espace ENCAN 21-23 mai 2008**

Différents aspects de la biologie spécialisée seront évoqués.

Mercredi 21 mai

- Biologie prédictive
- Le point sur les biotechnologies

Jeudi 22 mai

- Les nouveaux marqueurs
- Rencontres scientifiques organisées par les industriels

Vendredi 23 Mai

- Hépatologie
- XIII^e Rencontre Clinico-Biologique d'Immuno Allergologie du CIAB

Nous pourrions apercevoir différentes SESSIONS « Rencontres avec les industriels », « Ateliers » (16 ateliers conçus pour enrichir le dialogue avec le clinicien !) et la journée du 22 mai sera la journée « Techniciens »

Comme chaque année, l'ACORATA récompensera, par plusieurs prix, les meilleurs travaux originaux présentés sous forme de communications affichées, par des chercheurs de moins de 40 ans au 31/12/2008.

Les prix seront remis aux lauréats au cours du colloque.

INNOVAIR® :

Première association fixe en particules ultrafines pour un contrôle de l'asthme optimisé

Investi de longue date dans le traitement des maladies des voies aériennes, le groupe Chiesi enrichit sa gamme thérapeutique dans la prise en charge de l'asthme. Après Beclojet®, puis Formoair® et Beclospin®, Chiesi va très prochainement commercialiser Innovair®, première association fixe de béclo-métasone (corticoïde) et de formotérol (bronchodilatateur bêta-2 agoniste de longue durée d'action) dans le traitement continu de l'asthme persistant de l'adulte. La technologie brevetée Modulite® du spray Innovair®, mise au point par Chiesi, permet une diffusion et une plus forte déposition des particules ultrafines sur l'ensemble de l'arbre bronchique jusqu'aux petites voies aériennes.

Innovair® est indiqué en traitement continu de l'asthme persistant de l'adulte, dans les situations où l'administration par voie inhalée d'un médicament associant un corticoïde et un bronchodilatateur bêta-2 agoniste de longue durée d'action est justifiée. Innovair® associe 100 µg/dose de dipropionate de béclo-métasone et 6 µg/dose de fumarate de formotérol dihydraté. Administré par inhalation, Innovair® est indiqué uniquement chez l'adulte âgé de 18 ans et plus. La posologie est individuelle et doit être ajustée en fonction de la sévérité de la maladie. Elle est de une à deux inhalations



deux fois par jour, avec une dose journalière maximale de 4 inhalations.
Code CIP: 381412-8 ou 3400938141283
120 doses en récipient pressurisé
Prix public TTC: 45.40 €



Chimiothérapie de 1^{ère} ligne métastatique dans le Cancer Bronchique Non à petites Cellules (CBNPC): Confirmation de la supériorité du docétaxel sur les vinca-alcaloïdes

La méta-analyse présentée par JY Douillard à l'ASCO 2006, a été publiée en septembre 2007 dans le « Journal of Thoracic Oncology ».

La supériorité de la chimiothérapie à base de Taxotere® en première ligne métastatique sur les alcaloïdes de la pervenche a été confirmée aussi bien en survie globale qu'en tolérance. Cette méta-analyse était réalisée à partir des données publiées relatives aux études comparant Taxotere et vinca-alcaloïdes.

Lors du congrès de l'IASLC 2007 puis à l'ESMO 2007, une actualisation a été réalisée à partir de données individuelles. Les données concernant 7 études portant sur 2867 patients, comparant une chimiothérapie à base de Taxotere® (seul ou en association à la gemcitabine, au cisplatine ou au carboplatine) à un alcaloïde de la pervenche (vinorelbine ou vindésine, seules ou en association) ont été analysées.

Pour éviter un biais de sélection les études ayant un score de JADAD inférieur à 2 ont été exclues.

L'évaluation a concerné la survie globale; des analyses selon les facteurs pronostiques (amaigrissement, PS, stade IIIB vs IV, sexe masculin, âge) (cf. tableau ci-dessous) ont été réalisés.

Tableau I. Facteurs pronostiques de survie retrouvés dans la méta-analyse docétaxel versus vinca-alcaloïdes.

Facteur étudié	Hazard ratio (IC _{95%})	P
Docétaxel versus vinca-alcaloïdes	0,88 (0,80-0,97)	0,011
Amaigrissement (IMC < 18,5 kg/m ²)	1,34 (1,13-1,59)	0,0007
PS ≥ 2 versus PS 0,1	1,34 (1,09-1,64)	0,0047
Stade IIIB versus stade IV	1,20 (1,07-1,35)	0,0016
Sexe masculin	1,25 (1,10-1,35)	0,0003

Les résultats montrent une réduction significative (p = 0,02) du risque de décès chez les patients traités en première ligne par une chimiothérapie à base de Taxotere®. (HR = 0,91 [0,83; 0,99])

Le bénéfice observé reste significatif lorsqu'on exclut une à une les études, et notamment lorsqu'on élimine le seul essai comportant de la vindésine.

Ces résultats en faveur du Taxotere ont été retrouvés quelque soit le facteur pronostique analysé (cf. tableau)

Taxotere®, démontre ainsi sa supériorité contre un autre agent de 3^e génération qu'il soit administré en monothérapie ou en association.

LE RESEAU ASSOCIATIF SOUS LE SIGNE DE LA TRANSVERSALITE TECHNOLOGIQUE AU SERVICE DES PATIENTS

Sous l'impulsion des progrès techniques constants enregistrés ces dernières années, le réseau associatif peut actuellement bénéficier de l'utilisation d'une large gamme d'appareillages tant en ce qui concerne l'assistance respiratoire que le maintien à domicile au sens large. Alors que l'oxygénothérapie au long cours à domicile ces dernières années ne connaissait pas de véritable innovation en dehors d'une amélioration progressive de l'ergonomie des matériels existants (concentrateurs et oxygène liquide), nous avons vu apparaître ces 2 dernières années de nouvelles sources d'oxygène facilitant l'utilisation à domicile et surtout améliorant l'autonomie des patients, élément crucial à une époque où la liberté de mouvement est évidemment souhaitée par tous.

La recherche technologique s'est donc focalisée sur le problème des concentrateurs dont il existe maintenant des exemplaires réellement portatifs que le



Jean-François Muir

patient peut utiliser facilement à l'extérieur dans tous ses déplacements et notamment au cours des déplacements aériens. Singulièrement il est intéressant de noter que c'est en partie à l'instigation des patients qu'aux Etats Unis les constructeurs se sont attachés à mettre au point de nouvelles sources d'oxygène pouvant répondre aux contraintes sécuritaires actuelles en matière de transports aériens mais également en terme de miniaturisation; pour l'instant ces dispositifs ne fournissent que de l'oxygène à faible débit par l'entremise d'économiseurs associés aux extracteurs portatifs mais il y a fort à parier que ces appareillages vont se perfectionner très rapidement dans les mois ou années à venir.

Tout récemment les systèmes extracteurs-compresseurs ont acquis droit de cité en Europe et notamment en France où un forfait spécifique vient de leur être accordé, intermédiaire entre l'oxygène liquide et l'oxygène distribué par concentrateur. Ces systèmes permettent aux patients au prix d'une manipulation simple, de « fabriquer » des bouteilles d'oxygène à domicile en fonction des besoins. Ce système ne remplacera bien évidemment pas toutes les indications actuelles de l'oxygénothérapie portative liquide mais il y a fort à parier qu'une partie de ces indications pourront être ainsi substituées.

En parallèle la ventilation à domicile continue à se perfectionner avec des appareils sans cesse plus maniables et plus réduits en terme d'encombrement, de même que les générateurs de pression positive continue.

Le réseau fédératif associatif géré par l'ANTADIR s'est donc attaché à étudier en transversalité ces différents matériels au sein de plusieurs associations dédiées à ce type de test; en parallèle plusieurs centres sont actuellement agréés par l'ANTADIR pour évaluer les nouveaux appareillages sur banc d'essai (Nancy et Rouen pour la ventilation à domicile adulte, Paris pour la ventilation pédiatrique et les tests de PPC automatique).

La transversalité technologique est donc un élément fort et actuellement en plein développement au sein du réseau au

15/11/07

Deux lots de médicaments contre l'asthme, rappelés !

Le laboratoire Astra Zeneca, en accord avec l'Agence française de Sécurité sanitaire des Produits de Santé (Afssaps), a procédé au rappel des lots 76912 et 76914 (péremption 04/2010 et 06/2010) de la spécialité Bricanyl LP 5 mg.

Le rappel de ces comprimés fait suite à la mise en évidence de comprimés tâchés lors du conditionnement d'un autre lot de Bricanyl qui n'a pas été commercialisé en France. Des analyses complémentaires ont révélé une contamination croisée par des traces de naproxène, un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) souvent utilisé pour traiter les douleurs faibles ou modérées.

Le Bricanyl est uniquement délivré sur ordonnance pour traiter l'asthme. Ce médicament provoque une dilatation des bronches en agissant sur les récepteurs bêta-2adrénergiques des muscles bronchiques.

L'Afssaps a précisé que le lot 76912 a été distribué à l'hôpital et en officine, et le lot 76914 seulement par les grossistes. L'Agence a ajouté qu'à ce jour, aucun effet indésirable n'a été rapporté.

même titre que son complément représenté par la matériovigilance qui continue à assurer l'indispensable veille technologique susceptible de faire évoluer tous les matériels actuellement confiés à domicile à nos patients.

Nul doute que 2008 verra la poursuite de cette activité essentielle aux réseaux associatifs et bien entendu aussi à la prise en charge du patient maintenu à domicile.

Professeur J.F. MUIR
Président ANTADIR Association

HTAP

L'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) est une maladie rare définie par l'augmentation des résistances artérielles pulmonaires évoluant vers l'insuffisance cardiaque droite. La prévalence de l'HTAP est de 1 sur 67 000 en Europe. Celle-ci est probablement sous-estimée du fait de la faible spécificité des signes cliniques dominés par la dyspnée d'effort. Les symptômes surviennent surtout à l'effort et incluent un essoufflement, une fatigue, une faiblesse, des douleurs thoraciques, des lipothymies et des syncopes. Une distension de la veine jugulaire, une hépatomégalie, un œdème des membres inférieurs et une ascite caractérisent les patients à un stade plus avancé. Cette maladie peut survenir de façon sporadique (HTAP idiopathique), dans un contexte familial (HTAP familiale, dont le mode de transmission est autosomique dominant et la pénétrance de l'ordre de 20 %, par mutation de *BMPPR2*, un membre de la famille des récepteurs du TGF beta) ou compliquer l'évolution de certaines situations (HTAP associée à une connectivite, une cardiopathie congénitale, l'infection par le VIH, une hypertension portale, une prise d'anorexigènes...).

L'échocardiographie permet le dépistage. Le cathétérisme cardiaque droit confirme l'élévation de la pression artérielle pulmonaire moyenne (> 25 mmHg) et une pression artérielle pulmonaire d'occlusion normale (< 15 mmHg) éliminant une cardiopathie gauche. Un test de vasodilatation (au monoxyde d'azote inhalé) doit être réalisé au cours du cathétérisme. L'insuffisance cardiaque gauche, les hypertensions artérielles pulmonaires des maladies respiratoires chroniques hypoxémiantes et



France OXYGENE

En 2007 c'est 222 prescripteurs, 1745 appareillages, 718 désappareillages et 1027 patients pour l'année. C'est également :

- Déménagement de l'agence de Grasse à Nice
- Arrivée du logiciel DUBA et du site internet
- Embauche de 10 techniciens (dont 1 pour l'agence de Nice), 5 secrétaires (dont 1 pour l'agence de Nice) et 1 responsable de l'entretien.
- **Septembre :**
 - **Création d'un service de maintenance concentrateur à domicile avec Maxime Porier,**
 - **Evolution du Poste de Marie, elle devient gestionnaire du matériel en stock,**
 - **Fin novembre : création de médiateurs (recouvrements des sommes remboursées aux patients par leurs mutuelles mais non reversées à la Société France Oxygène).**

Pour 2008/2009, les zones de couvertures seront St Pol sur Mer, Abbeville, Annoeullin, Avelin, Valenciennes, St Quentin...

En 10 ans l'effectif est passé de 5 personnes à près de 60 !

L'efficacité de l'équipe est due au temps de réaction optimal pour les interventions au relationnel avec les patients et les médecins.



PHILOSOPHIE DE LA SOCIÉTÉ FRANCE OXYGÈNE :
DIRE CE QUE L'ON VA FAIRE puis FAIRE CE QUE L'ON A DIT !

L'HTAP post-emboliques sont des causes fréquentes d'HTAP nécessitant une prise en charge spécifique, en particulier chirurgicale au cours de l'HTAP post-embolique (endartériectomie pulmonaire). Le conseil génétique s'adresse avant tout aux patients souffrant d'HTAP familiale, idiopathique ou associée à la prise d'anorexigènes, situations au cours desquelles des mutations du gène *BMPPR2* peuvent être détectées. Le traitement comporte en général des anticoagulants, des diurétiques et de l'oxygène si nécessaire. Les récentes avancées thérapeutiques (dérivés de la prostacycline administrés par voie intraveineuse, sous-cutanée ou nébulisée, antagonistes des récepteurs de l'endothéline et inhibiteurs des phosphodiésterases de type 5) permettent une amélioration symptomatique.

Une nouvelle arme dans le sevrage tabagique :

la varénicline (*Champix*)

La varénicline (*Champix*) vient compléter les moyens déjà existants, avec une efficacité supérieure qui doit permettre d'aider plus efficacement les fumeurs. Il s'agit d'un agoniste partiel des récepteurs nicotiques $\alpha 4\beta 2$ de l'acétylcholine qui a été développé spécifiquement pour le sevrage tabagique. Ces récepteurs ont un rôle essentiel dans le renforcement des effets de la nicotine. Ainsi, par son effet agoniste partiel, la varénicline va, d'une part stimuler la libération d'une quantité suffisante de dopamine pour réduire l'envie de fumer et les symptômes de sevrage, d'autre part bloquer la liaison de la nicotine inhalée et ses effets consé-

tifs de renforcement et réduire ainsi la satisfaction attendue de la cigarette par le fumeur.

Son efficacité a été clairement illustrée au travers de 3 études publiées en juillet 2006 dans le *JAMA* (1-3). Deux essais randomisés, en double aveugle, multicentriques et construits de façon identique (1,2), ont comparé l'efficacité dans le sevrage tabagique de la varénicline (1mg x 2) à celle du bupropion (150 mg x 2) et à un placebo, avec une période de traitement de 12 semaines et une période de suivi du statut tabagique, toujours en aveugle, jusqu'à la semaine 52. Ont été inclus dans ces études des sujets de 18 à 75 ans, motivés pour arrêter, fumant au moins 10 cigarettes par jour, n'ayant pas arrêté plus de trois mois au cours de l'année précédente et n'ayant jamais reçu de bupropion. L'abstinence tabagique continue pendant les 4 dernières semaines de traitement (semaines 9 à 12) a été de 44 % sous varénicline, de 17 % sous placebo ($p < 0,001$) et de 30 % sous bupropion ($p < 0,001$), ceci de façon superposable dans les 2 essais (Figure 1). L'abstinence tabagique continue de la 9^e à la 52^e semaines a été significativement différente entre les groupes sous varénicline (23 % et 22 %) et les groupes sous placebo (10,3 % et 8,4 %) dans les 2 essais ($p < 0,001$) et significativement différente entre les groupes sous varénicline et les groupes sous bupropion (14,6 et 16,1 %) seulement dans un des 2 essais ($p = 0,004$ et $p = 0,057$) (2). Dans ces 2 études, des questionnaires appropriés ont permis de confirmer une réduction significative des envies urgentes de fumer et du syndrome de sevrage, ainsi qu'une réduction de certains effets de récompense associés à la consommation de tabac, chez les sujets sous varénicline. Outre son efficacité, la varénicline a montré dans ces 2 études une bonne tolérance chez la majorité des participants. L'effet secondaire le

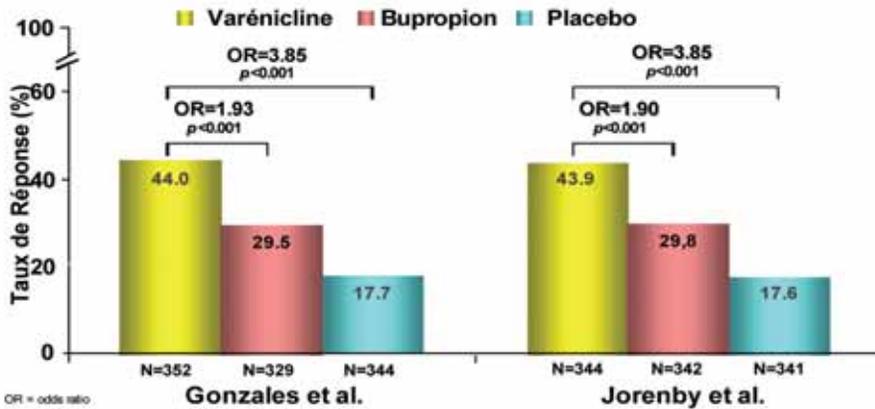


Figure 1: Absténence continue au cours des semaines 9-12. Les chances de succès sont x par 2,6 versus placebo et par 1,5 versus bupropion. (d'après références 1 et 2)

plus fréquent a été la survenue de nausées (28,1 et 29,4 % des sujets), le plus souvent légères à modérées, diminuant avec le temps et n'ayant entraîné un arrêt de traitement que dans 2,6 et 2,3 % des cas. Les taux d'interruption de traitement ont été similaires dans les trois groupes.

Dans un troisième essai (3), portant sur des sujets abstinents à la fin d'une période de 12 semaines de traitement en ouvert par la varénicline, 12 semaines supplémentaires de traitement par la varénicline en double aveugle ont permis d'obtenir un taux d'absténence tabagique continue à un an plus important qu'avec le placebo (43,6 % vs 36,9 % ; $p < 0,02$). Dans cet essai aussi, les événements indésirables, essentiellement des nausées, notés pendant la période en ouvert ont été légers dans la majorité des cas et aucune différence concernant les événements indésirables n'a été observée entre la varénicline et le placebo au cours de la période en double aveugle.

Une revue de la littérature récente de la Cochrane Library sur le sevrage tabagique par les agonistes partiels des récepteurs nicotiques (4) analyse également 2 autres essais publiés (5,6) et un non publié, regroupant 2451 sujets recevant de la varénicline et 2473 recevant un placebo. Elle conclut que la varénicline triple les chances de succès du sevrage sur 12 mois par rapport au placebo et est également significativement plus efficace que le bupropion. Le nombre de sujets à traiter pour obtenir un sevrage est estimé à 8 (IC 95 % 5-11) avec la varénicline, alors qu'il est de 20 (IC 95 % 17-23) avec une substitution nicotinique et de 15 (IC 95 % 11 - 20) avec le bupropion (4).

En pratique, le schéma de traitement par la varénicline (Champix®) est le suivant : le sujet, motivé, fixe la date de son arrêt et le traitement est débuté une à deux semaines avant cette date. Après une semaine de titration (0,5mg pendant les trois premiers jours, puis 0,5mg matin et soir les 4 jours suivants), permettant de limiter les effets indésirables, la posologie est de 1mg matin et soir pendant 12 semaines. Pour les patients ayant arrêté de fumer à la fin de cette période de 12 semaines, il peut être envisagé un traitement supplémentaire de 12 semaines toujours avec 1mg matin et soir, ce qui peut améliorer les chances d'absténence à long terme. Comme pour tous les traitements d'aide au sevrage, cette prescription ne

dispense pas d'un suivi et de conseils qui sont des atouts complémentaires essentiels de la réussite.

Références

1. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al. Varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006; 296: 47-55.
2. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, et al. Efficacy of varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006; 296: 56-63.
3. Tonstad S, Tønnesen P, Hajek P, et al. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006; 296: 64-71.
4. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD006103. DOI: 10.1002/14651858.CD006103.pub2.
5. Nides M, Oncken C, Gonzales D et al. Smoking cessation with varenicline, a selective $\alpha 4\beta 2$ nicotinic receptor partial agonist: results from a 7-week, randomized, placebo and bupropion-controlled trial with one-year follow-up. *Archives of Internal Medicine* 2006; 166:1561-8.
6. Oncken C, Gonzales D, Nides M, et al. Efficacy and safety of the novel selective nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, varenicline, for smoking cessation. *Archives of Internal Medicine* 2006; 166:1571-7.

GLOB 3 :



une étude de Phase III qui confirme l'efficacité du doublet NAVELBINE I.V./Oral+CDDP en 1^{ère} ligne du Cancer Bronchique Non à Petites Cellules (CBNPC)

L'objectif de cette étude, présentée au congrès WCLC à Séoul en septembre dernier, était de comparer pour la première fois deux doublets de chimiothérapie, dont un incluant une forme orale : vinorelbine administrée à J1 en I.V. et à J8 sous forme orale + cisplatine et docétaxel I.V. + cisplatine. 381 patients ont été traités avec des caractéristiques homogènes à l'inclusion. Tous les paramètres d'efficacité ont été comparables entre les deux bras, notamment le taux de réponse objective

UCB Pharma

Le 16 Mars 2007, à 9h15 A l'Hôtel de Sers 41 av. Pierre 1^{er} de Serbie - Paris 8^e. UCB Pharma nous a invité à un petit-déjeuner presse sur « **Les allergies d'aujourd'hui** » **Qu'appelle-t-on allergies d'aujourd'hui ? Pour un environnement plus sain et une meilleure qualité de vie, quels sont les bons gestes ?**

La santé des patients allergiques : comment ces allergies d'aujourd'hui se répercutent-elles ?

les résultats d'une étude intitulée : « Allergies et asthmes professionnels en milieu de soins : mieux les connaître pour mieux les combattre » a été présenté

Ce déjeuner était développé en présence du Docteur Fabien Squinazi (Laboratoire d'hygiène de la ville de Paris -LHVP), du Professeur Pascal Demoly (Exploration des allergies, maladies respiratoires, Hôpital Arnaud de Villeneuve - CHU Montpellier), du Professeur Alain Didier (Service Pneumologie et Allergologie - Hôpital Larrey - CHU Toulouse) et du Docteur Jacques Bons (UCB France)



(respectivement 27,4 % et 27,2 %), la médiane de survie sans progression (respectivement 4,9 et 5,1 mois) et la médiane de survie (respectivement 9,9 et 9,8 mois). Le taux de neutropénie de grade 3-4 a été similaire dans les deux bras (respectivement 51,1 % et 55,5 %). Si les nausées et vomissements ont été plus fréquents dans le groupe vinorelbine, l'incidence de l'alopecie et des diarrhées a été plus élevée chez les patients traités par docétaxel.

Les résultats obtenus dans cette étude combinant la vinorelbine i.v. à la vinorelbine orale reproduisent ceux obtenus précédemment avec la vinorelbine i.v. seule et confirment à nouveau l'équivalence des deux formes. La forme orale présente de nombreux avantages pour les patients : pas de ponction veineuse, moins de temps passé à l'hôpital et dans les déplacements, possibilité d'être traités à domicile et diminution des répercussions du traitement sur la vie sociale et familiale.

Cette étude confirme une nouvelle fois l'équivalence en termes d'efficacité des associations vinorelbine-cisplatine et docétaxel-cisplatine. De plus, elle apporte pour la première fois des données randomisées à large échelle démontrant la possibilité de proposer avec efficacité Navelbine Oral en association avec le cisplatine en 1^{ère} ligne métastatique des CBNPC.

Référence :

Tan E.H., Grodski T., Schneider C.P. et al. On behalf of the GLOB Trialist Group. Global Lung Oncology Branch trial 3 (GLOB 3): Final results of a randomised multinational phase III study of oral and i.v. vinorelbine (NVB) plus cisplatin (CDDP) versus docetaxel (DTX) plus CDDP as first-line treatment for advanced non-small cell lung cancer (NSCLC). *J. Thorac. Oncol.* 2007; 2 (Suppl.4): abstract PD4-2-3.

Arik LELLOUCHE
arik.lellouche@wanadoo.fr

GÉRARD LARCHER CIBLE LES CLINIQUES PRIVÉES

Ancien ministre et président de la fédération hospitalière de France, actuel sénateur et maire de Rambouillet, Gérard Larcher est assurément un bon connaisseur de l'hôpital autant qu'un homme politique qui incarne la tradition « rad'soc ». Le 21 décembre, lors d'une conférence de presse réunie pour faire le point sur les travaux de la Mission sur l'hôpital qu'il préside, il a assuré qu'il ne produirait pas « un énième rapport sur l'hôpital », mais qu'à la fin du mois de mars il remettrait « des propositions concrètes » à Nicolas Sarkozy.

Tout en se gardant d'abattre son jeu, Gérard Larcher a tout de même clairement ciblé l'hospitalisation privée en répétant plusieurs fois cette formule : « la convergence tarifaire oblige à une convergence des contraintes ». Parallèlement, il a insisté sur le fait que les cliniques privées étaient détenues par des « fonds d'investissement qui attendaient un taux de bénéfice annuel à deux chiffres et qui, ne l'atteignant pas, sont aujourd'hui tentés de vendre... ». Derrière la volonté affirmée d'une « régulation de ce marché » pointe l'hypothèse de l'instauration « d'une forme de concession de service public à des cliniques privées via les ARS ». Reste que l'exercice ressemble à la quadrature du cercle puisque d'un côté on semble s'inquiéter d'un retrait des investisseurs privés, et de l'autre on envisage de faire peser sur les cliniques des contraintes similaires à celle de l'hôpital, ce qui n'est guère encourageant pour ces investisseurs... A moins justement, et c'est sans doute ce qu'il faut comprendre, que l'idée soit de susciter une redistribution des cartes sur ce marché de l'hospitalisation privée en incitant de grandes institutions financières (type Caisse des dépôts ou fonds assurantiers) moins gourmandes quant à la rentabilité à court terme de leur investissement à prendre le relais en rachetant les cliniques aux propriétaires actuels, tels que La Générale de santé. C'est cette question de la gestion de l'hospitalisation privée et d'une harmonisation des contraintes avec le secteur public qui paraît le chantier le plus important que pourrait ouvrir la Commission Larcher. Pour le reste, l'état des lieux (voir pages suivantes) dressé par cette commission reprend des constats assez largement connus et partagés : en particulier, l'embouteillage aux urgences (15 millions de consultations par an, dont 70 % s'avèrent injustifiées du point de vue des critères de l'urgence médicale), la crise de la radiologie et de la chirurgie publique avec la question du regroupement des plateaux techniques... Cet état des lieux n'augure donc pas de nouvelles propositions « révolutionnaires », mais plutôt une poursuite des réformes dans le même sens que le mouvement amorcé ces dernières années, avec en particulier la mise en avant d'une logique de territorialisation. Cependant, concernant en particulier les statuts des hospitaliers et l'harmonisation des modèles de gestion en vigueur dans le public et dans le privé, il y a de quoi « faire bouger les lignes » a assuré Gérard Larcher. Rendez-vous donc fin mars...



bilité à court terme de leur investissement à prendre le relais en rachetant les cliniques aux propriétaires actuels, tels que La Générale de santé. C'est cette question de la gestion de l'hospitalisation privée et d'une harmonisation des contraintes avec le secteur public qui paraît le chantier le plus important que pourrait ouvrir la Commission Larcher. Pour le reste, l'état des lieux (voir pages suivantes) dressé par cette commission reprend des constats assez largement connus et partagés : en particulier, l'embouteillage aux urgences (15 millions de consultations par an, dont 70 % s'avèrent injustifiées du point de vue des critères de l'urgence médicale), la crise de la radiologie et de la chirurgie publique avec la question du regroupement des plateaux techniques... Cet état des lieux n'augure donc pas de nouvelles propositions « révolutionnaires », mais plutôt une poursuite des réformes dans le même sens que le mouvement amorcé ces dernières années, avec en particulier la mise en avant d'une logique de territorialisation. Cependant, concernant en particulier les statuts des hospitaliers et l'harmonisation des modèles de gestion en vigueur dans le public et dans le privé, il y a de quoi « faire bouger les lignes » a assuré Gérard Larcher. Rendez-vous donc fin mars...

LdV

LES ORIENTATIONS FIXÉES PAR NICOLAS SARKOZY

Nous publions ci-dessous les principaux extraits de la lettre de mission du président de la République adressée à Gérard Larcher



(...) L'hôpital connaît depuis quelques années une période de réformes de son fonctionnement interne. Le développement de la tarification à l'activité, la mise en place de la nouvelle gouvernance mobilise les établissements et leurs équipes. Ces mesures sont nécessaires à la modernisation des établissements de santé. Leur application doit être poursuivie avec détermination.

Sur la base des réformes à l'oeuvre, un nouvel élan doit être trouvé. Les progrès que l'hôpital accomplit dans son fonctionnement interne seraient vains s'ils ne s'accompagnaient pas d'un réexamen approfondi de ses missions avec un double objectif de qualité des soins et d'optimisation des moyens.

Je souhaite qu'une large concertation soit conduite sur les missions de l'hôpital, entendu comme l'ensemble des établissements de santé, et j'aimerais que vous présidiez la commission chargée d'organiser cette concertation. Les complémentarités avec tous les acteurs de l'offre de soins doivent être renforcées. Il n'est

pas acceptable que les urgences hospitalières soient saturées de demandes qui ne relèvent pas de leurs missions. Des dispositifs innovants de permanence des soins doivent être mis en place, avec les professionnels de santé libéraux, pour désengorger les urgences de hôpital.

Les besoins de la population doivent être mieux pris en compte, à la fois en termes d'accès aux soins et de niveau de recours. C'est en ayant, pour un territoire donné, une appréhension globale des atouts de chacun des établissements publics et privés que les soins doivent être organisés, et certaines fonctions mutualisées.

Mais l'hôpital ne peut pas se penser sans sortir de ses murs.

La diminution des durées moyennes de séjour et l'accélération des cycles d'hospitalisation conduisent de plus en plus de personnes à avoir encore besoin de soins en sortant de l'hôpital. Le développement de l'hospitalisation à domicile et l'articulation entre l'hôpital et la ville, seront dans les prochaines années des leviers incontournables de la qualité des prises en charge. Inversement, des transferts à l'hôpital sont trop souvent décidés sans que cela soit pleinement justifié. Face à une demande croissante de soutien des personnes âgées en situation de perte d'autonomie, le recours à l'hôpital ne doit pas représenter la seule réponse.

L'amélioration des prises en charge ne se fera pas sans une gouvernance réaffirmée. Les directeurs d'établissement, disposant d'une plus grande autonomie de gestion, devront être



responsabilisés sur leur capacité à répondre aux besoins de la population d'un territoire, avec un objectif de qualité et d'égalité d'accès aux soins. Dans le respect de ces principes, la restructuration de l'hospitalisation publique, déjà engagée, devra être accélérée.

La véritable richesse d'un hôpital repose sur ses ressources humaines.

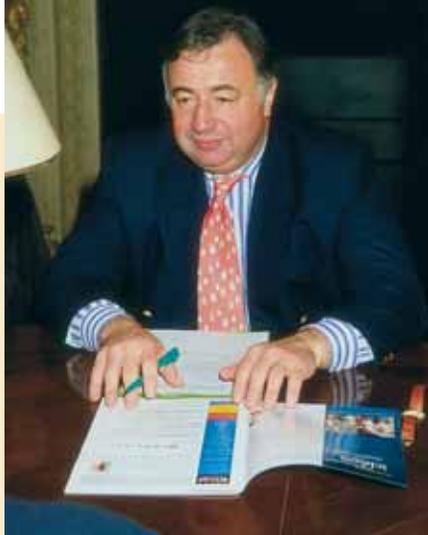
La mission que vous conduirez s'attachera à faire émerger les conditions de l'attractivité de l'hôpital. Les jeunes chefs de clinique et praticiens hospitaliers, notamment en chirurgie, devront y trouver des perspectives d'évolution valorisante. Vous proposerez un nouveau cadre pour la réalisation de l'activité privée à l'hôpital et en complément, vous étudierez comment le développement de l'exercice mixte et les partenariats public - privé pourront permettre aux établissements d'adapter leur activité aux besoins de leur territoire.

Enfin, en matière de recherche biomédicale, le rôle des universités, dans le sillage de loi relative aux libertés et responsabilités des universités, doit inciter les centres hospitaliers universitaires (CHU) à se repositionner dans les domaines de l'enseignement et de la recherche. La contribution des CHU doit être redéfinie dans le but de constituer des pôles d'excellence tenant leur rang au plan mondial. L'articulation de la mission d'enseignement avec les missions de recherche et de soins gagnerait à être mieux organisée. Dans le même esprit d'ouverture, l'enseignement et la recherche ne pourront rester l'apanage des CHU. Vous étudierez comment les établissements publics et privés qui s'impliquent dans des projets innovants pourraient y participer. (...) ■

LA COMPOSITION DE LA COMMISSION

Président : **M. Gérard LARCHER**, Ancien ministre, sénateur, maire de Rambouillet

Rapporteurs : **M. BROUDIC Patrick**, Conseiller général des établissements de santé ; **M. COLLET Guy**, Conseiller général des établissements de santé ; **Mme DENECHERE Agathe**, Inspectrice de l'IGAS ; **M. DURAFORG Michel**, Ins-



Il y a dix ans ... Gérard Larcher découvrait *Officiel Santé*.

pecteur général de l'IGAS ; **Mme FERY LEMONNIER Elisabeth**, Conseillère générale des établissements de santé

Membres : **M. AUBERT Jean-Marc**, Directeur délégué de la gestion et de l'organisation des soins de la CNAMTS ; **M. BASTE Jean-Marc**, Chef de clinique en chirurgie thoracique, CHU de Bordeaux ; **M. BAUGE Jean-Pascal**, Médecin PH en radiologie, président de CME, Hôpitaux Drôme Nord, Romans sur Isère ; **M. BRUN Nicolas**, représentant des usagers, président d'honneur du collectif inter associatif sur la santé (CISS) ; **M. CHOLLET Pierre**, médecin PH en médecine interne, CH d'Agen ; **M. CHOUPIN Philippe**, Directeur général délégué des nouvelles cliniques Nantaises ; **M. DARTEVELLE Philippe**, Chirurgien thoracique, centre chirurgical Marie Lannelongue, Le Plessis-Robinson ; **M. DAUMUR Bernard**, Directeur, CH de Montauban ; **M. ESCAT Jean**, Médecin PU-PH en chirurgie digestive, CHU de Toulouse ; **Mme GUINGOUAIN Marylène**, Directrice des soins, hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Paris ; **Mme LYAZID Maryvonne**, Directrice adjointe de la fondation des caisses d'épargne ; **M. MARCHIOL Fabrice**, Maire de La Mûre, Isère ; **M. MILLOUR Patrick**, Médecin libéral généraliste, Fréjus ; **M. MOINARD Daniel**, ancien Directeur général du CHU de Toulouse ; **M. MOLINIE Eric**, Conseiller affaires économiques et handicap au cabinet du président d'EDF ; **M. MOREL Francis**, Directeur général, Hôpital Belle-Ile à Metz ; **M. MUNINI Thierry**, Infirmier libéral responsable d'unité d'auto dialyse, Orange ; **M. PIRIOU Philippe**, PU-PH en orthopédie, hôpital Raymond Poincaré, AP-HP, Garches ; **Mme RIVE Christine**, Médecin libérale en gynéco-obstétrique, Angers ; **M. SCHWEYER François-Xavier**, Sociologue, ENSP, Rennes ; **M. SEGADE Jean-Paul**, Directeur général, CHU de Clermont Ferran. ■

COMMISSION DE CONCERTATION RELATIVE AUX MISSIONS DE L'HOPITAL L'ETAT DES LIEUX DRESSÉ PAR LA COMMISSION

introduction

(...) La commission, installée le 16 octobre 2007, a procédé à une quarantaine d'auditions (fédérations hospitalières, organisations syndicales, conférences des directeurs d'établissements publics de santé, des présidents de CME et des doyens de faculté de médecine, assurance maladie et organismes complémentaires). Elle s'est organisée en cinq groupes de travail sur les thèmes suivants :

- améliorer la pertinence des recours à l'hôpital ;
- renforcer le pilotage de l'hôpital ;
- structurer le service hospitalier de territoire ;
- améliorer l'attractivité pour les professionnels ;
- dynamiser la recherche et l'enseignement.

Ces groupes de travail intégreront, dans leurs travaux, l'objectif d'une meilleure articulation entre l'hôpital et les institutions médico-sociales et l'offre de soins ambulatoires. Chacun de ces groupes a dressé un état des lieux des constats, des problématiques et des enjeux pour la thématique le concernant, en tenant compte des auditions. La synthèse de ces travaux a ensuite été débattue en commission. La commission poursuivra ses auditions en décembre janvier et février 2008. Les élus seront également rencontrés et des débats en région seront organisés.

A l'issue de cette phase de concertation, des propositions seront remises début avril 2008.

1 - Un service de qualité en constante adaptation

Les membres de la commission comme les personnes auditionnées ont relevé, de façon unanime, les réformes structurantes qu'a connues le secteur hospitalier au cours des dernières années. L'ampleur de ces réformes doit être soulignée. La réflexion sur les missions de l'hôpital ne peut en effet être menée qu'à la condition de tenir compte des chantiers déjà engagés, dont certains n'ont encore que partiellement produit leurs effets.

C'est le cas de la réforme de la gouvernance de l'hôpital public, qui, malgré la lourdeur de sa mise en œuvre, répond le plus souvent à une attente réelle de la part des hospitaliers, conscients de l'impact d'une adaptation de l'organisation de l'hôpital sur le maintien d'une offre appréciée et reconnue.

Au-delà des hôpitaux publics et PSPH, la réflexion doit également tenir compte de l'importance de la part relative des cliniques privées, qui constitue une particularité du système de santé français.

Les réformes hospitalières successives ont concerné l'ensemble des établissements de santé, même si certaines n'ont porté que sur l'hôpital public. La commission souligne à

cet égard que sa réflexion ne se limite pas à l'hôpital public mais qu'elle considère que sa mission comprend l'ensemble des établissements de santé, quel que soit leur statut (hôpitaux publics ; établissements de santé privés à but non lucratif, également dénommés participants au service public hospitalier (PSPH) ; cliniques.

Un service reconnu et apprécié

Le système de santé français est reconnu comme l'un des meilleurs au monde, tout en permettant un large accès aux soins. Il bénéficie d'une grande confiance de la part de la population, comme le révèlent les enquêtes d'opinion sur les services publics¹. L'existence d'un service hospitalier public et privé de qualité constitue pour notre pays un atout important sur le plan économique et social et un facteur d'attractivité.

Ce système est toutefois assez coûteux : les dépenses de santé s'élevaient en 2005 à 3 374 US\$ par habitant en France contre 2 759 \$ pour la moyenne des pays de l'OCDE². Les soins hospitaliers représentaient, en France, 64 % des dépenses de soins curatifs et de réadaptation, contre 48 % pour la moyenne de l'OCDE. Ce coût doit être mis en relation avec l'organisation de notre système de santé : une large couverture par l'assurance maladie, un libre choix du patient, un cadre libéral de l'exercice de la médecine de ville, ainsi que des normes exigeantes en matière de sécurité.

Le nombre de lits d'hospitalisation par rapport à la population (3,7 lits pour 1 000 habitants en 2005) est dans la moyenne de l'OCDE (3,9 lits pour 1 000 habitants)⁴. La densité médicale y est actuellement plus élevée (3,4 médecins pour 1 000 habitants contre 3 pour la moyenne de l'OCDE en 2005), mais inégalement et parfois mal répartie selon les spécialités et les régions.

Si la part des soins hospitaliers dans les dépenses de santé a tendanciellement diminué depuis 1982 (54,2 % des dépenses de santé en 1982, 44,5 % en 2005), le taux de croissance moyen annuel des dépenses relatives aux soins hospitaliers est en augmentation

1. Par exemple, lors du sondage mené en juin 2007 par l'institut BVA, 81 % des sondés étaient satisfaits du système de santé et celui-ci arrivait en deuxième position en termes d'opinions favorables.

2. *Panorama de la santé dans le monde*, OMS, 2000

3. *Panorama de la santé 2007, les indicateurs de l'OCDE*, OCDE, 2007. Ces données comprennent l'ensemble des dépenses de santé, publiques et privées, pour les soins hospitaliers, ambulatoires, à domicile et dentaires.

4. Ce ratio s'élevait en 1990 à 5,2 lits pour 1 000 habitants pour la France, contre 5,1 pour la moyenne de l'OCDE. *Panorama de la santé 2007, les indicateurs de l'OCDE*, OCDE, 2007.

depuis le début des années 2000⁵. Une démographie médicale préoccupante et une dégradation de la qualité de vie des professionnels de santé de certaines zones rurales et suburbaines font craindre l'apparition de territoires où la présence médicale est insuffisante.

L'égal accès de tous à des soins de qualité est un principe partagé. Toutefois, sa mise en œuvre fait face à des difficultés :

- inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire et démographie médicale conduisant à une faible densité médicale sur certains territoires (ruraux et périurbains) ;
- accessibilité financière parfois compromise par le reste à charge (dépassements d'honoraires notamment) ;
- organisation de la gradation des soins (proximité et recours) insuffisamment définie et structurée.

Une place croissante de l'usager et de ses associations.

La loi du 4 mars 2002 sur les **droits des malades** et la qualité du système de santé a donné une légitimité plus forte aux associations d'usagers en créant un dispositif d'agrément des associations souhaitant représenter les intérêts des malades et des usagers auprès de certaines instances sanitaires et de santé publique. Présents depuis 1996 dans les conseils d'administration des hôpitaux publics, les représentants des usagers sont amenés à jouer un rôle de plus en plus important dans le fonctionnement du système hospitalier. Au-delà de leur participation au sein des établissements de santé, les représentants des usagers sont présents en particulier, dans les conférences sanitaires créées par l'ordonnance de 2003 et dans les conférences régionales de santé. Des comités d'usagers, consultés sur la politique hospitalière, ont été créés auprès de la majorité des agences régionales de l'hospitalisation. Les représentants des usagers sont également fréquemment associés aux conférences de consensus dans les domaines sanitaire et médico-social. Ce même texte a également donné un cadre législatif nouveau à l'exercice des droits individuels du patient en lui donnant, notamment, un accès direct à son dossier médical. Depuis une décennie, **l'information donnée aux usagers a pris une place importante dans le fonctionnement de l'hôpital**. Les palmarès régulièrement publiés dans la presse sur les établissements publics et sur les établissements de santé, même si leur méthodologie est contestée, jouent désormais un rôle important, en particulier auprès des hospitaliers, interpellés par le regard porté sur leurs établissements. La population souhaite aujourd'hui avoir accès à un certain nombre d'informations lui permettant d'apprécier la qualité du service rendu par l'hôpital et de l'ensemble du système de soin.

5. Cinquante-cinq années de dépenses de santé : une rétopolation de 1955 à 2005, DREES, études et résultats n° 572, mai 2007.

6. Le terme d'usager est utilisé dans son sens générique.

Cette **exigence à l'égard de la qualité des soins**, si elle peut parfois se traduire par une crainte des hospitaliers et des assureurs de voir se développer une attitude « consumériste » aboutissant à un nombre plus important de recours auprès des juridictions et à une inflation des dépenses, ne doit pas être paralysante. Elle est un facteur positif et important d'élévation du niveau d'exigence à l'égard des prestations des établissements de santé.

Des réformes structurantes

L'hospitalisation publique comme privée a connu des réformes importantes et restructurantes au cours des dernières années. L'importance croissante donnée à la sécurité sanitaire depuis la crise du sang contaminé et la contrainte financière résultant d'un financement des soins largement socialisé ont constitué deux facteurs clés des réformes engagées. Ces réformes ont pris place dans un contexte donnant une place croissante au principe de précaution.

L'exigence de sécurité sanitaire s'est traduite, pour tous les établissements de santé, par une

recherche accrue de qualité :

- deux vagues d'accréditation et de certification⁷ ;
- de nouvelles normes techniques et de sécurité⁸ ;
- l'engagement d'une démarche structurante pour le circuit des produits de santé⁹ ;
- le renforcement de la lutte contre les maladies nosocomiales et les événements indésirables¹⁰ ;
- la définition progressive d'indicateurs qualitatifs (projet COMPAQH¹¹) ;
- la mise en place progressive de l'évaluation des pratiques professionnelles ;
- la recherche d'une plus grande transparence vis-à-vis des résultats de ces évaluations ;
- la transformation progressive de l'organisation du travail.

A partir de 2004 a été mise en œuvre une **réforme majeure du financement**, désormais basé sur l'activité pour l'ensemble des établissements. Le financement à l'activité est complété par une dotation finançant des missions d'intérêt général et des aides à la contractualisation (MIGAC). Cette réforme s'est accompagnée pour les hôpitaux publics d'une modernisation de ses outils budgétaires et comptables¹², rendue nécessaire par le

7. Ordonnance du 24 avril 1996, décret n° 97-311 du 7 avril 1997 ; loi du 13 août 2004.

8. Par exemple décret n° 2006-72 du 24 janvier 2006 relatif à la réanimation dans les établissements de santé, décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence.

9. contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations, article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale

10. Décret n° 2006-550 du 15 mai 2006, circulaire DHOS/E2/DGS/5C n° 2006-82 du 24 février 2006 relative aux mesures à envisager pour l'amélioration du niveau d'activité des établissements de santé en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

11. Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière.

lien établi entre les ressources et le niveau d'activité. Le débat sur la convergence des tarifs publics et privés a souligné les différences de coûts entre les établissements publics et privés. Les données disponibles sur les facteurs à l'origine de ces différences et sur leur impact sont toutefois insuffisantes, comme l'a souligné l'IGAS. Des études complémentaires sont en cours¹³.

Dans le même temps, les **règles de planification hospitalière** ont été profondément rénovées.

L'accent a été mis sur l'encadrement de l'activité et sur la contractualisation entre l'ARH et les établissements :

- la suppression de la carte sanitaire ;
- la planification territorialisée et largement fondée sur la régulation de l'activité ;
- le régime d'autorisation simplifié¹⁴ ;
- la place donnée à la contractualisation (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens - CPOM) dans la relation entre l'établissement de santé et l'autorité de régulation¹⁵.

Ces réformes s'accompagnent, pour l'hôpital public, d'une **nouvelle organisation** encore en cours de mise en place :

- le développement du pilotage médico-économique, fondé sur l'implication dans la gestion de responsables médicaux et paramédicaux ;
- une déconcentration accrue mais prudente de la gestion avec la création de pôles ;
- le remodelage des instances décisionnelles de l'hôpital : création d'un conseil exécutif composé à parité de médecins et d'administratifs, placé auprès du directeur¹⁶.

Ces réformes ont été accompagnées par un effort financier important, notamment pour la remise à niveau de l'investisse-

12. Ordonnance du 2 mai 2005.

13. Les travaux menés par l'IGAS ont, à cet égard, souligné la nécessité de mener des études complémentaires sur les facteurs potentiellement à l'origine de différentiels de coûts : évaluation de l'hétérogénéité résiduelle du case-mix entre les deux secteurs sur certaines GHM ; mesure de l'impact de la précarité ; définir l'activité non programmée et en évaluer les causes ; mesurer les coûts relatifs aux charges de service public pour événement exceptionnel ; évaluer la faisabilité d'un recueil de charges périhospitalières rattachables aux séjours ; mesurer l'impact de l'insolvabilité et des créances irrécouvrables. *Mission d'appui relative à la convergence tarifaire public-privé*, Pierre ABALLEA, Pierre-Louis BRAS, Stéphanie SEYDOUX, rapport IGAS n° 2006-009, janvier 2006.

14. Le système d'autorisation est supprimé pour les installations (lits). Seules les activités (liste fixée par le décret n° 2004-1289 du 26 novembre 2004) et les équipements lourds, dont la liste est réduite, restent soumis à autorisation. Les créations, regroupements et conversions d'établissements de santé sont également soumis à autorisation. La durée des autorisations est harmonisée à 5 ans. Elles deviennent tacitement reconductibles.

15. Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003.

16. Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005.

ment des établissements de santé, dans le cadre du plan hôpital 2007¹⁷. Cet effort a été à l'origine d'un effet de levier pour le niveau de l'investissement. Lui succède tout prochainement le plan hôpital 2012¹⁸.

Une recomposition du paysage hospitalier

Le système hospitalier français a connu depuis les années 1990 une vaste recomposition¹⁹. Entre 1992 et 2001, 343 établissements publics et privés ont disparu, soit environ 10 % des établissements²⁰. En MCO, cette diminution résulte principalement d'une réduction du nombre des cliniques.

Ainsi, le **nombre de cliniques** a diminué, sur cette période, de 19 % (il s'établissait à 1 426 en 1992 et à 1 151 en 2001). La diminution est de 28 % pour les cliniques assurant une activité de MCO (leur nombre est passé de 1 014 à 732 sur la même période). Il faut noter que des groupes financiers contrôlent une part de plus en plus importante du secteur des cliniques.

La diminution a été de 2,3 % pour les **établissements privés à but non lucratif** (de 912 à 891

établissements), mais de 26 % pour la MCO (de 293 établissements à 218 établissements).

Le **mouvement a été moins radical pour les hôpitaux publics** qui ont connu une diminution plus modérée du nombre d'hôpitaux, liée à des fusions d'établissements. Le nombre d'entités juridiques est passé de 1 057 à 1 010 sur la période et de 813 à 725 pour ceux assurant une activité MCO. Les modalités de suivi des hôpitaux publics ont toutefois varié au cours du temps, ce qui réduit la fiabilité des comparaisons. Ce sont les entités juridiques et non les établissements qui ont fait l'objet d'un suivi pour les hôpitaux publics.

Deux facteurs sont à souligner à cet égard pour le MCO :

- l'application à tous les établissements d'un financement à l'activité ;
- la mise en place d'un dispositif d'encadrement de l'activité unique pour toutes les catégories d'établissements²¹.

Ces facteurs conduisent à **accroître la concurrence entre établissements**. Il faut également noter pour certaines spécialités un effet d'attraction de la part des cliniques à l'égard des praticiens de l'hôpital public. La concurrence entre éta-

17. Le plan hôpital 2007, encore en cours de déploiement, prévoit un total de 10 milliards d'euros de crédits d'investissement et de 6 milliards d'euros d'aides financières. Dans ce cadre ont été lancés environ 1 000 projets de construction immobilière, 300 projets d'équipement lourd et 400 projets de systèmes d'information (source : MAINH).

18. Soutien spécifique de l'assurance maladie à hauteur de 5 milliards d'euros, complété par des crédits à taux préférentiels de la caisse des dépôts et consignations à hauteur de 2 milliards d'euros (source : MAINH).

19. C'est ainsi qu'une étude de la DREES, en 2003, précisait l'ampleur de la recomposition hospitalière.

20. *Les établissements de santé en 2001*, DREES, 2003.

21. Fin de l'OQN ; mise en place des OQOS (objets quantifiés de l'offre de soins).

blissements publics et établissements privés affecte les équilibres entre les deux secteurs : depuis 20 ans la part de l'activité chirurgicale réalisée dans les établissements privés s'est accrue de 1 % par an, les **cliniques réalisant désormais près des deux tiers de l'activité chirurgicale**. Ce mouvement pose la question de l'**avenir des activités chirurgicales de l'hôpital public**, de plus en plus orientées vers une chirurgie d'urgence et une chirurgie de recours. Parallèlement, des complémentarités se développent entre secteur public et secteur privé. **Dans certains territoires, seules les cliniques privées ont conservé une activité de chirurgie**. L'accélération du phénomène de regroupement public-privé participe du développement de complémentarités sur les territoires.

Dans ce contexte profondément renouvelé, les différents types d'établissements font part d'attentes spécifiques. Les hôpitaux publics estiment que leurs contraintes juridiques ne leur permettent pas de s'adapter suffisamment rapidement aux mutations de leur environnement et aux évolutions de leur activité. Ils estiment également supporter des contraintes particulières de permanence des soins (poids de l'activité non programmée) ou de patientèle²². Certaines cliniques et les professionnels qui y travaillent souhaitent, eux, être plus associés à l'exercice de missions de service public : l'enseignement médical et la recherche clinique, mais aussi la permanence des soins notamment dans le cadre des régulations. Elles souhaitent également bénéficier, dans ce cadre, des financements adéquats dans le cadre des MIGAC. Les établissements PSPH estiment sous budgétisée une part de leurs charges fixes.

1 - Des questions qui restent à résoudre

Une continuité des soins mal assurée

Le système de santé français est caractérisé par une **fragmentation** et un cloisonnement **entre soins de ville et établissements de santé**, mais aussi par une déconnexion entre les préoccupations sanitaires et les préoccupations sociales. Cette situation maintes fois relevée²³ a pour conséquence, outre la **mauvaise organisation des prises en charge**, d'affecter le bon fonctionnement des établissements et d'augmenter le coût global du système de santé.

La bonne organisation des soins et la qualité de la prise en charge, tout particulièrement s'agissant des personnes âgées, des malades chroniques ou des malades mentaux, dépend notamment de deux facteurs :

22. Les travaux de l'IGAS soulignaient à cet égard le manque d'éléments permettant d'objectiver ce point et la nécessité d'études complémentaires. *Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé*, Pierre ABALLEA, Pierre-Louis BRAS, Stéphanie SEYDOUX, IGAS, rapport 2006-009, janvier 2006.

23. Rapports santé 2010, Livre blanc sur l'état du système de santé. ...

- la répartition des soins entre médecine de ville et établissements de soins ;
- les modalités selon lesquelles la continuité de la prise en charge, sanitaire, mais aussi médico-sociale et sociale, est organisée.

Si l'on considère le **parcours de soins du patient** il est essentiel qu'il puisse bénéficier à la fois d'une bonne répartition des différentes catégories de l'offre de soins et qu'il soit assuré d'une coordination efficace entre les professionnels de santé. Un recours excessif à l'hôpital peut avoir comme conséquence une prise en charge inadaptée et un coût accru. L'inadéquation de l'offre de lits d'aval (en soins de suite et de réadaptation et dans les établissements médico-sociaux notamment) peut également être à l'origine d'une mauvaise régulation des flux de sortie.

Les insuffisances dans la continuité des soins ont une incidence particulièrement forte sur la prise en charge des urgences²⁴ et sur l'activité de **soins non programmés**. Un recours trop important à l'hôpital pour les soins non programmés conduit à une prise en charge coûteuse pour des situations qui ne nécessitent pas toutes. Il a également un impact sur l'organisation de l'hôpital et sur son activité programmée.

Pour les structures hospitalières, la prise en charge des soins non programmés appelle aussi des réponses en termes d'organisation interne, comme le montrent les travaux de la MEAH (organisation de l'accueil des patients en situation d'urgence, permanence des équipes médicales et gestion des lits).

Des moyens très importants ont été affectés depuis 10 ans aux services hospitaliers d'urgences²⁵ sans que la population ait toujours le sentiment d'une amélioration du service rendu à due proportion, en particulier pour ce qui concerne le délai d'attente aux urgences, même si les services sont reconnus de bonne qualité.

Les travaux menés par Jean-Yves Grall²⁶ à la suite du rapport de

24. La gravité de la situation des patients admis aux urgences peut être évaluée sur la base de la classification clinique des malades des urgences (CCMU), qui comprend 5 classes (classe 1 : état clinique stable, pas de nécessité d'actes diagnostiques ou thérapeutiques complémentaires au services d'urgences ; classe 2 : état clinique jugé stable, nécessité d'actes thérapeutiques ou diagnostiques au service d'urgences ; classe 3 : état susceptible de s'aggraver au service d'urgences sans mise en jeu du pronostic vital ; classe 4 : pronostic vital engagé ; classe 5 : état nécessitant des manœuvres de réanimation).

25. Le plan « Urgences » a bénéficié d'une enveloppe de 500 millions d'euros sur la période 2004-2008. Fin 2006, 380 millions d'euros avaient été affectés. Ils ont abouti à la création de 5300 emplois, dont 4000 postes non médicaux, 344 PARM et 900 emplois médicaux. 45 % de ces crédits ont été affectés aux services d'urgences proprement dits. *Evaluation du plan urgences 2004-2008*, Jean-Yves GRALL, ministère de la santé et des solidarités, janvier 2007.

26. *Evaluation du plan Urgences*, Jean-Yves GRALL, op. cit. *Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins*, Jean-Yves GRALL, ministère de la santé et des solidarités, février 2007.

l'IGAS et de l'IGA²⁷ fournissent des éléments d'évaluation et des pistes de réflexion pour la permanence des soins.

- Dans cette perspective, les questions suivantes peuvent être identifiées :
- quels soins faire prendre en charge par quels acteurs ?
 - quelles mesures promouvoir pour qu'à chaque situation corresponde la prise en charge la plus adaptée ?

La qualité de la prise en charge comporte une problématique particulière pour certaines **catégories de patients** et pour des **pathologies spécifiques** : c'est le cas des personnes âgées, mais aussi de personnes souffrant de maladies chroniques et de pathologies mentales, de personnes en situation de handicap et de personnes en situation précaire. Pour ces populations la continuité des soins et leur répartition entre les différents intervenants, qu'il s'agisse des soins médicaux, paramédicaux, de nursing et des services à la personne, est un enjeu central, tant pour la qualité que pour le coût de la prise en charge.

Bien que des mesures spécifiques dans le cadre du plan « Urgences » aient été engagées pour les personnes âgées (équipes gériatriques mobiles, création de lits de court séjour gériatrique, augmentation des capacités des soins de suite) et que des réseaux aient été mis en place²⁸, des **limites à ces actions** peuvent être identifiées :

- **difficultés de coordination** des opérateurs : établissements de soins, professionnels libéraux, établissements médico-sociaux, services à domicile, bailleurs sociaux ;
- **éclatement des responsabilités** institutionnelles et financières : ARH, assurance maladie, conseils généraux, Etat, communes, acteurs dont l'approche territoriale ne coïncide pas toujours ;
- **résultat « globalement décevant » de nombreux réseaux**²⁹, selon le bilan réalisé par l'IGAS³⁰, qui soulignait une « plus-value effective pour le patient rarement démontrée » ainsi que le manque d'éléments attestant d'une amélioration des relations entre professionnels de ville et établissements de santé ;
- des marges d'amélioration de **l'éducation du patient** sont identifiées : « l'éducation thérapeutique est en France à la recherche d'un modèle de prise en charge » ;

27. *Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire*, Philippe BLANCHARD, Marc DUPONT, Roland OLLIVIER, Catherine FERRIER, Xavier PRETOT, Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de l'administration, 2006, rapport n° IGAS 2006-019 IGA 006-07-02.

28. Le plan cancer a par exemple favorisé la transversalité de la prise en charge, dans une optique pluriprofessionnelle.

29. Il s'agit des réseaux financés par le FAQSV et la DNDR. Cette évaluation ne portait pas sur les réseaux gérontologiques ville_hôpital mis en place avec la MSA, dits réseaux « Soubie ».

30. *Contrôle et évaluation du fonds d'aide à l'amélioration de la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR)*, Christine DANIEL, Bérénice DELPAL, Christophe LANNELONGUE, IGAS, rapport n° 2006-022, mai 2006.

« les professionnels qui en ont la charge ne sont pas identifiés », malgré des améliorations en cours et la prise en charge est « fragmentée »³¹.

Ces faiblesses, sur un sujet majeur compte tenu du vieillissement de la population, conduisent à s'interroger sur :

- **les mesures à promouvoir pour améliorer la coordination entre les acteurs ;**
- **le contenu de l'approche institutionnelle et territoriale ;**
- **les mesures qui doivent être développées pour la prise en charge des publics spécifiques.**

Enfin, il faut souligner la situation spécifique de la **médecine en milieu rural et dans la périphérie des grandes villes**, caractérisés par une faible densité médicale. Ces territoires sont confrontés à un risque de désertification avec la perspective de l'arrêt d'activité d'une génération de médecins qui ne sera pas remplacée sans mesures volontaristes. La répartition hétérogène des professionnels de santé se conjugue à des facteurs sociologiques. Au-delà des questions relatives aux modalités d'installation et des dispositifs incitatifs mis en place par les collectivités locales, il s'agit de développer des modes d'exercice satisfaisants pour les jeunes professionnels (exercice de groupe, mono- ou pluridisciplinaire, maisons de santé...) et de définir le rôle des structures hospitalières (hôpitaux locaux notamment) dans ces nouveaux modes d'exercice.

Une offre de soins éclatée

La réforme de la planification de 2003 a centré l'organisation des soins hospitaliers sur la **notion de territoire**. La question du maillage territorial mérite une réflexion préalable intégrant :

- le concept et le contenu des filières de soins ;
- la définition des territoires : les territoires hospitaliers, centrés autour d'un établissement de référence, sont l'agrégation de plusieurs territoires de vie dans lesquels s'organisent les services de proximité ;
- une analyse du contenu concret de la proximité qui ne peut être le même selon la nature des activités.

Depuis les premiers SROS, la problématique de la **gradation des soins** a été au coeur des travaux, qui ont conduit à définir les fonctionnalités des hôpitaux de référence – sièges de SAU, dans l'ancienne réglementation des services d'urgence, disposant d'unité de réanimation et généralement d'une unité de soins intensifs en cardiologie – autour duquel devraient s'organiser les territoires de santé. Il s'agit aujourd'hui d'approfondir :

- le contenu exact de la notion de **filière de soins**, impliquant des parcours de soins pertinents tant en termes médicaux qu'écono-

31. *Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les apports des expériences étrangères de disease management*, Pierre-Louis BRAS, Gilles DUHAMEL, Etienne GRASS, IGAS, rapport n° 2006-136-P, septembre 2006.

miques, notamment en matière gériatrique;

- l'existence et le poids de séjours injustifiés en court séjour, mais aussi en soins de suite, faute d'aval;
- les schémas envisageables de **restructuration des plateaux techniques** chirurgicaux dont l'activité n'est pas suffisante.

L'organisation institutionnelle doit être repensée et notamment:

- **l'organisation des structures hospitalières au niveau des territoires;**
- **les coopérations public-privé et les évolutions qu'elles pourraient connaître:** l'accès des praticiens libéraux aux plateaux techniques publics et des praticiens de l'hôpital public aux plateaux techniques privés, les différences de statut et de rémunération des personnels, les régimes juridiques de la responsabilité médicale et les modalités de fonctionnement des GCS et des GCSMS.

Un concept de service public hospitalier à repenser

La situation des territoires change, leur organisation également. Les institutions de coopération intercommunale ont modifié le paysage local. L'hôpital ne peut pas rester à l'écart de ces transformations, ce qui amènera à se pencher sur **l'organisation territoriale des établissements.**

Le rapprochement des règles applicables aux différentes catégories d'établissements, le financement à l'activité et la réforme de la planification sont de nature à mettre en concurrence les établissements d'un même territoire et à avoir un impact sur l'organisation de l'offre de soins, sans que cette évolution corresponde spontanément à des objectifs pertinents en terme de santé publique ou d'optimisation des financements de l'assurance maladie.

Il faut souligner que **la quasi totalité des établissements de santé, quel que soit leur statut, participent d'un service à la population majoritairement financé par des fonds publics.** Cet état de fait est pris en compte depuis plusieurs décennies dans la planification hospitalière et dans le régime des autorisations, qui placent l'ensemble des établissements sur un pied d'égalité.

L'harmonisation du système de financement par la tarification à l'activité a été récemment un pas supplémentaire en ce sens. L'ensemble des établissements publics et privés, qu'ils soient ou non à caractère lucratif, participent à une offre de services en santé qui, compte tenu de son objet et de ses sources de financement, devrait revêtir les caractères d'un service public³².

Il s'agit désormais de tirer les conséquences de ce constat dans les modalités de régulation, notamment financière mais aussi de fonctionnement, des établissements, notamment dans le cas d'établissements privés suscitant aujourd'hui l'intérêt de fonds d'investissements internationaux. Dès lors que l'investissement financier suit un cycle court, il

32. La notion de service public se caractérisant, en droit public, par les principes d'égalité, de continuité et de mutabilité.

ne doit en effet pas conduire à privilégier une offre de soins à forte rentabilité immédiate ni à exercer une pression sur l'activité des médecins de nature à porter atteinte à leur indépendance.

Du point de vue du patient, il faut souligner l'hétérogénéité des conditions financières d'accès aux soins dans les établissements de santé. En effet, les praticiens qui exercent en clinique et les praticiens hospitaliers qui ont une activité libérale³³ sont, le plus souvent, autorisés à pratiquer des **dépassements d'honoraires** (hétérogènes quant à leur ampleur selon les régions et les spécialités³⁴). Il est donc nécessaire de penser une organisation qui maintienne, au sein d'un territoire, une offre de soins à tarifs régulés. Les évolutions dans la répartition des activités entre établissements d'un territoire et la recherche de complémentarités justifient l'engagement d'une réflexion sur le cadre applicable au service hospitalier:

- **Quel est le contenu de ces missions? Comment les définir?**
- **Quelles contraintes doivent-elles impliquer, notamment en termes de tarifs pour les patients? De modes de rémunération des personnels?**
- **Quel cadre juridique pour le service public hospitalier, public et privé?**

Un pilotage de l'hôpital public à améliorer

L'hôpital doit rechercher une plus grande efficacité, de nature à répondre aux attentes des professionnels de santé, des usagers et du régulateur. Les travaux menés par la MEAH montrent de fortes disparités entre établissements et permettent d'identifier des **mesures organisationnelles de nature à dégager de réelles marges de manoeuvre.** Ces mesures organisationnelles sont, de plus, de nature à améliorer les conditions de travail des professionnels. La majorité des organisations auditionnées ont souligné que l'évolution des organisations constitue une condition du maintien du dynamisme du service public hospitalier. S'il est encore tôt pour tirer le bilan de la réforme de la gouvernance hospitalière de 2005, d'autres questions restent posées. Elles portent largement sur la direction et le pilotage des hôpitaux publics.

Les pouvoirs au sein de l'hôpital public sont encore éclatés³⁵, ce qui rend difficile le pilotage des établissements:

- le directeur, ainsi que la plupart des cadres de l'hôpital, sont nom-

33. Les praticiens exerçant dans les établissements PSPH ne sont pas autorisés à exercer une d'activité libérale.

34. Sur ce sujet: *Les dépassements d'honoraires médicaux*, Pierre ABALLEA, Fabienne BARTOLI, Laurence ESLOUS, Isabelle YENI, IGAS, rapport n° 2007-054P, avril 2007.

35. Par exemple rapport relatif à la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale présenté par MM. DEBROSSE, PERRIN et VALLENCIEN au ministre de la santé, 2003; rapport relatif à l'organisation interne de l'hôpital présenté par M. Couaneau à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, 2003.

més par le ministre de la santé³⁶. C'est le directeur de l'ARH (le ministre pour les directeurs généraux de CHU) qui évalue les directeurs d'hôpitaux. Dans ces conditions, ces derniers répondent plus de leur action devant le ministre que devant le conseil d'administration de l'hôpital;

- le conseil d'administration, présidé le plus souvent par le maire de la commune, n'a pas de responsabilité financière;
- le directeur n'a pas de responsabilité administrative à l'égard des médecins;
- les moyens³⁷ et objectifs relatifs aux missions d'enseignement et de recherche sont de la responsabilité du ministère de l'enseignement supérieur et de l'université. L'hôpital n'a pas la maîtrise de l'évolution des effectifs hospitalo-universitaires ni de leur structure;
- le processus décisionnel est rendu long et complexe compte tenu du nombre important d'instances consultatives;
- tous les établissements, quelle que soit leur taille, sont soumis aux mêmes dispositions;
- le système d'information hospitalier comme outil de pilotage est inexistant.

Les réformes structurelles ont conduit à une sédimentation de nouvelles structures, qu'elles soient internes ou externes à l'hôpital, s'ajoutant aux structures déjà existantes. Cela nuit à la lisibilité du système et appelle une réflexion spécifique.

La complexité des processus de décision, l'éclatement des pouvoirs et les exigences de réactivité incitent à évaluer les évolutions possibles pour l'hôpital public:

- **Le statut des établissements publics de santé correspond-il aux nécessités actuelles de son fonctionnement?**
- **Faut-il adapter les règles d'organisation en fonction de la taille des hôpitaux?**
- **La répartition des compétences et des responsabilités à l'hôpital est-elle adaptée?**
- **Faut-il et comment simplifier le processus décisionnel, en s'appuyant sur un système d'information performant?**
- **Comment soutenir la performance organisationnelle?**

Des modalités de fonctionnement des établissements de santé privés à adapter

En ce qui concerne les cliniques, les modalités de conciliation entre les intérêts du management et l'expression propre aux intérêts des médecins semblent être insuffisamment organisées par la conférence médicale issue de la réforme de 1991.

- **Les règles applicables aux établissements de santé sous statut de droit privé ne devraient-elles pas être réexaminées (PSPH et cliniques)?**

36. Les directeurs généraux de CHU sont nommés par décret.

37. Article L.6142-14 du code de la santé publique et article L.713-6 du code de l'éducation. Le personnel hospitalo-universitaire est nommé par décision conjointe des deux ministres.

- **Les futures agences régionales de santé (ARS) devront elles avoir la capacité de conclure des contrats engageant les médecins pour leur exercice libéral en secteur 2?**

Une attractivité de l'hôpital à conforter pour les soignants

Deux problématiques importantes ont été soulignées lors des auditions:

- l'enjeu du maintien de l'attractivité de l'hôpital public et PSPH à l'égard des médecins;
- celui du maintien de l'attractivité pour les soignants, quel que soit le statut de l'établissement, sur la durée de leur carrière.

Toutes les personnalités auditionnées ont souligné la **difficulté que rencontrent les hôpitaux publics à pourvoir les postes médicaux dans certaines spécialités:** chirurgie, radiologie en particulier. Ils sont également confrontés, notamment les CHU, au départ vers le secteur privé de certains de leurs praticiens. Cette désaffection s'explique par des **différentiels de rémunération**, mais aussi par la **lourdeur et la complexité du fonctionnement de l'hôpital.** En termes de rémunération, les écarts sont variables selon les spécialités.

Cette situation est de nature à compromettre gravement **l'avenir de l'hôpital public,** qui risque de voir encore diminuer son rôle dans la prise en charge chirurgicale.

De même, les établissements de santé se trouvent confrontés à deux défis professionnels forts:

- le départ massif à la retraite des personnels de soins, qui suppose un effort en gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) mais aussi en information sur les métiers à l'hôpital public (attractivité);
- l'apparition de nouveaux métiers ainsi que les désirs de mobilité et de reconnaissance des professionnels de santé, susceptibles de faire évoluer l'équilibre actuel entre la compétence médicale et la compétence paramédicale.

Malgré une opinion très positive portée par la population sur les métiers de la santé et tout particulièrement sur ceux de l'hôpital, nombre de professionnels soulignent **un certain malaise.**

Charge de travail, problèmes d'**organisation du travail,** répartition du temps de travail entre tâches administratives et fonction de soin, nature et répartition des tâches entre les différents professionnels de santé, impact sur les organisations de la mise en place des 35 heures, évolutions de la relation au patient, ampleur des réformes et des restructurations constituent des éléments d'inquiétude pour les professionnels. Deux études de la DREES³⁸ analysent le ressenti de leurs conditions de travail par les professionnels de

38. *Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé*, DREES, Etudes et résultats n° 335, août 2004. *Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé: une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail*, DREES, Etudes et résultats n° 373, février 2005.

santé dans les établissements de santé³⁹. Elles révèlent :

- Des moments souvent vécus comme très positifs par le personnel soignant ; le personnel des cliniques se déclare moins confronté à des situations pénibles mais aussi moins préparé à y faire face.
- La perception d'un accroissement du rythme de travail, notamment à l'hôpital public⁴⁰.
- Un environnement de travail perçu de façon plus critique pour le secteur public.
- La mention de relations de coopération étroites dans le travail et de discussion collective au sujet de l'organisation du travail, notamment à l'hôpital public.

Elles relèvent également la **situation spécifique des infirmiers et des aides soignants**. Ils se disent ainsi très exposés en termes de charge psychologique (stress) et de contraintes physiques. Ils déclarent fréquemment manquer de temps pour accomplir correctement leur travail, et ce plus particulièrement à l'hôpital public.

Toutefois, d'après ces travaux, certains facteurs liés à la fonction occupée, à l'activité du service ou à l'âge sont aussi à l'origine d'écarts importants qui ne recouvrent pas les différences de statut de l'établissement :

- Une perception des conditions de travail plus défavorable chez les 25-30 ans.

- Des différences importantes selon l'activité du service : le personnel fait état de contraintes élevées mais d'un environnement de travail plus apprécié dans les services d'urgence et de réanimation ainsi que de gériatrie.

L'amélioration de l'attractivité de l'hôpital implique donc une réflexion particulière, sans omettre l'importance du dialogue social sur ces sujets :

- comment soutenir les professionnels par l'amélioration de la formation professionnelle et la construction de parcours professionnels ?
- comment mieux prendre en compte les nouveaux métiers de l'hôpital ?
- comment favoriser la mobilité et les parcours professionnels ?
- comment concevoir une politique de rémunération incitative ?
- comment valoriser l'implication des personnels et la performance ?
- comment mieux prendre en compte la spécificité des activités et des métiers du management ?
- par quels processus peut-on agir sur l'organisation du travail et la qualité de la vie au travail ?
- comment mieux prendre en compte les missions de santé publique remplies par les soignants ?

Des missions d'enseignement et de recherche à renforcer

La **recherche médicale représente 30 % de l'ensemble des publications scientifiques françaises**, plus de la moitié résultant des travaux des équipes hospitalo-universitaires⁴¹. Il est habituel de distinguer la recherche fondamentale réalisée dans les EPST (établissements publics à caractère scientifique et technologique) et les laboratoires universitaires, et la recherche clinique chez les patients pris en charge dans les hôpitaux⁴². Leur association doit être la plus étroite possible.

La recherche médicale est étroitement liée aux soins et à l'enseignement, synergie à préserver aux yeux de tous les acteurs. Elle est la « R&D » de l'hôpital qui prépare la qualité des soins de demain et concourt aujourd'hui à l'attractivité des carrières hospitalières.

La recherche clinique hospitalo-universitaire est cependant confrontée à des difficultés :

- une **complexité** des procédures administratives hospitalières (recrutement des personnels, marchés publics, gestion des budgets) et des règles juridiques applicables à la recherche ; les budgets soins et recherche très souvent confondus ne la rendent pas lisible ;
- une **insuffisance des structures d'appui** aux équipes médicales pour l'élaboration et la mise en oeuvre des protocoles de recherche ;
- un **émiettement des financements** (assurance maladie par les programmes nationaux, PHRC, EPST, universités, collectivités territoriales, fondations, ...) et des **structures**⁴³.
- Le **pilotage** n'est pas suffisamment visible (absence d'opérateur principal de la recherche hospitalière, place limitée de l'hôpital⁴⁴ parmi les autres acteurs de la recherche française qui se concentrent surtout sur la recherche fondamentale) ;
- une **formation à la recherche** peu visible et insuffisamment attractive (médicale, soignante, administrative) ;

Les interactions entre recherche fondamentale et recherche appliquée à l'homme conduisent à des transferts technologiques en biologie, médi-

41. CHU, CLCC, CHS, UFR, laboratoires (Inserm, universités), EFS ; *la production scientifique des sites hospitalo-universitaires*, observatoire des sciences et techniques 2005 ;

42. 600 essais cliniques, environ 1000 protocoles et 18000 publications par an, les CHU sont les premiers acteurs institutionnels de la recherche clinique. *Livre blanc du management des CHU*, 2006

43. « La recherche médicale française est pénalisée par l'interférence d'un grand nombre d'acteurs, source de stériles concurrences institutionnelles et de querelles de territoire qui ont favorisé les corporatismes et le conservatisme », constat établi par les *Conférences des doyens, des directeurs et des présidents de CME de CHU*, 15 décembre 2004.

44. *L'hôpital public en France*, conseil économique et social, 2004.

45. Valorisation financière des données cliniques, collections biologiques, actes innovants ; signature des publications scientifiques, dépôts de brevets, exploitation des licences.

caments et dispositifs médicaux. Les enjeux industriels et commerciaux de ces transferts sont importants :

- Ce qui implique une **protection des intérêts des hôpitaux**. La protection de la propriété intellectuelle⁴⁵ de la production scientifique des hôpitaux est mal assurée ;
- Il importe que les hôpitaux puissent participer, par leurs essais cliniques, à une **évaluation objective et rigoureuse des innovations**.

Ces blocages concourent à son manque de visibilité, malgré les financements existants et une structuration⁴⁶ qui se met en place progressivement.

Les CHU (sous la responsabilité des UFR) et les écoles de soignants sont des écoles professionnelles dont la valeur reconnue est la formation auprès du patient. Le schéma actuel comporte toutefois des insuffisances :

- l'absence de **passerelles** entre filières de formation ;
- une lente mise en place des **délégations de compétence**⁴⁷ ;
- La mauvaise prise en compte des **besoins futurs en termes de compétences comme de répartition géographique**, particulièrement pour les professions médicales⁴⁸ ;
- le manque d'intégration au contenu des formations des **nouvelles dimensions des pratiques professionnelles** : sciences humaines, économie, éthique, environnement social et juridique de l'hôpital mais aussi nouvelles technologies de la communication, prise en charge multidisciplinaire et travail d'équipe ;
- la mauvaise prise en compte dans la formation des **prises en charges extrahospitalières**, où certaines spécialités sont pourtant majoritairement assurées ;
- l'insuffisance de la **formation continue des médecins hospitaliers**⁴⁹, par manque de financement et d'organisation, qui conduit les médecins à compléter leur formation grâce à des financements industriels, inégaux entre spécialités.

Alors que le **CHU** est le **label de l'enseignement et de la recherche hospitaliers** pour les établissements de santé, il faut souligner que :

46. Ont été créés par le ministère de la santé depuis 1990 des structures d'appui (centres d'investigation clinique, délégations régionales à la recherche clinique et l'innovation, délégations inter-régionales de recherche clinique), des appels d'offre (le programme hospitalier de recherche clinique et le programme de soutien aux techniques innovantes et coûteuses), des outils (analyse des publications scientifiques des hôpitaux, répartition des financements recherche-enseignement)

47. *la coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétence*, Professeur Y Berland, 2003

48. *la démographie médicale*, Professeur Y Berland, 2005

49. *Les centres hospitaliers et universitaires, réflexions sur l'évolution de leurs missions*, Sénateur F. Giraud, 2007

50. Un rapport distingue trois groupes parmi les 29 CHU : 8 CHU « indiscutables pôles d'excellence en enseignement et en recherche » qui concentrent 60 % des effectifs hospitalo-universitaires titulaires, 6 CHU « pôles actifs » et 13 CHU dont le potentiel de recherche est « en émergence » (*évaluation des conventions constitutives des centres hospitaliers et universitaires*, IGAS/IGAENR, juillet 2004. Ces résultats dépendent de leur taille, leur environnement et de « niches » de développement.

- **certaines équipes de CHU ne font pas de recherche**⁵⁰, tandis que des équipes n'appartenant pas à un CHU participent à des activités de recherche et d'enseignement ou aspirent à y participer, du fait de certaines activités assurées pour une très large part hors de l'hôpital public (chirurgie notamment) ;
- de même **certaines médecins hospitaliers** font de l'enseignement ou de la recherche sans avoir le titre hospitalo-universitaire ;
- les établissements de santé privés aspirent à développer une activité d'enseignement et de recherche ;
- la synergie soin-enseignement-recherche **ne s'appuie plus sur des individus mais sur des équipes** qui mobilisent des compétences multiples, dans plusieurs disciplines ; ces activités, auxquelles il convient d'adjoindre une quatrième fonction managériale, n'ont pas toutes la même temporalité ; elles requièrent une répartition équilibrée et transparente au sein des équipes ;
- cette synergie nécessite une qualité de soins élevé dans les thématiques choisies, ce qui suppose dans la plupart des cas une **concentration de l'activité médicale** et une **masse critique** des équipes suffisantes.

L'évaluation et le pilotage des activités de recherche et d'enseignement doivent être renforcés, en tenant compte des évolutions apportées par les lois récentes relatives à l'université et à la recherche. Le renforcement des missions de recherche et d'enseignement implique donc un investissement particulier sur les points suivants :

- comment, dans le cadre de la réforme du LMD, développer les passerelles entre formations et professions ?
- comment **simplifier les procédures** administratives et juridiques encadrant la recherche, en préservant ses exigences de sécurité et de qualité ?
- **quel pilotage** des structures et des financements de la recherche hospitalière à ses différents niveaux (national, régional et local) ?
- comment **rendre attractifs les métiers de la recherche**, par la formation et par une politique de rémunération incitative ?
- comment **concilier la formation des professionnels et les besoins des territoires** ?
- comment renforcer dans les établissements la politique de **formation continue** des médecins ?

La commission poursuivra ses travaux jusqu'en avril 2008 sur la base de ce premier état des lieux, pour faire la synthèse des propositions qui ont été et qui seront formulées. Elle portera une attention particulière aux questions d'efficacité du système hospitalier, c'est-à-dire la qualité des prestations délivrées en utilisant au mieux les ressources mises à sa disposition, ainsi qu'aux modalités de régulation. Enfin, elle n'omettra pas, dans ses travaux, de prendre en compte l'impact du secteur social et médico-social sur le système de soins. ■

39. L'enquête se réfère, comme l'enquête Sumer menée par la DARES, au modèle de Karasek pour l'analyse relative aux risques psychosociaux.

40. Malgré des ratios de personnel rapportés à l'activité supérieurs à l'hôpital public, ce qui peut révéler des enjeux d'organisation du travail.

LA COMMISSION LARCHER PROPOSE 5 THEMES D'ANALYSE DE L'ÉTAT DE L'HOPITAL

C'EST CETTE GRILLE D'ANALYSE QUI A SERVI DE FIL À L'AUDITION :
DU DR FRANÇOIS AUBART, AVEC LE PR CLAUDE GIBERT ET LE DR NORBERT SKURNIK

1 une meilleure pertinence des recours à l'hôpital le point de vue de la CMH

1. Le constat

L'hôpital public, ouvert 365 jours par an, 24 heures/24, est le lieu d'accueil de toutes les détresses médicales et sociales. Alors que 2 % des arrivées aux urgences justifient une prise en charge en réanimation et soins intensifs, alors que 8 % entraînent une hospitalisation, les

personnes âgées en rupture, les victimes de crise psycho sociale, les problèmes de dépendance ou de violence, aboutissent tous à l'hôpital. Les flux de patients sans cesse

* Audition du Dr François Aubart, président, avec le Pr Claude Gibert et le Dr Norbert Skurnick devant la commission le 13 décembre

croissants tombent dans l'entonnoir hospitalier dont le diamètre d'entrée va sans cesse en s'élargissant. **A l'hôpital, les malades sont engagés dans des circuits souvent efficaces pour les pathologies aiguës d'organes, et de qualité souvent aléatoire pour les « poly-pathologies » du vieillissement et les maladies chroniques.**

En face de cet afflux, l'hôpital est inadapté. L'explosion des connaissances et des outils médicaux a conduit à une segmentation des structures hospitalières et à une double division du travail :

- division médicale car le nombre de spécialités médicales a sextuplé en quelques dizaines d'années ;
- division professionnelle aussi car on a vu apparaître plus de 100 métiers nouveaux qui n'interviennent que dans le champ fermé de l'établissement.

L'hôpital dispose ainsi d'une sorte de code génétique fondé sur les spécialités d'organe. Ses activités médicales sont en effet la somme de legs, d'héritages, de choix faits il y a quelques dizaines d'années à l'âge d'or de l'expansion hospitalière.

Un directeur pouvait alors décider de créer un service de cardiologie sur la seule proposition d'un jeune médecin volontariste appartenant à la diaspora des jeunes chefs de clinique. C'est la somme de ces initiatives qui structure encore les hôpitaux. Cette logique de segmentation médicale valorisée par la T2 A améliore la pro-

ductivité et peut-être la qualité mais entrave, ou, au mieux ne facilite pas, les coordinations entre les unités et entre les spécialités médicales. Les hôpitaux peinent à faire entrer, de façon cohérente, dans les « pôles » l'ensemble de ces activités historiques.

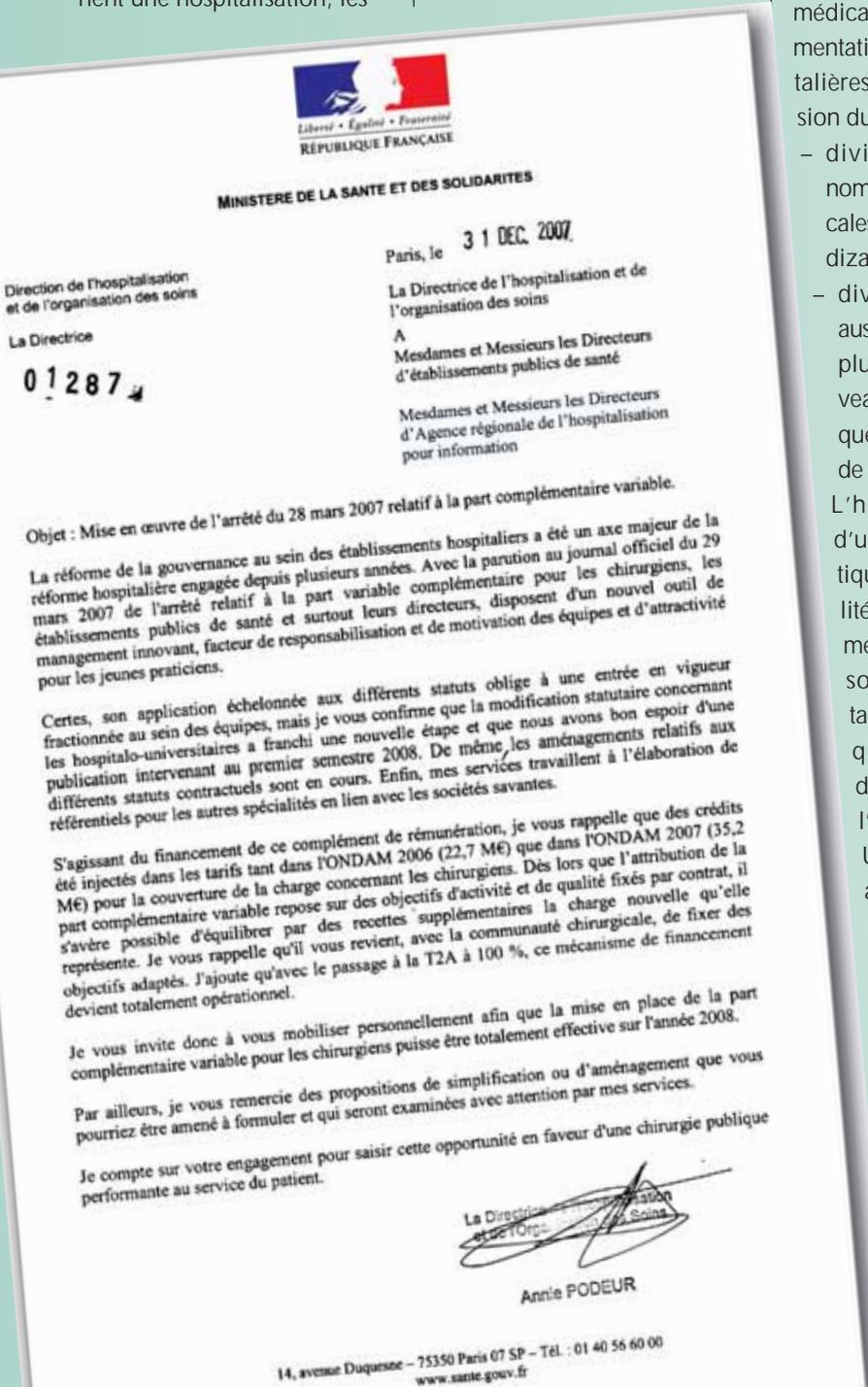
Jusqu'à présent, la réponse politique à cette inadaptation des recours à l'hôpital a été la discrimination positive : les urgences hospitalières ont été « boostées », dotées, renforcées... Ce développement nécessaire mais sans limite transforme les urgences en puits sans fond, avec la création de besoins nouveaux.

Or la médecine du XXI^e siècle est celle de la maladie chronique, du vieillissement. C'est celle de la médecine régénératrice, des thérapies géniques, de la médecine de l'image et du numérique. Dans ce contexte, vouloir améliorer la pertinence des recours à l'hôpital suppose de désenclaver l'hôpital et les professionnels. La meilleure pertinence passe par l'anticipation personnalisée des modes de prises en charge entre le domicile et l'hôpital et entre l'hôpital et le domicile.

Il s'agit donc de rassembler et coordonner au sein de chaque territoire tous les professionnels au profit de la santé de chaque individu.

Il est vrai que les obstacles à la réalisation de cet objectif sont nombreux :

Depuis 1958 l'hôpital s'est vu attribuer une place hégémonique dans la production de la connaissance et dans l'élaboration des structures sanitaires. La médecine de ville n'a jamais eu vraiment la culture organisationnelle. Les professionnels



peinent à y partager leur action. Il existe, par exemple, des clivages entre la pratique clinique de ville et le fonctionnement des laboratoires de biologie ou ceux des centres d'imagerie.

Ces plateaux techniques de ville (biologie et radiologie notamment) tout comme d'ailleurs les cliniques en particulier chirurgicales, ont privilégié leurs activités programmées diurnes, plus productives et plus rentables car mieux organisées.

Le désengagement dans la permanence des soins de la médecine de ville vient couronner cette évolution, transformant l'hôpital en une mégapole de gestion de l'imprévu et de l'instable.

2. Premières propositions : simplifier, réunir, innover

Une meilleure pertinence des recours à l'hôpital ne peut être obtenue par un nouvel équilibre introuvable entre la médecine de ville et la médecine hospitalière ; il n'y a pas de balancier intelligent permettant une meilleure répartition des charges. Par contre, il nous paraît essentiel de proposer une nouvelle organisation fondée sur une nouvelle unité de la médecine. Cela signifie qu'il faut choisir de faire participer et coopérer intimement les métiers et les professionnels *urbi et orbi* dans des filières de prise en charge allant du domicile à l'hôpital et de l'hôpital au domicile. Dans les maladies chroniques et le vieillissement les décompensations et les épisodes de déstabilisation de la santé des malades sont inévitables. Mais le caractère chronique de la maladie doit pouvoir laisser le temps d'anticiper leur prise en charge et d'anticiper les coopérations de métiers nécessaires à un retour rapide au domicile. Cela signifie l'ouverture d'un

certain nombre de chantiers : Intégrer ces objectifs dès la formation initiale dans le corpus scientifique ; nous pensons que la spécialisation médicale et sa catégorisation sont irréversibles. Pour autant celles-ci doivent, dans le cadre de la formation initiale, intégrer les nouveaux besoins et les connaissances, notamment ceux liés au vieillissement, à la maladie chronique et à la violence sociale.

La centralisation de la régulation par une équipe unique des épisodes aigus et des déstabilisations médicales est nécessaire. Cela signifie que les règles de participation à la permanence des soins doivent être communes à l'ensemble de la communauté médicale. Les idées de grande plateforme de réponse d'appels médicaux et sociaux nous semblent peu fonctionnelles et probablement coûteuses.

Il convient d'organiser le partage des plateaux techniques. Les cliniciens, quels que soit leur mode d'exercice ou leur lieu d'exercice, doivent pouvoir s'appuyer sur des plateaux techniques communs. Quant aux structures d'HAD, elles doivent être le trait d'union du système. Répétons le Dans chaque territoire, la santé de chacun doit faire l'objet d'une organisation individuelle et prévisionnelle des prises en charge dès lors que la dépendance ou la maladie chronique le justifie.

Dans un système dont le financement est socialisé, il semble maintenant incontournable de définir de nouveaux modes de rémunération qui tiennent compte pour partie de l'engagement des missions de service public dans un revenu fixe et pour partie proportionnels à l'activité. Ce point est essentiel, en ajoutant que les tarifs T2A doivent intégrer dans leur échelle de coût l'ensemble de ces rémunérations.

2 renforcer le pilotage de l'hôpital le point de vue de la CMH

1. Le constat

L'hôpital a fait la preuve de ses capacités d'adaptation. Il « digère » régulièrement les réformes organisationnelles, financières et les évolutions technologiques.

Cependant, 5 éléments entravent l'adaptation pourtant plus que jamais nécessaire :

Le poids de la « technostructure » reste dans nos hôpitaux excessif ; il provoque ou entretient la bureaucratie, la non décision et engendre des surcoûts.

Il existe un conflit temporel entre la régulation pluri-annuelle par les SROS et l'adaptation des structures historiques de l'hôpital, fruit des legs et héritages successifs.

Le concept d'autonomie des établissements que défendent certains, est facteur de barrières supplémentaires entre l'hôpital, les autres structures hospitalières du territoire et la médecine de ville. Dans le champ de la santé chaque acteur est trop souvent isolé sur son méridien.

L'hôpital apparaît souvent comme la somme de statuts et de corps des professionnels qui y travaillent. Notre action syndicale porte sur la défense des intérêts des médecins et pharmaciens hospitaliers mais cet intérêt est indivisible de celui des malades.

Enfin, si l'hôpital dans les périodes de crise aiguë a toujours fait preuve de mobilisation et de dévouement, le problème de la redéfinition de l'intérêt à agir de la communauté hospitalière peut être posé. Sans cela, les évolutions sont perçues comme autant de contraintes.

2. Quelques pistes : intégrer l'hôpital, lieu d'excellence, dans le territoire

a - Le conseil d'administration ; le conseil exécutif.

La réforme récente de la gou-

vernance a laissé une place un peu ambiguë au conseil d'administration ; nous pensons qu'il doit avant tout se positionner comme conseil de surveillance ; le sujet de la présidence par le maire de la commune est récurrent ; nous pensons que l'implication politique est souhaitable mais la nécessité d'ouvrir l'hôpital sur son territoire pourrait être concrétisée en investissant le **conseil régional** au niveau de la présidence du conseil d'administration. Le conseil exécutif est souvent en contradiction avec l'action du comité de direction (CODIR). Il a vocation à disparaître Le CE, qui organise le dialogue entre médecins et administration, doit être le lieu central de la décision. (« *Un des avantages de ce système de double pouvoir est d'autoriser les uns et les autres à être intelligents* » A. Comte-Sponville, Oct. 2007). **A l'hôpital il faut médicaliser la décision.**

b - Qui décide à l'hôpital ?

L'existence d'un directeur arbitre ultime n'est contestée par personne. Au-delà, la déclaration récente du président de la République indiquant qu'« *il faut un patron à l'hôpital* » mérite précision et proposition.

Bien que soumis à des contraintes économiques, dans un **financement socialisé**, l'hôpital n'est pas une entreprise ni d'ailleurs une association ; c'est une institution bien particulière, héritée d'une histoire singulière : il est LE lieu d'accueil de tous ceux qui souffrent, sans distinction de nationalité, de couleur, de richesse. Pour autant ce statut social de l'hôpital ne remet pas en cause la légitimité d'un directeur fort.

Suite page 65



Olivier Véran



Pierre Loulergue

Qu'attendez vous de ces Etats Généraux de l'Organisation de la Santé (EGOS)?

Pierre Loulergue (président de l'ISNCCA): Beaucoup ! Il faut rappeler que nous avons obtenu la tenue de ces Etats généraux à la suite d'un mouvement de grève dur et prolongé en septembre et octobre derniers. La détermination des jeunes médecins a été prouvée dans la rue. Le gouvernement a prouvé sa volonté de conciliation en créant ces états généraux. Nous y tenons une place prépondérante et comptons bien faire entendre nos arguments aux acteurs de la santé qui seront autour de la table. Loin des arguments simplistes, nous voulons avec les médecins seniors, l'administration et la société civile, trouver les solutions adaptées à la médecine de demain en tenant de la réalité de terrain de la France de 2007.

Olivier Véran (porte-parole de l'ISNIH): Ces Etats généraux sont l'une des issues au conflit qui a opposé les jeunes médecins en formation et les pouvoirs publics au mois d'Octobre.

Nous avons souhaité que l'ensemble des professionnels de santé, les associations de malades, les experts en démographie de santé, et les pouvoirs publics se réunissent autour d'une table, présentent chacun leur vision d'un système de santé efficient, et qu'il ressorte de ces discussions

Le gouvernement a répondu au mouvement de grève de l'automne dernier des internes et chefs de clinique par l'organisation des Etats généraux de l'organisation de soins qui se tiendront au début du mois de février prochain. Les jeunes médecins étant aux premières loges des discussions, Officiel santé a questionné les responsables de l'inter syndicat national des chefs de clinique assistants (ISNCCA) et de l'Inter syndicat national des internes des hôpitaux (ISNIH) sur leurs attentes et leurs états d'esprit.

des points de convergence, permettant d'offrir un cadre adapté aux prochaines négociations conventionnelles. L'occasion nous est donnée de proposer, ensemble, des solutions réalistes, durables et efficaces, pour améliorer l'accès aux soins pour tous les Français, qu'ils habitent dans les centres des grandes villes, ou dans les zones rurales. Je n'ai pas de doute sur la volonté de chacun des partenaires de ces EGOS de mener à bien cette mission. Il restera ensuite à veiller à ce que les mesures proposées soient mises en application sans délai.

Vous avez fait grève sur le thème de la liberté d'installation : comment conciliez-vous ce principe avec l'accès aux soins pour tous?

P. Loulergue: Les raccourcis sont malheureusement faciles pour qui n'a pas réfléchi sur le sujet. N'oublions jamais que la situation que nous vivons – prémisses d'une situation explosive d'ici peu - est la résultante d'une politique malthusienne inepte qui a prévalu dans les années 80 et 90. Ce ne sont pas les jeunes gens qui se sont retrouvés collés au concours de 1^{ère} année durant cette période qui me contrediront... D'aucuns pensaient que moins de médecins formés feraient moins de prescriptions et donc des économies.

Nous ne pouvons visiblement faire confiance à personne sur ce sujet, c'est pourquoi les jeunes médecins s'en sont saisis eux-mêmes. Cela fait maintenant 4 ans que nos 5 structures syndicales (ISNCCA, ISNIH, ANEMF, SNJMG et ISNAR) se retrouvent régulièrement sur la thématique de la démographie médicale afin de trouver des solutions. Car il n'est pas question de nier le problème. Nous le connaissons même mieux que personne, car moins de collègues cela fait plus de gardes et astreintes... Mais aucune mesure dirigiste, brutale et aveugle ne portera ses fruits. Elle sera même contre-productive. Il faut d'abord définir de quoi l'on

parle et ce n'est pas chose facile. Ce n'est pas en faisant un quadrillage du territoire et en calculant une densité moyenne « réglementaire » de médecins que l'on améliorera la situation. Il faut raisonner en termes de bassins de vie au niveau local, assurer une gestion régionale des besoins médicaux et une coordination nationale. En outre, ce qui sortira des états généraux ne devra pas être gravé dans le marbre mais être régulièrement et sérieusement évalué. Nous sommes dans un processus dynamique : les caractéristiques de la jeune génération se modifient (féminisation, effets de « mode » de certaines spécialités) et les effets de l'augmentation du numerus clausus ne vont pas tarder à se faire sentir.

O. Véran: Ne faisons pas un faux procès aux acteurs de santé : l'abandon de certains territoires français n'est pas nouveau et n'est pas limité au domaine médical. Contraindre un médecin à ouvrir son cabinet loin des hôpitaux, loin de ses confrères, loin de son lieu de vie et de celui de sa famille, sans plateau technique adapté, aurait eu pour conséquence une crise démographique grave par l'abandon de la filière médicale, par la rupture avec la convention, ... les exemples de nos voisins sont éloquents, il fallait faire barrage à cette réforme inadaptée. En revanche, il est urgent de créer les conditions adéquates à l'installation de médecins dans les zones les plus carencées : c'est ce que nous appelons les mesures incitatives.

Ces mesures comprennent l'installation en groupe, les maisons médicales, les cabinets secondaires, la mise à disposition de moyens techniques, ... De même, il est essentiel que l'étudiant en médecine soit initié à l'activité libérale, et à l'activité en zone rurale. Aujourd'hui, rien n'est fait pour les encourager à faire ce choix à l'issue de leurs études, alors qu'ils sont nombreux à se déclarer intéressés et même impliqués.

Pour ceux d'entre vous qui souhaitez exercer en ville, pensez vous que votre exercice peut rester libéral, alors que votre rémunération dépendra de fonds socialisés?

P. Loulergue: Les jeunes généralistes semblent d'accord pour essayer de nouveaux modes de rémunération, notamment concernant les pathologies chroniques. Les jeunes spécialistes sont quant à eux très attachés au paiement à l'acte et au secteur 2. Une remise en cause de ce système pourrait remettre le feu aux poudres.

Ces discussions ne seront pas éludées lors des états généraux, à notre demande. Diaboliser les médecins est toujours facile, et manifestement tentant pour certains, mais méfions-nous des écueils de certains systèmes : dans les systèmes publics britannique ou italien aussi bien que dans le système très libéral américain (en tout cas très assurantiel), c'est bien le patient qui en fait les frais. Nous avons la chance d'avoir en France une médecine de qualité et accessible à tous, ce qui n'existe dans aucun autre pays. Ne sabotons pas ce que nos aînés nous ont légué, même si nous devons adapter ce système de solidarité à la réalité économique du XXI^e siècle... qui est résolument libérale.

O. Véran: Bien entendu. L'activité médicale libérale, encadrée par la convention, participe activement à la mission de santé publique. Ce n'est pas parce qu'il n'est pas fonctionnaire que le médecin n'est pas impliqué dans le service public. Par exemple, le secteur 1 fixe la rémunération des consultations médicales afin d'assurer une prise en charge adéquate par la sécurité sociale.

Partant du principe que la médecine libérale est légitime dans son existence et sert notre système de santé, se pose la question de savoir qui paie. Actuellement, le principe de solidarité prévaut et l'ensemble des français, malades ou non, participent au financement des soins. Faut-il changer notre système solidaire, remettre en cause ce principe fondamental? Faut-il permettre aux français de ne cotiser que pour eux-mêmes, laissant les plus malades payer pour leurs propres soins? Non, ne dévions pas vers cette vision individualiste de la santé.

Pour ceux d'entre vous qui exerceront à l'hôpital : quelles sont les raisons de ce choix? Quelles

évolutions vous paraissent-elles nécessaires pour vous conforter dans ce mode d'exercice ?

P. Loulergue : Ces raisons sont aussi multiples que le sont les hôpitaux. Certains chercheront une médecine d'excellence, qui côtoie recherches clinique et fondamentale ; d'autres une exercice de proximité, même s'il reste souvent de second recours dans un cadre moins scientifique. La formation de jeunes collègues reste toujours une motivation des praticiens hospitaliers. Même si cette formation devra intégrer le milieu libéral dans le futur, afin que ces deux mondes communiquent mieux.

Mais l'hôpital attire moins les jeunes médecins qu'il n'a pu le faire dans le passé. Essentiellement pour des questions de rémunération et de conditions de travail. Mais aussi du fait d'un manque total de lisibilité dans les carrières : l'hôpital n'a pas su garder de brillants éléments, ce qui a créé une crise de confiance durable entre les générations. Notre génération est dynamique, motivée mais pragmatique. Et la compétition entre hôpitaux pour garder les meilleurs est désormais mondialisée.

O. Véran : L'hôpital français reste attractif pour bon nombre de jeunes médecins et les raisons sont nombreuses ! L'exercice dans les grands centres hospitaliers ouvre la perspective d'une activité universitaire, de recherche publique, voire d'enseignement pratique au quotidien, grâce à la présence des étudiants en médecine et des internes.

Les hôpitaux offrent au jeune médecin une qualité d'exercice souvent convoitée, en mettant à disposition des moyens techniques adaptés aux besoins de la population, en offrant la possibilité de travailler avec des équipes soignantes pluri disciplinaires. C'est toute l'émulation hospitalière qui fait encore rêver le jeune médecin ! La sécurité de l'emploi peut aussi être un argument fort. Des évolutions sont pourtant nécessaires, qui tiennent autant au mode d'exercice qu'au fonctionnement général de l'hôpital. Il faut favoriser le temps médical, limiter les contraintes administratives, assurer un développement régulier des structures. Il faut revaloriser le métier de médecin hospitalier, élargir les passerelles vers le monde libéral, et les perspectives d'évolution au sein de l'établissement.

La place de l'enseignement et de la recherche doit enfin être restaurée, en donnant à chacun le temps et les moyens indispensables pour assurer la mission que l'attribution du titre de docteur implique. ■

COMPTE ÉPARGNE TEMPS (CET) À L'HOPITAL : OU EN EST-ON ?

un entretien avec Dominique Acker,
conseillère générale des établissements de santé



Dominique Acker a été chargée en mai 2006 d'un rapport sur la mise en œuvre du CET dans les hôpitaux qu'elle a remis en juillet dernier (voir notre précédent numéro). Mais le temps passe, et le sujet étant désormais sur la table des négociations entre les hospitaliers et le gouvernement, Officiel santé lui a soumis quelques questions pour faire le point sur ce dossier.

Plus de 18 mois après la commande de votre rapport sur la mise en œuvre des CET dans les hôpitaux le sujet est enfin abordé au plus au niveau de l'État. Votre analyse portait sur un état des lieux au 31 décembre 2005. Comment ont évolué les CET sur le terrain depuis cette date ?

Dominique Acker : Il n'y a pas eu depuis 2006 de nouvelle enquête statistique sur l'état des CET dans les établissements hospitaliers. Le Centre National de Gestion qui a désormais pour vocation de suivre ces questions au quotidien pour les praticiens hospitaliers, vient d'en lancer une, elle devrait être disponible début 2008. On peut cependant, à partir de quelques sondages, estimer que la tendance ne s'est guère modifiée depuis la fin 2005.

Vous aviez avancé une série de préconisations. Avec le recul, où se situent les priorités ?

Dominique Acker : J'avais fait plusieurs sortes de préconisations pour répondre aux questions qui m'avaient été posées : certaines concernaient l'attractivité du dispositif CET et l'assouplissement de son utilisation : abaissement des seuils et prolongation des délais d'utilisation, indemnisation des ayant-droit en cas de décès, possibilité d'une utilisation sous forme de temps partiel, notamment pour aménager les fins de carrière (au 31/12/2005, 43 % des Praticiens hospitaliers avaient plus de 50 ans), amélioration des conditions de remplacement des praticiens utilisant leur CET par un système de mutualisation et de contractualisation entre établissements ; notre ministre s'est déjà engagée sur la transmission aux ayant-droit et a proposé la signature des décrets correspondants.

Certaines propositions portaient sur d'autres utilisations possibles des jours épargnés, notamment leur conversion en cotisations de retraite complémentaire pour les médecins cotisant à l'IRCANTEC ; la monétarisation de ces jours était alors évoquée comme devant rester marginale et équivalente à ce qui avait été défini en 2003 et 2004.

Le rapport préconisait la présentation et la discussion, devant les instances des établissements, d'un rapport annuel sur la gestion du temps de travail incluant heures supplémentaires, plages additionnelles et bilan du CET. Enfin, la recommandation finale, et peut-être avec le recul, la principale, portait sur l'organisation des prises en charge : recomposition de l'offre de soins et mise en place d'une véritable gestion du temps de travail à l'hôpital, gestion qui passe nécessairement par une remise à plat des organisations

et des process ; le rapport en faisait un élément constitutif des contrats d'objectifs avec les ARH

Comment analysez vous les liens entre temps de travail, CET et démographie médicale à l'hôpital ?

Dominique Acker : Le CET est utilisé aujourd'hui comme un palliatif dans la gestion du temps de travail et je considère qu'il est détourné de son objectif initial qui correspondait à une gestion individuelle et maîtrisée de ce temps pouvant être modulée tout au long de la vie professionnelle : plus de temps pour soi ou sa famille à certaines périodes, un temps de travail allégé en fin de carrière, un investissement plus lourd en début ou milieu de carrière, etc. Chacun sait que cette vie professionnelle s'allongera dans les années à venir et que la pénibilité de certains modes d'exercice pourrait être judicieusement compensée par l'épargne CET.

En effet, lorsque cela s'avère nécessaire au bon fonctionnement des établissements, il existe d'autres dispositifs qui permettent de prendre en compte le temps passé au-delà des obligations réglementaires : ce sont les heures supplémentaires ou les plages additionnelles. Il me semble plus sain d'utiliser ces dispositifs aux conditions impérieuses et concomitantes suivantes : que ce temps supplémentaire effectué soit véritablement nécessaire et le résultat d'une organisation optimisée, que sa pertinence puisse être à tout moment vérifiée, notamment sur la base d'un tableau de service certifié par les responsables de pôle qu'il corresponde à de l'activité que l'établissement pourra financer un maximum avec de la T2A (l'expression « travailler plus pour gagner plus » s'appliquant nécessairement aussi à la collectivité). Pour faire le lien avec la démographie médicale, il existe effectivement des établissements où les plages additionnelles sont planifiées et rémunérées lorsqu'elles correspondent à des vacances de postes (ou des indisponibilités partielles pour cause de maladie), dès lors l'établissement peut tout à fait définir avec la communauté médicale concernée, et dans le cadre des contrats de pôles, la marge dans laquelle elle peut s'engager pour faire face à l'activité.

Pour moi, le maître mot reste la contractualisation, d'abord parce ce devrait être la règle dans des établissements comme les nôtres ne fonctionnant pas pour tous en ligne hiérarchique, ensuite parce que ce dispositif est le seul qui permette à chacun de progresser dans la dimension collective et de s'impli-

quer dans l'avenir de son établissement et donc de ses patients.

La monétarisation des CET suppose la mise à contribution d'un fond qui semble ne pas avoir été abondé à la hauteur nécessaire. Quelle est votre analyse sur cette situation ?

Dominique Acker : La principale vocation du Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) n'était pas de faire face à une monétarisation des jours de CET, mais de permettre aux établissements d'assurer le remplacement des personnels utilisant leurs jours de CET, soit en cours de carrière, soit plus probablement au moment du départ en retraite. C'est un point très important dans la compréhension du dossier et de l'analyse portée en 2006

En effet, il existe deux facteurs qui minorent le chiffrage des besoins : - d'une part, il faut tenir compte de l'évolution des activités des établissements et considérer que chaque personne utilisant son CET n'est pas systématiquement à remplacer, - d'autre part, le phénomène du GVT fait que les personnes recrutées pour remplacer ceux qui ont notamment décalé leur CET en fin de carrière sont plus jeunes dans le corps et ont une rémunération moindre.

C'est ce qui m'avait amenée à considérer que si l'intégralité du FEH était versée aux établissements, elle leur permettrait de faire face aux besoins évalués fin 2005. Depuis, la situation a un peu évolué, il faut tenir compte des produits financiers mais aussi des jours supplémentaires qui se sont accumulés et n'ont pas toujours été provisionnés, notamment dans les établissements aux résultats déficitaires.

Comment finalement résoudre dans l'avenir l'équation du CET dans le contexte de rareté de la ressource médicale et de budgets hospitaliers insuffisants ?

Dominique Acker : La clé, pour concilier maîtrise des équilibres financiers et qualité de service, c'est l'optimisation de notre organisation dans la dispensation des soins, cela passe :

– au niveau des territoires de santé par un regroupement des plateaux techniques lorsque la masse critique d'activité ou les effectifs sont insuffisants : une telle préconisation, contrairement à une idée répandue, n'est pas à limiter aux seuls petits établissements quand on connaît aussi par exemple l'émiettement de certains plateaux opératoires en CHU ; par une avancée réelle sur le déclassement des tâches entre ville et hôpital et entre médecins et paramédicaux dans la prise en charge de certains patients,

– au niveau des établissements par la mutualisation au sein des pôles qui n'a pas à être strictement limitée aux personnels non médicaux par un travail approfondi sur l'organisation de la prise en charge des patients au sein des établissements (programmation des activités, circuit des patients etc.) ■

L'accréditation des médecins pneumologues

par le Dr Philippe Laurent, président du syndicat national des pneumologues hospitaliers

L'accréditation est un processus d'amélioration continue de la qualité des actes à risque. Les pneumologues s'impliquent dans sa mise en place... mais doutent de sa viabilité en l'absence de financement.

Bien que la confiance des Français pour leur système de santé soit encore très élevée le niveau de leur exigence quant à la qualité des soins qui leur sont prodigués est de plus en plus affirmé. Il est tout à fait compréhensible qu'un patient n'ait plus à chercher « le bon médecin » pour avoir le soin optimal qu'il nécessite. L'ensemble des citoyens estime qu'à l'heure des échanges électroniques systématisés il est inadmissible qu'une structure de santé d'une part ne soit pas identifiée clairement comme apte ou non à

service à l'autre, aggravé par les problèmes d'organisation locale indépendamment de l'habileté de l'opérateur.

Devant ces nouvelles exigences, incritiquables, les médecins et la Pneumologie en particulier se doivent de mettre en place des systèmes qui concourent à combler les lacunes de nos de prises en charges. Le recours de plus en plus important à des techniques dites invasives explique l'intérêt qu'il faut porter à la procédure d'accréditation des médecins qui vise à partir des relevés de notre expérience quotidienne à apporter des solutions aux problèmes rencontrés.

Ce système qui fait intervenir des pairs extérieurs, non comme juges mais comme conseillers, apporte non seulement des solutions à l'échelon individuel mais aussi, et c'est là peut être un des enjeux majeurs du système, à l'échelon collectif. La constitution par la pratique, (retours d'expériences), tout en tenant compte des données de la littérature, d'un référentiel risque de pneumologie (référentiel risque spécialité) est probablement comme nous le verrons un outil majeur pour la promotion de la qualité des soins sur l'ensemble du territoire et dans l'hôpital public en particulier. Il est probable qu'à terme aucun pneumologue, engagé ou non dans la procédure d'accréditation, ne pourra ultérieurement ne pas y avoir recours.

Le SNPEH est fortement favorable à ce que la pneumologie s'engage dans cette procédure car nous y voyons un outil qui, objectivant la qualité des soins, nous permet de contrebalancer la très forte tendance actuelle des réformes engagées à privilégier la production de soin au plan quantitatif. Se focaliser uniquement sur les rapports coût/bénéfice est un véritable risque de dérive éthique pour nos hôpitaux que peu tempérer un système comme l'accréditation des médecins. Cette procédure doit être fortement soutenue car elle conforterait et améliorerait indubitablement

la qualité des soins que nous prodiguons dans nos hôpitaux ; elle devrait de ce fait constituer un des piliers de la part complémentaire variable du salaire.

Définition

Tout acte invasif nécessaire au diagnostic ou à visée thérapeutique est susceptible d'engendrer un risque. Une partie importante de ces risques est évitable pour peu qu'ils soient identifiés et que des remédiations adéquates soient apportées. Ces risques s'ils sont inhabituels sont facilement mis en évidence alors que dans le cas contraire le praticien ne sera alerté que par une analyse de leur fréquence. La part de risques évitables est souvent mal évaluée au niveau du praticien mais souvent aussi au niveau de la discipline et pas seulement pour les nouvelles technologies.

L'accréditation des médecins (AM) est un système de recensement en ligne de situations, survenues dans la pratique instrumentale et perçues par le praticien comme à risque. L'analyse par un tiers des données fournies et en se basant sur un référentiel conduira à déterminer si l'événement est lié à une pratique locale et dans ce cas à suggérer des solutions pratiques pour en éviter la reproduction. L'enregistrement de l'événement anonymisé dans une base nationale va pouvoir en mutualisant les informations faciliter l'identification de risques jusque là non identifiés, formaliser des solutions qui devront ultérieurement être proposées à toute la profession.

L'accréditation des médecins est donc un processus qualité appliqué aux gestes interventionnels destinés à améliorer la sécurité des patients. L'accréditation des médecins ne doit pas être confondu avec la certification des établissements (ex accréditation, e n V1)

Historique

La loi du 4 mars 2002 impose la déclaration obligatoire des événements indésirables liés aux actes médicaux. Initialement appliquée aux événements indésirables graves (EIG) son

application s'est heurtée à des difficultés de mise œuvre probablement du fait de l'absence à cette période de formation culturelle des médecins à ce type d'organisation de prévention mais aussi par crainte des retombées juridiques (réparation).

Il est plus intéressant pour la sécurité des patients de s'intéresser aux événements précurseurs (acte, procédé, technique, méthode) dénommés événements porteurs de risque (EPR), précédant l'événement indésirable (susceptible de présenter des risques sérieux pour les patients).¹ Le but a donc été de développer un processus non-punitif indépendant de toute autorité ayant un pouvoir de sanction, pour encourager à signaler les EPR sans restriction, tout en respectant la confidentialité du patient, du praticien déclarant, et des établissements de soin.

Un tel système permet à des experts d'analyser les signalements afin d'élaborer et diffuser des recommandations et des stratégies préventives individuelles ou collectives. L'analyse des EPR a une meilleure efficacité que l'approche empirique et en permettant de préconiser des remédiations a priori évitent (notion de risque évitable) le préjudice pour les patients. Il faut souligner que cette vigilance à une efficacité à l'échelon collectif mais non individuel.

Au-delà de l'intérêt du patient, les enjeux politiques ne sont pas moins importants pour chaque spécialité. En effet l'aspect normatif du système est évident et l'accréditation des médecins devrait aboutir pour nos actes, si ce n'est à une réglementation, tout du moins à l'élaboration d'un ensemble de recommandations nécessaires pour la formation, les conditions techniques de réalisation, les bonnes pratiques et leur évaluation. (Référentiel Risque Spécialité). Actuellement la majorité des actes à risque ne nécessite pas d'autorisation administrative préalable et ne sont soumis à aucun contrôle systématique. La souplesse du système a permis grâce à son adaptabilité de suivre les évolutions médicales sans

1. L'accréditation des médecins est définie à l'article 16 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (N°2004-810).



délivrer tel ou tel type de soin et d'autre part qu'en ce cas, les procédures techniques médicales qui y sont employées ne soient pas les meilleures et égales quelle que soit la zone territoriale.

Ces données obligent l'Etat, les médecins et la pneumologie en particulier à définir des compétences, à normaliser les procédures techniques et à mettre en place des systèmes d'évaluation de la qualité régulièrement évaluables. Ce dernier aspect qui apparaît comme un truisme est loin d'être une réalité et nombre de gestes que nous faisons couramment ont été appris par compagnonnage et s'exercent avec des méthodologies parfois assez différentes. J'invite chacun d'entre nous à comparer sa technique de lavage broncho-alvéolaire à celles d'autres centres pour prendre conscience de la dimension de cette hétérogénéité des pratiques. Il est évident que le niveau de risque qui en découle va varier de ce fait de façon importante d'un

rigidité excessive. Si le souci d'éviter le risque ne peut plus être contourné, il est important de s'assurer que le nouveau système ne freine pas l'innovation.

L'AM doit être un système qui s'adapte aux évolutions rapides des techniques et des connaissances grâce à une évaluation périodique quasi-continue des actes. Cette notion d'évaluation continue, indispensable pour garder une souplesse aux disciplines médicales est, paradoxalement, à l'origine de la lourdeur du processus expert nécessaire à son fonctionnement.

Développement de l'accréditation

La mise en place de l'accréditation des médecins a été dévolue à la HAS comme l'EPP.

À la différence de la FMC et de l'EPP, l'accréditation des médecins relève d'une procédure volontaire de la part des médecins qui exercent dans des établissements de santé (publics



ou privés) et seulement pour certaines spécialités spécifiées par décret, dont la Pneumologie. Des « passerelles » existent entre cette démarche et l'EPP; un pneumologue pouvant valider son EPP soit à travers le processus classique soit à travers le processus d'AM

Les champs concernés sont les activités interventionnelles i.e. pour notre spécialité tout acte instrumental d'exploration ou thérapeutique portant sur les bronches ou la plèvre, (ponction, endoscopie, bronchoscopie rigide, pleuroscopie)

L'ensemble du processus repose sur la déclaration d'événements porteurs de risque (EPR) i.e. tout événement susceptible de provoquer ou d'annoncer un événement imprévu qui pourrait entraîner une complication ou un événement indésirable grave (EIG). Par définition un événement indésirable est une « situation qui s'écarte des procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est ou serait potentiellement source de

dommages (dysfonctionnement, incident, accident).²

Les EPR excluent les EIG : rappelons que le caractère de gravité d'un « événement » est retenu s'il est susceptible d'entraîner une hospitalisation prolongée d'hospitalisation d'au moins un jour ou une incapacité à la fin de l'hospitalisation. Ou s'il est associé à un décès ou une menace vitale sans qu'il en ait été nécessairement la cause³. Remarquons que si nous suivions cette définition les pneumologues devraient déclarer probablement plusieurs EIG par mois et que l'on est actuellement loin du compte.

Les EIG relèvent d'un processus de vigilance différent de celui des EPR, d'une part, leur déclaration est obligatoire pour tout médecin qu'il soit ou non engagé dans le processus d'accréditation, d'autre part, ils sont déclarés auprès de l'Institut de Veille sanitaire (INVS). Les EIG conduisent à un processus de réparation et de prévention alors que les EPR conduisent eux à un processus exclusif de prévention. On peut regretter pour des raisons de simplicité que les déclarations de ces deux types d'événements dépendent de deux administrations différentes.

L'EPR peut donc *in fine* être défini comme un événement précurseur évitable si le soin avait été conforme à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de l'événement.

Pour exemple, on peut dire que la mise en place d'un drain consécutivement à la survenue d'un pneumothorax après une ponction pleurale exploratrice est un EIG, mais qu'un pneumothorax partiel ne nécessitant aucun soin en dehors de quelques radiographies de suivi peut être considéré comme un élément traceur du risque. Le suivi d'un tel marqueur peut nous amener à réfléchir individuellement sur notre pratique par rapport aux recommandations sur cette technique et si elles n'existent pas aboutir très rapidement à préciser des éléments méthodologiques propo- sables à tous pour réduire le risque de fuite aérienne lors de la réalisation de ce geste. Il est aussi possible en l'absence de solutions à la problématique de définir des « risques acceptables ».

2. Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé, ANAES, janvier 2003

3. Etude ENEIS 2004, Drees/CCECQA

Les EPR nécessitent donc une identification pour en préciser la taxonomie afin de permettre ultérieurement de réaliser des analyses.⁴ En effet, la définition ne doit pas être trop large, inclure des critères d'importance pertinents, privilégier certains types d'événements sentinelles. Il y a donc nécessité que ce soit la spécialité concernée qui définit elle-même, et non une autorité administrative, le « catalogue » des EPR qu'elle veut cibler ce qui n'exclue pas de prévoir des déclarations libres afin de mettre en évidence des risques émergents imprévus.

Architecture du dispositif

L'accréditation des médecins est un système dont le fonctionnement repose entièrement sur les médecins de la spécialité tant au niveau élaboration des EPR du suivi assuré pour chaque médecin engagé que pour l'élaboration de recommandations générales. Le rôle de l'HAS n'est pas ici directement normatif mais essentiellement d'accompagnement méthodologique et technique notamment en ce qui concerne la création, et la gestion du système d'information, pilier complexe et essentiel au bon fonctionnement du dispositif d'accréditation.

L'architecture du dispositif a été développée par la HAS avec un travail collaboratif avec des représentants de chaque spécialité, dont la FFP pour la pneumologie

Au centre du dispositif : l'Organisme Agréé (OA) de la spécialité et ses experts L'OA représente toute la spécialité dans sa diversité

Chaque spécialité doit désigner un maître d'oeuvre pour assurer le fonctionnement de l'accréditation. Celui-ci, appelé organisme agréé OA, à un rôle double d'une part scientifique d'autre part politique.

L'élaboration d'un processus de qualité et de recommandations se conçoit obligatoirement pour un tissu social médical particulier. La France n'a pas la même organisation sanitaire que la Grande Bretagne et a fortiori que les Etats Unis. Aucune recommandation ou système de suivi élaboré dans tel pays ne pourra donc s'appliquer à la lettre dans

4. The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse event. A. Cheng, PM Schyve, RJ Croteau, D. O'Leary, JM Loeb International Journal for quality in health care. 2005 : 1-11

un autre territoire, ce qui n'interdit bien sûr pas de s'en inspirer. L'OA se doit donc impérativement de refléter l'organisation systémique de sa spécialité. Un événement porteur de risque doit pouvoir être traité de façon égale en milieu libéral, hospitalier ou hospitalo-universitaire. L'intérêt du patient ne peut souffrir d'écart par rapport à ce principe, car cela supposerait que l'on accepte dans une telle structure un niveau de risque qui serait jugé inacceptable dans telle autre. Le demandeur d'agrément doit donc pour cela être impérativement représentatif de toutes les composantes de la spécialité la fonction de l'OA ne pouvant être déléguée à un quelconque office technique ou à caractère industriel. Ce travail en commun a de plus l'avantage de forcer nos diverses structures à converger vers des procédures reconnues et acceptées par tous, le processus n'est pas dans son fond différent de celui qui sous-tend l'élaboration des connaissances médicales elles-mêmes. Le rôle des syndicats professionnels de la spécialité sera donc d'égale importance à celui de ses composantes scientifiques dans la formation et le fonctionnement de l'OA. La FFP à émanation des organismes scientifiques signifiants de notre spécialité SPLF, CPHG, CNMR...) et de nos syndicats (SPNEH pour l'ensemble des pneumologues hospitaliers et SAR pour les libéraux) est donc naturellement positionné pour porter et développer le projet de l'accréditation des médecins pour notre spécialité. L'OA doit oeuvrer à l'élaboration de recommandations pertinentes et au plan scientifique et au plan professionnel. L'OA doit respecter un cahier de charge défini par l'HAS analogue sur bien des points à celui de l'EPP (structure de gouvernance d'expertise, structure de gouvernance professionnelle, indépendance professionnelle...).

Les gouvernances scientifiques et gouvernance professionnelle doivent s'appuyer mutuellement pour mener à bon terme un système garantissant aux patients dont ils ont la charge une qualité des soins optimale.

Les experts

C'est l'OA-pneumologie qui recrute les experts parmi les pneumologues reconnus pour leur expérience dans la gestion des risques et qui sont reconnus par leur pairs pour leur compétences professionnelles

dans la pratique des gestes à risques.
L'OA s'occupant de l'ensemble des pneumologues, ces experts regrouperont donc des hospitaliers et des libéraux.

La base Rex-HAS

Il s'agit d'une base informatique créée et gérée techniquement par l'HAS mais mise au service des organismes agréés de chaque spécialité.

Dans cette base seront regroupés tous les EPR retenus par les experts au fur et à mesure des déclarations individuelles. Ces EPR seront préalablement anonymisés avant d'être inclus.

Cette base contiendra aussi les analyses approfondies et les études de risque que l'OA au travers de la commission risque spécialité aura validée. De même y seront recensées les situations à risque, les recommandations générales ainsi que l'ensemble des messages de mise en garde.

La Commission Référentielle Risque

Il s'agit d'une commission constituée d'experts de la spécialité nommés par l'OA et d'expert de

l'HAS dont la mission est de valider les résultats des analyses de risques et de décider des nouvelles mesures de réduction de risque (recommandations, programme d'amélioration des pratiques...)

Modalités d'organisation et de fonctionnement de l'accréditation

Le schéma ci-dessous permet de comprendre l'organisation fonctionnelle du système.

le médecin qui s'engage dans le processus :

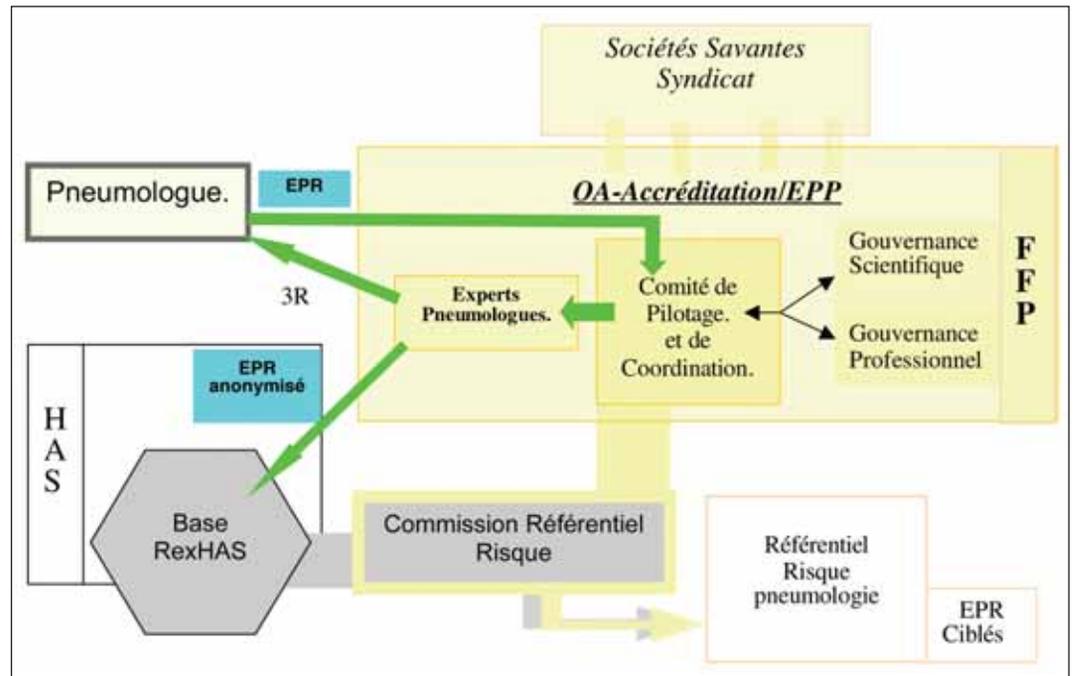
– Doit respecter des pré-requis d'organisation définis dans le Référentiel Risque spécialité (RRS). Il remplit un auto-questionnaire sur :

- ses activités ;
- ses pratiques (techniques, locaux, matériels, dossier...) ;
- son implication dans la gestion de risque de son établissement....

– S'engage à déclarer des EPR dont la typologie est définie dans le RRS.

- Bénéficie en retour pour chaque EPR déclaré, après analyse par l'expert de l'OA, d'une recommandation de réduction de risque (3R) individualisée avec éventuellement une visite sur site de l'expert.

– Il améliore ses pratiques :
• S'engage à appliquer les



Venez nous rendre visite du 08 au 11 février, stand INVACARE N° 12, au congrès de Pneumologie de Lille !

**Offrez
une nouvelle liberté
à vos Patients !**



**Une nouvelle indépendance
Une nouvelle autonomie**



Yes, you can!

**Invacare réinvente
le baladeur à oxygène**

L'Invacare® **HomeFill® II** se compose de 2 bouteilles dotées d'une valve à la demande (débit pulsé ou débit continu) et d'un compresseur, qui couplé à un concentrateur Invacare® **Platinum®**, permet le remplissage de la bouteille à volonté !



Coupon à faxer ou à envoyer par courrier à :

Invacare®
Route de Saint-Roch 37230 FONDETTES
Fax : 02 47 62 65 03

Nom/Prénom :

Fonction :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél. :

E-mail :

Je souhaite recevoir une documentation complète sur votre gamme Respiratoire.

Je souhaite recevoir votre spécialiste (à mon cabinet ou au centre Hospitalier) pour la présentation de votre produit HomeFill® II.

Heures auxquelles je peux être contacté :

Recommandations de réduction de risque générales élaborées sur l'initiative de l'OA.

- Prend connaissance du programme d'amélioration de la sécurité des pratiques de la spécialité et définit son programme personnel d'amélioration.
- Identifie des EPR applicables à son activité.
- Identifie des actions d'amélioration par rapport aux recommandations générales.
- Son dossier d'accréditation est enregistré par l'HAS et régulièrement mis à jour, il contient :
 - Ses EPR déclarés
 - Les plans d'action de son propre programme d'amélioration ainsi que ceux requis par l'OA
 - Les actions non planifiées résultant de messages de mise en garde ou issus de recommandation individuelle.
 - Sa participation aux activités proposées par l'OA (groupe de retour d'expérience, formation...)
- L'OA évalue le bilan annuel et informe le médecin des écarts constatés et lui demande de se mettre à niveau. Après avis de l'OA, l'HAS délivre le certificat d'accréditation (durée 4 ans).

Une démarche de qualité inscrite dans le fonctionnement d'un établissement de soin.

A noter que les déclarations à l'expert ne sont pas initialement anonymisées mais que toutes les données communiquées à un tiers le sont (base REX-HAS, Etablissement de soin).

La déclaration d'un EPR peut être faite à l'OA soit directement soit au travers de l'instance de gestion des risques médicaux de l'établissement. Cette instance peut s'appuyer sur la commission FMC/EPP élue par la CME. Cette dernière voie est préférable inscrivait la démarche d'accréditation à l'intérieur de la démarche qualité de l'établissement et peut permettre aux médecins de bénéficier de moyens adéquats pour mettre en route une recommandation de réduction de risque. Dans cette perspective, il est recommandé de communiquer à l'instance de gestion des risques médicaux de son établissement les résultats de l'analyse des EPR.

Cependant, des conflits d'intérêts peuvent exister et entraver la liberté du médecin, dans ce cas il peut utiliser la voie de déclaration directe à l'OA. L'HAS pour mieux cerner les rapports déontologiques entre le médecin et son établissement de soins a élaboré une charte médecin-établissement de santé dont la signature par chacun est for-

tement recommandée mais non imposée.

L'OA-Pneumologie et les experts définissent :

- Le référentiel risque spécialité (validé par la commission de risque spécialité ou interspécialité puis par l'HAS) : pré requis (moyens minimum pour qu'un pneumologue exerce une activité à risque), recommandations générales de la spécialité, programme d'amélioration de la sécurité des pratiques ; le répertoire des EPR ciblées ; les actions de surveillance (enquêtes...) ; l'action d'accompagnement (groupe de retour d'expérience, formation...) ; les exigences minimales de participation des médecins engagés ; le Plan de gestion des risques de la spécialité

– Ils reçoivent et analysent les EPR des médecins, élaborent les recommandations de réduction de risques adéquates

– Ils enrichissent la base informatique REX_HAS des EPR retenus après anonymisation et analysent la base pour :

- Définir de nouvelles situations à risques
- Mettre à jour le contexte des situations à risques déjà répertoriées
- Mettre en route des études pour des nouveaux risques
- Ils exercent une veille scientifique continue sur :
 - Analyse des publications internationales.
 - L'évolution de la réglementation des technologies des pratiques professionnelles.
 - Les expériences étrangères en gestion de risque.
- Ils réalisent des études des risques : ceci consiste à les caractériser, à classer leur importance et leur « acceptabilité » (tous les risques ne sont pas évitables) puis de proposer des mesures qui concourent à les rendre acceptables.

L'élaboration des recommandations générales résultent de l'analyse de la base REX-HAS et des études de risques. Elles comportent un rappel des recommandations existantes et de nouvelles recommandations de réduction de risque (3R)

La Commission de Risque Spécialité associe l'OA-spécialité et l'HAS. Cette structure garantit la pertinence des données et recommandations qui seront diffusées.

Pour exemple, une recommandation générale doit être élaborée selon une méthodologie validée car il y a un risque à ce que la recommandation elle-même génère un autre risque, qu'elle soit en contradiction avec d'autres recommandations antérieures. Lorsque plusieurs spécialités

exercent sur le même acte, il est important d'assurer la cohérence des nouveaux EPR repérés ou des nouvelles recommandations de réduction de risques d'où la nécessité de commissions de risques interspécialités. Pour exemple, la pleuroscopie peut être pratiquée par les pneumologues et par les chirurgiens thoraciques

Quel intéressement pour les médecins ?

l'accréditation permet au médecin de :

- Améliorer ses pratiques à risque
- Entrer dans le processus de qualité
- Valider son EPP
- Concourir à l'amélioration des pratiques pour l'ensemble de la discipline,
- Participer à l'amélioration de la qualité de son établissement.

Au titre de ces actions, le pneumologue engagé dans l'AM peut bénéficier de rétributions financières. Les médecins du secteur privé ou public avec secteur privé peuvent bénéficier de la part de la caisse nationale d'assurance maladie d'une aide annuelle en fonction du montant de la prime d'assurance maladie (variable de 50 % ou 35 %). Pour les praticiens du secteur public, la participation à l'accréditation des médecins peut être reconnue comme un critère de qualité donnant accès à la part complémentaire variable du salaire. Ce supplément de salaire peut aller jusqu'à 15 % du salaire de base. Pour les pneumologues du secteur public l'accès à la part complémentaire variable dépendra de la volonté de la discipline (FFP) de sélectionner ce critère dans la grille de critères PCV (qualitatifs et quantitatifs) à partir de laquelle il construira son contrat avec son établissement.

L'accréditation : un système non financé...

Un intéressement financier a été prévu pour les médecins libéraux ; l'amélioration de la qualité des gestes à risques devant faire baisser la sinistralité, donne droit à un reversement financier par les caisses d'assurance maladie pour compenser la montée des primes assurantielles de responsabilité civile. Une partie de cette aide (500 €) sera reversée directement aux OA pour assurer leur fonctionnement.

Deux remarques concernant la pneumologie :

- Pour les médecins ayant une activité privée le plafonnement de l'aide annuelle à partir d'un seuil minimum d'appel de 4 000 € semble en l'état des primes

d'assurance pour la spécialité exclure la majorité des pneumologues libéraux.

– Pour les pneumologues hospitaliers la situation est pire encore car aucun financement n'est prévu pour eux et donc pour l'Organisme agréé de la spécialité dont on a vu l'ampleur des tâches. Il nous est donc demandé de faire fonctionner un système avec des experts sans aucun financement. De plus pour des raisons d'indépendance professionnelle que nous ne pouvons que soutenir, il est demandé au OA de ne pas contracter de financement directement auprès des industriels de la santé. On ne voit pas comment un OA pourra, soit payer ses experts (libéraux), soit dédommager les établissements de soins qui « prêteront » leur PH pour ces missions d'expertise et encore moins faire fonctionner sa structure logistique.

Pour l'instant aucune des instances ministérielles qui devraient être concernées par ce sujet n'a donné de réponse quant à ce problème majeur de finance-



ment ; La DHOS et la direction de la sécurité sociale au ministère de la santé ont été saisie du problème et près de trois ans après le début de la publication des textes instaurant l'accréditation aucune solution n'a encore émergée. Il est à redouter que la solution proposée soit un autofinancement par les établissements de soins pour chacun de leur médecin qui s'engageront. Cette solution serait globalement inacceptable car elle accroîtrait encore la fragilité financière de nos établissements et mettrait encore l'hospitalisation publique en situation d'infériorité par rapport à l'hospitalisation privée dont une partie des praticiens peuvent bénéficier de financement par la sécurité sociale. Le SNPEH demande à ce que le financement de l'accréditation soit réalisé par l'Etat ; ne pas le faire mettrait en péril d'asphyxie avant même sa naissance le processus dans son ensemble. Tout ce projet longuement élaboré pour améliorer la qualité des soins donnés au patient risque d'être au final « beaucoup de bruit pour rien ». ■



Meilleurs Vœux et longue vie à la SPLF



La Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF) est une société savante. C'est une société vivante. Cela veut dire qu'elle travaille, qu'elle rend service. Elle a une notoriété certaine. Il est de plus en plus évident que des non pneumologues souhaitent travailler avec elle. Il est alors normal de les associer à notre activité.

C'est la raison pour laquelle le bureau du Conseil d'Administration de la SPLF a proposé un nouveau statut de « Membre associé ». L'Assemblée Générale devrait être d'accord avec une telle proposition, c'est un des souhaits que je formule pour notre société en ce début d'année 2008.

Un autre de mes souhaits concerne les groupes de travail. Ils ont été créés, il y a de nombreuses années et constituent le terreau scientifique, une sorte d'agitateurs d'idées, de notre société savante. Pour la première fois en 2007, ces groupes de travail se sont réunis et ont échangé sur leur manière de travailler et

d'envisager l'avenir. Ils ont pris conscience que la SPLF est « leur maison », qu'ils ont des droits et des devoirs. Les membres associés qui intégreront ces groupes de travail permettront d'en améliorer la puissance scientifique qui est déjà notable et s'exprime de mille façons. Je pense aux propositions pour le congrès de pneumologie de langue française, notre désormais célèbre et solide CPLF. Je pense aussi aux Guides de pratique, ainsi qu'à certaines recommandations ou même des travaux scientifiques.

Un de mes souhaits, le plus profond probablement est que la SPLF décuple sa puissance scientifique. Celle-ci se juge à travers son organe de presse, la *Revue des Maladies Respiratoires*. Grâce à l'action constante, déterminée, forte de ses rédacteurs en chef, grâce à Masson, à Masson - Elsevier maintenant, elle est en bonne santé. Elle est diffusée. Elle est lue. Il lui faut encore améliorer son audience en augmentant son internationalisation, francophone évidemment, mais aussi anglophone. C'est possible. Ce sera fait.

La puissance scientifique se fonde sur la recherche. Elle est fondamentale dans les laboratoires de génétique, de pharmacologie, de biologie, de physiologie. Elle est aussi translationnelle et bien entendu clinique. Elle est académique et institutionnelle. Elle est aussi pratique et en cela, elle rejoint la préoccupation de ceux qui nous gouvernent. En effet, le passage à l'évaluation des pratiques professionnelles est facile à comprendre. La pneumologie est une. La recherche doit nourrir la pratique clinique ; celle-ci fonde son excellence sur la recherche. Le malade s'en retrouve gagnant.

Bon an, mal an, la *Maison du Poumon* et toutes ses composantes, à savoir le Comité National contre les Maladies Respiratoires, l'ANTADIR et bien entendu la SPLF, distribuent 500 000 euros en bourses et subventions. Il faut faire mieux. Il faut pérenniser nos ressources. C'est la raison d'être d'une Fondation entièrement dédiée à la recherche en santé respiratoire, que j'appelle de mes vœux. Ce ne sera pas ma conclusion, car je considère ceci comme une étape, tout simplement.

Les pneumologues travaillent, dans la diversité. Les axes de développement de notre spécialité sont illustrés dans ce numéro d'Officiel Santé qui, une fois encore, nous ouvre ses colonnes. Ces axes sont politiques, pédagogiques et médicaux. Même si la vie est un combat permanent, qu'il faut bien entendu accepter, je formule des vœux aussi puissants et chaleureux que possible, pour que ce développement se fasse dans l'harmonie, le respect et l'enthousiasme.

Tous mes vœux, à chacune et à chacun d'entre vous.

Montpellier le 1^{er} Janvier 2008

Pr Philippe Godart
Président de la SPLF

2008 : UNE ANNÉE CHARNIÈRE ?



Cette année a été celle des discussions sur l'orientation que devait prendre l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), celle de l'élaboration du dossier de demande d'agrément de la FMC. Pour la Fédération française de pneumologie (FFP) cela a été aussi la mise en place du site de gestion de leurs actions d'EPP et de FMC par les associations membres de la FFP, la mise en place des critères, procédures et circuits nécessaires pour valider ces actions. De nouvelles modalités d'évaluation des pratiques se développent et notamment les « registres » ou « bases de données » ou encore « observatoires ». Pour la FFP c'est un des objectifs pour l'année 2008 que de mettre à disposition des pneumologues un observatoire national du sommeil à partir de l'expérience menée par les pneumologues libéraux.

Tout cela s'installe très progressivement. Il nous est toujours promis un lancement officiel de la FMC obligatoire à partir du début de l'année 2008 après la suppression des Conseils Régionaux de FMC, qui apparaissaient un élément bloquant.

Un autre aspect important de l'année 2007 et pouvant faire de l'année 2008 une année charnière est la réflexion sur la structuration des spécialités médicales en « collège » ou « fédération » de pratiques professionnelles. Cette orientation est devenue un cheval de bataille de la Haute autorité de santé qui trouverait dans cette évolution une réduction du nombre de ses interlocuteurs. Pour les spécialistes, et la pneumologie a été pionnière dans ce domaine, c'est une meilleure utilisation des énergies, une plus grande lisibilité de la discipline. Bien sûr cela ne se fait pas sans difficulté, sans évolution des esprits, sans laisser le temps à une appropriation de la démarche par chacun. Mais nous devons être unis pour affronter les problèmes qui nous attendent, pour relever les défis d'une ré-organisation sanitaire inéluctable sous la force des contraintes économiques et démographiques.

Il nous faut donc construire la pneumologie de demain et c'est collectivement que nous devons réfléchir et porter nos projets. Nous devons dès maintenant et c'est le rôle de la Fédération française de pneumologie, réfléchir sur un « référentiel métier », étape incontournable dans une démarche de collaboration interprofessionnelle. Nous devons contribuer à la définition de la place du pneumologue dans la prise en charge des troubles respiratoires au cours du sommeil, dans la prise en charge des cancers du poumon, dans la prise en charge des BPCO notamment au cours des exacerbations. Ce ne sont là que quelques exemples des enjeux de l'exercice pneumologique de demain. L'implication de chaque structure mais aussi de chacune et de chacun d'entre vous est essentielle.

Pr Bruno Housset
*président de la fédération française
de pneumologie*

Le Syndicat National des Pneumologues Hospitaliers (SNPEH)

L'adaptation des structures de l'hôpital public aux besoins des patients : un indispensable préalable pour assurer la promotion des intérêts des praticiens hospitaliers



Dr Philippe Laurent
*président du syndicat national
des pneumologues hospitaliers (SNPEH)*

Le vieillissement de la population, l'accroissement massif des pathologies chroniques conjugués à l'exigence accrue des patients à une qualité des soins optimale et d'autre part à l'augmentation des coûts de santé sont les déterminants qui conduisent à une inéluctablement recomposition de l'offre de soins. De plus, il ne pourra y avoir à l'avenir de prise en charge de santé sans que celle-ci ne s'intègre dans une organisation territoriale. Chaque maillon devra s'articuler logiquement avec les autres pour optimiser le parcours de soin spécifique des patients. Que l'offre de soin soit ce jour morcelée voir parfois incohérente nul ne peut le contester. Il paraît primordial de redéfinir le rôle de chaque structure quant à savoir le type de soins qu'elle délivre, tout en contrôlant la qualité de soins qu'elle procure et les compétences des praticiens qui y exercent. La recomposition de l'offre de soins des hôpitaux doit être élaborée en fonction des nécessités liées aux pathologies des patients (échelle nationale) ainsi que spécificités des structures médicales et médico-sociales locales complémentaires existantes (échelle territoriale). L'hôpital public en général et la pneumologie hospitalière en particulier doivent

avoir les moyens structurels adéquats pour atteindre ces objectifs.

La pneumologie en tant que spécialité doit obligatoirement réfléchir sur la façon d'élaborer des parcours de soins ou de définir les compétences et les minimum techniques ou organisationnels requis dont ses patients ont besoin. Nous devons aussi investir les champs adjacents du médico-social et de la santé psychique qui sont complémentaires pour la qualité des soins délivrés. Doivent être ciblés en priorité les pathologies chroniques (BPCO, asthme...), le cancer, la pathologie du sommeil.

La pneumologie doit aussi s'investir fortement dans les organisations (organismes agréés) concourant à la promotion de la qualité des soins que sont la FMC, l'EPP ou l'accréditation des médecins. C'est pour promouvoir la réalisation de cet ensemble de missions que le SNPEH est membre actif de la FFP.

Cependant, cette réflexion et les actions qui en découlent ne sont pas propre à la pneumologie exercée dans l'espace de l'hôpital public. Si la qualité des soins que nous produisons est reconnue de tous, la rigidité de nos structures et les difficultés d'adaptation au changement ne le sont pas moins également. Les réformes sont une nécessité vitale et indispensable pour l'avenir de l'hôpital. Il faut les soutenir si elles concourent à donner à nos hôpitaux la liberté d'entreprendre nécessaire pour apporter des réponses efficaces aux demandes de patients.

Le SNPEH membre de la CMH reste cependant vigilant sur la nature des réformes proposées. Certains voudraient au nom d'une rationalisation de la gestion remettre tous les pouvoirs décisionnels entre les mains des directions. Nous ne pouvons partager une telle orientation stratégique. Nous ne défendrons la gouvernance que si celle-ci remet aux médecins un véritable pouvoir d'organisation. Ce sont les médecins qui sont les plus à même de proposer les meilleures solutions aux problèmes médicaux tant au plan des techniques que de la qualité ou de l'organisation de la continuité des soins. Nous sommes d'accord pour mettre en place une contractualisation interne mais pas dans une organisation de type pyramidal résurgence de la pensée Jacobine à l'échelon local. Le pôle en évitant la balkanisation du corps médical et pour peu qu'on lui délègue de véritables pouvoirs doit permettre aux médecins de s'organiser en force de proposition efficace et constructive. Nous sommes bien sur en opposition avec ceux qui pour défendre l'hôpital voudraient en figer les structures et ne cessent de dénoncer toutes velléités de réforme; il s'agit là de la meilleure

des stratégies pour faire gagner notre principal concurrent i.e. l'hospitalisation privée.

L'organisation des structures médicales en un système cohérent dans un territoire de soin à une logique fonctionnelle que le partage de l'hospitalisation entre secteur public et privé n'a pas. Cette division de l'hospitalisation est le fruit d'un héritage historique que seule une volonté politique maintient. Les pays les plus libéraux de l'Europe du nord ont depuis bien longtemps compris que l'hôpital était un élément clef de la chaîne de soin mais dispendieux et que sa gestion complexe était simplifiée s'il en restait le propriétaire. En France nous nous trouvons dans une situation paradoxale où l'état, seul et unique payeur, rémunère des soins identiques par des systèmes hétérogènes et inégaux qui ne garantissent en aucune mesure que le soin délivré le plus payé soit le meilleur. Il est illusoire de penser que la T2A constitue en son état actuel un élément juste de comparaison des deux systèmes de soins, les missions assumées ne sont pas les mêmes, sélection des patients d'un côté, accueil de tous de l'autre côté avec obligation de continuité des soins pour l'hospitalisation non programmée. De plus, les éléments de comparaison ne sont pas pertinents, on en citera pour seul exemple la rémunération des médecins libéraux qui n'est pas comprise dans la tarification T2A. Cependant il ne faut pas douter que les instruments de comparaison vont s'affiner et que finalement l'Etat n'hésitera pas pour assurer les missions de service public à mettre en concurrence les acteurs de soins sans tenir compte de leur nature privée et publique. Il est nécessaire que des éléments de convergences structurels soient imposés aux établissements de soins, plus de liberté pour le public et plus de contraintes pour le privé, si l'on veut véritablement tirer le meilleur partie de notre système de santé.

Les obligations de la continuité de la permanence de soins, de l'égal accès aux soins pour tous, tout en maintenant la qualité des soins doivent être clairement identifiées, contractualisées et justement financées. La médecine hospitalière ne peut pas se réduire à la production GHM qui définissent si mal les patients que nous prenons en charge et dont la tarification est découplée des coûts réels de production. Les tarifs des salaires médicaux doivent être plus équilibrés, sinon la fuite des praticiens hors de l'hospitalisation publique est inéluctable.

Pour l'hôpital public la notion d'un intéressement salarial nous paraît véritablement souhaitable. La part complémentaire variable (PCV) en favorisant l'action des médecins et des équipes les plus dyna-

miques ne peut qu'être bénéfique pour l'ensemble de l'institution dans lequel ils exercent. Le SNPEH souhaite fortement que la pneumologie soit incluse dans les disciplines pouvant bénéficier en 2008 de la PCV que ce soit en CH ou en CHU. En contre-partie, nous nous attacherons à éviter toute dérive productiviste en veillant à ce que les « grilles » sur lesquelles seront basés les contrats, intègrent la mesure de la qualité des soins et favorisent une activité rationalisée qui garde en perspective principale le service rendu au patient. Note engagement au sein de la FFP pour l'accession de la pneumologie au système d'accréditation des médecins va aussi dans cette perspective.

La mise en concurrence de l'hospitalisation publique vis à vis du privé ne s'effectuera pas uniquement que pour l'activité médicale mais va aussi s'étendre aux activités de recherche et d'enseignement. Une évaluation sur les résultats permettra à l'Etat d'identifier les acteurs efficaces dans ce domaine et à leur allouer des moyens qui confortera la création de pôles d'excellence. La frontière entre le privé et le public risque demain d'être plus incertaine et nous nous devons d'être vigilant pour que le CHU reste le pivot référent dans ces domaines. Le SNPEH dans la CMH devra continuer d'œuvrer pour promouvoir les réformes indispensables au maintien et au développement de ces activités au sein des CHU.

Le syndicat des pneumologues hospitaliers présentera une session thématique le 11 février lors du CPLF. Cette session sera suivit d'une assemblée général du syndicat

GT22 - SPH - Session

lundi 11 février 2008

08:30 - 10:00 - Amphi Eurotop

- 08:30 L'accréditation des médecins en pneumologie
Philippe LAURENT (PAU)
- 08:50 La PCV en chirurgie : retour d'expérience
François AUBART (EAUBONNE)
- 09:10 La PCV en pneumologie : construction d'une grille/indicateurs
Alain VERGNEGRE (LIMOGES)
- 09:30 Table ronde
Hubert BARBIEUX (ROUBAIX)
Christos CHOUAID (PARIS)
Bruno HOUSSET (CRETEIL)

Dans le contexte de la crise de l'hôpital public et de la pénurie médicale, l'accréditation des médecins et la part complémentaire variable du salaire (PCV) sont présentées comme des outils au service des médecins pour améliorer les performances hospitalières. Après en avoir exposé les modes de fonctionnement, nous verrons comment la pneumologie peut spécifiquement s'approprier ces outils tout en veillant à ce qu'ils concourent à améliorer la qualité et la quantité de soins nécessaires aux patients.

Le syndicat des pneumologues hospitaliers qui s'est engagé fortement pour la promotion des réformes à l'hôpital continuera de le faire pour dynamiser l'hôpital public et lui garder ce rôle central dans le système de soin qui lui est encore reconnu ce jour. Cette

reconnaissance est l'assise indispensable pour que soient entendus nos demandes concernant la défense de nos intérêts catégoriels médicaux, retraites, salaires, condition de travail paiement des RTT et du temps additionnel. ■



Centre de réadaptation cardio-respiratoire **DIEULEFIT SANTE**

- **Nouvel établissement privé PSPH** spécialisé en réadaptation cardio-respiratoire, rassemblant sur un même site depuis décembre 2007 l'ensemble des activités des anciens centres de cardiologie *Beauvallon*, de pneumologie *Le Jas* et du centre médical *Bellevue*.
- **100 lits en hospitalisation complète**, répartis en 4 unités, dont une de pneumo-pédiatrie, + deux unités de réadaptation ambulatoire et de consultations externes.
- **Plateau technique** pour épreuves d'efforts cardio-respiratoires et ré-entraînement à l'effort, échographie cardiaque, explorations fonctionnelles respiratoires, balnéothérapie, ateliers d'éducatons thérapeutiques et d'aides à la réadaptation.

Domaine de Chamonix

BP n° 71 - 26220 DIEULEFIT

Téléphone : 04 75 00 55 00 - Fax administratif : 04 75 46 96 51 - Fax médical : 04 75 00 55 08
info@dieulefit-sante.org

DIEULEFIT se situe à 28 km à l'est de Montélimar, en Drôme provençale



dépister le cancer bronchique, c'est dépister des nodules pulmonaires

par le Pr Etienne Lemarié, vice-président de la SPLF
service de pneumologie, CHU Tours

Il existe des raisons sérieuses de penser qu'un dépistage précoce est susceptible d'améliorer le pronostic effroyable du cancer bronchique. La survie n'est que de 10 % à 5 ans. Les symptômes ne sont pas spécifiques. Ils apparaissent à un stade souvent avancé et dans 80 % des cas, il existe déjà des métastases. Or, dans les séries chirurgicales, 80 % des tumeurs T1 N0 (tumeurs de moins de 3 cm de diamètre sans ganglion envahi) peuvent être guéries par résection chirurgicale.

Dans les années 80, le dépistage du cancer bronchique par la radiographie pulmonaire et/ou la cytologie de l'expectoration a été évalué par quatre grandes études randomisées comportant chacune 10 000 sujets. Ces quatre études n'ont pas permis de montrer un gain en mortalité spécifique. Ces études ont été l'objet d'intenses controverses. C'est pourquoi le NCI a inclus dans son programme PLCO (Prostate, Lung, Colorectal, Ovarian), une réévaluation de la radiographie de thorax (1). Les résultats ne sont pas encore connus.

Les progrès du scanner permettent une meilleure détection et une meilleure caractérisation des nodules pulmonaires. Le balayage hélicoïdal et plus récemment les scanners à multidétecteurs, représentent des avancées technologiques essentielles qui ont permis de progresser dans l'exploration du parenchyme pulmonaire à la fois en terme de rapidité mais aussi de qualité. Il est ainsi possible de détecter des nodules de l'ordre de 2 à 3 mm, alors que la radiographie thoracique n'est performante qu'à partir de 10 mm.

Plusieurs études récentes de cohortes, sans groupe contrôle,

ont permis d'évaluer le scanner à faible dose comme méthode de dépistage. Trois grandes séries japonaises ont inclus hommes et femmes de plus de 40 ans, fumeurs et non fumeurs. Sur un total de 15050 scanners initiaux, 6,6 % montraient des anomalies. Dans ces trois études, la prévalence du cancer bronchique a été de 0,4 %, 0,5 % et 0,8 % et l'incidence de 0,1 %, 0,2 % et 0,6 %. Le taux de stades I était de 77 à 100 %.

Dans l'étude ELCAP (Early Lung Cancer Action Program), chez 1 000 sujets volontaires, âgés d'au moins 60 ans, fumeurs ou anciens fumeurs d'au moins 10 paquets/année, le diagnostic de cancer bronchique a été retenu chez 27 sujets dont 23 cancers de stade I et 26 résecables, soit une prévalence du cancer bronchique de 2,7 % par scanner, contre 0,7 % par la radiographie (2). Après un an de suivi, des nodules pulmonaires non calcifiés ont été détectés chez 4 % des sujets inclus dont 1,1 % de nodules malins et 1 % de cancers stade Ia (3).

Dans le New Mayo Lung Project, au moins un nodule pulmonaire non calcifié de plus de 3 mm de diamètre était détecté chez 51 % des 1 520 sujets inclus dans l'étude, de plus de 50 ans, fumeurs ou ex-fumeurs. Le nombre plus important de nodules détectés s'explique par le caractère plus récent de cette étude avec des scanners à multidétecteurs. Il s'agissait d'un cancer chez 1,8 % des personnes incluses (4).

En France, le programme DEPISCAN, né d'une collaboration entre l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), la Société Française de Radiologie (SFR) et la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF), est

une phase pilote comparant radiographie de thorax et scanner thoracique (5). Cette étude est construite sur un modèle similaire à celui du NLST. Son objectif principal est de tester la faisabilité d'une étude randomisée (scanner versus radiographie thoracique) auprès de 1 000 fumeurs ou ex-fumeurs de plus de 50 ans suivis pendant deux ans. Il s'agissait d'une population de gros fumeurs, en moyenne plus de 30 paquets-années. Dans le bras scanner, 49,8 % des sujets avaient des nodules, soit un pourcentage voisin de celui du Mayo Lung Project (51,4 %).

Les bénéfices-risques du dépistage du cancer bronchique par le scanner n'ont jamais été évalués sauf sous la forme de modèles mathématiques. Pourtant, sa pratique chez les fumeurs de plus de 50 ans tend à se généraliser, en l'absence d'évaluation scientifique, en Asie, aux Etats-Unis et en Europe. Au Japon, il est même devenu une pratique systématique. Les anomalies détectées engendrent des examens complémentaires invasifs (endoscopie bronchique, ponction trans-thoracique, résection chirurgicale des nodules) pour préciser le diagnostic. Ils engendrent de l'angoisse chez le patient. En novembre 2000, Edouard Patz soulignait déjà l'urgence que « des études bien conçues soient conduites à leur terme, analysées et validées avant qu'un programme de dépistage de masse ne soit mis en œuvre » (6).

Plusieurs essais randomisés sont en préparation en Europe et aux USA, pour évaluer l'impact sur la mortalité spécifique, du dépistage du cancer bronchique par scanner hélicoïdal à faible dose. Aux USA, le National Lung Screening

Trial (NLST) et l'American College of Radiology Imaging Network (ACRIN) ont débuté en novembre 2002 et a inclus 50 000 sujets, fumeurs ou ex-fumeurs randomisés en deux groupes, l'un bénéficiant d'un scanner hélicoïdal annuel durant 3 années consécutives et l'autre bénéficiant d'une radiographie thoracique.

Ainsi, depuis l'apparition de la tomodensitométrie thoracique, la découverte d'un ou plusieurs nodules pulmonaires est devenue habituelle. Un nodule pulmonaire est défini comme une opacité pulmonaire de moins de 3 cm de diamètre. Au-delà de 3 cm de diamètre, on parle de masse pulmonaire pour laquelle il existe une haute probabilité de malignité. La classification des nodules pulmonaires a été étendue aux plages en verre dépoli.

Le risque relatif de développer un cancer bronchique est 10 fois plus élevé chez un homme fumeur qu'un homme non fumeur, selon 8 études prospectives reprises dans le 1982 Report of the Surgeon General on the Health Consequences of Smoking (7). Pour les gros fumeurs, le risque est multiplié par 15 à 35. A tabagisme égal, il n'a pas été démontré de risque accru de cancer bronchique chez la femme, par rapport à l'homme (8). D'autres facteurs de risque ont été identifiés, notamment l'exposition à l'amiante.

Les nodules sont classés en trois catégories selon leur densité en tomodensitométrie. Les nodules solides sont de densité tissulaire et effacent le contour des vaisseaux à leur contact. Les nodules non solides ont une densité inférieure aux vaisseaux, apparaissant sous la forme de plages en verre dépoli. Le trajet des vaisseaux,

au contact ou à l'intérieur du nodule, n'est pas effacé. Ils peuvent être tumoraux ou non tumoraux, de nature inflammatoire ou infectieuse. Les nodules mixtes ou semi-solides sont l'association de plages de densité tissulaire et de plages en verre dépoli.

L'aspect du nodule est peu contributif en dehors des images caractéristiques de malformation artério-veineuse, d'aspergillome, d'atélectasie ronde, de bronchocèle ou d'impaction mucoïde. Les contours et le contenu du nodule comportent des critères évocateurs. Un contour spiculé suggère la malignité. Un contour régulier peut correspondre à une métastase ou un nodule bénin. Un nodule entièrement calcifié est un nodule bénin. Une calcification en « popcorn » évoque un hamartome. Des calcifications excentrées, dispersées, sont hautement suggestives de malignité. Un contenu graisseux est un argument fort pour un hamartome.

La taille du nodule est très contributive. Dans la série du Mayo Clinic Lung Cancer Screening Trial, la prévalence de malignité augmente avec la taille : elle est de moins de 0,2 % pour les nodules de moins de 4 mm, de 0,9 % entre 4 et 7 mm, de 18 % entre 8 et 20 mm et de 50 % pour les nodules de plus de 20 mm (4). La vitesse de croissance d'un nodule est un paramètre à considérer pour définir le rythme de suivi scanographique d'un nodule. Hasegawa et Coll. (9) ont analysé le temps de doublement volumique de 61 cancers de 10 à 16 mm de diamètre, dans le cadre d'un programme de dépistage tomographique, avec un suivi sur 3 ans. Les nodules ont été classés en opacités en verre dépoli, nodules semi-solides et nodules solides. Les temps de doublement volumique étaient significativement différents pour ces trois types d'opacités : respectivement de 813 jours, 457 jours et 149 jours. Le temps le plus court était de 52 jours et le temps le plus long de 1 733 jours. Quand un nodule passe de 3 à 15 mm de diamètre, son volume est multiplié

Surveillance des nodules pulmonaires découverts fortuitement en dehors du dépistage. Fleischner ; Radiology 2005 (11)		
Taille ¹	Faible risque de cancer	Fort risque de cancer ²
≤ 4 mm	Pas de surveillance	TDM à 12 mois Si stable : pas de surveillance
> 4 – 6 mm	TDM à 12 mois Si stable : pas de surveillance	TDM à 6 et 12 mois puis entre 18 et 24 mois si stable
> 6 – 8 mm	TDM entre 6 et 12 mois puis entre 18 et 24 mois si stable	TDM à 3 et 6 mois puis entre 9 et 12 mois, puis 24 mois si stable
> 8 mm	Prise en charge multidisciplinaire : PET, biopsie, résection	Prise en charge multidisciplinaire : PET, biopsie, résection

1. Nodule indéterminé découvert chez un patient de 35 ans et plus.
2. Tabagisme et autres facteurs de risque

par 7. Un nodule de 5 mm, avec un temps de doublement de 60 jours, atteindra 20 mm en 12 mois, alors qu'un nodule, avec un temps de doublement de 240 jours, atteindra 7 mm au bout de 12 mois. Parmi les nodules malins, il existe vraisemblablement beaucoup de nodules de croissance lente, d'un temps de doublement supérieur à 400 jours.

La TEP au ¹⁸F-fluorodeoxyglucose (¹⁸F-FDG) est devenue un examen incontournable pour le diagnostic de malignité des nodules pulmonaires. Une méta-analyse de Gould a été publiée en 2001 (10). Sur un total de 1 474 nodules, la sensibilité et la spécificité étaient respectivement de 97 % et 78 % pour les nodules de plus de 1 cm de diamètre. Il existe des faux positifs qui sont des processus inflammatoires ou infectieux. Il existe des faux négatifs. Ce sont des nodules de faible métabolisme : adénocarcinomes peu évolutifs, carcinomes bronchiolo-alvéolaires et tumeurs carcinoïdes. Il apparaît essentiel d'intégrer le SUV à la notion de positivité ou de négativité de la TEP.

Quant à la conduite pratique devant un ou des nodules découverts fortuitement en dehors du dépistage, c'est l'arbre décisionnel de la Fleischner Society qui fait autorité (11). Les nodules sont classés en bénins, malins et intermédiaires. Les nodules bénins sont les nodules entièrement calcifiés, les malformations vasculaires, les hamartomes, les nodules à calcifications cen-

trales, en cible ou concentriques, en lamelles. Les nodules hautement suspects de malignité ont les caractères suivants : verre dépoli de 10 mm et plus de diamètre, nodule semi-solide, nodule solide de plus de 20 mm de diamètre, nodule solide à contours spiculés, nodule solide avec bronchogramme ou cavité, nodules avec calcifications excentrées ou dispersées. Ces recommandations s'appliquent aux nodules dits indéterminés : verre dépoli de moins de

10 mm de diamètre, nodule solide de moins de 20 mm de diamètre, aux contours non spiculés, sans bronchogramme ni cavité, sans calcifications évoquant la malignité, non graisseux. Elles tiennent compte de la taille du nodule, élément primordial, mais pas uniquement. Elles prennent aussi en compte le risque de cancer, en classant les patients en deux groupes : haut risque (tabagisme et autres facteurs de risque) et bas risque (absence de tabagisme et autres facteurs de risque). ■

Bibliographie

- Gohagan J, Prorok PC, Hayes RB, et coll. The Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial of the National Cancer Institute : history, organization, and status. *Control Clin Trial* 2000;21 : 251S-72S
- Henschke CI, McCauley DI, Yankelevitz DF, et coll. Early lung cancer action project : overall design and findings from baseline screening. *Lancet* 1999; 354: 99-105.
- Henschke CI, Naidich DP, Yankelevitz DF, et coll. Early Lung cancer Action project : initial findings on repeat screenings. *Cancer* 2001; 92: 153-9.
- Swenson SJ, Jett JR, Sloan JA et coll. Screening for lung cancer with low-dose spiral computed tomography. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 165 : 433-4
- Blanchon T, Brechot JM, Grenier P et coll. A French randomized pilot trial of lung cancer screening comparing low dose CT scan (LDCT) and chest X-ray (CXR). *Lung Cancer* 2007 ; 58 : 50-8.
- Patz EF, Goodman PC, Bepler G. Screening for lung Cancer. *N Engl J Med* 2000; 343: 1627-33.
- U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking : a report of the surgeon general. Atlanta, GA : U.S. Department of Health and Human Services, CDC and prevention, national center for chronic disease prevention and health promotion, office on smoking and health, 1982.
- Bain C, Feskanich D, S. F., Hertzmark E, Rosner BA, Colditz GA : Lung cancer rates in men and women with comparable histories of smoking. *J Natl Cancer Inst* 2004; 96: 826-34.
- Hasegawa M, Sone S, Takashima S et coll.. Growth rate of small lung cancers detected on mass CT screening. *Br J Radiol.* 2000; 73:1252-9.
- Gould MK, Maclean CC, Kushner WG, Rydzak CE, Owens DK : Accuracy of positron emission tomography for diagnosis of pulmonary nodules and mass lesions : a meta-analysis. *JAMA* 2001; 285: 914-24.
- MacMahon H, Austin JH, Gamsu G et coll. Guidelines for management of small pulmonary nodules detected on CT scans : a statement from the Fleischner Society. *Radiology* 2005; 237: 395-400.

L'écho vidéo endoscopie avec ponction transbronchique en temps réel dans la détection des adénopathies médiastinales malignes et les tumeurs du médiastin

par le Dr Samy Lachkar et par le Pr Luc Thiberville, clinique pneumologique, CHU Rouen



Dr S. Lachkar



Pr L. Thiberville

Introduction

L'existence d'une extension ganglionnaire médiastinale est un élément pronostique majeur du cancer bronchique primitif qui en modifie profondément la stratégie thérapeutique. En effet, cette extension exclue en pratique la résection chirurgicale des formes N3 et le plus souvent N2 [1,2].

Au cours du bilan d'extension initial, les examens d'imagerie sont en règle insuffisants pour affirmer l'atteinte ganglionnaire médiastinale. Selon la méta-analyse de Toloza et al [3], la tomographie par émission de positron (TEP-TDM) présentent respective-

ment une sensibilité de 57 % et 84 %, une spécificité de 82 % et 89 %, une valeur prédictive positive (VPP) de 56 % et 79 %, et une valeur prédictive négative (VPN) de 83 % et 93 %. La confirmation anatomopathologique de la nature maligne de ces adénopathies est donc nécessaire.

Jusqu'à une période récente, la méthode de référence pour affirmer l'atteinte métastatique était la biopsie chirurgicale [4,5]. La médiastinoscopie par voie cervicale est la plus utilisée. Elle permet la biopsie le plus souvent des groupes d'adénopathies médiastinale haut (1), paratrachéale supérieures (2R et 2L) inférieures (4R et 4L), et certaines adénopathies sous carinaire (7) (figure 1). Si sa sensibilité, sa spécificité, sa VPP et sa VPN sont respectivement de 81 %, 100 %, 100 % et 91 %, la médiastinoscopie reste un geste invasif, nécessitant une anesthésie générale, des soins post opératoire et donc une hospitalisation.

Alternativement au prélèvement chirurgical, des techniques endoscopiques moins invasives ont été développées telles que la ponction transmurale trachéobronchique « à l'aveugle » avec des aiguilles fines (PTB). Cette technique de conception simple décrite pour la première fois en complément de l'endoscopie rigide au début des années 1950, a été adaptée aux endoscopies souples au cours des années 1990. Cette technique ne s'est pas développée en France, en partie parce qu'elle nécessite pour être performante une courbe d'apprentissage de plusieurs dizaines d'exams. Même entre des mains expéri-

mentées elle n'atteint qu'une sensibilité, une spécificité et une VPN de 76 %, 96 % et 71 %, respectivement. Elle est de surcroît limitée au diagnostic des adénopathies sous carinaires (7) et latérotrachéales droites (10R), et n'a donc pas l'ambition de remplacer la médiastinoscopie.

Depuis le début des années 2000, le guidage de la ponction par l'échographie endoluminale, permet de s'affranchir des limites de la ponction « à l'aveugle ». La technique trans-oesophagienne a été la première utilisée. Elle permet de ponctionner essentiellement les adénopathies sous carinaires (7) et para oesophagiennes (8) avec une sensibilité, une spécificité, une VPP et une VPN respectivement de 88 %, 91 %, 98 %, et 77 %

[4]. Cependant cette technique, limitée à certaines aires ganglionnaires, peut être gênée par l'air oesophagien : elle apparaît aujourd'hui complémentaire aux techniques d'échographie endobronchique.

A la même période, l'échographie endobronchique par minisonde à haute fréquence (20 MHz) a permis de repérer par voie endobronchique les adénopathies médiastinales des autres sites et même les adénopathies hilaires avant ponction. Le système doit cependant être retiré du canal opérateur pour permettre le passage de l'aiguille fine. Son évaluation pour le diagnostic des métastases ganglionnaires a montré une très nette amélioration de la sensibilité (92 %) pour une spécificité de 100 % [6].

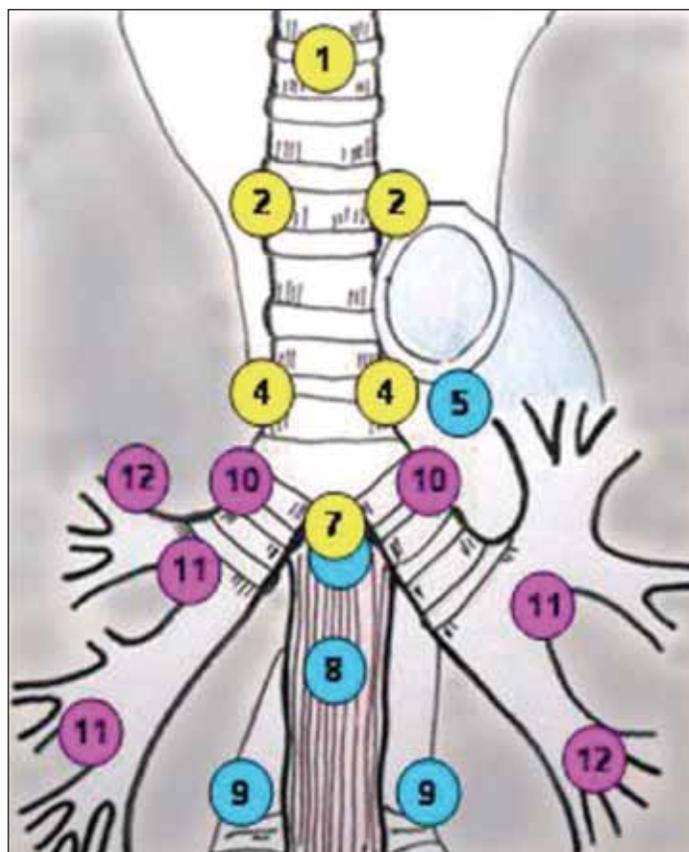


Figure 1 : aires ganglionnaires médiastinales (d'après Yasufuku chest 2006)

Depuis 2005, les pneumologues disposent de la technique d'écho-vidéo-endoscopie avec ponction transbronchique en temps réel. Le caractère innovant de cette technique est lié à l'intégration de la sonde d'échographie dans le fibroscope permettant alors un repérage et un guidage de la ponction en temps réel. En ce sens, elle représente l'équivalent des systèmes utilisés par voie transoesophagienne, en étendant les aires ganglionnaires. La technique a fait l'objet de nombreuses publications récentes et est citée sous le terme « EBUS-TBNA » dans la littérature médicale de langue anglaise.

Principe de la technique de l'écho-vidéo-endoscopie avec ponction transbronchique en temps réel

L'écho vidéo bronchoscope linéaire (Olympus, Japon) est un système intégrant dans un même dispositif un vidéo endoscope fibré et une sonde d'échographie linéaire de fréquence 7,5 MHz. Le système comporte un mode doppler permettant de visualiser les structures vasculaires (FIGURE 2a, b, c). Il peut être utilisé en contact direct ou par l'intermédiaire d'un ballonnet créant une interface liquide avec la paroi trachéobronchique. Le canal opérateur permet le passage de l'aiguille de ponction de 22 gauge dédiée. L'optique est orientée à 30° afin que l'aiguille et la paroi à ponctionner puissent être visualisées par le transducteur ultrasonore. L'examen se déroule comme une bronchoscopie classique mais le calibre du capteur échographique (6,9 mm) impose le plus souvent un passage transbuccal. L'anesthésie locale est possible et l'examen réalisé le plus souvent en ambulatoire. Une fois positionné en regard des adénopathies, le capteur ultrasonore repère les structures à prélever et guide l'aiguille de prélèvement en temps réel. Un aide aspire dans le catheter, récupère l'aiguille, puis conditionne les tissus prélevés. Plusieurs pas-

sages sont en règle réalisés par adénopathie et plusieurs structures pathologiques peuvent être ponctionnées lors du même examen.

Evaluation et données bibliographiques récentes :

Quatre études principales ont évalué l'efficacité de l'écho-vidéo-endoscope avec ponction transbronchique en temps réel dans la détection des adénopathies médiastinales malignes. Au cours de ces études, les groupes ganglionnaires 2, 3, 4, 7, 10, et 11 ont pu être ponctionnés. Aucune complication grave de la technique n'est aujourd'hui rapportée.

Yasufuku [7] a réalisé cet examen chez 70 patients suspects de cancer pulmonaire avec adénopathies médiastinales visibles au TDM thoracique. Il rapporte une sensibilité et une spécificité de 96 % et 100 %, respectivement. Dans une deuxième étude [8], cette équipe a rapporté chez 108 patients de mêmes caractéristiques, une sensibilité, une spécificité, une VPP et une VPN de 95 %, 100 %, 100 %, 89 %, respectivement. Parmi ces patients, 29 médiastinoscopies, 8 thoracotomies, 4 thoracoscopies, 9 ponctions transpariétales guidées par TDM ont pu être évitées par l'utilisation de l'EBUS-TBNA. Dans la plus large série publiée (502 patients suspects de cancer pulmonaire avec adénopathies médiastinales visibles au TDM), Herth [9] a retrouvé approximativement les mêmes chiffres de sensibilité et de spécificité.

Récemment, la technique a été évaluée chez 100 patients atteints d'un cancer pulmonaire connu, sans ganglion pathologique décelable au scanner (< 1cm)[10]. Tous les patients ont eu une exploration médiastinale chirurgicale. Le diagnostic de métastase ganglionnaire par cet examen a été porté dans 19 cas sur 100. Seuls deux faux négatifs ont été relevés. La sensibilité, la spécificité et la VPN étaient dans cette étude 92 %,

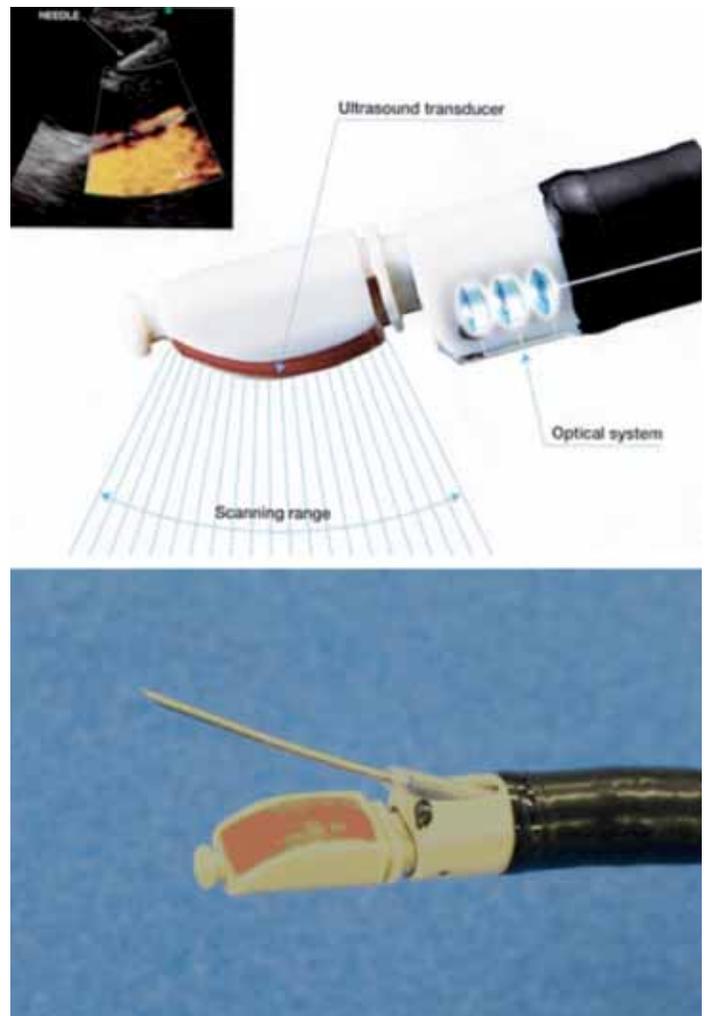


figure 2a, b : echo-endoscope linéaire (Olympus BF type UC160F-OL8) avec une aiguille de cytoponction sortie per le canal opérateur.

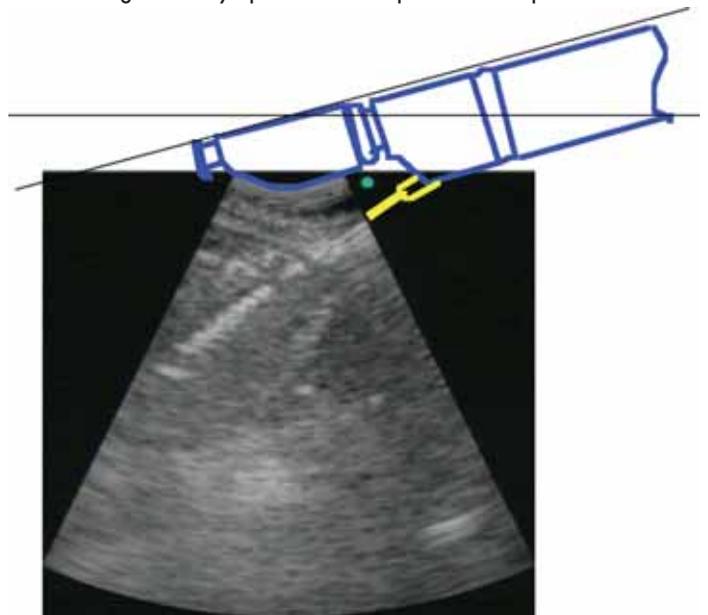


figure 2c : visualisation échographique de l'adénopathie médiastinale et de l'aiguille de cytoponction au sein du ganglion.

100 %, 96 %, respectivement. Enfin Yafusuku [11] a récemment comparé dans une étude prospective portant sur 102 patients, dont 96 avaient un cancer pulmonaire connu et 6 suspects, l'EBUS par rapport au scanner et au PET-TDM. Les résultats de cette études sont résumés tableau 1.

Avantage et inconvénient de la technique

Comparativement aux autres techniques, l'écho-cytoponction par vidéoéchoendoscopie permet la visualisation et la ponction des lésions et adénopathies du pourtour immédiat

Tableau 1 : Yafusuku[11] : données en pourcentage de la sensibilité, spécificité VPP, VPN, du TDM, imagerie TEP et échocytponction.

Examen	SENSIBILITE	SPECIFICITE	VPP	VPN
Scanner	76,9	55,3	37	87,5
PET-TDM	80	70,1	46,5	91,5
ECHO-ENDO	92,3	100	100	97,3

de la bronche (jusqu'à 5 cm). Elle aide également à caractériser et donc à sélectionner les lésions à prélever en évitant les zones d'aspect nécrotique. Elle permet enfin d'éviter la ponction par erreur des vaisseaux ou des structures vascularisées péri-bronchiques.

Elle permet dans la grande majorité des cas d'éviter une médiastinoscopie.

Les limites de la technique sont les suivantes :

1. L'EBUS-TBNA ne permet qu'un prélèvement cytologique, qui n'a de valeur que positive.

2. Du fait de la fréquence de son transducteur à ultrasons (7,5 MHz), elle ne permet pas une analyse fine de la paroi bronchique, à l'inverse des minisondes échographiques dites à haute fréquence.

3. Elle ne permet pas le prélèvement des aires péri-oesophagiennes basses, domaine de l'échographie endo-oesophagienne

4. Un certain nombre de caractéristiques rendent l'utilisation de cette technique délicate et nécessitent un apprentissage assez long (en règle 20 examens) : le calibre de l'endoscope impose un passage trans-buccal, non aligné sur le larynx du fait de l'obliquité de l'optique. La durée de l'examen est de 30 minutes en moyenne justifiant une sédation légère du patient. La technique d'étalement et de prélèvement doit être particulièrement rigoureuse. Enfin, cette procédure diagnostique reste coûteuse

(environ 200 euros par examen), quoique bien sur favorablement placée comparativement au prélèvement chirurgical.

Utilisation de l'EBUS-TNBA pour le diagnostic des tumeurs médiastinales

D'autres processus expansifs médiastinaux peuvent être localisés par l'EBUS. En cas de tumeur en contact avec les voies respiratoires l'EBUS peut différencier les structures vasculaires, liquidiennes ou solides. Bien qu'il existe encore peu de publications concernant son utilisation dans le diagnostic des tumeurs médiastinales, de courtes séries ou des cas cliniques ont permis de montrer son utilité pour le diagnostic des kystes bronchogéniques, des lymphomes, des thymomes et des goitres. L'utilisation de la technique pour le diagnostic de sarcoïdose a également été rapportée avec un bon rendement diagnostique [12].

Cependant, par comparaison aux métastases ganglionnaires des cancers bronchiques, le diagnostic purement cytologique des autres tumeurs médiastinales apparaît délicat. Le diagnostic histologique est ici préférable, ce qui nécessite en règle une aiguille de 19 Gauge, actuellement non disponible pour utilisation avec le video echo endoscope. [13]

Conclusion et perspectives

L'EBUS est une nouvelle technique peu invasive qui appa-

rait pleine de promesses pour le diagnostic des affections médiastinales. Sa principale application est aujourd'hui le bilan d'extension médiastinal

des cancers bronchiques primitifs. Dans ce cadre, cette technique est en mesure de modifier de façon significative la prise en charge des patients en simplifiant les procédures et en évitant des gestes chirurgicaux lourds. De futurs travaux doivent permettre d'en évaluer plus précisément le bénéfice en comparaison des autres outils diagnostiques et sa place dans l'arbre décisionnel. Les indications de la technique devraient pourvoir dans les prochaines années s'étendre au diagnostic des autres tumeurs du médiastin. ■

Bibliographie

1. Laurent F, Remy J; Groupe Depiscan. Management strategy of pulmonary nodules Rev Mal Respir. 2002 Dec; 19(6):718-25.
2. Spira A, Ettinger DS. Multidisciplinary management of lung cancer. N. Engl. J. Med. 2004 Jan 22; 350(4):379-92.
3. Toloza EM, Harpole L, McCrory DC. Noninvasive staging of non-small cell lung cancer: a review of the current evidence. Chest. 2003 Jan; 123: 137S-146S.
4. Toloza EM, Harpole L, Detterbeck F, McCrory DC. Invasive staging of non-small cell lung cancer: a review of the current evidence. Chest. 2003 Jan; 123: 157S-166S. Review.
5. De Leyn P, Lardinois D, Van Schil PE, Rami-Porta R, Passlick B, Zielinski M, Waller DA, Lerut T, Weder W. ESTS guidelines for preoperative lymph node staging for non-small cell lung cancer. Eur J Cardiothorac Surg. 2007; 32(1):1-8.
6. Okamoto H, Watanabe K, Nagatomo A, Kunikane H, Aono H, Yamagata T, Kase M. Endobronchial ultrasonography for mediastinal and hilar lymph node metastases of lung cancer. Chest. 2002; 121(5):1498-506.
7. Yasufuku K, Chiyo M, Sekine Y, Chhajed PN, Shibuya K, Iizasa T, Fujisawa T. Real-time endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration of mediastinal and hilar lymph nodes. Chest. 2004 Jul; 126(1):122-8.
8. Yasufuku K, Chiyo M, Koh E, Moriya Y, Iyoda A, Sekine Y, Shibuya K, Iizasa T, Fujisawa T. Endobronchial ultrasound guided transbronchial needle aspiration for staging of lung cancer. Lung Cancer. 2005 Dec; 50(3):347-54. Epub 2005 Sep 19.
9. Herth FJ, Eberhardt R, Vilman P, Krasnik M, Ernst A. Real-time endobronchial ultrasound guided transbronchial needle aspiration for sampling mediastinal lymph nodes. Thorax. 2006 Sep; 61(9):795-8.
10. Herth FJ, Ernst A, Eberhardt R, Vilman P, Dienemann H, Krasnik M. Endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration of lymph nodes in the radiologically normal mediastinum. Eur Respir J. 2006 Nov; 28(5):910-4.
11. Yasufuku K, Nakajima T, Motoori K, Sekine Y, Shibuya K, Hiroshima K, Fujisawa T. Comparison of endobronchial ultrasound, positron emission tomography, and CT for lymph node staging of lung cancer. Chest. 2006 Sep; 130(3):710-8.
12. Garwood S, Judson MA, Silvestri G, Hoda R, Fraig M, Doelken P. Endobronchial ultrasound for the diagnosis of pulmonary sarcoidosis. Chest. 2007; 132(4):1298-304.
13. Yasufuku K, Nakajima T, Chiyo M, Sekine Y, Shibuya K, Fujisawa T. Endobronchial ultrasonography: current status and future directions. J Thorac Oncol. 2007 Oct; 2(10):970-9

L'abrogation du BCG obligatoire les nouvelles données de la prévention de la tuberculose

par le Pr Bertrand Dautzenberg,
service du Pr T. Similowski, pneumologie, La Pitié Salpêtrière / APHP



Selon le comité technique des vaccinations, l'efficacité du vaccin BCG est estimée, à 75 % pour les formes graves extra pulmonaires de l'enfant et 50 % pour les formes pulmonaires, pendant les dix à quinze ans qui suivent cette vaccination, la grande majorité des études montrant l'efficacité protectrice du BCG ayant été faite sur une vaccination à la naissance, ou dans les premiers mois de vie. La vaccination par le BCG protège essentiellement les sujets vaccinés et n'intervient pas, ou de manière exceptionnelle, sur la chaîne de transmission de la maladie.

La suppression de l'obligation de la revaccination en 2007 en France n'est pas la fin du BCG, ni surtout la fin de la prévention de la tuberculose. Nous aborderons les bases scientifiques et l'historique de l'obligation vaccinale par le BCG et la nouvelle organisation de la prévention de la tuberculose.

L'arrêt de l'obligation vaccinale

L'arrêt de l'obligation vaccinale du BCG ne s'est pas faite dans des conditions optimales en France. Une vaccination obligatoire visant à protéger d'une maladie transmissible uniquement d'homme à homme pour être efficace doit être acceptée de tous et pratiquée par tous. Ceci étaient le cas de la vaccination BCG en France jusqu'en 2003. Le

débat sur la suppression de la vaccination était tout à fait justifié avec la baisse de l'incidence de la tuberculose en France depuis 1950, date à laquelle elle était devenu obligatoire. L'incidence de la tuberculose en France était en 2005 de 8,9/1 000 avec 5 374 cas de tuberculose déclarée. L'incidence continue à baisser régulièrement chez les personnes nées en France. L'incidence chez les personnes immigrées est très élevée chez ceux qui sont arri-

vées depuis moins de 2 ans et proche de celles des français chez ceux qui sont arrivés il y a plus de 10 ans.

Ce débat aurait du être un débat de spécialistes, non porté sur la place publique. En portant ce débat sur la place publique ceci conduit chacun à avoir une attitude individualiste sans tenir compte du bien commun et à signer la fin de la vaccination BCG avant même que celle-ci ne soit décidée, semant beaucoup de confusion dans une maladie à forte dimension de santé publique pour laquelle des consignes précises sont particulièrement importantes.

La première étape a été l'arrêt de l'obligation de la revaccination en 2004. La revaccination était obligatoire avant cette date chez les enfants et les personnels de santé dont l'IDR étaient négative. L'analyse du rapport coût/efficacité de la revaccination conduite par l'InVS est apparue négative. Une seule étude montrant un bénéfice de cette revaccination. La communication sur cette suppression de la revaccination obligatoire a été confuse et de très nombreuses familles et médecins se sont mis à ne plus vacciner du tout, alors que certains médecins du travail embauchant des professionnels de santé étaient très réticents à déclarer apte des embauchés ayant une IDR tuberculique négative et que des enfants avaient des difficultés à s'inscrire à la crèche ou à l'école pour des raisons administratives.

La deuxième étape a été l'ouverture du débat sur la suppression du BCG qui ne devait survenir qu'après la

mise en place d'un plan de lutte contre la tuberculose.

Ce débat entre professionnel a été accéléré brutalement en début 2006 avec le retrait du marché du vaccin BCG par multipuncture qui ne laissait sur le marché qu'un vaccin intradermique plus difficile à manier. Les pédiatres ont pour beaucoup refusé de vacciner et ainsi dans la plus grande confusion dès 2006 la majorité des enfants n'étaient plus vaccinées par le BCG alors qu'aucune stratégie alternative n'était en place et que légalement l'admission des enfants dans les collectivités exigeait toujours la vaccination BCG.

Les pays proche de la France ont pour certains une obligation vaccinale. C'est le cas de la Grèce, de l'Irlande, de la Finlande et du Portugal. L'Autriche et l'Allemagne n'ont pas de politique vaccinale, les autres pays ont des vaccinations ciblées (Tableau)

Les calculs du rapport bénéfice/risque du BCG ont été conduits en France. Ces calculs montrent que l'arrêt total de la vaccination risque d'entraîner 320 cas de tuberculose supplémentaires, mais d'éviter dans le même temps 12 BCGites et 300 adénites tuberculeuses purulentes. Si une vaccination ciblée est réalisée avec une couverture vaccinale de 95 %, le nombre de cas de tuberculoses supplémentaires attendues serait de 80 et le nombre de BCGites évité de 10 et le nombre d'adénites supprimées évitées de 260 par an.

L'audition publique organisée par la Société française de Santé Publique « La vaccination des enfants par le BCG.

Politiques vaccinales BCG en Europe

Pays	Politique vaccinale	Incidence globale/105	Incidence pédiatrique/105
Autriche	Aucune	13,3	5
Allemagne	Aucune	9,2	2,4
Belgique	Ciblée < 5 ans	12,9	4,3
Danemark	Ciblée enfants	9,6	5
Espagne	Ciblée enfants	18,7	8,5
Italie	Ciblée enfants	7,8	1,9
Norvège	Ciblée nourrissons ; généralisée à 12-14 ans	6,4	2,7
Pays-Bas	Ciblée < 12 ans	9	2,2
Royaume-Uni	Ciblée nourrissons ; généralisée à 12-14 ans	11,8	4,4
Suède	Ciblée enfants > 6 mois	4,8	8
Suisse	Ciblée enfants < 12 mois	8,5	1,4
Finlande	Généralisée nouveaux-nés	9,5	0,7
Grèce	Généralisée à 6 ans	5,8	2,9
Irlande	Généralisée nouveaux-nés	10,6	2
Portugal	Généralisée nouveaux-nés	43,8	7

Levée de l'obligation vaccinale ? » relève que l'incidence de la tuberculose était en décroissance légère mais constante dans notre pays, avec des disparités géographiques importantes (Ile-de-France et Guyane étant particulièrement touchées) et une incidence élevée pour la population de nationalité étrangère. Il est apparu que la balance bénéfique/risque du

vaccin BCG généralisé est non établie compte tenu de la situation épidémiologique française. La situation est apparue compliquée au cours de l'audition car de nombreux médecins qui ne souhaitent plus vacciner en raison du faible risque de tuberculose de certaines catégories de population et de la crainte des effets indésirables du BCG. Les parents

sont désorientés par ce débat entre spécialistes.

Une alternative à la vaccination obligatoire retenue a été une vaccination ciblée sur les populations les plus à risque. Cette alternative soulève un débat éthique sur les questions de possibles discriminations de ne maintenir une obligation de vaccination que pour les seules populations les plus exposées.

BCG. Certaines des mesures sont mises en place, d'autres en cours de préparation.

Proposer le BCG aux populations à risques

La vaccination BCG est devenu recommandée chez les enfants à risque élevé de tuberculose (tableau) mais tout enfant dont les parents demandent la vaccination doit être vacciné sauf contre indication ; Dans tous les cas la vaccination BCG doit être réalisée, si possible à la naissance ou au cours du premier mois de vie, sans nécessité d'IDR à la tuberculine préalable. La vaccination reste obligatoire pour les professionnels de santé et tous les professionnels soumis à l'obligation vaccinale listés aux articles L. 3112-1, R. 3112-1C et R. 3112-2 du code de la santé publique,

Renforcer l'enquête autour d'un cas

L'enquête autour d'un cas de tuberculose est le moyen recommandé pour éviter la dissémination de la tuberculose par la recherche de l'identification du cas incident chez les enfants, quelque soit la forme de tuberculose de l'enfant et de cas secondaires chez les adultes bacillifères ou potentiellement bacillifères. La réorganisation des services de lutte antituberculeuse par l'Etat au niveau départemental, permet au moins dans le département de forte endémie d'avoir une recherche plus active que par le passé des cas contacts, en

Rappel historique sur les obligations vaccinales.

1902 - Première obligation vaccinale (vaccin anti-variologique), en France.

Cette obligation est inscrite dans la première Loi de santé publique. Mais cette Loi sera mal appliquée faute de décrets d'application.

1937 - Vaccination antidiphthérique et antitétanique

1947 - Le BCG devient obligatoire par voie réglementaire pour certaines catégories de population les élèves infirmières ou assistantes sociales, pour les étudiants en biologie et en médecine et pour les pupilles de l'Etat

1950 - La Loi n° 50-7 du 5 janvier 1950 instaure l'obligation de la vaccination par le BCG

1963 - Les succès de la vaccination par le BCG semblent mitigés. Le Dr Escoffier Lambiotte écrit dans le Monde du 2 février 1963 que « La lutte contre la tuberculose doit s'intensifier » « Il semble que près de 70 % des enfants échappent à cette vaccination pourtant obligatoire et pour bon nombre d'entre eux en vertu de conseils médicaux »

1964 - Obligation de la vaccination contre la poliomyélite

1970 - Pour la première fois un vaccin va se généraliser sans qu'il soit rendu obligatoire : le vaccin contre la grippe

1978 - La sortie de l'obligation vaccinale antivariologique est envisagée

1984 - Abandon de l'obligation vaccinale antivariologique

2004 - Suppression de l'obligation de la revaccination BCG

2007 - Suppression de l'obligation de la vaccination BCG et adoption du plan tuberculose

Les nouvelles mesures du plan tuberculose

Le plan tuberculose a édicté les règles pour contrôler l'épidémie tuberculeuse et limiter l'effet délétère attendu sur l'épidémie tuberculeuse du fait de la suppression de l'obligation vaccinale par le

Définitions des enfant à risque élevé de tuberculose (selon CTV)

- enfant né dans un pays de forte endémie tuberculeuse (annexe II) ;
- enfant dont au moins l'un des parents est originaire de l'un de ces pays ;
- enfant devant séjourner au moins un mois d'affilée dans l'un de ces pays ;
- enfant ayant des antécédents familiaux de tuberculose (collatéraux ou ascendants directs)
- enfant résidant en Ile-de-France ou en Guyane,
- enfant dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux notamment enfants vivant dans des conditions de logement défavorables (habitat précaire ou surpeuple) ou socio-économiques défavorables ou précaires (en particulier parmi les bénéficiaires de la CMU, CMUC, AME,...) ou en contact régulier avec des adultes originaires d'un pays de forte endémie.

évitant les excès d'un dépistage tout azimut.

Dépistage chez les immigrants récents des pays à forte endémie

Il en est de même des immigrants des pays de forte endémie chez lesquels les services de l'immigration pratique une radiographie chez tous les adultes et une intradermo réaction chez tous les enfants.

Intérêt des test de stimulation des lymphocytes comme alternative à l'IDR

Les tests Quantiféron® et T-spot-tb® ont reçu un avis favorable de la HAS et si ce n'était el coût de cet examen non inscrit à la nomenclature, il aurait supplémen-té l'IDR. Ils sont actuellement testés dans les enquêtes autour d'un cas. Les indications de l'IDR régressent. Cet examen ne doit plus être utilisé dans les conditions ou l'on ne sait l'interpréter. Elle doit être réservé à l'enquête autour d'un cas, aux immigrants récents des pays de forte endémie et à la surveillance des professions fortement exposées.

Les priorités du plan national de lutte contre la tuberculose sont

- Diagnostic précoce des TB-maladie
- Enquêtes autour des cas contagieux
 - Dépistage précoce des TB-maladie
 - Dépistage précoce des infections TB latentes
- Traitements bien conduits et supervisés des TB-maladie
- Traitement préventif des infections TB latentes
 - Enfants et adolescents +++
 - Adultes

Traitement préventif des infections tuberculeuses latentes

Le plan national tuberculose réaffirme la nécessité de traiter toutes les infections tuberculeuses latent identifiées lors de l'enquête autour d'un cas ou chez des immigrés de moins de 2 ans de pays de forte endémie tuberculeuses que ce soit chez l'adulte ou chez l'enfant.

Fiche de déclaration de fin de traitement

- L'OMS recommande un enregistrement de la fin de traitement, ce qui n'était pas fait en France jusqu'à présent au niveau national. Un imprimé de prise en charge spécifique a été mis au point. L'issue de traitement devrait être enregistrée dans les 12 mois suivant le début du traitement et précise
 - Traitement achevé

- Traitement non achevé car :
 - Le patient est décédé pendant le traitement
 - Le traitement a été arrêté et non repris car
 - diagnostic de tuberculose non retenu
 - autre raison, préciser
 - Le patient est toujours en traitement à 12 mois
- L'issue du traitement n'est pas connue car :
 - Le patient a été transféré
 - Le patient a été perdu de vue
 - Sans information ■

Fiche de déclaration des issues de traitement anti tuberculeux (Tuberculose maladie uniquement)
 Ce questionnaire est à compléter dans les 12 mois qui suivent le début du traitement ou le diagnostic, pour tous les cas déclarés de tuberculose

Médecin ou biologiste ayant déclaré le cas	Médecin ou biologiste déclarant l'issue du traitement (tampon)
Nom :	Nom :
Hôpital/service :	Hôpital/service :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :
Télécopie :	Télécopie :
	Signature :

Tuberculose 13352*01

La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire
 Critères de notification de la tuberculose maladie
 Cas confirmé : maladie due à une mycobactérie du complexe tuberculosis prouvée par la culture
 Cas probable : (1) signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose, et (2) décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard.

INITIALE DU NOM : Prénom :

Sexe : M F Date de naissance : jour mois année

Date de la notification : jour mois année

Code postal du domicile du patient :

Date de mise en route du traitement : jour mois année
 si refus de traitement, date du diagnostic : jour mois année

Si vous n'avez pas renseigné le résultat de la culture lors de la déclaration initiale, merci de le faire ci-dessous :

Culture en début de traitement : positive négative non faite

1 **Traitement achevé dans les 12 mois suivant le début du traitement** *Traitement achevé : le patient est considéré comme guéri par le médecin et a pris au moins 80% de la dose totale prescrite du traitement*

Date de fin de traitement : jour mois année

Si culture positive en début de traitement, négativation de la culture en cours de traitement oui non ne sait pas

Traitement non achevé dans les 12 mois suivant le début du traitement car (cocher la case correspondante 2, 3, ou 4) :

2 Le patient est décédé pendant le traitement

- décès directement lié à la tuberculose
- décès non directement lié à la tuberculose
- lien inconnu entre décès et tuberculose

3 Le traitement a été arrêté et non repris car

- diagnostic de tuberculose non retenu
- autre raison, préciser :

4 Le patient est toujours en traitement à 12 mois car

- traitement initialement prévu pour une durée supérieure à 12 mois
- traitement interrompu plus de deux mois
- traitement modifié car (cocher la ou les cases correspondantes)
 - résistance initiale ou acquise au cours du traitement
 - effets secondaires ou intolérance au traitement
 - échec du traitement initial (réponse clinique insuffisante ou non négativation des examens bactériologiques)

L'issue du traitement n'est pas connue car (cocher la case correspondante : 5, 6, ou 7) :

5 Le patient a été transféré (autre médecin, autre établissement ou structure de soins, ou autre pays)

Dans ce cas, indiquer les coordonnées :

- de la structure, éventuellement du pays, du transfert :
- du médecin :

6 Le patient a été perdu de vue pendant le traitement (et l'est toujours 12 mois après le début du traitement)

7 Sans information

Maladie à déclaration obligatoire (Art L 3113-1, R11-1, R11-2, R11-4, D11-1 du Code de la santé publique)
 Droit d'accès et de rectification par l'intermédiaire du médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978) - Centralisation des informations à l'Institut de veille sanitaire

Les exacerbations aiguës des BPCO

par le Dr Jacques Piquet, service pneumologie, centre hospitalier de Montfermeil



Les exacerbations aiguës de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) ont longtemps été considérées comme inévitables et sans répercussion majeure sur l'histoire naturelle de la maladie. Des données récentes montrent qu'elles ont en fait un impact défavorable sur le pronostic et la qualité de vie des patients [1]. Les EA sont aussi responsables d'une morbi-mortalité importante et de coûts médico-sociaux considérables [2]. Enfin, elles accélèrent le déclin du volume expiratoire maximal en une seconde (VEMS) [3].

Définitions :

Différentes définitions des exacerbations de BPCO ont été proposées au cours de ces dernières années. La définition qui apparaît dans la version actualisée de GOLD [Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2006] paraît satisfaisante pour certains : événement survenant dans l'histoire naturelle de la mala-

die, caractérisé par une augmentation de la dyspnée, de la toux et/ou de l'expectoration, bien supérieure aux variations naturelles de ces symptômes d'un jour à l'autre, de début brutal et nécessitant une modification du traitement habituel de la BPCO.

La Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF) a précisé en 2003 les termes d'exacerbation et de décompensation : « Une exacerbation est la majoration ou l'apparition d'un ou plusieurs des symptômes de la maladie (toux, expectoration, dyspnée), sans préjuger de la gravité de l'épisode. Une décompensation est une exacerbation engageant le pronostic vital » [reco splf 2003]. Pour le clinicien au lit du malade, il n'est pas toujours facile de faire la différence entre une exacerbation de BPCO et une aggravation de l'état clinique liée à une comorbidité. Certaines situations sont difficiles à classer : ainsi, une embolie pulmonaire, aggravant l'état clinique de base, doit elle être considérée comme une cause d'exacerbation ou comme une comorbidité ? C'est une cause fréquente (25 %) d'aggravation de la BPCO selon certains auteurs [4] mais une cause rare (3 %) selon d'autres [5].

Quand hospitaliser le patient ?

La très grande majorité des exacerbations peut et doit être

prise en charge de façon ambulatoire (reco splf 2003). Une réévaluation précoce, entre 24 et 72 h selon les cas est justifiée pour vérifier l'efficacité du traitement et l'absence d'aggravation.

L'hospitalisation s'impose en cas de décompensation, ou en cas d'inefficacité de la prise en charge ambulatoire d'une exacerbation « simple ».

La présence de signes de gravité (figure 1) doit faire discuter l'admission dans une structure de surveillance continue, soins intensifs ou réanimation, selon la situation clinique et les ressources disponibles.

La possibilité d'une surveillance clinique et gazométrique étroite est l'un des avantages essentiels de ce type de structure.

La prévention d'accidents hypoxiques en présence d'une hypoxémie profonde peut constituer un motif légitime d'admission, même en l'absence de tableau clinique de menace vitale.

Etiologies des exacerbations :

Si les étiologies des exacerbations sont nombreuses et

Figure 1 : Les signes de gravité immédiate d'une exacerbation sont :

- Signes cliniques de gravité immédiate d'une exacerbation
 - Appareil respiratoire
 - dyspnée de repos
 - cyanose
 - SpO₂ < 90 %
 - usage des muscles respiratoires accessoires
 - respiration abdominale paradoxale
 - FR > 25/min
 - toux inefficace
 - Appareil cardio-vasculaire
 - tachycardie > 110/min
 - troubles du rythme
 - hypotension
 - marbrures
 - oedèmes des membres inférieurs
 - Appareil neurologique
 - agitation
 - confusion
 - obnubilation
 - coma
 - asterixis
- Signes gazométriques de gravité immédiate d'une exacerbation
 - hypoxémie < 55 mmHg (7,3 kPa)
 - hypercapnie > 45 mmHg (6 kPa)
 - acidose ventilatoire

Ces signes imposent l'hospitalisation immédiate.

hétérogènes, les causes infectieuses prédominent. Les infections trachéobronchiques sont en effet fréquentes, souvent virales, pouvant se compliquer d'une infection bactérienne, dont le caractère franchement purulent de l'expectoration semble un bon indicateur. Hyperthermie et purulence de l'expectoration sont inconstantes. Mais il existe bien d'autres causes potentielles comme les conséquences de la pollution atmosphérique ou industrielle. Dans près d'un tiers des cas, aucune cause ne peut être retenue. Certaines comorbidités peuvent être sources de décompensations répétées ou de modifications pronostiques et pour cette raison doivent être recherchées quand les circonstances les rendent possibles (en particulier maladie thromboembolique veineuse et dysfonction ventriculaire gauche). Un syndrome d'apnées du sommeil associé ne doit pas être méconnu car d'une part il peut être un facteur aggravant et d'autre part le traitement par PPC peut s'avérer efficace.

Exacerbations et infections :

Si les causes infectieuses à l'origine des exacerbations sont fréquentes, nous l'avons vu, la décision d'un traitement antibiotique au cours d'une exacerbation de BPCO est difficile :

- il n'y a pas de critère clinique fiable d'infection bactérienne bronchique ;
- l'examen bactériologique des crachats est une technique peu sensible et peu spécifique pour l'identification du germe responsable.

En effet, on sait depuis longtemps que les cultures bactériennes d'expectorations de

patients atteints de bronchite chronique ne permettent pas, à elles seules, de différencier les patients en état stable de ceux qui présentent une exacerbation, le problème étant de distinguer une « simple » colonisation d'une exacerbation [6]. Une étude en cours vérifie l'hypothèse que l'acquisition d'une nouvelle souche de bactéries pathogènes est associée à une augmentation du risque d'exacerbation (sethi). Les résultats montrent que les patients chez qui une nouvelle souche bactérienne de type

Haemophilus influenzae, *Moraxella catarrhalis* ou *Streptococcus pneumoniae* a été isolée ont un risque relatif plus élevé de faire une exacerbation que les patients pour lesquels aucune nouvelle souche n'a été mise en évidence. Enfin, il semble admis que les mécanismes de défense pulmonaire de l'hôte jouent un rôle important dans l'élimination de la souche ou au contraire dans l'invasion tissulaire.

En pratique, pour le clinicien, il importe de garder présent à l'esprit que la bactérie le plus souvent isolée est *Haemophilus influenzae*. Viennent ensuite *Streptococcus pneumoniae* et, plus rarement, *Branhamella catarrhalis*. *Mycoplasma pneumoniae* et *Chlamydia pneumoniae* paraissent rarement en cause. Dans les formes les plus sévères (VEMS < 30 % à l'état stable), deux études ont objectivé la présence significative de bacilles à Gram négatif (BGN), dont *Pseudomonas aeruginosa* [7, 8]. En première intention, un examen microbiologique des crachats n'est pas recommandé. Toutefois, au cours d'une BPCO sévère (VEMS < 30 % à l'état stable), en cas d'échec d'une antibiothérapie empirique de

première intention, un examen bactériologique de l'expectoration doit être effectué à la recherche de *Pseudomonas aeruginosa*. Si ce germe est présent, une prise en charge pneumologique est recommandée.

Repérer les « exacerbateurs fréquents »

Selon GOLD, une exacerbation/an serait suffisante pour définir ce profil particulier. Il est plus raisonnable de fixer le seuil à 2 ou plus ce qui est aujourd'hui l'avis de la majorité des experts (*Revue maladies respiratoires* 2007 ; 24 : 28-36). Repérer ce type de patients ayant une exacerbation fréquente semble important. La qualité de vie des patients atteints de BPCO est plus médiocre chez ceux ayant des exacerbations fréquentes (east london cohort). Enfin, la fréquence des exacerbations joue un rôle majeur dans la survie : les patients présentant 1 à 2 exacerbations par an ont une probabilité de survie à 5 ans nettement inférieure à celle des patients non exacerbateurs, mais qui reste supérieure à celle des exacerbateurs fréquents [9]. Les principales caractéristiques associées au phénotype « exacerbateur fréquent » sont mentionnées sur la figure 2.

Retentissement et avenir après une exacerbation ?

La charge que représentent les exacerbations de BPCO dans les pays industrialisés est extrêmement importante. Ainsi, au Royaume-Uni, les hospitalisations pour BPCO ont nettement augmenté entre 1994 et 1999 chez les patients âgés de plus de 65 ans, atteignant presque le taux de 10 000 par million d'habitants et par an. Un pic d'admissions hivernales est observé tous les ans dans le grand Londres chez les patients BPCO âgés de plus de 50 ans, mobilisant ainsi de nombreuses ressources médicales. Le coût global qu'engendrent les exacerbations sévères requérant une hospitalisation [10, 11].

A cet égard, les conclusions de l'étude concernant la prise en charge des exacerbations de BPCO à partir des urgences hospitalières [12] est attendue.

En plus du coût important qu'elles génèrent, les exacerbations de BPCO sont associées non seulement à une inflammation des voies aériennes supérieures et inférieures mais aussi à une inflammation systémique.

Il ne faudrait plus considérer l'exacerbation de BPCO comme un événement survenant seulement pendant les

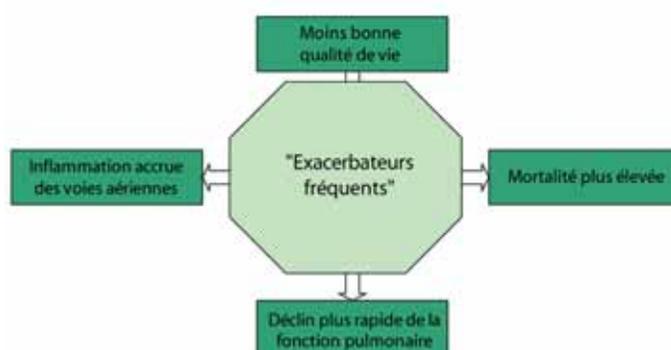


figure 2 : Principales caractéristiques associées au phénotype « exacerbateur fréquent ».

quelques jours durant lesquels les symptômes sont les plus marqués mais bien comme un processus plus long, s'étalant sur plusieurs semaines, comme en témoigne la lente récupération de la capacité inspiratoire chez ces patients. En effet, le retentissement physiologique majeur au cours de l'exacerbation est la distension thoracique. Il s'agit principalement d'une distension dynamique liée à l'aggravation de la limitation des débits expiratoires [13]. Or, on sait notamment que la capacité inspiratoire s'améliore progressivement après prise en charge d'une exacerbation de BPCO mais qu'elle met également beaucoup de temps avant de revenir à son niveau de base [14]. De même, on sait depuis 2002 que le VEMS décroît un peu plus rapidement chez les exacerbateurs fréquents, preuve incontestable du retentissement des exacerbations sur la fonction respiratoire, y compris chez des patients traités. Enfin, la fréquence des exacerbations joue un rôle majeur dans la survie : les patients présentant 1 à 2 exacerbations par an ont une probabilité de survie à 5 ans nettement inférieure à celle des patients non exacerbateurs, mais qui reste supérieure à celle des exacerbateurs fréquents [15]. Dans une étude observationnelle rétrospective, Sprooten et coll ont analysé les dossiers de 849 patients BPCO hospitalisés pour exacerbation [16]. La mortalité est de 8 % durant la première admission et de 58 % à 5 ans (figure 3). Le retard à l'initiation du traitement des exacerbations reste hautement préjudiciable. Plus ce retard est long et plus la phase de récupération sera également longue [17]. Le risque d'être hospitalisé pour une exacerbation de BPCO est

d'ailleurs d'autant plus important que les exacerbations ne sont pas prises en charge correctement [ref 28 wilkinson clinical conference londres]. Le délai de récupération post-exacerbation varie selon le paramètre étudié : le débit expiratoire de pointe revient plus lentement à son état de base que les symptômes, mais il reste un pourcentage non négligeable de patients qui ne reviennent jamais à leur état de base après une exacerbation (de 4,6 % à 7,1 % selon que l'on s'intéresse respectivement aux symptômes ou au débit expiratoire de pointe) [18].

Le Collège des Pneumologues des Hôpitaux Généraux mène actuellement une étude observationnelle d'une cohorte de patients atteints de BPCO et hospitalisés pour un épisode d'exacerbation dans un service de pneumologie. L'objectif principal est d'étudier les facteurs prédictifs de mortalité à 3 ans (toutes causes confondues et par maladies respiratoires). Les objectifs secondaires consistent à étudier les caractéristiques des patients à 3 mois et leurs traitements, en particulier la mise sous oxygénothérapie de longue durée (OLD) et/ou sous VNI ; les facteurs associés à ces deux modalités thérapeutiques seront analysés.

Exacerbation et ventilation non invasive (VNI) :

La VNI est un traitement relativement récent [19] mais qui a connu un développement rapide et important en raison de la qualité des résultats obtenus.

Les exacerbations sévères de la BPCO peuvent entraîner des épisodes d'insuffisance respiratoire aiguë caractérisés par une hypoxémie-hypercapnie

importante ($\text{PaO}_2 < 50$ mmHg, $\text{PaCO}_2 > 55$ mmHg) avec souvent acidose respiratoire ($\text{pH} < 7,35$). L'acidose respiratoire a une signification pronostique bien établie. Au cours des exacerbations sévères, 20 % des patients ont une acidose franche ($\text{pH} < 7,30$). Dans ce groupe « à haut risque » le pronostic est nettement plus réservé que lorsque l'acidose est peu sévère ($\text{pH} > 7,30$). La ventilation non invasive (VNI) est le traitement de choix des exacerbations sévères avec acidose plus ou moins importante [20].

Une méta-analyse ayant porté sur 8 études prospectives randomisées et contrôlées [21] a montré que le bénéfice de la VNI est indiscutable dans les exacerbations sévères de BPCO : elle diminue la mortalité, réduit le recours à l'intubation, diminue le pourcentage d'échecs du traitement, améliore significativement, par rapport au traitement conventionnel, le pH, la PaCO_2 et la fréquence respiratoire après 1h de traitement. La VNI ne doit pas être limitée aux cas d'acidose sévère, elle doit être envisagée même en cas d'acidose modérée ($\text{pH} < 7,35$) et de tachypnée peu importante (fréquence respiratoire $> 23/\text{min}$) [22].

L'indication optimale de la VNI demeure toutefois les cas d'acidose franche ($\text{pH} < 7,30$) pour lesquels le risque de

transfert en réanimation est de 50 % et le risque de décès, de 30 %. Sous VNI, le risque de décès diminue à 20 % et le risque de transfert en réanimation est franchement abaissé. La VNI procure des résultats pratiquement identiques, à court et moyen terme, à la ventilation invasive en cas d'exacerbation très sévère avec pH de l'ordre de 7,20. Contrairement à ce que pensaient initialement les réanimateurs, il n'y a pas de contre-indication à la VNI, pas même l'état comateux. En cas de confusion mentale, la réalisation de la VNI est cependant beaucoup plus difficile.

En pratique, en cas d'exacerbation sévère documentée par les gaz du sang, il faut commencer par le traitement conventionnel en milieu hospitalier : oxygénothérapie, nébulisation de bronchodilatateurs etc. La situation est réévaluée au bout d'une heure : si le pH est $< 7,35$ et, a fortiori s'il est $< 7,30$ on entreprend la VNI. L'évolution non favorable constitue une indication à l'admission en service de réanimation.

Oxygénothérapie :

Toute hypoxémie amenant la saturation de l'hémoglobine du sang artériel (SaO_2) mesurée au repos en air ambiant en deçà de 90 % ($\text{PaO}_2 \sim$

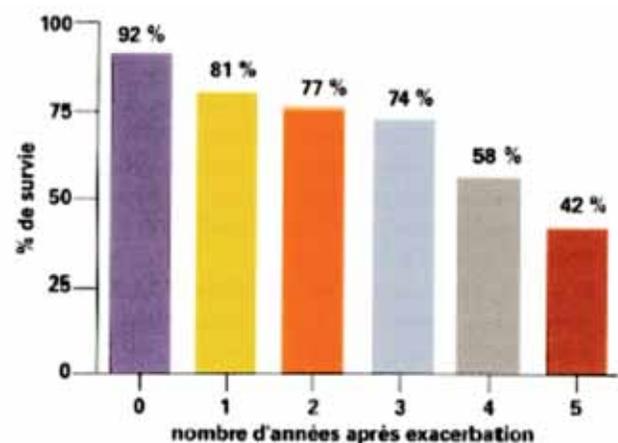


figure 3 : Pourcentage de survie dans les 5 ans suivant une exacerbation de BPCO.

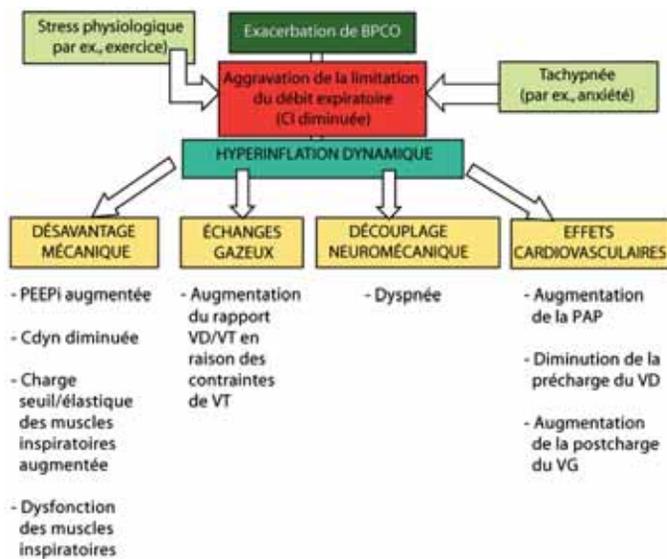


Figure 4 : Physiopathologie. Conséquences physiologiques des exacerbations de BPCO.

CI : capacité inspiratoire ; PEEPI : pression intrinsèque positive de fin d'expiration ; Cdyn : compliance dynamique ; VD/VT : volume espace mort/courant ; VT : volume courant ; PAP : pression artérielle pulmonaire ; VD : ventricule droit ; VG : ventricule gauche.

60mmHg, en l'absence de fièvre et d'acidose) doit être corrigée sans délai.

La nécessité d'instaurer une oxygénothérapie lors d'une exacerbation impose une gestion hospitalière.

L'utilisation de masques à mélangeurs apporte, en termes de temps passé à une SpO₂ > 90 %, un bénéfice modéré par rapport aux sondes nasales ou « lunettes », qui ont de plus l'inconvénient de ne pas assurer une FiO₂ stable. L'utilisation de masques est donc recommandée dans les formes sévères. Une oxygénothérapie « contrôlée » (débit suffisant à maintenir la SpO₂ au-dessus de 90 %, en évitant de dépasser 94-95 %) expose rarement à une majoration de l'hypercapnie. Ce risque existe néanmoins ; il fait partie des raisons qui imposent de ne pas limiter la surveillance à l'oxymétrie transcutanée et de pratiquer des gazométries séquentielles (splf 2003).

Bronchodilatateurs :

Le retentissement physiologique associé aux exacerbations de BPCO est résumé

dans la figure 4. Il s'agit principalement d'une distension dynamique liée à l'aggravation de la limitation des débits expiratoires [13].

Il est bien démontré que réduire la distension pulmonaire est la cible majeure de la thérapeutique.

Les bronchodilatateurs sont indiqués systématiquement au cours des exacerbations, en raison de leur efficacité sur les symptômes.

Les bêta-2 agonistes et anticholinergiques de courte durée d'action par voie inhalée sont d'efficacité équivalente et un effet additif n'est pas démontré [23].

En cas de prise en charge ambulatoire, la posologie et/ou la fréquence d'administration du bronchodilatateur utilisé par le patient doit être augmentée. Il n'est pas recommandé de prescrire des bronchodilatateurs par nébulisation.

En cas de prise en charge hospitalière, les bêta-2 agonistes de courte durée d'action sont efficaces et recommandés en première intention. La nébulisation est utile en cas d'effica-

cité insuffisante de l'inhalation classique. En l'absence d'amélioration rapide, un anticholinergique peut être associé, mais une évaluation de la gravité en vue d'une admission en réanimation doit être faite.

Corticoïdes :

La notion d'une réversibilité documentée de l'obstruction bronchique doit inciter fortement à prescrire des corticoïdes, dans l'hypothèse d'une « composante asthmatique ». En l'absence d'une telle réversibilité, les corticoïdes systémiques peuvent apporter un bénéfice marginal dans certains sous-groupes de patients souffrant de BPCO sévère hospitalisés pour décompensation [24]. Ce bénéfice concerne essentiellement la vitesse d'amélioration d'indices spirométriques d'obstruction et non des critères de jugement cliniques [25]. Ce bénéfice est de très courte durée et est contrebalancé par un risque non négligeable d'effets secondaires [25], à court terme (équilibre glycémique) et à long terme (fonction musculaire).

Une réduction de 24 à 36 h de la durée d'hospitalisation a été observée dans l'étude la plus solide sur le sujet [24], mais des critiques méthodologiques affaiblissent les conclusions. Il n'y a donc pas, à ce jour, de preuve formelle d'un bénéfice clinique et, *a fortiori*, d'une balance bénéfice-risque favorable.

Les corticoïdes systémiques ne

doivent donc pas être prescrits systématiquement. S'ils le sont, ce doit être à dose modérée (0,5 mg/kg/j d'équivalent prednisone) et pour une durée courte. La voie inhalée pourrait limiter les effets secondaires, mais ses bénéfices cliniques restent à évaluer [26].

Kinésithérapie :

La kinésithérapie respiratoire a démontré un intérêt en termes de désencombrement bronchique. Diverses techniques (drainage postural, oscillations sous pression positive, accélération du flux expiratoire) ont une efficacité comparable [27]. La question d'un réentraînement à l'effort doit être posée dès la fin de l'exacerbation.

Antibiothérapie :

La prescription d'antibiotiques ne doit pas être systématique. La sévérité d'une exacerbation ne constitue pas en soi une indication à l'antibiothérapie.

Une antibiothérapie est recommandée dans les stades 1, 2 et 3 de la maladie en cas de franche purulence verdâtre de l'expectoration et/ou une augmentation de la dyspnée et/ou une ou plusieurs comorbidité(s) (recos Vidal).

Les antibiotiques à utiliser varient selon le stade et l'existence ou non de facteurs de risque (figure 5) :

Figure 5 : Facteurs de risque de l'exacerbation

1. VEMS < 30 % en état stable
2. Hypoxémie de repos (< 60 mmHg)
3. Exacerbations fréquentes (? 4)
4. Corticothérapie systémique au long cours
5. Comorbidité(s)
6. Antécédents de pneumonie

- Stades 1 et 2 sans facteur de risque : amoxicilline (3 g par jour) ou macrolide ou pristinamycine. La télithromycine n'est indiquée que dans les exacerbations aiguës des bronchites chroniques documentées ou suspectées à bactéries résistantes aux bêta-lactamines et/ou aux macrolides (en fonction des antécédents du patient ou des données de résistance nationales/régionales).

- Stade 3 ou facteur(s) de risque associé(s) : amoxicilline-acide clavulanique (3 g par jour amoxicilline) ou céphalosporines de 2^e génération : céfuroxime-axétil ou céphalosporines de 3^e génération : céfopodoxime-proxétil, céfotiam-hexétil, ceftriaxone par voie parentérale limitée à certaines situations dont des difficultés d'administration par voie orale ou fluoroquinolone antipneumococcique : lévofloxacine ou moxifloxacine.

La durée du traitement antibiotique est classiquement de 7 à 10 jours. Certains antibiotiques ont une durée de traitement plus courte : pristinamycine (4 jours), clarithromycine à libération prolongée (uniquement à la posologie de 1000 mg par jour pendant 5 jours), moxifloxacine (5 jours) et télithromycine (5 jours).

En 2005, le ministère de la santé et des solidarités a mis en place, pour 5 ans, un programme d'actions en faveur de la BPCO « Connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO » [28]. Les objectifs généraux de ce plan sont de diminuer la fréquence de la BPCO en population générale en 2010, la mortalité évitable ainsi que les hospitalisations par une prise en charge adaptée. Il se décline en 6 axes stratégiques. L'axe

5, consacré à l'amélioration de l'accès aux soins et à la qualité de la prise en charge des malades, contient un chapitre spécifique à la prise en charge des exacerbations de

BPCO. Dans ce contexte, plusieurs études françaises sont en cours qui permettront d'améliorer les connaissances épidémiologiques sur la maladie [29].

Il y a en effet urgence à mieux comprendre la pathogénie de cette affection et à continuer les études épidémiologiques dans le but ultime de développer la prévention. ■

Bibliographie

1. Donaldson GC, Wedzicha JA : COPD exacerbations. I. Epidemiology. *Thorax* 2006 ; 61 : 164-8.
2. Fournier M, Tonnel AB, Housset B, Huchon G, Godard P, Vervloet D, Huas D, Durand-Zaleski I, Chanal I, Pribil C, Groupe SCOPE : Economic burden of COPD: the SCOPE study. *Rev Mal Respir* 2005 ; 22 : 247-55.
3. Donaldson GC, Seemungal TA, Bhowmik A, Wedzicha JA : Relationship between exacerbation frequency and lung function decline in chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2002 ; 57 : 847-52.
4. Tillie-Leblond I, Marquette CH, Perez T, Scherpereel A, Zanetti C, Tonnel AB, Remy-Jardin M : Pulmonary embolism in patient with unexplained exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease : prevalence and risk factors. *Ann Intern Med* 2006 ; 144 : 390-6.
5. Rutschmann OT, Cornuz J, Poletti PA, Bridevaux PO, Hugli OW, Qanadli SD, Perrier A : Should pulmonary embolism be suspected in exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease? *Thorax* 2007 ; 62 : 121-5.
6. Gump DW, Phillips CA, Forsyth BR, McIntosh K, Lamborn KR, Stouch WH : Role of infection in chronic bronchitis. *Am Rev Respir Dis* 1976 ; 113 : 465-74.
7. Eller J, Ede A, Schaberg T, Niederman MS, Mauch H, Lode H : Infective exacerbations of chronic bronchitis. Relation between bacteriologic etiology and lung function. *Chest* 1998 ; 113 : 1542-8.
8. Miratvilles M, Espinosa C, Fernandez-Laso E, Martos JA, Maldonado JA, Gallego M : Relationship between bacterial flora in sputum and functional impairment in patients with acute exacerbation of COPD. *Chest* 1999 ; 116 : 40-6.
9. Soler-Cataluna JJ, Martinez-Garcia MA, Roman Sanchez P, Salcedo E, Navarro M, Ochando R : Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2005 ; 60 : 925-31.
10. Andersson F, Borg S, Jansson SA, Jonsson AC, Ericsson A, Prutz C, Ronmark E, Lundback B : The costs of exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Respir Med* 2002 ; 96 : 700-8.
11. Oostenbrink JB, Rutten-van Molken MP : Resource use and risk factors in high-cost exacerbations of COPD. *Respir Med* 2004 ; 98 : 883-91.
12. Roche N, Zureik M, Neukirch F, Perrotin D, et le comité Urgences BPCO 2003 : L'étude « Urgences BPCO 2003 » : une description de la prise en charge hospitalière des exacerbations de BPCO. *Rev Mal Respir* 2004 ; 21 : 117-22.
13. O'Donnell DE, Laveneziana P : The clinical importance of dynamic lung hyperinflation in COPD. *COPD* 2006 ; 3 : 219-32.
14. Stevenson NJ, Walker PP, Costello RW, Calverley PM : Lung mechanics and dyspnea during exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2005 ; 172 : 1510-6.
15. Soler-Cataluna JJ, Martinez-Garcia MA, Roman Sanchez P, Salcedo E, Navarro M, Ochando R : Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2005 ; 60 : 925-31.
16. Sprooten RTM, Van Noord JA, Bindels HJC, Van Vliet M : Five-year follow-up after hospitalisation for acute exacerbation of COPD. *Proc Am Thor Soc* 2006 ; 3 : A272
17. Wilkinson TM, Donaldson GC, Hurst JR, Seemungal TA, Wedzicha JA : Early therapy improves outcomes of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2004 ; 169 : 1298-303.
18. Seemungal TA, Donaldson GC, Bhowmik A, Jeffries DJ, Wedzicha JA : Time course and recovery of exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2000 ; 161 : 1608-13.
19. Bott J, Keilty J, Elliott MW, Moxham J, Carroll MP, Conway H, Brown AM, Godfrey RC, Ward EM, Paul EA, Wedzicha JA : Randomised controlled trial of nasal ventilation in acute ventilatory failure due to chronic obstructive airways disease. *Lancet* 1993 ; 341 : 1555-7.
20. Brochard L, Mancebo J, Wysocki M, Lofaso F, Conti G, Rauss A, Simonneau G, Salvador B, Gasparetto A, Lemaire F, Isabey D, Harf A : Non-invasive ventilation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 1995 ; 333 : 817-22.
21. Lightowler JV, Wedzicha JA, Elliott MW, Ram FSF : Non-invasive positive pressure ventilation to treat respiratory failure resulting from exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003 ; 326 : 185-90.
22. Brochard L, Mancebo J, Elliott MW : Noninvasive ventilation for acute respiratory failure. *Eur Respir J* 2002 ; 19 : 712-21.
23. McCrory D, Brown C : Anti-cholinergic bronchodilators versus beta-2 sympathomimetic agents for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (Cochrane Review). The Cochrane Library, Update Software, Oxford: 2002.
24. Niewoehner DE, Erbland ML, Deupree RH, Collins D, Gross NJ, Light RW, Anderson P, Morgan MA : Effect of systemic glucocorticoids on exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 1999 ; 340 : 1941-7.
25. Wood-Baker R, Walters E, Gibson P : Oral corticosteroids for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (Cochrane Review). The Cochrane Library, Update Software, Oxford: 2002.
26. Maltais F, Ostinelli J, Bourbeau J, Tonnel AB, Jacquement N, Haddon J, Rouleau M, Bouhanna M, Martinot JB, Duroux P : Comparison of nebulized budesonide and oral prednisolone with placebo in the treatment of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. A randomized controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med* 2002 ; 165 : 698-703.
27. Bellone A, Lascioli R, Raschi S, Guzzi L, Adone R : Chest physical therapy in patients with acute exacerbation of chronic bronchitis: effectiveness of three methods. *Arch Phys Med Rehabil* 2000 ; 81 : 558-60.
28. Ministère de la santé et des solidarités. Connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO. 2005-2010.
29. Roche N, Zureik M, Neukirch F, Perrotin D, et le comité Urgences BPCO 2003 : L'étude « Urgences BPCO 2003 » : une description de la prise en charge hospitalière des exacerbations de BPCO. *Rev Mal Respir* 2004 ; 21 : 117-22.

L'éducation thérapeutique des BPCO

par le Dr Nicolas Roche, pneumologie et réanimation, Hôtel-Dieu / APHP



La BPCO est un fardeau pour l'individu et la société (1 ; 2). Plusieurs moyens de lutte contre cette affection sont disponibles : prévention avec la lutte contre le tabagisme et les expositions environnementales, professionnelles essentiellement ; traitements pharmacologiques (bronchodilatateurs avant tout et associations bêta2 agonistes de longue durée d'action + corticostéroïdes inhalés, sous certaines conditions : VEMS < 50% de la théorique, exacerbations répétées) ; assistance respiratoire, qui ne concerne qu'une minorité de malades avoisinant tout de même les 100 000 ; enfin, la réhabilitation respiratoire joue un rôle majeur dans la prise en charge dès lors qu'il persiste une dyspnée (handicap mal-

gré le traitement pharmacologique bien conduit (1 ; 3-5). Cette modalité de prise en charge est multi-professionnelle (médecins, kinésithérapeutes, infirmières, éducateurs physiques et sportifs,

diététiciennes et nutritionnistes, psychologues, assistantes sociales...) et repose sur plusieurs composantes : aide à l'arrêt du tabac, réentraînement à l'effort, ergothérapie, kinésithérapie, éducation, soutien nutritionnel, prise en charge psychologique, assistance sociale... L'éducation thérapeutique, qui fait partie intégrante de la réhabilitation, peut contribuer à (6) :

- favoriser l'observance et la bonne technique d'utilisation des dispositifs d'inhalation,
- aider le malade à adapter ses activités et exercices à son handicap,
- faciliter l'identification et l'autogestion des exacerbations, réduisant ainsi le recours aux soins,

- rendre plus aisée et efficace la communication médecin-malade et malade-entourage,
- améliorer la capacité des malades à gérer leur maladie et mieux vivre avec elle.

Quel niveau de preuve ?

Essais randomisés

Trois grandes études ont contribué à évaluer la place de l'éducation dans la BPCO. Elles émanent de Norvège, des Pays-bas et du Canada. Dans l'essai randomisé norvégien, 78 asthmatiques et 62 BPCO ont été suivis un an, après une éducation basée sur 2 séances de groupe et une ou deux séances individuelles.

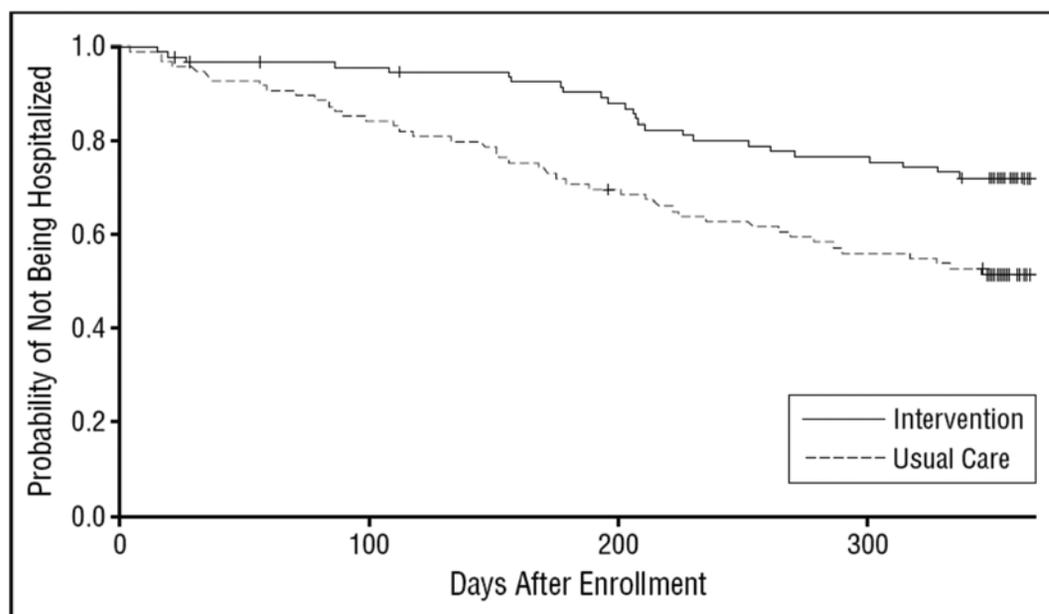


Figure 1 : effet de l'éducation sur la survie sans exacerbation dans l'étude canadienne.

Tableau 1 : bénéfices de l'éducation thérapeutique dans l'étude canadienne (12, 13)

Critère	% de réduction à 1 an
Hospitalisations pour exacerbation de BPCO	39,8%
Hospitalisation pour tout motif	57,1 %
Visites aux urgences	41 %

Encadré 1 : contextes de réalisation de l'éducation dans la BPCO.

- dans toute consultation médicale (pneumologue, médecin traitant, tabacologue...) ou de kinésithérapie;
- lors de rencontres avec certains professionnels : assistante sociale, psychologue, diététicienne...
- dans le cadre d'une réhabilitation respiratoire en centre ou au sein d'un réseau;
- lors de consultations médicales ou paramédicales spécialisées, ayant l'éducation pour objet spécifique.

Encadré 2 : thèmes de l'éducation des malades atteints de BPCO selon les recommandations de l'ATS, 2006 (5)

- Stratégies ventilatoires
- Fonction respiratoire normale et physiopathologie
- Utilisation des médicaments, oxygène inclus (observance, technique d'inhalation)
- Techniques d'hygiène bronchique
- Bénéfices de l'exercice et maintien des activités physiques
- Techniques « d'économie d'énergie » et de simplification des tâches
- Alimentation
- Évitement des irritants, incluant l'arrêt du tabac
- Prévention et traitement précoce des exacerbations
- Quand et comment joindre les professionnels de santé?
- Loisirs, voyages et sexualité
- Gérer la maladie chronique et décisions concernant la fin de vie
- Contrôle de l'anxiété (incluant les techniques de relaxation et de gestion du stress)

Encadré 3 : points essentiels sur l'éducation dans les recommandations de l'ATS, 2006 (5)

- l'éducation doit être centrée sur l'auto-gestion;
- elle doit reposer sur un plan d'action sur la gestion des exacerbations et inclure des discussions sur la fin de vie;
- chez des patients sélectionnés, la kinésithérapie (techniques ventilatoires, drainage bronchique) doit être envisagée;
- l'accent doit être mis sur le maintien à domicile des bénéfices de la réhabilitation, en particulier concernant l'exercice physique.

Dans le groupe « éduqué », la qualité de vie ne s'est pas améliorée chez les BPCO, alors qu'un tel effet était noté chez les asthmatiques (7). Point intéressant, les bénéfices observés chez ces derniers étaient réduits en cas de tabagisme (8). Surtout, l'éducation des BPCO réduisait les dépenses de santé en diminuant le recours aux soins et les traitements de secours (9).

Dans l'étude hollandaise (n=248, 1 an), un programme d'éducation à l'auto-gestion des exacerbations et de la vie quotidienne (activité physique) n'a pas permis d'obtenir de bénéfice en terme de qualité de vie, de symptômes, de test de marche, d'exacerbations et de recours aux soins (10). Cependant, une analyse qualitative d'un sous-groupe des malades inclus (n=20) a mis en évidence des bénéfices susceptibles de ne pas être « capturés » par le questionnaire de qualité de vie utilisé (11): les patients rapportaient en particulier plus de confiance en eux et plus de sécurité ressentie.

Enfin, dans l'étude canadienne, 191 patients ont été randomisés et suivis un an. Le principal critère d'inclusion était la nécessité d'une hospitalisation pour exacerbation dans l'année précédente. L'éducation consistait en 8 séances sur 2 mois (1/semaine) suivies de contacts téléphoniques mensuels, l'ensemble étant supervisé par un « case manager ». Le tableau 1 expose les principaux résultats cliniques (12). En particulier, une augmentation significative de la « survie sans hospitalisation » a été notée (figure 1). Sur un plan économique, si chaque « case manager » suivait 50 patients, l'éducation permettrait une économie d'environ 2000 \$

canadiens par an et par patient (13).

Revue systématique

L'ensemble des études sur l'éducation thérapeutique des BPCO a fait l'objet de trois revues systématiques, deux sur l'éducation en général (2003 et 2006) (14 ; 15) et une sur l'éducation centrée sur les plans d'action (2005) (16). Selon cette dernière (16), ces derniers améliorent la reconnaissance des exacerbations par le malade et l'initiation des antibiotiques ou corticostéroïdes. Le bénéfice possible en terme de qualité de vie et de recours aux soins n'a pu y être démontré statistiquement en raison de l'hétérogénéité des études, des effectifs relativement restreints et des critères d'évaluation parfois insuffisants. Il faut toutefois remarquer que l'étude canadienne n'était pas incluse dans l'analyse car la composante « plans d'action » n'y était pas individualisée.

Education dans la BPCO : en pratique (1 ; 5 ; 17)

L'éducation est par définition un processus continu délivré autant que possible en intrication étroite avec les autres composantes des soins. Elle peut être proposée dans différents contextes volontiers complémentaires (encadré 1). Un des inconvénients communs à la majorité des travaux sur l'éducation des malades atteints de BPCO, est qu'ils donnent assez peu de détails sur le contenu des programmes délivrés. Des exemples de thèmes à aborder ont été fournis dans les recommandations de l'American Thoracic Society sur la

Encadré 4 : domaines de l'éducation thérapeutique des malades atteints de BPCO, argumentaire des recommandations de la SPLF sur la réhabilitation respiratoire (1). Pour chacun, des intervenants dans le processus éducatif sont proposés

a. Les traitements :

- Éducation aux traitements médicamenteux (régularité du traitement, traitement de fond et traitement de « réserve », adhésion et prise de confiance dans le traitement) : médecins.

b. La réhabilitation : médecins, kinésithérapeute, professeurs activités physiques adaptées.

- Réentraînement à l'exercice.
- Maintien d'une activité physique dans son quotidien.

c. La prévention des infections et les signes d'une décompensation : médecins.

- Prévention (« les mitaines de l'hiver »).
- Dépistage des signes d'aggravation (ses symptômes, ses facteurs déclenchants...).
- Conduite à tenir (et entre autre, savoir quand recourir aux soins ou initier un traitement préétabli).

d. Le sevrage tabagique ou la maîtrise de sa consommation.

e. Les activités de la vie quotidienne : comment vivre avec un handicap respiratoire : ergothérapeutes, médecins, aide soignantes, kinésithérapeutes.

- Réorganisation de sa vie quotidienne (personnelle, familiale et sociale).
- Gestion de son angoisse, de la dyspnée.

f. La vie sous oxygène ou avec une VNI : médecins, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, infirmières, aides-soignantes.

- Modalités, régularité.
- Travail sur le regard de l'autre.
- Réorganisation de la vie quotidienne (personnelle, familiale et sociale).

g. Physiopathologie de la BPCO : médecins.

On traitera aussi des connaissances que doit acquérir le malade sur sa maladie et les mécanismes, ses symptômes, la prise de conscience de ses représentations.

h. Diététique : diététiciennes, endocrinologues.

Encadré 5 : composantes du diagnostic éducatif (recommandations de la SPLF sur la réhabilitation respiratoire, 2006) (1)

- motivation à connaître et à gérer la maladie,
- connaissances sur la maladie, expérience de cette maladie et de son traitement,
- demandes, potentialités,
- conditions de vie,
- projet personnel et professionnel.

Encadré 6 : exemples de compétences à acquérir par l'éducation thérapeutique (17)

Comprendre la maladie

Expliquer les mécanismes physiopathologiques de la maladie

- Donner une définition de la BPCO
- Connaître les causes de la BPCO
- Agir sur l'environnement pour limiter la présence de facteurs aggravants

L'exacerbation

Analyser les circonstances dans lesquelles se déclenchent les exacerbations

Analyser la présence de symptômes indiquant l'évolution de l'état respiratoire vers une exacerbation ()*

- Donner une définition de l'exacerbation
- Identifier les signes d'aggravation de l'état respiratoire
- Reconnaître les signes annonciateurs des exacerbations
- Interpréter une gêne respiratoire
- Reconnaître les facteurs déstabilisant l'état respiratoire
- Maîtriser la respiration et le stress
- Appliquer le plan de traitement

Le traitement

Adapter le traitement en tenant compte des symptômes et des modes d'action des médicaments

- expliquer l'action des médicaments
- différencier l'action du traitement au long cours et du traitement à la demande
- Evaluer l'état respiratoire
- Utiliser correctement les dispositifs d'inhalation

Le suivi médical

- Planifier la surveillance médicale avec le médecin
- Utiliser un carnet de suivi

Le mode de vie

- Prévoir les activités quotidiennes, de loisir et les vacances en tenant compte des risques environnementaux
- Gérer (ou analyser) les risques liés au tabac et aux ambiances enfumées
- Négocier avec l'employeur un changement de poste
- Expliquer à l'entourage la maladie et la conduite à tenir lors d'une aggravation
- Exprimer ses représentations et son vécu sur sa maladie et sur son traitement.

réhabilitation respiratoire (encadré 2). Les points essentiels de ces recommandations sont mentionnés dans l'encadré 3. De son côté, la SPLF regroupe les thèmes de l'éducation en 8 domaines détaillés dans l'encadré 4.

Dans tous les cas, l'éducation doit commencer par un diagnostic éducatif individuel

(encadré 5 : qu'a le patient ? Que fait-il ? Que sait-il ? Qui est-il ? Quel est son projet ?) qui mènera au contrat d'éducation. Le contrat éducatif est centré sur les compétences que le patient cherchera à acquérir, en fonction de ses objectifs (encadré 6). Certaines compétences incontournables sont dites « de

Tableau 2 : exemples de questions pouvant être utilisées pour évaluer l'évolution du malade au cours du processus éducatif (17)

Domaine	Question
Perception du problème	Que savez-vous sur ?
Expérimentation	Comment allez vous essayer concrètement ?
Application dans la vie quotidienne	Comment comptez-vous faire ? Quelles sont les difficultés que vous prévoyez ?
Interprétation d'un évènement	Comment avez-vous vécu cet épisode ?
Maintien des comportements	Comment pourriez-vous continuer de faire ?
Qualité de vie	Parmi vos activités familiales, sociales, professionnelles, de loisirs, quelles sont celles que vous avez du réduire ou abandonner ? Que voudriez-vous entreprendre que votre maladie vous empêche de faire ?

sécurité », car elles visent à préserver la vie du patient. Le programme éducatif proprement dit comporte des séances individuelles et/ou en groupe qui devront privilégier la participation du patient et l'interactivité plutôt que les exposés didactiques descendants (17). Les connaissances et comportements du patient seront évalués tout au long du processus (tableau 2). L'éducation peut s'aider de divers supports : documentation écrite ou audio-visuelle bien sûr (en tant que support de la réflexion et de l'identification des questions à aborder) mais aussi et surtout ateliers et tables rondes, mises en situation et jeux de rôle, études de cas, jeux de cartes/images... Le nombre et la durée des séances sont variables selon les équipes : le plus souvent, 4 à 8 séances d'une à deux heures sont proposées, à un rythme moyen d'une séance par semaine ou quinzaine. Les différentes composantes de l'éducation doivent être recensées au sein d'un dossier éducatif, propriété du malade, qui aidera à la cohérence des infor-

mations délivrées entre les différents soignants, le malade et son entourage.

Conclusions et perspectives

Dans le domaine de la BPCO comme dans nombre de maladies chroniques, l'éducation joue un rôle primordial, tant sur le plan médical que sur le plan économique. En France, le nombre de soignants formés à l'éducation reste relativement limité. Le plus souvent, l'éducation est délivrée, soit de manière informelle lors des consultations habituelles, soit de manière structurée lors de programmes

de réhabilitation. La SPLF mène depuis 2004, en partenariat avec la Direction Générale de la Santé et les autres « instances » de la pneumologie (CNMR, FFAAIR, Association BPCO, Passerelles éducatives), un projet visant à développer un programme éducatif spécifiquement destiné aux malades souffrant de BPCO, qui va maintenant être évalué dans le cadre d'un essai randomisé avec suivi de un an. Il pourrait déboucher sur une amélioration du devenir des malades et, peut être, participer à favoriser la prise en compte de l'acte éducatif par le système d'assurance maladie. ■

Bibliographie

1. Recommandations de la Société de Pneumologie de Langue Française pour la réhabilitation du patient atteint de BPCO. Rev Mal Respir 2005; 22(4):696-704.
2. Biron E, Carre P, Chanez P, Crestani B, Cretin C, Dautzenberg B et al. [A operational plan on behalf of chronic obstructive bronchopneumopathy. 2005-2010. Knowledge, prevention and improved management of COBP]. Rev Mal Respir 2006; 23 Spec No 3:8S9-8S55.
3. National Heart Lung and Blood Institute., NIH, and World Health Organization. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive lung disease. 2006.
4. Société de Pneumologie de Langue Française. Recommandations pour la prise en charge de la bronchopneumopathie chronique obstructive. Rev Mal Respir 2003; 20:294-329.
5. Nici L, Donner C, Wouters E, ZuWallack R, Ambrosino N, Bourbeau J et al. American Thoracic Society/European Respiratory Society statement on pulmonary rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med 2006; 173(12):1390-413.
6. [Guidelines for the clinical management of COPD. Prevention and reduction of risk factors]. Rev.Mal Respir. 2003; 20(3 Pt 2):S28-S31.
7. Gallefoss F, Bakke PS, Rsgaard PK. Quality of life assessment after patient education in a randomized controlled study on asthma and chronic obstructive pulmonary disease. Am.J Respir Crit.Care Med 1999; 159(3):812-7.
8. Gallefoss F, Bakke PS. Does smoking affect the outcome of patient education and self-management in asthmatics? Patient Educ.Couns. 2003; 49(1):91-7.
9. Gallefoss F, Bakke PS. Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of self-management in patients with COPD—a 1-year follow-up randomized, controlled trial. Respir.Med. 2002; 96(6):424-31.
10. Monninkhof E, van d, V, van der PJ, Van Herwaarden C, Zielhuis G. Effects of a comprehensive self-management programme in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 2003; 22(5):815-20.
11. Monninkhof E, van der AM, van d, V, van der PJ, Zielhuis G, Koning K et al. A qualitative evaluation of a comprehensive self-management programme for COPD patients: effectiveness from the patients' perspective. Patient.Educ.Couns. 2004; 55(2):177-84.
12. Bourbeau J, Julien M, Maltais F, Rouleau M, Beaupre A, Begin R et al. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. Arch.Intern.Med. 2003; 163(5):585-91.
13. Bourbeau J, Collet JP, Schwartzman K, Ducruet T, Nault D, Bradley C. Economic benefits of self-management education in COPD. Chest 2006; 130(6):1704-11.
14. Monninkhof E, van d, V, van der PJ, Van Herwaarden C, Partridge MR, Zielhuis G. Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. Thorax 2003; 58(5):394-8.
15. Blackstock F, Webster KE. Disease-specific health education for COPD: a systematic review of changes in health outcomes. Health Educ.Res 2006 (epub ahead of print).
16. Turnock AC, Walters EH, Walters JA, Wood-Baker R. Action plans for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane. Database. Syst. Rev 2005(4) :CD005074.
17. Education thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent. Rev.Mal Respir 2002; 19(2 Pt 2):2S4-84

Suite de la page 21

Mais le cahier des charges de cette nouvelle génération de responsables reste en devenir. Dans l'état actuel des choses le corps des directeurs connaît deux handicaps : sa formation est encore fermée ou quasi fermée, aboutissant à une pratique et un discours unique. Par ailleurs, comment forger une compétence transversale alors qu'il n'est plus possible d'assurer un haut niveau de compétence dans des missions aussi différentes que celles de la gestion financière, celles des ressources humaines, des services économiques ou des chantiers architecturaux. La création de l'École des hautes études de santé publique (EHESP) peut probablement modifier les choses ;

3 structurer le service hospitalier le point de vue de la CMH

Le territoire est l'ensemble cohérent d'organisation de la prévention, des soins et de la coordination des professionnels.

Une telle organisation ne peut se décliner qu'à partir de la création des Agences régionales de santé. **Ces ARS ne doivent pas ressembler à des clones de « l'avenue Victoria » dans chacune des régions. Les ARS pourraient utilement mettre à disposition des boîtes à outils.** Les objectifs devraient être :

Mettre un terme au clivage entre les soins de villes et les soins hospitaliers. Il s'agit aussi de coordonner les actions de tous les professionnels (assistants sociaux, infirmières...) Cela signifie que les ARS puissent assumer la fongibilité des enveloppes financières ;

Cela signifie aussi qu'ils doivent pouvoir mettre à disposition des hôpitaux et des structures les expériences, les savoir faire et les compétences dans

cependant, son effet ne se fera sentir que dans plusieurs années.

Enfin et surtout, le vrai niveau de responsabilité ne nous semble plus être maintenant situé au niveau de l'hôpital mais au niveau du territoire ; c'est à ce niveau qu'un « patron » doit pouvoir faire aboutir les consensus ou provoquer les arbitrages. Au total, nous pensons indispensable de continuer à médicaliser le pilotage de l'hôpital ; la direction hospitalière doit sortir de la logique de corps et permettre un recrutement ouvert, l'École des hautes études de santé publique étant l'outil de formation et de professionnalisation indispensable. Le territoire est le lieu essentiel du pilotage.

des domaines tels que l'informatique, les filières logistiques, les références architecturales, le champ de l'évaluation, etc. Les hôpitaux sont trop souvent amenés à réinventer l'eau chaude en recrutant localement des compétences dans ces divers domaines. Outre le fait que cette démarche participe à gonfler le poids de la techno structure et à augmenter les coûts, la parcellisation des compétences nuit sûrement à leur efficacité.

A partir de la définition des besoins par territoire et de leur quantification, l'objectif serait d'attribuer à des équipes médicales de taille suffisante dans chaque spécialité chacune des missions de prévention et de soins ; les équipes, que ne séparerait plus le clivage de l'hôpital bénéficieraient, le cas échéant, de nouveaux modes commun de rémunération. Les équipes pourraient intervenir en commun sur les plateaux techniques.

Certaines activités pointues doivent naturellement dépasser le territoire et doivent être organisées soit au niveau régional, soit même au niveau inter régional.

4 améliorer l'attractivité pour les professionnels le point de vue de la CMH

Les professionnels hospitaliers et notamment les professionnels médicaux doivent voir redéfinir leur intérêt à agir au sein d'un territoire. Un des éléments de la morosité actuelle porte sur le flou de l'intérêt à agir. Cela signifie :

Que les statuts des professionnels doivent permettre **l'évolutivité des carrières** et des métiers ; cette évolutivité permettant selon la motivation, les savoir faire, l'âge, le déroulé de carrière, la participation possible et évolutive aux différentes missions que sont le soin, l'enseignement et éventuellement la recherche, mais aussi la mission de gestion et d'évaluation.

La convergence de la rémunération médicale avec de nouveaux modes partagés est indispensable pour rassembler les professionnels médicaux et privés. Le travail en équipe de taille suffisante permet d'améliorer la compétence collective et le partage des tâches.

La création de masters spécialisés pour les personnels non médicaux est nécessaire au niveau de la licence. Ils doivent être accessibles en donnant l'équivalent du niveau licence par validation de la for-

L'hôpital doit dans cette organisation être le lieu d'excellence et de recours bref aussi bien pour les phases de diagnostic que thérapeutiques dans une intégration territoriale forte.

mation initiale et des acquis professionnels. Ils doivent déboucher sur la reconnaissance de nouveaux métiers par une formation tant universitaire que par stages en alternance.

La revalorisation financière, notamment des personnels soignants, est indispensable.

L'accès à des plateaux techniques performants et à l'innovation fait très certainement partie des mesures d'attractivité importantes ; au-delà, la promotion de la recherche clinique est un puissant catalyseur du travail en équipe et des échanges entre hôpitaux universitaires et non universitaires. L'existence d'échanges entre les générations est indispensable au dynamisme des équipes. Elle permet aussi aux jeunes étudiants d'accéder à toutes les formes d'exercice et d'intégrer la notion d'équipe dans les pratiques professionnelles.

La qualité doit être promue non pas comme la somme de méthodes complexes et sans impact visible sur la pratique, mais être suffisamment simplifiée et opérationnelle pour être facteur d'intérêt. L'HAS est bien sûr au centre du dispositif.

5 dynamiser la recherche et l'enseignement le point de vue de la CMH

Dans le domaine de la santé, il convient de proposer des mesures différentes pour la recherche dite fondamentale d'une part et pour la recherche clinique, tout en sachant qu'il existe des passerelles et qu'une

coopération entre les secteurs ne peut qu'être porteuse de succès. Pour la première, un cursus long dans les UFR médicales, odontologiques, voir pharmaceutiques, n'est pas forcément utile. C'est dans ce

champ que la réforme des universités doit permettre d'augmenter, par un dialogue constructif avec les doyens concernés, le nombre de postes et de laboratoires effectivement ouverts dans les UFR médicales à des enseignants – chercheurs d'autres origines. La recherche clinique non sponsorisée par l'industrie doit cesser d'être le parent pauvre et s'ouvrir avec des moyens adéquats à des professionnels non titulaires d'une fonction statutaire HU. Il en est ainsi en particulier pour les MERRI : la procédure de conventionnement avec le CHU doit être

simplifiée dans le cadre d'un programme pluriannuel. Il en est de même pour les PHRC. Chaque fois que le volume de la recherche clinique atteint un niveau critique, des structures type URC ou CIC, éventuellement mutualisées entre plusieurs CH, doivent être encouragées.

Les dispositions pour la mise en place de postes d'enseignants associés de niveau MCU et PU doivent être complétées, puis insérées dans le contrat pluriannuel de l'université donc de l'UFR. Il en est de même de l'attribution d'heures d'enseignement pour

les PH devenues, dans les faits, exceptionnelles.

Enfin la taille de certains CHU ne leur permet pas la mise en place d'un programme ambitieux d'enseignement et de recherche. Une coopération entre CHU, voire une fédération d'établissements, doit être encouragée. Il paraît par ailleurs pertinent que deux UFR appartenant à la même université fusionnent, mouvement engagé mais non généralisé.

Pour les personnels titulaires HU, leur triple fonction, voire quadruple si l'on adjoint les missions d'organisation, peut

difficilement être menée à bien de manière parallèle sans séquençage dans le temps. L'organisation de ceci va être facilitée si les pôles jouent pleinement leur rôle.

Restent trois sujets épineux sans solution simple :

La formation initiale des infirmières : universitaire ou professionnelle.

Les stages extra hospitaliers publics des internes par exemple en clinique pour la chirurgie.

Le choix initial par région et par spécialité d'exercice et non par grandes disciplines des internes de spécialité. ■

BULLETIN D'ABONNEMENT

OUI

je désire souscrire un abonnement annuel (4 numéros) à Officiel Santé.

Veillez trouver ci-joint mon règlement pour la somme totale de 18,29 € à l'ordre de P.E.C.

Chèque bancaire

Chèque postal

NOM PRÉNOM

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

Bulletin à compléter et à retourner à :

P.E.C. - Service Abonnements, 14, bd du Commandeur, 13009 Marseille

REMERCIEMENTS AUX PARTENAIRES D'OFFICIEL SANTÉ

LABORATOIRES ACTELION

LABORATOIRES IVAX

ANTADIR

LABORATOIRES NOVARTIS

LABORATOIRES BAYERSCHERING PHARMA

NOVATECH

LABORATOIRES BOEHRINGER INGELHEIM

PENTAX FRANCE

DIEULEFIT SANTÉ

LABORATOIRES PIERRE FABRE

FRANCE OXYGENE VIVISOL

LABORATOIRES PFIZER

LABORATOIRES GLAXOSMITHKLINE

RICHARD WOLF

LES HIRONDELLES

LABORATOIRES SANOFI AVENTIS

INVACARE POIRIER SAS

LABORATOIRES UCB PHARMA