

Créer les conditions de la santé respiratoire*

É D I T O R I A L

LE SYSTÈME DE SANTÉ évolue au fil du temps. Il s'adapte aux connaissances médico-scientifiques, aux besoins liés à l'évolution des pathologies – leur chronicisation notamment – ainsi qu'aux différentes crises sanitaires. Celle de la Covid-19, à la fois sanitaire, sociale, économique et culturelle, en est un parfait exemple.

Étant donné sa conception, notre système de santé a facilité l'accessibilité à certaines innovations, qu'elles soient organisationnelles et/ou technologiques, dont la télé-médecine. L'essor de celle-ci a été permis par une offre favorable, une demande forte liée au confinement général ainsi que des dérogations aux dispositions législatives. Si celles-ci n'ont été que temporaires, une dynamique est néanmoins en marche, qui ne saurait plus s'arrêter, car ces nouvelles dispositions ont contribué à un changement de la culture médicale et soignante vis-à-vis des pratiques à distance.

Maintenir un haut niveau de pratique de la télésanté en ville et à l'hôpital en promouvant une mise en œuvre territorialisée favorisant l'accès aux soins est indispensable. Cette évolution inéluctable de la prise en charge est indissociable de nouvelles organisations soignantes, du télésoin et des objets connectés. Ces derniers outils permettront le suivi à distance au plus près des malades chroniques, pour une plus grande qualité des soins et un contrôle optimisé de leurs maladies, tout en leur épargnant des déplacements et des hospitalisations.

Tout cela ne peut se concevoir qu'en fonction de l'organisation du système de soins au sein d'un territoire de santé, en ambulatoire, adapté aux besoins de la population.

Cette crise sanitaire a également mis en lumière la forte demande, de la part des patients, d'une information de qualité en provenance des médecins et des associations de patients, que cette information soit d'ordre général ou axée sur leurs interrogations quotidiennes.

Sur toutes ces thématiques, l'association Santé respiratoire France et le RespiLab sont engagés aux côtés des patients et de leur entourage, par le biais d'enquêtes, afin d'entendre leurs préoccupations, de coller à la réalité du terrain, de faire émerger des problématiques et des besoins, d'apporter des solutions et de se faire les porte-parole des malades chroniques respiratoires.

FRÉDÉRIC LE GUILLOU,
pneumologue,
président de Santé respiratoire France.



* LES RENCONTRES ANNUELLES 2020 DE SANTÉ RESPIRATOIRE FRANCE, LE 16 OCTOBRE, ONT EU POUR THÉMATIQUE : « COMMENT REPENSER L'ACCÈS À LA SANTÉ RESPIRATOIRE ? ». CE JOURNAL PRÉSENTE LES RÉSUMÉS DES DIFFÉRENTES INTERVENTIONS.

SANTÉ RESPIRATOIRE À FOND LE SOUFFLE

FRANCE

Octobre 2020

CONTINUITÉ DU PARCOURS DE SOINS POUR TOUS !

Compter, plus que jamais, sur le digital !

La crise sanitaire liée à la Covid-19 démontre la nécessité où nous sommes désormais de prendre le virage du numérique, pour une meilleure qualité de suivi des patients malades chroniques.

VINCENT DAFFOURD, vice-président de l'association Santé respiratoire France



« La crise sanitaire a mis en défaut notre capacité, soignants comme patients, à maintenir un parcours de soins fluide et sans rupture. Nous devons en tirer les leçons et encourager le développement des nouvelles technologies en support, gage de continuité du parcours de soins pour tous. Dans ce contexte, le développement de la téléconsultation doit être encouragé. Celle-ci offre un accès démocratisé au plus grand nombre, à condition d'être financée par l'Assurance maladie, sans reste à charge pour le patient. La multiplication des points de téléconsultation physiques (cabines connectées, par exemple) est un autre moyen pour assurer la continuité du parcours de soins, notamment dans les déserts médicaux, au même titre que les innovations technologiques, tels l'accompagnement kinésithérapique et l'activité physique adaptée en visio, ou encore le transfert automatique de l'ordonnance vers la pharmacie avec la livraison à domicile des prescriptions.

Les centres hospitaliers, mais aussi la médecine de ville, n'ont pas d'autre choix que de prendre le virage du numérique et d'adopter des solutions pour une meilleure qualité de suivi de leurs patients malades chroniques. À l'aide de la téléconsultation, bien entendu, mais aussi en s'appropriant des solutions de télésurveillance qui permettent de suivre au jour le jour les constantes et d'autres paramètres clés. Enfin, délivrer une information fiable et personnalisée est primordial. Ici entrent en jeu les associations de patients, qui peuvent offrir des services multicanaux (SMS, email, web, webTV) aux malades désireux de recevoir une information de qualité et rassurante, en temps de crise comme en cas de pic de pollution, par exemple. Les associations peuvent également conseiller leurs adhérents sur des applications mobile, des sites web ou autres, capables de les accompagner lors de séances de méditation, de coaching en ligne, de gestion du stress et de l'anxiété, ou d'informations sur la qualité de l'air. »

« La BPCO, une orpheline... »

PR CHANTAL RAHERISON-SEMJEN, présidente de la Société de pneumologie de langue française (SPLF)



« Nous plaidons depuis des années en faveur d'un plan ministériel BPCO. Nous avons rédigé en 2018 un Livre blanc de la BPCO démontrant l'urgence de la situation. Nous ne cessons d'interpeller les autorités, malheureusement sans succès évident. Le parcours de soins du patient BPCO doit être organisé et coordonné avec le spécialiste et le médecin traitant. L'analogie entre le suivi BPCO et celui des maladies rares est pertinente, à la différence que le pneumologue doit remplacer dans le premier cas les centres de compétence. Il faut, dès que l'on pense « santé respiratoire », une fois le diagnostic de BPCO évoqué, que l'on recoure à l'expertise respiratoire du spécialiste, que cela soit inscrit comme tel dans un parcours coordonné. Trop de patients n'ont qu'un diagnostic de probabilité clinique posé par le médecin traitant. Ils n'ont jamais bénéficié d'une exploration

fonctionnelle respiratoire (EFR) ni d'un bilan respiratoire, et ne l'auront qu'à l'occasion de complications ou à un stade très avancé de la maladie. Nous devons également convaincre les autorités que la BPCO débute dès les premières années de vie. On découvre le souffle trop tardivement, chez des personnes déjà handicapées par l'insuffisance respiratoire. En réalité, les facteurs précoces de la petite enfance (infections respiratoires, exposition au tabagisme passif et à la pollution environnementale, antécédents familiaux...) font le lit de la BPCO : la prévention précoce permettrait d'identifier les enfants à risque de BPCO ultérieure. Repenser la santé respiratoire, c'est la placer au centre de la prévention, précocement dans la vie, dans le cadre du bilan de santé en milieu scolaire ou à l'entrée dans la vie active. »



Créer les conditions de la santé respiratoire dans les territoires

Questions au **PR BRUNO STACH**, pneumologue,

président du Syndicat de l'appareil respiratoire

.....

L'amélioration du repérage des personnes atteintes de BPCO est nécessaire, les deux tiers d'entre elles n'étant pas diagnostiquées. Pour le Pr Bruno Stach, créer les conditions de la santé respiratoire dans les territoires passera par de nouvelles organisations des professionnels de santé de tous horizons et la généralisation de nouveaux métiers tels que celui d'infirmier.ère en pratique avancée ou d'assistant.e médical.e.

À FOND LE SOUFFLE - Quelles sont les conditions d'un large déploiement de l'évaluation de la fonction respiratoire ?

Bruno Stach - L'évaluation de la fonction respiratoire requiert du temps et l'expérience d'un soignant, ainsi qu'un appareillage spécifique. C'est un examen opérateur-dépendant pour lequel la spirométrie reste la référence dans le diagnostic d'un trouble ventilatoire obstructif (TVO). Celle-ci est complétée par un test de bronchodilatation aux B2 mimétiques inhalés quinze minutes auparavant. Du fait de ces contraintes fortes en termes de durée de l'examen, il me semble que celui-ci, plutôt que d'alourdir l'agenda des généralistes, devrait plutôt être du ressort d'acteurs de santé tels que les infirmier.ères en pratique avancée. L'examen serait précédé d'une prescription et suivi d'une validation et d'une interprétation par le médecin. Cela pourrait se concevoir dans le cadre d'organisations composées de médecins, préférentiellement des équipes de soins spécialisées comprenant des pneumologues, qui contractualiseraient éventuellement avec des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), celles-ci incluant l'ensemble des acteurs du soin d'un territoire.

Un patient ne se résume pas à un chiffre de « volume expiratoire maximal par seconde » (VEMS). Une évaluation globale est nécessaire. Le spécialiste pneumologue apprécie la déficience pulmonaire au repos, à l'effort et nocturne, jusqu'au handicap social qu'elle implique, en incluant le dépistage et le traitement d'éventuelles comorbidités... Les mesures fonctionnelles complémentaires sont également multiples. Le patient devrait alors entrer dans un parcours de soins fléché, multidisciplinaire et adapté aux particularités des territoires.

AFLS Il n'est plus possible de concevoir une prise en charge globale des malades respiratoires chroniques par un soignant de manière individuelle ?

Pour prendre en charge ces pathologies chroniques, de la détection jusqu'au traitement, il faut pouvoir se regrouper, physiquement ou virtuellement. Les autori-

tés sanitaires ont fait récemment des ouvertures allant dans le sens de ce regroupement. Dans le repérage des malades BPCO, comme dans leur prise en charge au long cours, le médecin généraliste serait un acteur au sein d'un environnement de soins incluant le pneumologue, l'addictologue, le psychologue/psychiatre et les personnels de la santé paraclinique (kinésithérapeute, nutritionniste...), éventuellement en collaboration avec les nouveaux métiers (infirmier.ère en pratique avancée).

J'observe un frémissement. Les mentalités doivent changer : contractualiser des paramédicaux formés par les pneumologues permettra non seulement un meilleur dépistage mais également de sélectionner les patients dont le suivi ne nécessite pas de visite médicale systématique, donnant ainsi au spécialiste la possibilité de recentrer son activité sur les patients non équilibrés, poly-pathologiques, etc.

AFLS Cela ira-il de pair avec la télé-surveillance des maladies respiratoires chroniques ?

C'est inéluctable et souhaitable. La première question à se poser est celle du périmètre des patients à télésurveiller. C'est en expérimentant que nous pourrions y répondre. Outre l'amélioration de l'accès aux soins, les objets connectés permettront le virage ambulatoire, puisqu'ils déportent la surveillance du patient à son domicile ou dans des structures allégées plutôt qu'à l'hôpital. Cela requerra une coopération transdisciplinaire des acteurs de santé. À ce jour, la télésurveillance ne s'applique qu'aux patients BPCO sous ventilation non invasive, dans le cadre du programme Expérimentations de télé-médecine pour l'amélioration des parcours en santé (ETAPES). Le souhait est de l'élargir à un plus grand nombre de patients, en particulier BPCO.

On attend également de l'intelligence artificielle et des objets connectés (mesure de l'oxymétrie, de la fréquence respiratoire, de la saturation en oxygène, du nombre de pas quotidiens, etc.) la collecte de données massives et multimodales - cliniques et comportementales - afin de caractériser finement les patients et d'en déduire un suivi personnalisé. Les adaptations organisationnelles indispensables, par exemple pour le suivi des alertes, devront suivre. Je pense que les objets connectés feront une percée dès 2021.

L'état d'urgence sanitaire lié à la Covid-19 a accordé des dérogations qui ont permis en particulier de voir de nouveaux patients, dans le cadre de la Covid-19 ou des ALD (cotation d'un acte ponctuel de consultant), voire d'effectuer des consultations complexes. La téléconsultation par vidéo ou par téléphone ainsi que la primo-consultation doivent être autorisées pour l'ensemble des professionnels de santé, avec une traçabilité.



Réadaptation respiratoire : diversifier l'offre !

DR VINCENT VAN BOCKSTAEI, chargé de mission Parcours maladies chroniques champ cardiovasculaire et respiratoire/

Référent régional projets Article 51 chez ARS Hauts-de-France

.....

« **A**u-delà de son souci d'homogénéisation territoriale de l'offre, la volonté de l'ARS Hauts-de-France est de permettre à davantage de patients de bénéficier d'une rééducation respiratoire (RR) lorsque celle-ci est indiquée, comme c'est notamment le cas dans la BPCO. Une des pistes est d'aller davantage vers des durées de stage en centre de rééducation respiratoire adaptées à la typologie des patients, modulées au regard de leur situation clinique, mais aussi de leurs contraintes et de leurs souhaits. Cette évolution pourrait permettre d'augmenter la file active des patients bénéficiant d'une prise en charge en centre de RR en hospitalisation de jour.

Nous souhaitons aller plus loin encore, en développant des alternatives à la rééducation en centre au moyen de modèles innovants tels que la création d'équipes de RR mobiles à domicile dans les territoires particulièrement déficitaires en termes d'offre, comme le département de l'Aisne. Ce projet pourra s'appuyer sur le dispositif déjà mis en place dans les Hauts-de-France par FormAction Santé [cf. page 4], riche de son expérience de dix ans d'équipe mobile à domicile pour les patients atteints d'affections respiratoires sévères.

L'expérience de la crise sanitaire a par ailleurs fortement « boosté » le développement de la télé-médecine ; deux nou-

Promouvoir le télésuivi



« Avec la crise sanitaire de la Covid-19 et le confinement imposé à la population, de nombreux

patients, notamment asthmatiques, ont été laissés de côté, pâtissant d'un accès restreint, voire impossible pour nombre d'entre eux, aux spécialistes, tant en présentiel que par le biais de la téléconsultation. Cette crise devrait être le déclencheur pour qu'enfin se développe et se généralise la téléconsultation, pour un suivi plus rapproché et un accès facilité aux professionnels de santé. Celle-ci peut être réalisée avec le médecin généraliste, le spécialiste, mais également le kinésithérapeute, dans le cadre de séances de téléadaptation respiratoire.

Par ailleurs, les objets connectés seront très utiles dans le télésuivi des patients. Reste encore à élaborer des organisations de soins adaptées. Le pharmacien est en mesure de jouer un rôle clé dans le parcours de soins, car au contact direct et régulier des patients.

Enfin, le fait de prescrire par ordonnance de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) permettrait de crédibiliser l'importance de ces séances aux yeux des intéressé.e.s et les inciterait à les suivre de manière plus assidue. » ●

DORIAN CHÉRIOUX, représentant des patients de l'association Asthme & Allergies

veaux projets innovants mixant la RR en présentiel avec la téléadaptation sont en cours de mise en œuvre dans le cadre du dispositif de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2018 dans les Hauts-de-France. L'objectif est, à terme, de modéliser et de pérenniser ces expérimentations dans le cadre du droit commun. Cela permettra d'inclure des personnes qui, de toute façon, ne se seraient pas rendues en centre de RR. Quelques ajustements au programme d'origine sont prévus, comme l'adaptation du nombre de séances, dont la moitié pourraient être réalisées en téléadaptation.

La médecine de ville n'est pas en reste, puisque des libéraux (médecins généralistes, kinésithérapeutes...) réfléchissent également à la construction d'un modèle de parcours de RR en ville pour les patients les plus légers. Par ailleurs, plusieurs maisons de santé pluriprofessionnelles ont mis en place depuis plusieurs années, avec l'appui de l'Union régionale des professions de santé (URPS) et de l'ARS Hauts-de-France, un programme d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de pathologie respiratoire chronique. » ●

La « télépharmacie » au service des malades chroniques

Avec **GRÉGORY TEMPREMANT**,
président de l'URPS Pharmaciens Hauts-de-France



Le pharmacien s'impose peu à peu dans le domaine du dépistage et de la prévention; le métier de pharmacien d'officine évolue peu à peu vers le statut de pharmacien clinicien. Des négociations conventionnelles ont récemment contribué à acter l'accompagnement des personnes malades chroniques par le pharmacien au cours d'entretiens pharmaceutiques; à commencer par celles sous anticoagulants oraux, celles qui sont asthmatiques et, prochainement, celles sous chimiothérapies orales. En parallèle, « le pharmacien participe à la surveillance de la iatrogénie médicamenteuse [effets indésirables dus aux médicaments], explique Grégory Tempremant, en particulier chez les personnes âgées, grâce aux "bilans de médication" pour lesquels est espéré un déploiement massif. Ces bilans permettent d'analyser les prescriptions et de faire le lien avec le médecin traitant ».

Compétent, disponible et présent sur l'ensemble du territoire, y compris dans les zones à faible démographie médicale, le pharmacien possède l'atout principal de recevoir des patients non intégrés dans les parcours de soins. « Ce dernier point est important dans la santé respiratoire, car de nombreux malades ne sont pas diagnostiqués – les deux tiers des patients souffrant de BPCO s'ignorent, par exemple – et ne consultent le médecin qu'une fois les symptômes apparus, à un stade avancé de la maladie. D'où le rôle des pharmaciens dans le dépistage. Nous l'avons mis en œuvre dans le bassin minier de Lens-Hénin dans le cadre du repérage du risque cardiovasculaire, avec une pertinence avérée de ce mode de dépistage en officine. La BPCO y était intégrée en tant que facteur de risque, mais on pourrait aisément imaginer l'utilisation, par des pharmaciens dûment formés, de minispiromètres pour dépister une obstruction bronchique, couplée à un questionnaire. Ce type de dépistage sera étendu prochainement à d'autres territoires de la région. »

Le rôle du pharmacien ne se limite pas au dépistage des facteurs de risque. L'adressage du patient dépisté au médecin, sans rupture, pour intégrer un parcours de soins, pourrait être expérimenté, « pourquoi pas au moyen d'un carnet de liaison émis par le pharmacien, imagine Grégory Tempremant. Nous attendons le feu vert de l'ARS Hauts-de-France pour débiter l'expérience ». Par ailleurs, le pharmacien pourrait avoir un rôle d'accompagnement du patient en agissant sur les facteurs de risque identifiés (sevrage tabagique, perte de poids, incitation à la pra-

tique sportive, conseils nutritionnels...). « Je crois beaucoup à l'échelon territorial, et notamment aux unions régionales des professionnels de santé (URPS) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) comme creusets d'expérimentations, assure Grégory Tempremant. L'après-Covid-19 montre que les soignants, au départ réfractaires aux CPTS et à l'ingénierie de projet qu'elles requièrent, concèdent désormais que ce mode d'exercice aurait pu aider à mieux gérer la crise sanitaire au quotidien. Depuis mai, le nombre de CPTS est en augmentation. »

« Je crois beaucoup à l'échelon territorial, et notamment aux unions régionales des professionnels de santé (URPS) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) comme creusets d'expérimentations, assure Grégory Tempremant. L'après-Covid-19 montre que les soignants, au départ réfractaires aux CPTS et à l'ingénierie de projet qu'elles requièrent, concèdent désormais que ce mode d'exercice aurait pu aider à mieux gérer la crise sanitaire au quotidien. Depuis mai, le nombre de CPTS est en augmentation. »

L'intérêt du télésoin

Si les CPTS représentent un premier levier en matière de suivi des malades chroniques, le second est l'essor du numérique. Depuis la crise sanitaire, la téléconsultation semble s'imposer dans les esprits. « Le numérique nous permettra de mieux nous coordonner, affirme Grégory Tempremant. En partenariat avec l'ARS, nous avons été pionniers, dans les Hauts-de-France, dans l'usage du télésoin en pharmacie. » Il s'agit d'établir une liaison avec le patient en visio, à partir d'un ordinateur, d'une tablette ou d'un smartphone, afin de récupérer son ordonnance, de procéder en direct aux vérifications administratives et sanitaires habituelles, puis de lui livrer les médicaments ou de les remettre pour lui à un tiers. Une seconde connexion permet ensuite d'échanger avec le patient sur les médicaments fournis, telle une prolongation à domicile de l'acte pharmaceutique. « Nous pouvons envisager le télésoin dans le cadre des entretiens pharmaceutiques ou des bilans partagés, dans une optique d'ac-

compagnement thérapeutique. Cela est autorisé depuis la crise sanitaire liée à la Covid-19. Déjà opérationnel chez les asthmatiques et les personnes sous anticoagulants oraux, l'entretien pharmaceutique pourrait concerner les personnes BPCO avec de nombreux bénéfices, vis-à-vis de l'observance et du sevrage tabagique, notamment. À titre expérimental, sur la zone du bassin minier de Lens-Hénin, nous proposons des entretiens d'accompagnement au sevrage tabagique en présentiel, en partenariat avec l'ARS et Hauts-de-France Addictions. Nos résultats sont très positifs, avec un taux de sevrage satisfaisant à six mois. Ces entretiens pourraient se concevoir en télésoin. »

D'autres solutions existent pour impliquer le pharmacien dans l'accompagnement des malades chroniques. Le statut de « pharmacien correspondant », reconnu en fin d'année 2019, lui permet de renouveler une prescription et de l'adapter, dans le cadre de structures type CPTS, de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSPP) ou d'équipes de soins primaires. « Notre rôle de sécurisation des médecins dans leur exercice peine à être accepté en soins de premiers recours, reconnaît Grégory Tempremant, mais ces freins sont en train d'être levés.

Quant au pharmacien en tant qu'assistant de téléconsultation tel qu'il est défini de manière conventionnelle avec l'Assurance maladie, au-delà du fait que le modèle économique le concernant est à revoir, son utilité se trouve plutôt dans des régions de désert médical: les patients fragiles téléconsultent alors depuis chez eux, comme nous l'avons constaté durant l'épidémie de Covid-19. »

INTERVIEW

TERRITOIRES DE SANTÉ

Parler de parcours de santé plutôt que de parcours de soins



STÉPHANIE SCHRAMM, responsable du département des Prestations et des Maladies chroniques à la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam)

À FOND LE SOUFFLE – Stéphanie Schramm, quelles sont, du point de vue de la Cnam, les conditions de la santé respiratoire dans les territoires?

Nous poursuivons notre accompagnement, collectif comme individuel, auprès des professionnels de santé et des patients malades chroniques respiratoires. Dans le domaine de la prévention, nous renouvelons chaque année notre partenariat avec Santé publique France lors du Mois sans tabac. Nous avons collaboré au site internet Tabac-info-service.fr et amélioré l'accès aux substituts nicotiques, dorénavant remboursés sur prescription à 65 %.

Pour améliorer la détection et la prise en charge précoce des patients souffrant de BPCO, une expérimentation a été conduite de 2017 à mai 2018 par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), dans trois territoires (Essonne, Artois et Gironde), auprès de médecins généralistes volontaires. Il leur a été distribué des spiromètres pour leur permettre de dépister précocement leurs patients. 10 % des médecins généralistes ont accepté d'intégrer l'expérimentation et de se former à la réalisation de l'examen, ce qui est un signal favorable. Néanmoins, la réalisation de l'acte, jugée chronophage, ne leur permet pas de l'intégrer à leur pratique quotidienne. L'analyse des résultats est encore en cours.

La stratégie Ma Santé 2022, annoncée par le gouvernement en septembre 2018, a impulsé une nouvelle dynamique à la démarche d'amélioration de la qualité des soins, en proposant une approche renouvelée de la pertinence des soins. Celle-ci doit être appréciée sous le prisme de la science et de l'état de l'art, mais la qualité globale d'un parcours de santé résulte de l'action coordonnée de plusieurs professionnels: hospitaliers, libéraux et acteurs du médico-social. Il est donc essentiel de mobiliser l'ensemble des leviers d'amélioration de la pertinence des

soins avec l'ensemble de ces acteurs, dans une co-construction de la démarche, en veillant à la correcte application des recommandations pour la pratique clinique, mais également à la coordination fluide du parcours de santé entre les différents secteurs, en évitant les doublons d'examen, en réduisant les délais de consultation; et cela en s'adaptant aux particularités de chaque territoire.

Les actions nationales et les modifications des pratiques prennent corps à partir de projets ou d'initiatives locaux, comme l'a illustré la récente crise sanitaire. La démarche qualité est une réponse pragmatique, dans une temporalité adaptée, sans s'éloigner des réalités de terrain. Elle s'appuie également sur des initiatives nationales qui permettent de lever les freins organisationnels ou financiers (tarification des actes de réadaptation respiratoire en ville en 2019, évolution des soins de suite et de réadaptation, qui proposent désormais des prises en charge en ambulatoire...).

AFLS Irons-nous un jour jusqu'au financement pour les professionnels de santé (médecins, pharmaciens, sage-femmes, kinésithérapeutes...) d'une consultation de prévention?

C'est, pour l'instant, une demande qui n'a pas été retenue en tant que telle, considérant que les consultations de médecine générale permettent déjà d'aborder les aspects de prévention. La proposition de valoriser un temps dédié a plutôt été construite au travers de la mise en place d'une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), qui offre une diversité de rémunérations en ciblant des objectifs de santé publique tout en valorisant une implication spécifique – l'identification systématique des signes évoquant une BPCO, par exemple. La prévention a vocation à être intégrée aux projets développés, dans le cadre des structures pluriprofessionnelles telles les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), ou les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Nous serons extrêmement actifs dans l'accompagnement des professionnels intégrés dans ces structures ayant des projets d'amélioration de la prévention.

AFLS La crise sanitaire a impulsé le déploiement de la télémédecine...

La télémédecine est un levier majeur de l'amélioration de la prise en charge, au regard notamment des délais de rendez-vous ou des ruptures survenant souvent dans le suivi des patients chroniques en raison de difficultés d'accès aux soins dans les territoires. La téléconsultation est un enjeu des temps à venir dont les conditions de prise en charge sont d'ores et déjà à l'étude entre les acteurs publics et les professionnels de santé. Cependant, il reste primordial que celle-ci corresponde au choix du patient et qu'elle ne soit pas subie. ●



Développer soins et suivi à domicile

Avec **JEAN-MARIE GROSBOIS**,
pneumologue responsable de la société
FormAction Santé



La réadaptation respiratoire à domicile et la téléadaptation sont des solutions efficaces alternatives à la réadaptation en centre, axées sur la personne (et les aidants) et adaptées à ses besoins. À l'issue d'un bilan éducatif, une offre plus variée de programmes de réadaptation respiratoire pourrait être proposée.

L'activité physique a longtemps été considérée comme la pierre angulaire de la réadaptation respiratoire. Or, pour que les changements en termes de comportements de santé persistent sur le long terme, les approches éducatives, comportementales et motivationnelles sont indispensables, en les adaptant à l'environnement géographique et humain de la personne insuffisante respiratoire chronique (et de son entourage). « L'analyse des besoins dans leur ensemble nous permet de co-construire avec le patient ce qu'il est disposé à mettre en œuvre », soutient le Dr Jean-Marie Grosbois, responsable de la société FormAction Santé. « Les changements de comportement de santé nécessaires (activités physiques adaptées ludiques et variées, nutrition, adhésion aux traitements, sevrage tabagique, image et estime de soi...), intégrés d'emblée dans la "vraie vie", semblent plus facilement maintenus à long terme. »

Moins de 10 % des patients souffrant d'une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) bénéficient d'une réadaptation respiratoire (RR). Ce chiffre est encore plus faible dans les autres pathologies respiratoires chroniques. Une réadaptation respiratoire à domicile est menée depuis dix ans dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais, coordonnée par le Dr Jean-Marie Grosbois. L'équipe mobile spécialisée, transdisciplinaire, entièrement dédiée à la RR, propose de la réadaptation respiratoire à domicile à des malades respiratoires chroniques, en majorité appareillés par oxygène et/ou ventilation. Plus de la moitié de ces patients souffrent de BPCO, les autres étant atteints de fibrose pulmonaire, d'asthme, de cancer, d'apnées du sommeil ou de syndrome d'obésité-hypoventilation. Lors des huit séances sur deux mois, le professionnel de santé dédié au patient lui prodigue le trépied thérapeutique « réentrainement à l'effort/reprise des activités physiques adaptées, éducation thérapeutique, accompagnement psychosocial et motivationnel ». La dyspnée, la tolérance à l'effort et les capacités physiques, la qualité de vie, l'anxiété et la dépression, critères clés des pathologies respiratoires, sont améliorées de manière significative un an après la fin du stage réalisé à domicile, pour un coût deux à quatre fois moins élevé que celui d'une réadaptation menée à l'hôpital. L'idée, à terme, est de définir des typologies de patients et d'adapter en fonction les programmes de RR ambulatoire en termes de contenu – ce qui est déjà réalisé – mais aussi en termes de fréquence et/ou de

durée. Ce programme innovant de RR à domicile introduit l'ensemble des comportements de santé (sortie avec oxygène, prise des traitements, activités physiques, alimentation...) dans la vie quotidienne au moyen d'outils adaptés au domicile de coût abordable, et implique l'aidant ou le conjoint dans le suivi du patient. « Nous venons de terminer une étude sur l'impact de la réadaptation chez les aidants, indique Jean-Marie Grosbois. Grâce à cet accompagnement global au domicile, en s'occupant des patients et en intégrant les aidants dans les séances, nous améliorons leur anxiété-dépression (score HAD: de 14,7 à 12,8), la fatigue (score FAS: de 21,9 à 20,1) et la charge de travail, physique et émotionnelle (score ZARIT: de 21,6 à 18,9), et donc leur qualité de vie. »

La téléadaptation ? Utile, si associée à du présentiel

Du fait de la pandémie de Covid-19, les centres ambulatoires de réadaptation respiratoire ont quasiment tous été fermés le 17 mars 2020 et réservés aux patients ayant des formes sévères de l'infection. « La crise sanitaire a mis en exergue l'importance du domicile et de la téléadaptation comme alternatives utiles et efficaces, défend le Dr Grosbois. La pandémie a accéléré considérablement l'essor du domicile et de la réadaptation par tous les moyens permettant d'entrer en relation avec les patients (téléphone, visio par smartphone ou ordinateur). Sur les 64 stages en cours le 17 mars, 58 ont été terminés durant le confinement, 6 patients ayant préféré le reporter après le déconfinement. Durant le confinement, 63 diagnostics éducatifs ont été réalisés, 47 stages débutés et 16 patients ont préféré attendre la fin du confinement pour le mettre en place. Il s'agissait majoritairement de patients respiratoires chroniques non-Covid. L'intervention consistait en un à deux contacts par semaine, d'une quinzaine de minutes à une heure selon les besoins, consacrés à de l'éducation thérapeutique et à de l'approche motivationnelle et comportementale. Nous avons également posté sur notre site internet des vidéos d'activités physiques adaptées, pour lesquelles nous avons déjà rédigé des fiches éducatives. » Deux personnes de la structure passaient au domicile des patients, une à deux fois au cours du stage, afin de déposer du matériel et des outils éducatifs, et de s'assurer que le stage était correctement suivi. « Il nous a fallu nous adapter au fait qu'une partie non négligeable des patients ne disposaient pas d'internet ou d'applications

VILLES DE SANTÉ RESPIRATOIRE

Qualité de l'air ? « Éviter, réduire, compenser »

■ **GUY BERGÉ,**

président d'Atmo France (fédération des associations agréées de surveillance de la qualité de l'air), vice-président en charge de l'environnement et du développement durable de Metz Métropole

Les collectivités territoriales ne peuvent plus faire l'impasse sur le volet qualité de l'air de la prévention sanitaire. « Éviter, réduire, compenser », tel est désormais le mot d'ordre. En plus d'œuvrer à atténuer le changement climatique, à développer les énergies renouvelables et à maîtriser la consommation d'énergie, le Plan Climat Air-Énergie territorial (PCAET) développe également un volet spécifique à la qualité de l'air. Les directives de ce plan s'imposent à l'ensemble des intercommunalités de plus de 20 000 habitants depuis 2019.

L'avantage du PCAET est qu'il recouvre très largement les politiques menées au sein des collectivités territoriales concernant la mobilité et l'aménagement du territoire. Pour développer leurs politiques, celles-ci peuvent s'appuyer sur les associations agréées de surveillance de la qualité de l'air, qui fournissent des cartes stratégiques, afin d'opter par exemple pour une implantation optimale des bâtiments dits sensibles (hôpitaux, crèches, etc.). Ces cartes offrent la possibilité de descendre à l'échelle d'un quartier, sachant que l'orientation d'un bâtiment peut influencer sur la circulation de l'air, et/ou faire obstacle à la propagation des particules rejetées par la circulation routière. Il s'agit également de développer les capacités de rafraîchissement par les végétaux, etc.

Les collectivités peuvent également s'appuyer sur les associations agréées de surveillance de la qualité de l'air, qui mettent en commun leurs réflexions, lors de la constitution de leurs plans de protection de l'atmosphère (PPA).

Concernant le volet « compenser », je ne suis pas certain que les informations sur la qualité de l'air soient suffisamment diffusées, a fortiori auprès des publics sensibles tels les insuffisants respiratoires. Les associations et les services de prévisions polliniques, par exemple, constituent un levier avec lequel les collectivités peuvent agir, notamment en collaboration avec les professionnels de santé (médecins, pharmaciens, etc.), afin que soit adopté un comportement préventif.

La qualité de l'air, au service de l'aménagement du territoire

■ **JACQUES PATRIS,**

président de l'observatoire Atmo Haut-de-France*, immunologiste

Il est urgent de développer une politique en faveur de la végétalisation, autrement dit de lutter contre l'artificialisation croissante des sols, qui détériore la qualité de l'air. Les élus locaux doivent intégrer la nécessité de créer des espaces perméables à l'eau de pluie. Car améliorer la perméabilité des sols retient positivement sur la qualité de l'air, et vice versa. Les îlots de verdure dans les centres villes agissent en abaissant la température, mais aussi la teneur en polluants atmosphériques : en permettant que les végétaux fixent les particules polluantes (trafic routier, etc.), nous limiterons les pics d'ozone. De plus, diversifier les espèces plantées permettra d'améliorer la filtration de l'eau et la captation des polluants. C'est une mesure sanitaire préventive, car, avec le dérèglement climatique, la période de pollinisation, plus intense, dure aussi plus longtemps.

Les crises allergiques sont exacerbées par les polluants qui agressent la muqueuse respiratoire au plus profond de l'arbre bronchique. D'où un travail d'information, d'anticipation et de conseil de la part des observatoires de la qualité de l'air auprès des réseaux médicaux et des collectivités territoriales par l'intermédiaire des comités locaux de santé (CLS) ancrés sur les territoires, au moyen d'une communication de proximité engageante, c'est-à-dire qui souhaite rendre responsables les citoyens comme les décideurs.

Pour une prise de conscience, nous prêtons des micro-capteurs de polluants à qui en fait la demande. C'est primordial, en particulier pour les collectivités territoriales lors du choix du lieu d'implantation d'une école, etc. Autre exemple, nous modélisons en trois dimensions l'impact polluant de futurs projets d'urbanisme en fonction de l'architecture, des rejets éventuels et du lieu d'implantation sur les territoires. Enfin, toujours via les CLS, nous apportons notre expertise aux départements et aux élus de proximité dans le domaine de l'air intérieur, source de pollution importante ayant des conséquences avérées notamment en termes de santé respiratoire.

* Il existe dix-neuf observatoires indépendants de la qualité de l'air agréés par le ministère de la Transition écologique et solidaire. <https://atmo-france.org>

comme Whatsapp, précise le Dr Grosbois. La téléadaptation est utile, mais doit être associée à du présentiel, que ce soit au domicile ou en structure hospitalière à temps complet ou à temps partiel. La téléadaptation pourrait être intéressante également dans le suivi à long terme des patients après le stage. Durant la crise de la Covid-19, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a encouragé la diffusion de la téléadaptation.

Un retour d'expériences est en cours d'analyse, qui aboutira sans aucun doute à des propositions de ce type de prise en charge pour des typologies de patients à définir, de même que pour la réadaptation à domicile. Réadaptation en centre et/ou à domicile et téléadaptation vont permettre au patient de s'orienter vers des réponses thérapeutiques adaptées à ses besoins, dans le cadre de son parcours de soins. »



TERRITOIRES ET SANTÉ RESPIRATOIRE L'expérience belge

Questions au **DR FRÉDÉRIC FLAMAND**,
directeur général de la stratégie hospitalière
au CHU de Charleroi



En Belgique, pays de onze millions d'habitants, la prévalence de la BPCO est estimée à 700 000 personnes, dont au moins la moitié d'entre elles ne sont pas diagnostiquées. On comptabilise également 600 000 personnes asthmatiques, dont 5 % souffrent d'asthme sévère. Les quelques zones rurales sont moins étendues qu'en France. Le CHU de Charleroi se situe en Région wallonne, où vivent 3 645 000 d'habitants, dont moins d'un tiers en zone rurale. Le Dr Frédéric Flamand nous livre sa vision de la territorialité en santé dans cette région.

À FOND LE SOUFFLE – Comment créer les conditions de la santé respiratoire dans les territoires wallons ?

Cela passe par des prises en charge de type « trajet de soins respiratoire » pour des pathologies chroniques (BPCO, asthme, syndrome des apnées du sommeil), sur le modèle de ce qui existe déjà en Belgique pour le diabète : coordination par un infirmier en lien avec le médecin traitant et le pneumologue, consultations obligatoires chez le médecin traitant et le spécialiste en pneumologie, et éducation thérapeutique délivrée par un infirmier.

Le médecin de ville joue un rôle de premier plan, avec une rétribution à l'acte. Le « trajet de soins respiratoire » est actuellement en discussion avec le service public fédéral de la santé, en collaboration avec l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami). Par ailleurs, des réseaux hospitaliers ont été créés le 1^{er} janvier 2020, qui sont l'équivalent des groupements hospitaliers de territoire (GHT) français. Ils font cohabiter des circuits de soins de médecine générale ancrés dans les territoires, lesquels se superposent au réseau hospitalier. Le « trajet de soins respiratoire » permettrait de formaliser le lien entre ces deux types de réseau, hospitalier et de premier recours.

En matière de santé, la problématique de territoire belge diffère de celle de la France. En effet, les médecins généralistes sont organisés en cercles de médecine générale dont les territoires ne correspondent pas nécessairement aux territoires couverts par les réseaux hospitaliers locaux régionaux comme les GHT. Des réseaux informels existent déjà, regroupant des médecins traitants, des pneumologues, des infirmiers spécialisés, des pharmaciens, des kinésithérapeutes. L'objectif est de les officialiser et de les structurer.

AFLS Comment le CHU de Charleroi participe-t-il, au sein de son territoire, à la structuration du dépistage et de la prise en charge des patients atteints de maladies respiratoires ?

L'un des objectifs est de rendre plus accessible le dépistage spirométri-

que, spécifiquement en milieu rural. En Belgique, les patients ont accès à la spirométrie uniquement si celle-ci est prescrite par un médecin traitant ou un pneumologue, et elle est obligatoirement réalisée à l'hôpital. Le CHU de Charleroi possède deux sites : une grande infrastructure urbaine de soins aigus, et une autre, plus modeste, en milieu rural, avec un nombre plus restreint de médecins pneumologues. Afin de réaliser des spirométries plus rapidement dans cette seconde structure, nous coupons les spiromètres avec l'intelligence artificielle (transmission directe des résultats) sans passer par une consultation chez le médecin spécialiste, ce qui permet aux patients des milieux moins dotés en pneumologues d'accéder plus rapidement à cet examen.

En parallèle à cette montée en puissance d'accès à la spirométrie en milieu rural, un projet de « spirobus » est en cours. Ce bus sillonnera les villages pour un accès facilité au dépistage.

De plus, la stratégie de la société savante belge de pneumologie est fondée sur la sensibilisation des médecins traitants, pour un maillage territorial resserré. Le programme de la santé publique fédérale belge baptisé « Bum » (pour « Bon usage du médicament ») octroie aux pharmaciens une cotation d'acte d'éducation thérapeutique centrée sur les thérapies inhalées (sur la base de deux consultations annuelles, la première à 30 euros, la seconde à 20 euros). Le programme fédéral développe également la sensibilisation des pharmaciens à la BPCO et à la prévention, sensibilisation renforcée par des séminaires conjoints entre généralistes, pneumologues et pharmaciens.

Enfin, en Belgique, seuls cinq centres académiques d'expertise peuvent prescrire des thérapies innovantes (anticorps monoclonaux, anti-IgE, anti-interleukines). Ce maillage territorial inadéquat en prive potentiellement une partie de la population. Il est prévu d'élargir la prescription à d'autres centres au sein des territoires.



LA SANTÉ AU TRAVAIL Prévention collective et ergonomie de conception

Questions au **DR FABRICE LOCHER**, directeur de la santé
au travail à l'ACMS (Association des centres médicaux et sociaux)



Pour le Dr Fabrice Locher, la primauté va désormais à la prévention collective. La santé au travail d'aujourd'hui n'a plus rien à voir avec la médecine du travail créée en 1946. Sa philosophie change : elle doit s'exercer le plus en amont possible au sein d'une équipe pluridisciplinaire coordonnée par le médecin du travail, dans une co-construction avec l'entreprise.

À FOND LE SOUFFLE – La territorialité est au fondement même de la santé au travail. Pour quelle raison ?

Le réseau des services inter-entreprises comptabilise 243 structures, toutes associations loi 1901. À l'ACMS, nous sommes répartis en 46 secteurs et 75 implantations, pour suivre plus d'un million de salariés du secteur privé en Île-de-France. Cela signifie que, dans tous les bassins d'emploi, la santé au travail est représentée. La territorialité est fondamentale, et cet objectif est consubstantiel de notre mission, dans un souci d'équité de la prévention et d'universalité de l'accès au système.

AFLS Comment la santé au travail peut-elle s'ancrer encore plus dans la prévention ?

La médecine du travail a été organisée au sortir de la seconde guerre mondiale avec, comme mission première, la prévention de la tuberculose. Le suivi individuel a donc été privilégié pendant de nombreuses décennies. Puis, dans les années 1980, la pluridisciplinarité s'est développée. On ne laisse désormais plus le médecin du travail seul dans l'environnement de la prévention : afin d'étoffer le système de prévention, on l'entoure d'un certain nombre de compétences variées, notamment techniques (ergonomes ; techniciens hygiène sécurité environnement ; psychologues...), qu'il est chargé d'animer et de coordonner. En parallèle, le médecin du travail est sorti de son bureau de consultation et s'est rendu dans les entreprises pour des évaluations de risques (l'employeur est tenu à une obligation de résultat ou de moyens renforcés vis-à-vis de la sécurisation de la santé de ses salariés) et la mise en place de mesures de prévention optimales (conditions de travail, relations de travail, contenu et organisation du travail).

En matière de santé respiratoire, nous conseillons les employeurs du BTP et de l'agriculture pour réduire le plus possible le risque de pathologies respiratoires professionnelles en aménageant les conditions et l'organisation du travail, en préconisant des techniques adaptées afin, par exemple, de réduire l'empoussiérage. En effet, il vaut toujours mieux privilégier l'ergonomie de conception plutôt que les solutions réparant les erreurs commises au départ.

AFLS La prévention est donc une co-construction avec l'entreprise, dès la conception, le plus en amont possible ?

Plus tôt les services de santé au travail sont sollicités sur un projet, plus la prévention de la santé sera optimale. C'est la tendance et notre volonté, tout en sachant que les moyens financiers de l'entreprise entrent en ligne de compte. Loin des injonctions, nous conseillons le chef d'entreprise de manière réaliste et convaincante, avec notamment l'argument que la prévention permet une plus grande qualité de travail, par exemple.

Mais nous devons faire face à une démographie médicale en médecine du travail très défavorable. Pour jouer au mieux leur rôle de prévention, les médecins du travail doivent se recentrer sur leur cœur de métier : ce sont des experts des pathologies professionnelles, des animateurs et des coordinateurs d'équipes pluridisciplinaires. Ils doivent confier un certain nombre de tâches aux techniciens et ingénieurs (repérage et analyse de risques) ainsi qu'à l'infirmier en santé au travail (délégation de tâches sous forme protocolisée, par exemple avec le suivi des préconisations d'adaptation du poste du travail rédigées par le médecin du travail).

Nous devons aller encore plus loin que ce système actuel, notamment recentrer le médecin du travail sur les salariés les plus exposés aux risques et sur les entreprises nécessitant en priorité une prévention collective.

Plus les connaissances scientifiques progressent, plus l'organisation de la santé au travail s'inscrit dans une perspective de prévention collective. Le suivi individuel ne peut suffire, même si, cependant, l'évaluation de l'usure professionnelle s'impose.

Nous attendons de la prochaine réforme de la santé au travail une approche qui nous aide à privilégier la prévention collective, à recentrer le médecin du travail sur ses tâches à valeur ajoutée indiscutable, et mette un terme au systématisme des visites des salariés, qui date du milieu du xx^e siècle. Nous avons une mission, liée au travail lui-même, qui doit intervenir le plus en amont possible. Le médecin du travail est le garant de la cohérence de la prévention collective mise en œuvre.



PARCOURS DE SOINS

Pérenniser le « boom » de la télémédecine et du numérique en santé

Questions au Dr JACQUES LUCAS,
président de l'Agence du numérique en santé (ANS)

À FOND LE SOUFFLE – Quelles sont les missions de l'Agence du numérique en santé ?

L'Agence du numérique en santé a repris les missions de l'Agence des systèmes d'information partagés en santé (ASIP Santé), avec désormais une gouvernance ministérielle assumée par la Délégation du numérique en santé. L'objectif est celui de l'État stratège : construire les fondations de la « maison numérique », avec publication de référentiels concertés dans leur construction, sans prétendre construire seule des solutions appliquées à la prise en charge sanitaire et sociale des citoyens grâce au numérique.

AFLS Quelles sont les fondations de cette « maison numérique » ?

Je citerai en premier celles des référentiels d'interopérabilité, essentiels à la communication entre les différents outils numériques des différents acteurs, y compris naturellement entre la ville et l'hôpital (messagerie sécurisée en santé, par exemple). Un autre pilier essentiel de la « maison numérique » est l'identifiant national de santé (INS) dans le cadre du parcours de santé, afin de définir sans erreur l'identité numérique unique de chaque patient. Des

référentiels relatifs à la sécurité informatique sont également fondamentaux pour lutter contre les cyber-attaques. Ces référentiels sont techniques, mais ils intègrent des dimensions éthiques « by design » (dès et dans la conception).

L'Agence du numérique en santé a publié à la fin de l'année 2019 un référentiel socle sur la téléconsultation en raison de l'existence de solutions variées qui ne respectent pas toutes la confidentialité des données qui circulent.

Parallèlement, le répertoire opérationnel des ressources (ROR), qui référence dans la proximité les actes spécifiques réalisés par les praticiens, est peu à peu complété. Déjà opérationnel pour les pratiques et les équipements des établissements de soins, son objectif à court terme est de décrire l'offre opérationnelle dans chaque spécialité, tant dans le secteur hospitalier que dans le secteur libéral, en établissements ou en ambulatoire.

Un autre chantier est celui de la dématérialisation de la carte de professionnel de santé (eCPS), avec la possibilité de la télécharger sur un smartphone et ainsi d'accéder, en mobilité, aux différents services connectés nationaux et territoriaux. Il en sera prochainement de

même avec la carte vitale dématérialisée, en concertation avec la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et le GIE SESAM-Vitale.

Quant au déploiement du dossier médical partagé (DMP), il ne relève plus des attributions de l'ANS mais de celles de la Cnam. De plus en plus de DMP sont ouverts. Ils seront alimentés par les comptes rendus d'hospitalisation, l'imagerie et la biologie, les comptes rendus de consultation, etc., avec un volet médical de synthèse. Il faudra également qu'ils comportent un moteur de recherche par mots clés, afin de ne pas être de simples entrepôts de données. L'historique des remboursements par l'Assurance maladie des consultations, examens et prescriptions médicamenteuses s'y trouve déjà, automatiquement.

Le DMP sera un des éléments de l'espace numérique en santé (ENS) de chaque citoyen, aux côtés des applications qui pourront y être téléchargées par le patient lui-même lorsqu'elles se conformeront aux normes de référencement de l'ENS (fiabilité, évaluation et sécurité notamment). Un bouquet de services pourra également être ouvert aux professionnels intervenant dans le système de santé, en symétrie de cet ENS, dont notamment des outils de coordination des soins incluant le secteur médico-social, outils indispensables à une prise en charge fluide et sécurisée du patient.

AFLS La crise sanitaire de la Covid-19 a-t-elle confirmé que l'utilisation des moyens numériques était efficace ?

Je le pense. Par exemple, le ROR a permis un transfert coordonné de patients de l'Île-de-France vers les régions moins touchées, avec une visibilité en temps réel des lits de réanimation disponibles. Autre exemple, primordial, celui de la téléconsultation, et la prise de conscience, avec la crise sanitaire, que la réglementation administrative représentait un frein ; ce qui a conduit à une levée temporaire de certaines règles. Par exemple, la Cnam a pris en charge les téléconsultations en primo-consultation, y compris par téléphone, pour

des patients qui n'avaient pas de médecin traitant ou lorsque celui-ci était indisponible. Le recours à la téléconsultation a été considérable, ce qui a permis de limiter les recours aux centres 15 et aux services d'accueil des établissements. On peut même penser que, si les objectifs et les moyens que vise la feuille de route du numérique en santé avaient été anticipés, la prise en charge par les médecins libéraux ou hospitaliers, dans le cadre du suivi au long cours des pathologies chroniques, aurait été optimisée, avec des téléconsultations organisées (télésuivi), voire un suivi à domicile grâce au recueil objectif de paramètres au moyen d'outils connectés (télésurveillance).

Il y aura probablement un léger ressac, mais la voie opérationnelle de la télémédecine est désormais bien incluse dans le panorama des pratiques professionnelles. Il en sera de même pour les télésoins pour les autres professions de santé. Si deux milliards d'euros sont annoncés pour être consacrés au numérique suite au « Ségur de la santé », le retour sur investissement sera assuré par un meilleur suivi des patients, avec moins de complications, d'hospitalisations, etc.

La DGOS vient de saisir la Fédération des spécialités médicales, le Collège de la médecine générale et la Société française de médecine digitale pour que le conseil national professionnel de chaque spécialité médicale ou de santé décrive des cas d'usage pratiques de la téléconsultation, de la télé-expertise et du télé-soin dans le cadre de sa discipline. Cela de façon à cesser de parler de manière abstraite et théorique de la téléconsultation (ou du télé-soin, pour les autres professions de santé) et de la télésanté en général, et de définir des situations concrètes, pragmatiques, élaborées par les professionnels de santé eux-mêmes, en relation bien sûr avec les recommandations d'ensemble publiées par la Haute Autorité de santé.

La Covid-19 a bouleversé le calendrier du plan numérique de MaSanté 2022, mais, finalement, en a accéléré la dynamique. Les échéances du plan devraient donc être respectées, car tous les chantiers ouverts avancent. »

ENQUÊTE RESPILAB

LA COVID-19, UN CATALYSEUR DE LA TÉLÉMÉDECINE ?

L'enquête « Santé respiratoire et accès aux soins : quelles difficultés rencontrez-vous ? » a été conduite auprès des adhérents de Santé respiratoire France en mai 2020. 598 personnes souffrant de BPCO, d'asthme, d'apnées du sommeil... ont répondu à un questionnaire auto-administré en ligne. Les résultats confirment l'envolée du nombre des téléconsultations lors du confinement lié à la crise sanitaire de la Covid-19.

• UN DÉVELOPPEMENT DE LA TÉLÉCONSULTATION

Les consultations prévues avec le pneumologue ont été annulées ou reportées pour 42 % des malades respiratoires pour cause de confinement. 24 % ont expérimenté la téléconsultation. 26 % souhaiteraient avoir accès à une téléconsultation avec leur pneumologue ou leur médecin traitant.

• LES RÉPERCUSSIONS DU CONFINEMENT

67 % des répondants ont ressenti un fort ou très fort niveau d'inquiétude. 48 % craignaient d'être insuffisamment protégés malgré le respect des mesures barrière et le confinement, et 36 % redoutaient une déstabilisation de leur maladie. La crainte de ne pas réussir à joindre un médecin en cas d'urgence était présente (29 %). Ces résultats expliquent aussi en partie l'inquiétude prégnante liée au déconfinement (49 %).

Le confinement a aussi limité la pratique d'une activité physique pour 67 % des répondants. 71 % des fumeurs affirment avoir modifié leur consommation de tabac pendant le confinement, dans la grande majorité à la hausse. 35 % auraient aimé accéder à des séances d'activité physique adaptée à leur état de santé et au confinement (sous forme de vidéos).

• LA NÉCESSITÉ D'UNE COORDINATION DES SOINS

Un besoin émerge, partagé par de nombreux malades respiratoires chroniques, à savoir la création d'un nouveau métier : une personne référente dont la mission serait de coordonner le parcours de soins des malades chroniques.

• UN BESOIN D'INFORMATIONS FIABLES

40 % des répondants demandent un accès à une information fiable et actualisée sur la Covid-19, scientifique comme pratique. Hors épidémie, la plus grande difficulté, pour 65 % d'entre eux, est de trouver des informations fiables sur les droits et les aides possibles.

À noter : Hors épidémie, 65 % des répondants souhaitent avoir accès à un centre de réadaptation respiratoire et 63 % obtenir des rendez-vous médicaux dans des délais appropriés.

[HTTPS://RESPILAB.COM](https://respilab.com) LE RAPPORT COMPLET DE L'ENQUÊTE EST DISPONIBLE SUR LE SITE DE SANTÉ RESPIRATOIRE FRANCE.



À DÉCOUVRIR...

- **S.A.R.R.A. 2, une conscience artificielle, imagine une pandémie mondiale due à une souche inconnue du virus Ebola. La réalité a rattrapé la fiction dans ce thriller paru le 23 mars 2020...**
David Gruson,
éditions Beta Publisher,
mars 2020, 352 pages.

NOUS REMERCIONS
LES LABORATOIRES ASTRAZENCA,
CHIESI, GLAXOSMITHKLINE,
NOVARTIS, PHILIPS HEALTHCARE
ET PULMONX, AINSI QUE
LE GROUPE SOS OXYGÈNE
POUR LEUR SOUTIEN
À LA RÉALISATION
DE CE JOURNAL.

Pour adhérer à l'association Santé respiratoire France et recevoir gratuitement le journal *À fond le souffle* et les newsletters, merci de nous adresser un courrier avec les informations suivantes : nom, prénom, année de naissance, téléphone, email, adresse postale, le tout daté et signé, à : Santé Respiratoire France 115, rue Saint-Dominique 75007 Paris