

Un plan BPCO ! Pourquoi ? Comment ?

P. Godard¹, B. Housset²

Depuis plusieurs années, la communauté médicale se mobilise avec beaucoup d'énergie pour que la BPCO, cette inconnue meurtrière, soit reconnue comme une entité clinique à part entière [1]. Cette maladie est en train d'acquiescer ses lettres de noblesse (maléfique) grâce à une ténacité peu commune de l'ensemble de la communauté pneumologique. La mobilisation est mondiale, aussi bien sur le plan scientifique que pédagogique et médiatique, voire juridique. La France n'est pas en retard. Un « Plan BPCO », conçu et réalisé par la direction générale de la santé (DGS) et la société de pneumologie de langue française (SPLF) sera présenté dans les prochaines semaines. Il s'agit d'un plan de santé publique.

Quelques chiffres récents [2] témoignent de l'ampleur du problème. Globalement la prévalence de la BPCO est comprise entre 6 et 8 % chez les adultes de plus de 25 ans. Les formes les plus sévères (avec un VEMS < 50 % des valeurs théoriques) concernent 1,25 à 2,90 % de cette population. En termes de mortalité, la BPCO sera bientôt la 3^e cause de mortalité dans le monde. En France, le nombre de décès annuel est de 16 000. En termes de handicap, elle sera prochainement au 5^e rang.

Les Anglais associent désormais « smoker's lung » au mot COPD, c'est-à-dire BPCO. Cette référence aux méfaits du tabac identifie clairement l'ennemi à abattre. Elle permet de souligner la grande fréquence des co-morbidités et le caractère systémique de la BPCO. Toutefois certaines BPCO sont d'origine professionnelle. La part attribuable serait d'environ 20 % [3]. Face à l'agression tabagique ou particulière toxique, nous ne sommes manifestement pas égaux. Les femmes apparaissent plus sensibles et divers facteurs génétiques prédisposent manifestement au développement d'une BPCO.

L'objectif général du Plan BPCO est ambitieux : diminuer de 20 % la mortalité et le nombre d'hospitalisations pour exacerbations au cours des 10 ans à venir. Notre détermination doit rester entière. Elle est raisonnée et raisonnable. Trop souvent encore la chronicité de la maladie est synonyme de désespérance [4]. C'est un mot qui revient régulièrement dans le discours médical. La BPCO est une maladie qui peut être prévenue. C'est une maladie qui peut se soigner [5].

¹ Service des Maladies Respiratoires, Hôpital Arnaud de Villeneuve, Montpellier, France.

² Service de Pneumologie, Centre Hospitalier Intercommunal, Créteil, France.

Correspondant : P. Godard
Clinique des Maladies Respiratoires, 555, route de Ganges, 34295 Montpellier
godard@montp.inserm.fr

Réception version princeps à la Revue : 02.06.2005.
Acceptation définitive : 09.06.2005.

La prévention ? En matière de lutte contre le tabagisme, l'évolution des chiffres est encourageante [6]. Retenons que la vente des cigarettes a régressé de 21 %. Certes il faut mesurer son enthousiasme et ne pas se démobiliser. Mais la conséquence sera au rendez-vous : moins de BPCO, moins de morbi-mortalité. La prévention est un acte efficace. La lutte contre le tabagisme doit être intensifiée et pérennisée. Chaque acteur de santé doit se sentir concerné. L'efficacité des méthodes de sevrage est encore trop faible. D'autres approches, médicamenteuses ou non sont à développer.

Une autre action, forte, de santé publique consiste à dépister la maladie. Le Plan insiste à juste titre sur cet aspect. Cette attitude est en cohérence parfaite avec les recommandations de l'OMS en la matière. Reste à démontrer que c'est faisable. La SPLF conduit des actions avec cet objectif. Reste ensuite à démontrer que c'est réellement efficace. Des projets, actuellement en gestation, seront à mettre en œuvre dans les années à venir.

La BPCO est aussi une maladie qui se traite [7]. La réhabilitation respiratoire (RR), objet d'une récente conférence d'experts organisée par la SPLF [8], a une efficacité démontrée sur la dyspnée et la qualité de vie. Elle doit donc pouvoir être proposée et réalisée chez une majorité de patients. Dans cette perspective l'acte de ré-entraînement à l'effort doit figurer à la nomenclature comme un acte remboursable. La SPLF s'est mobilisée et se mobilisera aux côtés des syndicats pour une reconnaissance de cet acte indispensable à une meilleure prise en charge de ces patients.

La prise en charge des BPCO les plus graves doit être faite par les spécialistes. Certaines exacerbations peuvent être traitées à domicile [9]. Des structures d'hospitalisation à domicile existent en France, en particulier à Limoges. Ces expériences peuvent être étendues pour en faire bénéficier le plus grand nombre et donc éviter des hospitalisations. Lors des prises en charge hospitalières le rôle du spécialiste pneumologue est essentiel, que ce soit dans le cadre d'une hospitalisation en secteur conventionnel, en soins intensifs ou en réanimation. La ventilation non invasive est efficace en aigu, dans des mains expertes. Cette thérapeutique doit être utilisée plus largement. Le maillage du territoire français est insuffisamment serré pour être complètement efficace. De plus, la démographie médicale en termes de spécialistes pourrait s'avérer défailante dans les prochaines années. De nouvelles solutions sont donc à trouver.

Cette maladie souffre aussi d'une recherche fondamentale et clinique encore insuffisante. L'avenir dépend de l'effort qui sera réalisé dans ce domaine. Les pistes sont nombreuses :

suivi de cohortes, recherche de facteurs pronostiques, de polymorphismes génétiques, programmes de recherche consacrés à la régénération pulmonaire. Des appels d'offre spécifiques à la BPCO doivent être mis en place.

Enfin, et ce n'est certainement pas la moindre des actions de santé publique à mettre en place, la formation doit être développée. Cette formation concerne les plus jeunes dans le cadre de la formation initiale, mais aussi la formation continue des médecins généralistes. Les pneumologues, quelle que soit leur activité doivent y participer et eux-mêmes consacrer du temps à cette formation. La BPCO doit figurer dans la liste des grands thèmes prioritaires dans ce domaine. Les paramédicaux doivent être associés à cet effort.

La BPCO justifie tout l'intérêt qu'on lui porte. C'est une maladie au sens pasteurien du terme. Toutes les étapes de son développement, depuis l'étiologie jusqu'au traitement, en particulier la prévention, voire la vaccination dans un avenir peut être proche, sont de mieux en mieux connues. Le désespoir n'est plus d'actualité. L'ensemble de la communauté médicale, scientifique, institutionnelle, pharmaceutique se doit de rester mobilisé.

Références

- 1 Cordier JF : BPCO: Trois défis, une réponse globale. *Rev Mal Respir* 2001 ; 18 : 577-9.
- 2 Huchon GJ, Vergnenegre A, Neukirch F, Brami G, Roche N, Preux PM : Chronic bronchitis among French adults: high prevalence and underdiagnosis. *Eur Respir J* 2002 ; 20 : 806-12.
- 3 Ameille J, Dalphin JC, Paireon JC : Bronchopneumopathies chroniques obstructives professionnelles. Aspects médico-legaux, conduite à tenir en pratique. *Rev Mal Respir* 2000 ; 17 : 915-22.
- 4 Bowers S : COPD is not a death sentence. *Lancet* 2004 ; 364 : 896.
- 5 Barnes PJ, Hansel TT : Prospects for new drugs for chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 2004 ; 364 : 985-96.
- 6 Brucker G, Josseran L : Le tabagisme en France : évolutions récentes. *Rev Prat* 2004 ; 54 : 1871-6.
- 7 Rennard SI : Treatment of stable chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 2004 ; 364 : 791-802.
- 8 Recommandations de la Société de Pneumologie de Langue Française sur la réhabilitation du malade atteint de BPCO. Conférence d'experts – texte court. *Rev Mal Respir* 2005 ; 22 : 696-704. [http://www.splf.org/rmr/pdfNR/texte_court_RMRsoumis.pdf, 2005]
- 9 Lightowler JV, Wedzicha JA, Elliott MW, Ram FS : Non-invasive positive pressure ventilation to treat respiratory failure resulting from exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003 ; 326 : 185.