

## 13<sup>es</sup> Rencontres

de l'association Santé respiratoire France

# Comment repenser l'accès à la santé respiratoire ?

BPCO, fibrose pulmonaire, asthme, infections respiratoires, cancers bronchiques...

Vendredi 16 octobre 2020

de 9h30 à 11h40

Retransmission en direct, depuis les Studios Rive Gauche, Paris

 **Le lien du direct :** <https://youtu.be/FYB7QA5wbCU>

L'intégralité des Rencontres 2020 sera ensuite disponible sur la chaîne Youtube de Santé respiratoire France

[www.sante-respiratoire.com](http://www.sante-respiratoire.com)

### CONTACT PRESSE

Guillaume de Chamisso  
guillaume.dechamisso@madisphileo.com  
06 85 91 32 56

### RÉDACTION

Hélène Joubert  
joubert\_h@yahoo.com

**SANTÉ**  
**RESPIRATOIRE**  
FRANCE

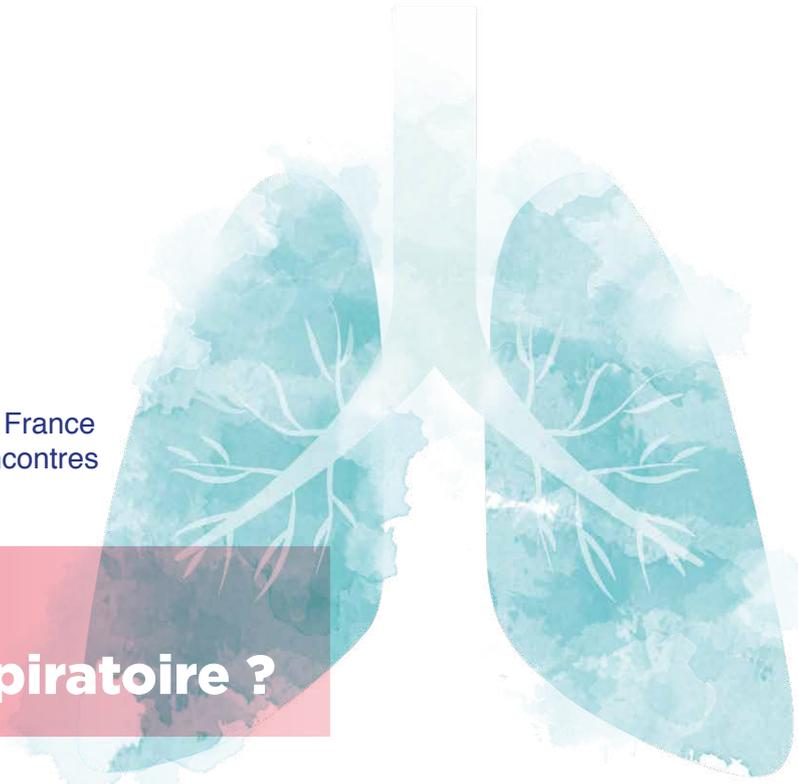
# SOMMAIRE



• Introduction .....	3
<b>1</b> Créer les conditions de la santé respiratoire dans les territoires .....	4
<b>2</b> Permettre aux patients de s'orienter vers les réponses thérapeutiques adaptées .....	7
<b>3</b> Pérenniser le boom de la télémédecine, favorisé par la crise sanitaire .....	9
• L'association Santé respiratoire France .....	12



# INTRODUCTION



Cette année, l'association Santé respiratoire France a défini pour thématique générale de ses rencontres annuelles au Sénat :

## Comment repenser l'accès à la santé respiratoire ?

Cet évènement s'est tenu aux Studios Rive Gauche (Paris), **le vendredi 16 octobre 2020, de 9h30 à 11h40**, et a été retransmis en direct. L'intégralité des Rencontres 2020 sera ensuite disponible sur la chaîne Youtube de Santé respiratoire France.

Un journal contenant les textes des conférences est disponible sur le site de l'association : <https://sante-respiratoire.com>.

Repenser l'accès à la santé respiratoire, c'est améliorer partout en France le parcours de vie des dix millions de personnes atteintes d'une pathologie chronique respiratoire, leur ouvrir un égal accès aux réponses thérapeutiques pertinentes et à un suivi facilité par le digital.

C'est également leur proposer des activités physiques et professionnelles adaptées à leur condition. Au-delà, une politique active de prévention et de dépistage précoce doit permettre de préserver le capital respiratoire des nouvelles générations, mis à mal par les modes de vie et la pollution.

### Parler de parcours de santé plutôt que de parcours de soins

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, estime Stéphanie Schramm, responsable du département des Prestations et des Maladies chroniques à la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), mais la qualité globale d'un parcours de santé résulte de l'action coordonnée de plusieurs professionnels : hospitaliers, libéraux et acteurs du médico-social. » De ce point de vue, il est alors 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,
- 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, ajoute Stéphanie Schramm, 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...). »

Pourtant, du point de vue de la prévention, partie intégrante du parcours de santé, il n'est pas inscrit à l'ordre du jour de créer une consultation de prévention. La Cnam considère en effet que les consultations de médecine générale permettent déjà d'aborder les aspects de prévention. Elle préfère valoriser un temps dédié au travers de la mise en place d'une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), détaille Stéphanie Schramm, « 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 que 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. »

C'est également l'avis du Dr Bruno Stach, pneumologue et président du Syndicat de l'appareil respiratoire (SAR), pour qui 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.

*« Pour prendre en charge ces pathologies chroniques, de la détection jusqu'au traitement, il faut pouvoir se regrouper, physiquement ou virtuellement. Les autorités sanitaires ont permis 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 médecin pneumologue, l'addictologue, le psychologue/psychiatre et les personnels de santé paraclinique (kinésithérapeute, nutritionniste...), éventuellement en collaboration avec les nouveaux métiers (infirmier.ère en pratique avancée) qui pourraient contractualiser avec les nouvelles organisations professionnelles telles les CPTS et les équipes de soins spécialisées. Il n'existe pas de modèle unique. »*



Dr Bruno Stach, pneumologue et président du Syndicat de l'appareil respiratoire (SAR)

Les contraintes financières, administratives et d'efficience, ainsi que le caractère chronophage, ne devront pas dissuader les bonnes volontés. « Il y a un frémissement, observe Bruno Stach. Mais 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, permettant ainsi au spécialiste de recentrer son activité sur les patients non équilibrés, polyopathologiques, etc. »

### Territoires et santé respiratoire – L'expérience belge

Le CHU de Charleroi se situe en Région wallonne, où vivent 3 645 000 d'habitants, dont moins d'un tiers en zone rurale. Pour le Dr Frédéric Flamand, directeur général de la stratégie hospitalière au CHU de Charleroi, créer les conditions de la santé respiratoire dans les territoires 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<sup>er</sup> 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. »

De plus, la télémédecine est mise à profit. 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, explique-t-il, nous couplons 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. »



Dr Frédéric Flamand,  
directeur général de la stratégie  
hospitalière au CHU de Charleroi



Pr Chantal Raheison-Semjen, présidente  
de la Société de pneumologie de langue  
française (SPLF)

### « Un parcours coordonné du patient BPCO »

Nous plaçons 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. Le parcours de soins du patient BPCO doit être organisé et coordonné avec le spécialiste et le médecin traitant. Il faut, dès que l'on pense « santé respiratoire », une fois le diagnostic de BPCO évoqué, que l'on ait recours 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.

## Le rôle croissant du pharmacien dans le dépistage et l'accompagnement

La prise en charge subit une profonde mutation et il faudra de plus en plus compter sur le pharmacien. 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, président de l'URPS Pharmaciens Hauts-de-France, 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. « 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'expérimentation, 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. »



Si les CPTS représentent un premier levier en matière de dépistage et 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'accompagnement 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-Henin, 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, récentes, 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, en tant que partenaires légitimes, peine à être accepté en soins de premiers recours, reconnaît Grégory Tempremant, mais ces freins sont progressivement 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 pour les pharmaciens est à revoir, son utilité à mon sens se trouve plutôt dans des régions de désert médical : en effet, les patients fragiles téléconsultent depuis chez eux plutôt que depuis l'officine, comme nous l'avons vu durant l'épidémie de Covid-19. »

\* Dont la vocation est de faciliter l'accès au médecin traitant et aux soins non programmés, avec un rôle de coordination et de prévention.

\*\* Ayant pour objectif d'accompagner le patient dans le suivi de son traitement, afin qu'il le comprenne, se l'approprie et y adhère.

La réadaptation respiratoire est un pilier de la prise en charge du patient insuffisant respiratoire chronique. A ce titre, la réadaptation respiratoire à domicile et la téléadaptation sont des solutions alternatives à la réadaptation en centre efficaces, centrées 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 – dont l'activité physique, avec le réentraînement à l'effort – persistent sur le long terme, les approches éducative, comportementale et motivationnelle 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, pneumologue responsable de la société FormAction Santé.



Dr Jean-Marie Grosbois,  
pneumologue 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.*



Or, 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. 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.

### La téléadaptation est pertinente, 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 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. »

### Réadaptation respiratoire : diversifier l'offre !

Une démarche fortement encouragée par l'Agence régionale de santé. « Au-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 », confirme le Dr Vincent Van Bockstael, chargé de mission Parcours maladies chroniques champ cardiovasculaire et respiratoire / Référent régional projets Article 51 au sein de l'ARS Hauts-de-France. » 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, complète Vincent Van Bockstael, 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 avec le Dr Jean-Marie Grosbois. L'expérience de la crise sanitaire a par ailleurs fortement « boosté » le développement de la télémédecine ; deux nouveaux 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. »

Pour le Dr Jacques Lucas, Président de l'Agence du numérique en santé (ANS), la crise sanitaire de la Covid-19 a confirmé que l'utilisation des moyens numériques était utile et efficace. Par exemple, le répertoire opérationnel des ressources (ROR), qui référence dans la proximité les actes spécifiques réalisés par les praticiens, 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. Par ailleurs, 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, imagine le Pr Lucas, 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). » Selon cet expert, 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 téléexpertise, du télésoin dans le cadre de la 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, conclut-il, mais, finalement, en a accéléré la dynamique. Les échéances du plan devraient donc être respectées, car tous les chantiers ouverts avancent. »

### Téléconsultation : un atout de taille pour la santé respiratoire

La télémédecine est un levier majeur de l'amélioration de la prise en charge des personnes insuffisantes respiratoires, 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. Pour Stéphanie Schramm, responsable du département des Prestations et des Maladies chroniques à la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) « 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. »



De l'avis de Frédéric le Guillou, pneumologue, président de Santé respiratoire France, notre système de santé a facilité, face à l'épidémie de Covid-19, l'accessibilité à certaines innovations, qu'elles soient organisationnelles et/ou technologiques, dont la télémédecine. 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. L'état d'urgence sanitaire lié à la Covid-19 a accordé des dérogations qui permettaient 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.

« Suivront les débats sur la consultation téléphonique, explique Bruno Stach, qui s'avère utile pour interroger par exemple un patient sous pression positive continue (PPC). 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. » Avec un léger bémol : « Nous avons néanmoins observé une certaine réticence de la part de nos patients, malades respiratoires ou non, et une informatisation de la population encore imparfaite. »

## La télésurveillance des maladies respiratoires chroniques

La télésurveillance des maladies respiratoires chronique est inéluctable et souhaitable. Cependant, comme le souligne le Dr Bruno Stach, « la première question à se poser est le périmètre des patients à télésurveiller. C'est en expérimentant que nous pourrons 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 télémedecine pour l'amélioration des parcours en santé (ETAPES), dont les résultats sont attendus prochainement. Le souhait est de l'élargir à un plus grand nombre de patients, en particulier BPCO. Mais il est fort probable que les futures expériences incluront en premier lieu les patients dont l'état est le plus grave, pour généraliser ensuite vers les cas les moins graves. À ce titre, « nous devons continuer d'impulser l'élargissement de l'offre de soins, ajoute le pneumologue. Toute proposition d'expérience sera bien accueillie par les agences régionales de santé pour les patients insuffisants chroniques à connotation médico-économique sévère. »

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. À ce stade, rien n'est tranché quant à la répartition de la responsabilité médicale, de l'analyse des données, de la définition des alertes pertinentes, des interventions auprès des patients ou du mode de rémunération des professionnels, etc. Bruno Stach est pragmatique : « il faudra probablement dans un premier temps s'orienter vers une visualisation de courbes de mesures lors d'une consultation ou d'une téléconsultation plutôt que de traiter des alertes ponctuelles, à l'instar de ce qu'il se fait déjà chez les patients sous pression positive continue (PPC). Néanmoins, je pense que les objets connectés feront une percée dès 2021. »

**« La crise sanitaire liée à la Covid-19 démontre que nous devons, plus que jamais, compter sur le digital ! »**



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. Elle offre un accès démocratisé au plus grand nombre, à condition qu'elle soit 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.*

### La Covid-19, un catalyseur de la télémédecine ?

L'enquête « **Santé respiratoire et accès aux soins : quelles difficultés rencontrez-vous ?** » a été conduite via le RespiLab 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.

Le rapport complet de l'enquête est disponible sur le site de Santé respiratoire France.



#### 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.*



Dorian Cherioux, représentant des patients de l'association Asthme & Allergies



## L'ASSOCIATION SANTÉ RESPIRATOIRE FRANCE

L'association Santé respiratoire France (ex-Association BPCO) ne cesse de se développer. Depuis **17 ans**, elle se bat pour sensibiliser les malades et les professionnels du soin aux maladies respiratoires chroniques et pour les faire reconnaître par les pouvoirs publics. L'organisation d'une journée annuelle au Palais du Luxembourg est l'une de ses nombreuses actions.

L'Association BPCO a été créée en juin 2003 par des pneumologues hospitaliers et libéraux pour répondre au défi de santé publique que constitue la BronchoPneumopathie Chronique Obstructive, une maladie sous-diagnostiquée, inconnue du grand public et que les pouvoirs publics ont bien du mal à prendre en considération. Avec près de **4 400 adhérents** (2 749 adhérents patients, proches et 1 634 adhérents professionnels de santé), l'Association Santé respiratoire France couvre désormais tout le champ des maladies respiratoires.

Les newsletters mensuelles et trimestrielles attirent chaque année toujours plus d'intéressés avec **2 630 abonnés en 2020**. Présente sur les réseaux sociaux, l'association est devenue une source d'informations de plus en plus consultée, à l'instar de ses pages Youtube, Facebook (2 000 abonnés), Twitter (1 150 abonnés), LinkedIn (1 170 abonnés) et Instagram. Le site internet est enrichi chaque mois d'articles scientifiques validés par des experts, répondant aux besoins de connaissance et de conseils pratiques des patients, avec de plus des témoignages, des enquêtes, des vidéos, etc.

**Le site internet de l'association :** <https://sante-respiratoire.com>

**Le site internet du RespiLab :** <https://respilab.com>

Le RespiLab est un espace de co-crédation de savoirs et de solutions innovantes pour faire progresser la prise en charge des maladies respiratoires chroniques et améliorer la qualité de vie de ceux qui en souffrent.

### LES MALADIES RESPIRATOIRES EN FRANCE:

**Près de 10 millions de personnes en France sont concernées par les maladies respiratoires chroniques.**

- Cancer du poumon : **30 000** décès par an
- Insuffisance respiratoire : **15 000** décès par an
- Pneumonie : **600 000** malades par an
- Asthme : **4,5 millions** de Français touchés
- BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive) : **3,5 millions** de Français touchés, un chiffre sous-estimé.
- Fibrose pulmonaire idiopathique : **entre 3 000 et 5 000 nouveaux cas** par an
- Sans oublier les quelques dizaines de milliers de patients qui ont eu des formes sévères de la Covid-19 depuis mars 2020.

Les deux principales pathologies respiratoires chroniques - **Asthme et BPCO** - concernent près de **450 millions de personnes dans le monde**.