

Trimestriel n° 24
Décembre / Janvier 2004

CPPAP n° 1203 T 81023
ISSN n° 1286-2185

Revue diffusée nominativement
à 10 000 exemplaires

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

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

RÉDACTEUR EN CHEF :
DOCTEUR FRANÇOIS AUBART
DOSSIER SCIENTIFIQUE :
DOCTEUR FRANÇOIS BLANCHON
DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :
STEPHAN J.P. LELLOUCH
RÉALISATION : NETCOM MEDICAL
COORDINATION ÉDITORIALE :
P.E.C (PRESSE ÉDITION COMMUNICATION)
14, BD DU COMMANDEUR - 13009 MARSEILLE
TEL : 04 96 20 06 06 - FAX : 04 96 20 06 09



**Le mot
du Rédacteur
en chef**

*Aux lecteurs d'Officiel Santé,
à nos partenaires,
à tous ceux qui contribuent
au succès de notre revue,
je souhaite une Année Heureuse,
une Année de Paix, de Progrès
et de petits moments
qui fondent la vie
et d'autres, plus grands
qui en font les Souvenirs.*

Bonne Année à Tous!

Dr François Aubart

Officiel
santé

Actualités hospitalières

S O M M A I R E

5 Editorial	L'hôpital... dans tous ses états
8 Actualités Pharmaceutiques	7 Un nouveau site interactif pour la CMH 10 Hôpital et laïcité <i>par le Dr F. Fraisse, CH Saint Denis</i> 12 Hôpital 2007 : je gouverne, tu gouvernes, nous gouvernons... 13 RTT médical : évaluation 2003 15 Supplique de la confrérie des apothicaires au grand vizir de la santé 17 ... Un chirurgien heureux ... Aujourd'hui j'ai opéré ! <i>par le Dr J.P. Delalande, chirurgien hospitalier</i> 20 Publications et nominations des postes de praticiens hospitaliers : les chiffres et les évolutions 22 La biologie à un tournant de son histoire <i>par le Pr J.G. Gobert, président de la FNSPBH</i> 24 L'organisation de la psychiatrie : un problème de santé publique <i>par A. Pidolle, psychiatre des hôpitaux</i>

Dossier scientifique

Pneumologie



33 Editorial du Pr J.F. Muir <i>président de la Société de Pneumologie de Langue Française</i>	28 Recommandations a.n.a.e.s. : prise en charge du patient atteint de mucoviscidose 33 2003-2004 : turbulences dans le domaine sanitaire <i>par le Pr J.F. Muir, président de la SPLF</i> 34 Le Syndicat des Pneumologues Hospitaliers <i>par le Dr F. Blanchon, secrétaire général du SPH</i> 35 Le SRAS premier fléau du XXI ^e siècle ou première grande victoire de la veille sanitaire internationale ? <i>par le Dr F. Ribadeau Dumas et le Dr A. Fontanet, Institut Pasteur</i> 39 La tuberculose : ce qui change en 2004 <i>par le Pr B. Dautzenberg, Pitié Salpêtrière - APHP</i> 43 Prise en charge de la mucoviscidose à l'âge adulte : la responsabilité du pneumologue <i>par le Dr M. Murriss-Espin, CHRU Toulouse</i> 47 Dépistage du cancer bronchique : le projet DEPISCAN <i>par le Pr E. Lemarié, CHU Tours</i>
---	--

L'hôpital...

...dans tous ses états

Au XXI^e siècle, la plus grande richesse de l'hôpital reste les hommes et les femmes qui y travaillent. Mais la pénurie s'est installée. Infirmières et médecins manquent à l'appel. Dans dix ans, trois infirmières sur quatre actuellement en exercice ne travailleront plus à l'hôpital. Elles seront retraitées ou auront changé d'orientation professionnelle. Les trente mille infirmières qui chaque année recevront leur diplôme d'état ne suffiront pas à combler les vides, accompagner la réduction du temps de travail, répondre aux besoins dans les maisons de retraites ou à domicile notamment pour aider la prise en charge de la dépendance. L'augmentation significative du quota d'entrée dans les écoles, initiée par Martine Aubry et relayée par Jean François Mattéi doit être largement et rapidement poursuivie. C'est une priorité de santé publique. Pour les médecins, la fracture démographique, aggravée par des législations françaises et européennes appliquées au pas de charge est devant nous. Mais, là encore de façon paradoxale, il n'y a jamais eu autant de médecins en France : plus de deux cent mille médecins étaient en exercice en 2003, et majoritairement ils travaillent en médecine libérale ou dans le secteur hospitalier privé. Or cette inégale répartition est d'autant plus pénalisante que la distribution des contraintes et des missions sont souvent réparties de façon inégale entre secteur public et secteur privé. A l'hôpital SAU, la permanence, les urgences 365 jours par an, 24 heures sur 24, l'imprévu, le désorganisé. A la clinique plutôt le choisi, l'organisé, la chirurgie ambulatoire, les segments de marché sélectionnés. Cette situation impose des mesures urgentes portant notamment sur l'augmentation du nombre des internes de spécialité réduit de moitié depuis 1990, la redistribution entre secteur privé et public et la poursuite de l'augmentation du *numerus clausus*.

C'est dans ce contexte que vient d'être adoptée la réforme de la tarification des hôpitaux et des cliniques. C'est ensemble, majorité et opposition confondues, qu'a été votée la mise en place d'une tarification à l'activité. Cette « T2A » vise à définir pour chaque activité médicale un tarif correspondant au financement des moyens engagés.

Cette réforme suppose une standardisation des produits et des services fournis et sa correspondance avec un prix unique moyen. Fini le budget global. L'hôpital et la clinique vont établir un budget prévisionnel et le confronter au principe de réalité des rentrées d'argent constituées par les recettes de la T2A. L'hôpital va « toucher » le tarif d'une opération de la cataracte ou d'une appendicectomie non compliquée de plus de 65 ans. Ce tarif sera le même à la clinique du sport, à l'hôpital de St Affrique ou à celui de la Pitié Salpêtrière. Ici et là il y aura des activités vache à lait et des activités qui plomberont l'équilibre recettes/dépenses. La prise en charge des vieilles dames dites poly pathologiques sera-t-elle financièrement pénalisante? Quid de la prise en charge des patients compliqués ou des complications? A priori, la réforme ne se veut ni brutale ni manichéenne. Le financement du service public, celui des missions spécifiques et des particularités en particulier géographiques est prévu. Mais où commencent et où s'arrêtent les missions de service public? On ne peut accepter de les voir guettoiser à la prise en charge des urgences, ou, comme aux Etats-Unis, à celle de certaines catégories sociales. L'équilibre des missions confiées à l'hospitalisation publique et privée ne peut valablement s'établir sur la base de la concurrence et la brutalité de la loi de l'offre et de la demande. Si la recherche d'une amélioration de la productivité ne peut être condamnée le risque du productivisme est grand. « Quicker and sicker » constatent les médecins nord américains où le système est en place depuis 1983. En théorie le garde fou contre cette déviance est constitué par la promotion de la qualité mais nul ne maîtrise vraiment les conséquences de cette révolution que constitue la réforme du financement et l'instauration de la T2A. Alors si l'état doit rester le garant de l'intérêt général et disposer de droit régalien quant à l'organisation générale du système de santé, les médecins et pharmaciens hospitaliers doivent être les gardiens vigilants de l'intérêt des malades.

**Dr François Aubart,
président de la CMH**

LES PARTENAIRES D'OFFICIEL SA

DÉLÉGUÉS RÉGIONAUX DE LA CMH

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

COORDINATION MÉDICALE HOSPITALIÈRE

Président : Dr F. Aubart

CHI Simone Veil (Eaubonne Montmorency)

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

e-mail : François.Aubart@wanadoo.fr

Secrétaires :

Dr F. Thuillier : Centre hospitalier de Meaux

6/8, rue St Fiacre, 77100 Meaux

Tél : 01 64 35 38 13 - Fax : 01 64 35 37 06

e-mail : F.thuillier@ch-meaux.fr

Dr JP Garnier - Paris

Délégué général :

Dr N. Skurnik - Neuilly sur Marne

e-mail : nskurnik@yahoo.fr

Trésorière :

Dr P. Suter - CHG d'Argenteuil

Tél : 01 34 23 27 21

Fédération nationale des syndicats de pharmaciens biologistes des hôpitaux FNSPBH

Président : Pr J.-G. Gobert

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

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

Syndicat des pneumologues hospitaliers SPH

Président : Dr F. Blanchon

Tél : 01 64 35 38 56 - Fax : 01 64 33 91 70

e-mail : f-blanchon@ch-meaux.fr

Syndicat de la médecine hospitalière SMH

Président : Dr J.-L. Bourdain

Tél : 01 34 97 40 68 - Fax : 01 34 97 42 91

j-l.bourdain@ch-mantes-la-jolie.rss.fr

Syndicat national des praticiens attachés SYNPA

Président : Dr M. Marchand

Tél : 01 40 03 24 71

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

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

Président : Dr M. Angebault

Tél : 01 49 08 20 20

Syndicat national de gérontologie clinique SNGC

Président : Dr J.-M. Vetel

Tél - Fax : 02 43 87 02 88

jmvetel@ch-lemans.fr

**Syndicat national des
pharmaciens praticiens hospitaliers et
praticiens hospitaliers universitaires SNPHPU**

Président : Pr G. Aulagner

Tél : 04 72 35 72 45

e-mail : gilles.aulagner@chu-lyon.fr

**Collégiale des médecins légistes hospitaliers
et hospitalo universitaires CMLHHU**

Président : Dr M. Debout

Tél : 04 77 12 05 23

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

Syndicat des chirurgiens hospitaliers SCH

Président : Dr T. Dufour

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

e-mail : neurochir@chr-orleans.fr

**Syndicat national des chirurgiens
anciens CU et CES SNCACC**

Président : Dr J.F. Dilhas

Tél : 01 64 92 92 92

sncacc@aol.com

Syndicat des psychiatres de secteurs SPS

Président : Dr N. Skurnik

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

nskurnik@yahoo.fr

Syndicat des urgences hospitalières SUH

Président : Dr D. Sebbe

Tél : 02 97 28 40 86

e-mail : domlouam@aol.com

**Syndicat national des médecins
réanimateurs des hôpitaux publics SNMRHP**

Président : Pr P.-E. Bollaert

Tél : 03 83 85 14 94

e-mail : pe.bollaert@chu-nancy.fr

**Syndicat national des biologistes
des hôpitaux privés SNBHP**

Président : Dr H.-R. Caillet

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

**Association des Médecins Urgentistes
Hospitaliers de France AMUHF**

Président : Dr P. Pelloux

Tél : 01 49 28 30 70

e-mail : patrick.pelloux@sat.ap-hop-paris.fr

Membre Associé : Dr J.C. Ducreux

Tél : 04 77 44 31 07 - Fax 04 77 44 31 15

Président d'Honneur du

**Syndicat national des médecins
anesthésistes-réanimateurs
des hôpitaux CH/CHG SNMARHNU**

un nouveau site interactif pour la CMH

La CMH vous propose désormais un portail interactif à l'adresse www.cmh.fr. Vous pouvez également y accéder à l'ancienne adresse en choisissant « le portail interactif de la CMH ».

Le nouveau site vous propose toujours sous une autre forme les rubriques classiques : présentation de la CMH et des syndicats constitutifs, les textes, l'actualité, les négociations, les liens, etc. Toutefois, nous avons souhaité ajouter de nouvelles fonctionnalités plus interactives dans le but de communiquer en direct avec vous, de vous donner la parole, de dialoguer.

Suivez le guide

En premier lieu, enregistrez-vous en cliquant sur la page d'accueil sur « nouveau compte » (Figure 1). Cela vous permettra de nous proposer de nouveaux articles et de participer à nos forums. Vous pourrez aussi recevoir directement par e-mail notre courrier ou notre lettre d'information en cours de réalisation. Puis, configurer votre compte pour personnaliser l'aspect et le style de présentation. Enfin, prenez quelques minutes pour parcourir le site.

La page d'accueil comporte 3 zones (figures 1 et 2) : au centre, vous pourrez consulter les articles d'actualités. Toujours à jour, ils sont présentés du plus récent en haut vers le plus ancien. Nous conservons les 10 derniers articles en permanence. Les articles plus anciens sont consultables dans la zone de droite intitulée « anciens textes ». Vous pouvez aussi les retrouver par mots clés dans la zone « recherche » ou par sujets dans la zone de gauche rubrique « sujets ».

Les modules

La zone de gauche vous présente en haut les modules accessibles : certains modules ne sont accessibles qu'aux utilisateurs enregistrés (forums par exemple). Voici quelques éléments concernant ces modules :

- **Forums de discussion** (figure 3) : donnez votre avis en direct sur les sujets chauds.
- **Liens web** (figure 4) : une sélection de liens utiles voire indispensables
- **Contact** : faites nous part de vos suggestions ou demandez nous des informations
- **Liste des membres** : tous les membres enregistrés
- **Officiel Santé** : la revue en ligne à partir du numéro 22
- **Proposez un article** : si vous avez quelque chose à dire, ne vous gênez pas. Nous publierons tous les articles constructifs.
- **Qui sommes nous ?** : retrouvez ici toutes les infos sur la CMH. Les membres du bureau, les syndicats affiliés, les délégués, la charte, etc.
- **Sondages** : nous poserons ici quelques questions d'actualité. Répondez et consultez en temps réel le résultats.
- **Statistiques** : l'état des consultations en direct. N'hésitez pas à cliquer sur « statistiques détaillées » et faites monter le nombre de « hits ».
- **Téléchargements** (figure 5) : les dossiers, les textes, les négociations en cours, les rapports, etc. Une mine d'informations à télécharger ! Pour suivre les événements au plus près.

Nous comptons sur vous pour nous transmettre vos suggestions afin d'améliorer ce site et surtout à le faire vivre.

Bon surf.

Les « webmasters » :
F. Thuillier et M. Vaubourdolle



Actualités Pharmaceutiques

☞ **COMUNIQUE DES LABORATOIRES NORDIC PHARMA**

Paris, le 12 janvier 2004

NOUVEAU PRODUIT:

UN NOUVEAU BISPHOSPHONATE INJECTABLE DISPONIBLE EN VILLE: OSTEPAM®

Le nouveau produit commercialisé, en septembre 2003, par le laboratoire NORDIC PHARMA, OSTEPAM®, devient disponible en ville et obtient son remboursement Sécurité Sociale. OSTEPAM®, acide pamidronique, est un bisphosphonate injectable, qui agit sur le remodelage osseux par un puissant effet inhibiteur de la résorption ostéoclastique.

OSTEPAM® 15 mg/ml, solution à diluer pour perfusion, a obtenu son Autorisation de Mise sur le Marché en mars 2003 et l'agrément aux collectivités en septembre 2003. Le remboursement par la Sécurité Sociale est paru au Journal Officiel du 17 décembre 2003.

OSTEPAM® est indiqué:

- en **oncologie**, dans le traitement des ostéolyses malignes avec ou sans hypercalcémie, du myélome de stade III et de l'hypercalcémie sévère,
- en **rhumatologie**, dans le traitement de la maladie de Paget.

OSTEPAM® se présente sous forme d'une solution prête à l'emploi en **4 dosages**:

90 mg/6 ml, 60 mg/4 ml, 30 mg/2 ml et 15 mg/1 ml.

La solution doit être diluée dans un soluté compatible ne contenant pas de calcium (NaCl 0.9 % ou Glucosé 5 %).

En pratique quotidienne et notamment en **médecine ambulatoire**, OSTEPAM® est **facile d'utilisation**:

- pas de reconstitution du produit
- aucun excipient à effet notoire
- possibilité de poser la perfusion directement sur une veine périphérique
- étiquetage clair permettant de différencier chaque dosage.

La mise à disposition d'OSTEPAM® en ville va permettre le traitement des patients à leur domicile et donc d'améliorer leur confort ainsi que la qualité des soins.

De plus, OSTEPAM® est le moins cher des bisphosphonates injectables disponibles en ville avec un coût qui est de 15 à 30 % inférieur aux traitements similaires.



☞ Commercialisées à l'hôpital depuis plus de 2 ans, les spécialités KALETRA (association lopinavir et ritonavir) médicaments anti-VIH-1 sont désormais disponibles également en officine de ville.

Ces spécialités sont prises en charge au taux de 100 % par la Sécurité sociale.

Elles sont indiquées dans le traitement des adultes et des enfants âgés de plus de 2 ans infectés par le VIH-1, en association avec d'autres antirétroviraux.

Elles sont soumises à une prescription initiale hospitalière annuelle. Leur renouvellement peut être effectué par tout médecin.

Les spécialités KALETRA doivent être conservées au réfrigérateur, entre + 2 °C et + 8 °C.

Si elles sont placées hors réfrigérateur, à température ambiante (température de moins de 25 °C), elles doivent être utilisées dans les 6 semaines suivant la sortie du réfrigérateur. Il est conseillé d'inscrire la date de sortie du réfrigérateur sur le conditionnement.

La spécialité est disponible en Flacons de 90 capsules molles, boîte de 2 Flacons de 60 ml, avec seringues pour administration orale de 5 ml. Liste I, Remboursé à 100 % Agréé aux collectivités

Laboratoires Abbott

☞ **COMMUNIQUE DE PRESSE**

Au moment où des collectifs de scientifiques de l'Union Européenne tentent de rompre toute relation d'échanges, de partenariat et de coopération scientifique avec Israël, nous avons choisi de renforcer ces échanges en créant l'Association Franco-Israélienne de Cardiologie (AFICARDIO).

Cette association, née à l'initiative de cardiologues cliniciens et chercheurs français, assurera une collaboration franco-israélienne qui inscrira à son ordre du jour les relations scientifiques habituelles entre la France et Israël, pays ami et francophone.

Elle s'adresse aux médecins, chirurgiens et autres professionnels de santé, français, francophones et israéliens, intéressés par le soin et la prévention cardiovasculaire:

L'AFICARDIO se fixe pour objectif de promouvoir les échanges entre les deux communautés scientifiques:

1. en organisant des rencontres entre médecins français et israéliens sous la forme de congrès et colloques, qui se tiendront soit en France, soit en Israël;
2. en favorisant des échanges entre les étudiants de différentes facultés de Médecine des pays francophones et d'Israël sous la forme d'attribution de bourses d'études;
3. en soutenant des projets de recherche conjointe;
4. en réalisant des actions sanitaires communes;
5. en promouvant les innovations technologiques des deux pays.

Par son action, l'AFICARDIO manifeste son amitié au peuple et à l'Etat d'Israël.

Pour adhérer, envoyer un mail à : aficardio@yahoo.fr ou écrire à **AFICARDIO, 5 place de la Bastille 75004 Paris**

☞ Depuis le 26 novembre 2003, la spécialité GLIVEC (imatinib) est désormais remboursée par la Sécurité sociale au taux de 100 % dans le traitement chez l'adulte de la leucémie myéloïde chronique (LMC) chromosome Philadelphie (Bcr-Abl) positive (Ph+) nouvellement diagnostiquée lorsque la greffe de moelle osseuse ne peut être envisagée comme un traitement de première intention.

La spécialité est disponible en boîte de 120 gélules Liste I Remboursé à 100 %
Médicament à prescription initiale hospitalière de 6 mois et renouvellement réservés aux hématologues, aux oncologues, aux internistes et aux gastroentérologues.
Laboratoires Novartis pharma.

☞ La gamme Ascensia de Bayer Diagnostics s'est depuis peu enrichie d'un nouveau lecteur de glycémie : **Ascensia CONFIRM.**

Pour mieux satisfaire les besoins des patients et des personnels soignants, Ascensia CONFIRM a été mis au point suite à un programme d'études mondial et de nombreuses validations.

Aujourd'hui, Ascensia CONFIRM est le seul lecteur offrant à la fois SIMPLICITÉ et AUTONOMIE aux patients diabétiques.

Il est simple à programmer et à manipuler au quotidien :

- Le disque est facile à charger, la programmation se fait en une seule étape, un mode d'emploi autocollant est intégré, la fonctionnalité des touches est logique et intuitive.
- Il est ergonomique, a un grand écran pour une lecture aisée, et la sortie du capteur se fait en un seul geste.

C'est le seul lecteur utilisant la technologie du disque de 10 capteurs intégrés. En effet, il offre au patient une autonomie de 3 jours en moyenne, puisqu'en chargeant une seule fois le disque, le patient peut réaliser 10 glycémies sans manipuler de bandelettes.

Caractéristiques techniques : utilise la méthode de la glucose oxydase, 100 mesures peuvent être mémorisées, calcule la moyenne sur 14 jours, signal sonore désactivable, choix de l'unité de mesure (mg/dl

ou mmol/L) fonctionne entre 10 et 40° C, 10 et 80 % d'humidité, avec une pile de 3 V CR 2025 lithium, garantie 4 ans.



Utilisation : insérer le disque de 10 capteurs dans le lecteur et noter le numéro de programme avant de refermer l'appareil. Appuyer sur « marche/arrêt » et sélectionner puis valider le numéro de programme. Faire sortir un capteur en tirant puis poussant la poignée verte à la base du lecteur. Piquer le bout du doigt avec l'autopiqueur afin de former une goutte de sang. En contact avec le capteur, la goutte est automatiquement aspirée, et la lecture commence après un signal sonore. La glycémie s'affiche ensuite dans l'unité préalablement sélectionnée.

Le capteur s'éjecte en plaçant le lecteur tête en bas grâce au bouton vert situé à proximité.

■ Arik Son L.

SUH et AMUHF

deux organisations d'urgences
en milieu hospitalier

syndicat des urgences hospitalières

Président :

Dr D. Sebbe.

tél : 02 97 28 40 86

email :

domlouam@aol.com

association des médecins
urgentistes hospitaliers de France

Président :

Dr P. Pelloux

tél : 01 49 28 30 70

email :

patrick.pelloux@sat.ap-hop-paris.fr

répartition géographique :
France y compris Dom-Tom

composition
des délégations régionales :
chefs de service urgence et
praticiens affectés à un
SMUR, SAMU ou SAU

répartition cumulée
des syndicats
statistiques établies
en moyenne métropolitaine,

par région :

39 chefs de service
39 praticiens hospitaliers
par département :
9 chefs de service
9 praticiens hospitaliers

hôpital et laïcité

Dr F. Fraisse, service de réanimation et urgences adultes, CH de Saint-Denis

Le principe de laïcité dans le Service public doit être considéré comme un rempart assurant neutralité et tolérance à l'égard de la pression exercée par les fanatismes ou les intégrismes.

A l'hôpital, le principe de laïcité implique l'égalité d'accès aux soins quel que soit la religion, le sexe, la race, les origines, le statut social, les caractéristiques génétiques.

L'intégrisme conditionne des implications fondamentales dans la relation Médecin-malade, soignant-soigné et en conséquence influence les pratiques, les rapports de confiance inhérents à ce colloque singulier.

Il est peut-être opportun de rappeler que les deux plus célèbres Médecins Musulmans de l'âge Médical, AVERROES et AVICENNE se sont heurtés à l'oligarchie religieuse de leur époque, celui-ci en voulant libérer la pensée musulmane d'un juridisme trop étroit assujéti à une théologie faussement spéculative, celui-là par sa philosophie de la guérison axée sur le traitement du symptôme et en particulier de la douleur.

Cependant l'exigence de neutralité absolue doit être tempérée pour permettre aux patients un libre exercice des pratiques religieuses.

Les contradictions entre laïcité, droits des usagers et croyances

L'article L 111-3 à 6 du CSP notifié par la loi n° 2002-303 du

04 Mars 2002 stipule : « toute personne, prend avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le Médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informé des conséquences de ses choix ».

« Aucun acte médical, ni aucun traitement, ne peut être pratiqué sans consentement libre et éclairé de la personne, ce consentement pouvant être retiré à tout moment ».

Une lecture littérale, déracinée du contexte, serait de nature à octroyer aux patients des droits ou des requêtes contraires aux principes de laïcité.

De plus, ces dispositions pourraient susciter des requêtes peu compatibles avec l'exercice médical :

Examen du patient sous certaines conditions (par exemple un Médecin de sexe féminin, la présence de tierce personnes...). Comme le souligne le rapport STASI « la difficulté de la traduction juridique du principe de laïcité s'explique par la tension contradictoire entre la neutralité de l'état laïque et la liberté religieuse et ses convictions spirituelles ».

Ainsi sont mis en exergue, des problèmes concernant l'organisation des soins.

La prise en compte de revendications liées à des prescriptions religieuses ne peut aller jusqu'à affecter les missions du service public. Néanmoins l'accomplissement de ces missions en matière d'examen médical est difficile à définir car elle varie à

l'infini en fonction de la situation dans laquelle l'acte est requis. La notion de contrat de moyens souscrit entre le Médecin et son patient est concrètement difficilement systématisable, il est pourtant le fondement théorique essentiel du refus de contraintes imposées, inacceptables ou incompatibles avec l'exercice médical.

Laïcité et droits des patients

– L'égalité d'accès aux soins est un principe intangible.

– Aucune discrimination ne doit être effectuée vis à vis des patients en fonction de leur croyance religieuse supposée, leur race, leur appartenance à une communauté ethnique.

– La liberté d'affirmation de convictions religieuses est acceptée si elle ne comporte pas d'éléments de provocation, de prosélytisme. Cependant leur prise en compte ne peut aller jusqu'à affecter les missions du service public en imposant une modification de l'organisation des soins : ainsi l'exigence par une patiente ou de son environnement, de soins en particulier en Gynécologie-obstétrique dispensés par une femme ne peut être acceptée. Ce principe ne remet pas en cause le libre choix du Médecin par le patient mais fait référence aux situations d'urgences ou l'organisation des soins n'est pas compatible avec une telle demande.

– Le soignant peut aussi être amené à refuser de dispenser des soins, sauf urgence, à un

patient dont les exigences seraient inacceptables avec un soin de qualité :

- Impossibilité à pratiquer une anamnèse suffisante.
- Refus d'un examen classique ou d'actes thérapeutiques simples au titre d'interdits religieux.
- Refus du colloque singulier Médecin-malade avec volonté d'imposer un environnement non nécessaire à la dispensation des soins (témoins exigés incompatible avec un exercice de qualité ou une confidentialité suffisante).

En principe, beaucoup de situations peuvent trouver un aboutissement consensuel par une démarche explicative appropriée. C'est à ce titre qu'une loi claire et connue, peut servir de trame initiale. Elle peut ensuite être modulée dans un projet adapté à l'exercice de la spécialité médicale. Quand commence la permissivité ou finit l'intransigeance ? Les bornes sont difficiles à définir. Dans le projet médical d'une équipe soignante, certaines concessions peuvent ne pas mettre en cause le principe de laïcité.

Une procédure claire écrite, souple mais ferme, tournée vers le dialogue et la pédagogie

permet d'en matérialiser les limites

Les situations pour lesquelles il convient de statuer sont beaucoup plus nombreuses qu'il n'y paraît : choix du soignant, isolement du patient, tenue vestimentaire inacceptable avec les règles d'hygiène.

La ratification des procédures par des organismes d'usager ou des autorités religieuses peut constituer un appui au dialogue et à la négociation.

Laïcité et Personnels de santé :

Pour les soignants, le principe de laïcité doit s'appliquer avec rigueur.

Toutes tenues ou comportements ostentatoires doivent être proscrits.

La neutralité du soignant est essentiel, non seulement au titre de laïcité mais aussi quant à la confiance inhérente au rapport soignant-soigné.

Comment imaginer le déroulement harmonieux d'un acte médical ou de soins vis-à-vis d'un malade agressé par l'expression ostensible de signes distinctifs permettant de préjuger d'une appartenance confessionnelle.

Les établissements publics de santé doivent se doter d'un

règlement intérieur clair, stipulant la tenue et les comportements du personnel. L'engagement d'un salarié peut être subordonnée à l'adhésion à cette charte.

Dans l'univers de l'hôpital tout acte de prosélytisme à l'égard de collègues de même origine ethnique est à bannir formellement. L'un des volets les plus importants du comportement des professionnels est « paradoxalement » la formation à la connaissance des cultures et des différences.

L'intégration de variétés socio-culturelles, de pratiques de groupes ethniques par le soignant, constitue une approche susceptible de moduler l'organisation des soins. Une telle approche ne compromet pas la qualité des pratiques bien au contraire. La démarche de soins est aussi une démarche éducative et une politique sociale d'intégration. Cette approche a par exemple le développement de la lutte contre la douleur qui a longtemps été négligée au titre de certains préceptes religieux.

Hôpital et rites :

L'hôpital doit s'organiser pour la pratique des cultes religieux.

Beaucoup d'efforts sont encore à réaliser au prix souvent d'aménagements simples de l'hôpital pour permettre une pratique religieuse avec un symbolisme suffisant, permettant au patient d'intégrer le sentiment d'observance et de non transgression.

Une attention toute particulière doit être dévolue au respect des pratiques et rites mortuaires : locaux adaptés, aménagements de délais pour pratiques rituelles, soins et toilette mortuaire...

Conclusion

L'hôpital est un lieu public où le principe de laïcité comporte des enjeux dépassant le concept de neutralité.

Son respect est un engagement contractuel souscrit tant par le malade que par le soignant.

Vis-à-vis du soigné il doit s'inscrire dans une démarche explicative et de dialogue.

Son corollaire intangible est la facilitation à l'expression des différences quand il ne comporte ni prosélytisme ni comportement susceptible de porter atteinte à l'institution, aux personnes qui là compose où qui y transitent. ■

hôpital 2007

je gouverne, tu gouvernes, nous gouvernons...

CME, CA, conseil exécutif, services et pôles... le point sur la réforme en cours

Le code de la santé publique regroupe, dans sa partie législative, les textes de lois qui concernent notamment l'organisation des hôpitaux. A la mi-novembre, dans le cadre du plan hôpital 2007, des propositions de modification de ces textes fondateurs étaient rendues publiques. L'élément le plus fort de cette première version portait sur la disparition pure et simple des services médicaux. Ceux-ci se voyaient remplacés par des pôles dont les responsables, peu nombreux, étaient nommés localement sous l'influence de la direction. La CMH a immédiatement indiqué le caractère irrecevable de ces propositions et exigé une ouverture de négociation. Le ministre de la santé, Jean François Mattéi, a répondu positivement à cette demande. C'est ainsi que, de semaines en semaines, nous avons été reçus au cabinet du ministre et par lui-même à plusieurs reprises. Les versions II, III, IV se sont succédées pour aboutir à un texte profondément modifié. Le lecteur pourra trouver sur le site cmh-hopital.org l'ensemble des modifications législatives présentées dans un relevé de conclusions. Essayons d'en extraire la substantifique moelle et d'en faire la synthèse.

L'hôpital organisé en pôles et services

Les hôpitaux continueront d'être organisés en services. Ceux-ci seront définis non plus à partir d'un territoire, d'un nombre de lits mais sur la base d'une équipe médicale pour la spécialité concernée. Le service aura pour mission de coordonner cette équipe médicale autour de procédures et de protocoles médicaux. Il aura en charge la formation, l'évaluation des pratiques et plus généralement l'organisation médicale dans la spécialité. Il est placé sous l'autorité d'un chef de service

qui est nommé au plan national à partir d'un avis d'une commission validant la compétence et sous la signature du ministre. Son affectation se fait ensuite localement après avis de la CME et du CA. En cas de désaccord ou de conflit un recours national auprès des instances de nomination sera effectué.

Les services et éventuellement les unités fonctionnelles seront regroupés dans des pôles pour répondre à une logique de gestion. Le responsable du pôle est nommé localement par décisions conjointes du président de la CME et du directeur après des avis des instances et notamment de la CME. On le voit, il existe une logique médicale qui est celle de la reconnaissance des spécialités médicales et des services; il est voulu une logique de gestion avec des regroupements et des coordinations nouvelles au sein de pôles. Ce compromis respecte les exigences que nous avons fait connaître à l'ouverture des négociations et qui portaient sur rôle fondateur des services et la nécessité d'un niveau national de nomination pour garantir la compétence et l'indépendance. Quant à la gestion la communauté médicale doit y tenir sa place dans le respect de la déontologie.

Une structure nouvelle : le conseil exécutif

Rappelons que dans la version initiale il était créé un conseil exécutif où les médecins, minoritaires, étaient les alibis d'une organisation qui donnait tous pouvoirs à l'administration. Quelques versions de propositions plus tard les choses ont évolué positivement. Le conseil exécutif sera composé à parité de médecins et de directeurs. En particulier, le directeur des soins sera attribué au quota de l'équipe de direction. Les représentants médicaux seront proposés par la CME. Le nombre de

membres du comité exécutif sera fonction de la taille de l'établissement. Dans ces conditions, cette création nous paraît essentielle pour redonner une légitime et indispensable à la responsabilité médicale. Chacun le sait, l'un des maux actuel de nos hôpitaux porte sur l'affaiblissement des responsabilités médicales et son remplacement par une administration qui s'insinue progressivement dans tous les interstices des organisations. En obtenant la parité au sein de ce conseil, en assurant un fonctionnement démocratique par un rôle retrouvé de la CME on pourra disposer d'un lieu où la communauté médicale devrait pouvoir infléchir utilement les choix des instances.

Les propositions de la CMH retenues

Le conseil d'administration était initialement composé très majoritairement d'élus, d'usagers et de personnalités qualifiées. La représentation des personnels en général et des médecins en particulier était rendue à la portion congrue. La CMH a fait des contre-propositions visant à conserver les proportions actuelles qui assurent la nécessaire représentation des acteurs de l'hôpital. Nous avons été entendus et les quotas respectifs ont été modifiés. La version initiale définissait des missions au rabais pour la CME. La CMH a exigé que la communauté hospitalière et son instance représentative

soient sollicitées systématiquement pour avis pour toutes les procédures budgétaires et financières que pour le tableau des emplois médicaux. Là encore, nous avons été entendus et les textes ont été modifiés dans ce sens.

Au moment du bouclage de ce numéro d'Officiel Santé la négociation se poursuit afin d'aboutir, éventuellement, à la signature d'un relevé de conclusions. La parole sera de toute façon à l'assemblée nationale qui aura, probablement au printemps, à adopter ces modifications du code de la santé publique.

Un éditorial récent d'Officiel Santé était titré « la réforme sans doute la réforme sans dupe ». C'est toute la difficulté des choix actuels. Confronté à une crise probablement sans précédent l'hôpital se doit de bouger et de changer. Mais nous ne pouvons l'accepter que sur la base des valeurs qui sont les nôtres c'est-à-dire celles d'un hôpital qui reconnaît et valorise l'action du service au public, l'encouragement et le développement de la compétence, le travail en équipes et le mélange des générations. Une négociation est toujours en compromis. Une réforme est toujours un moment où le nouveau contredit l'ancien. A tout moment, il nous faudra être vigilant, exigeant mais ouvert aux changements qu'exige la médecine hospitalière du XXI^e siècle.

F. A.

DERNIERE MINUTE la CMH entendue

Au terme d'une négociation difficile, l'essentiel des amendements que nous avons soumis pour rendre satisfaisant les modifications du code de la santé visant l'organisation hospitalière ont été validés.

Nos organisations et nos responsabilités sont parcellisées, fragmentées. La technocratie a beau jeu de jouer les arbitres. Le changement est nécessaire. Le texte final respecte l'indépendance médicale, encourage la compétence, redonne une vraie place à la responsabilité médicale. Nous devons être vigilants quant aux textes d'application et pour leur mise en œuvre sur le terrain.

RTT médical

évaluation 2003

la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) a présenté au comité national de suivi des protocoles d'accords une première évaluation nationale de la mise en œuvre de la RTT. Il s'agit d'une enquête réalisée par les ARH à partir d'un questionnaire renseigné par les Hôpitaux. Officiel Santé en publie ici l'essentiel.

La Commission de l'organisation de la permanence des soins

Elle a été constituée, en moyenne, dans 77 % des établissements. C'est en région Auvergne que les établissements sont les moins nombreux à avoir installé cette Commission (50 %). Dans 10 régions (sur les 19 de l'échantillon) on observe que plus de 80 % des établissements ont constitué cette commission. Depuis le début d'année 2003, la Commission de la permanence des soins s'est réunie au moins une fois dans 83 % des établissements et au moins deux fois dans près de 50 % des établissements.

Organisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique

Après la réforme, les services organisés en temps continu représentent 15 % du total des structures. Une minorité de régions est capable de donner la proportion des structures organisées en temps continu par rapport aux structures susceptibles de l'être (seulement 6 régions). Même parmi les structures susceptibles de s'organiser en décompte horaire, celles de réanimation (59 %), d'anesthésie-réanimation (71 %), de néonatalogie (79 %) et d'obstétrique

(95 %) sont très majoritairement organisées en demi-journées. Seules les structures d'accueil et de traitement des urgences sont très majoritairement organisées en temps continu (77 %). En anesthésie, seule la Picardie a une majorité de structures organisées en temps continu. En urgences, la Bourgogne voit la totalité de ses structures organisée en temps continu. En réanimation, le Nord-Pas de Calais a 100 % de ses structures organisées en demi-journées. A l'inverse, la Picardie est la seule région ayant une écrasante majorité de structures en temps continu. En néonatalogie, la Bourgogne est la seule à avoir une majorité de structures organisées en temps continu.

Prévision et planification du temps et des activités

Ces pourcentages moyens sont à prendre avec une grande prudence dans la mesure où certaines régions ont répondu sur les structures, d'autres sur les établissements. Il apparaît qu'à peine plus de la moitié des régions ayant répondu ont une majorité de structures avec un tableau annuel. Plus de 60 % des structures fonctionnent au moins avec un tableau mensuel de service nominatif constaté. Parmi ces structures, une proportion non définissable ne fonctionne qu'avec ces tableaux constatés a posteriori, sans tableau prévisionnel. Seule une minorité de régions fonctionnent avec une

majorité de structures sans tableaux de service du tout (Basse-Normandie, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Réunion). La proportion de structures en CHU avec tableau mensuel nominatif est légèrement plus faible que pour l'ensemble des structures, mais reste majoritaire (58 %).

Evolution du nombre de lignes de permanence avant et après la mise en place de l'ARTT

La comparaison du nombre total de lignes de permanence, sur place ou par astreinte, avant et après la mise en œuvre de l'ARTT fait apparaître :

- une diminution dans 11 régions sur 19 (pour 3 régions le degré de diminution est à préciser dans la mesure où il repose sur les déclarations des établissements non validées par les ARH: Aquitaine, Picardie, Poitou-Charentes)
- un maintien dans 3 régions (Bourgogne, Corse, Réunion)
- une progression dans 4 régions (Franche-Comté, Guadeloupe, Lorraine, Auvergne)

Globalement, sur les 16 régions dont les informations sont validées par les ARH, on observe une diminution du total des lignes de 2,9 %.

La forfaitisation des astreintes

Ce dispositif nouveau, créé par l'arrêté du 30/04/2003, a été utilisé par les établissements de 14 régions. Dans le Limousin, en Corse, Guadeloupe et en Pays de Loire ce dispositif ne semble pas avoir été utilisé. Le recours à ce dispositif s'effectue dans des proportions variables et plutôt modestes entre 13 % et 20 % des lignes d'astreinte à l'exception d'un département (Nord: 60 %) et la Franche-Comté (la proportion de 100 % des astreintes « forfaitisées », indiquée par l'ARH, nécessitant d'être confir-

mée auprès des établissements)

Le contrat d'engagement d'exercice des assistants

17 régions sur 19 ont renseigné la synthèse en respectant les instructions de la DHOS :

- la part des assistants signataires d'un contrat d'engagement sur le total des assistants: elle varie selon les régions de 53 % des assistants (dans le Centre) à 100 % (en Bretagne).
- Une moyenne globale (ne tenant pas compte du poids relatif des assistants au sein des différents types d'établissements) de 76 % des assistants en poste sont signataires d'un engagement d'exercice.
- la part des demandes d'engagement satisfaites sur le total des demandes formulées: de 78 % (Centre) à 100 % (dans 6 régions: Auvergne, Bretagne, Guadeloupe, Haute-Normandie, Pays de Loire, Picardie).
- 3 régions sur 17 indiquent avoir prioritairement attribué un financement des contrats d'engagement sur les disciplines et spécialités à contrainte de permanence forte ou pénuriques.
- Dans 3 régions, il apparaît que les établissements ont autofinancé une partie des contrats d'engagement des assistants (Aquitaine, Centre, Nord-Pas de Calais).

Création de postes

Les résultats concernant les « ouvertures » de postes sont à prendre avec précaution: bien souvent, ce ne sont pas les postes juridiquement ouverts dans les établissements, mais les postes budgétés au niveau de l'agence. Sur les régions ayant répondu à l'item, 857 « postes » de titulaires ont été autorisés ou budgétés ainsi que 442 « postes » de contractuels. 386 « postes » de titulaires sont pourvus et 275 postes de contractuels. Ce qui correspond à un ratio de titulaire sur contractuels de 1,5. Les pro-

portions prévues par le protocole du 22 octobre sont donc respectées.

Le taux d'occupation des « postes » de titulaires est en moyenne de 45 % ; avec un taux de 28 % en Haute-Normandie et de 100 % en Auvergne.

Le taux d'occupation des « postes » de contractuels est en moyenne de 63 % ; avec un taux minimum de 20 % en Aquitaine. Le taux d'occupation global des « postes » est en moyenne de 51 % ; avec un taux de 27 % en Aquitaine et 100 % en Auvergne. Le fait pour certaines régions d'être au-dessus de 100 % s'explique sans doute par le fait que les budgets des postes de titulaires sont massivement utilisés pour pourvoir des postes de contractuels, moins chers.

Disciplines

Les taux d'occupation des « postes » oscille suivant la discipline entre 74 % pour les disciplines « autres » et 41 % pour la pédiatrie. L'anesthésie réanimation pourvoit comme la pédiatrie moins de la moitié des postes créés, alors que les urgences sont les structures qui pourvoient le mieux leurs postes (57 %)

Contractualisation du temps de travail additionnel

Sur les 17 régions ayant renseigné cette rubrique, deux régions indiquent qu'aucun établissement de leur ressort n'a eu recours à la contractualisation du TTA (Champagne-Ardenne, Corse). Deux autres régions indiquent que des établissements sont en cours de contractualiser le TTA (Limousin, Haute-Normandie).

Pour les 13 autres régions :

– Le **recours à la contractualisation du TTA** concerne 74 établissements (dont 2 CHU) soit **20 % des établissements** ayant renseigné le questionnaire. Ces établissements se situent majoritairement (en nombre) en Picardie, Bourgogne, Lorraine, Basse-Normandie.

– Toutes les régions n'ont pas été en mesure d'indiquer la part des praticiens de la région concernés par la contractualisation du TTA. Pour les 6 qui l'ont mentionnée, on relève que cette part varie de 7 % des praticiens (Lorraine) à 35 % (Pays de Loire).

– Les activités concernées par cette contractualisation sont le plus souvent les **activités à forte contrainte de permanence** :

urgences (urgences psychiatriques dans un CHS), anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique, cardiologie-USIC, néonatalogie mais également la médecine, la gériatrie, la chirurgie, l'imagerie, le laboratoire.

Bénéfice du repos quotidien

Sur les 16 régions ayant renseigné cette rubrique (les éléments des régions Basse-Normandie et Pays de Loire n'ayant pas pu être exploités compte tenu de leur imprécision) et la situation des 263 établissements identifiée sur ce sujet, on relève que **47 % de ces établissements accordent aux praticiens, de façon régulière et dans tous leurs services, le repos quotidien**. 23 % de ces 263 établissements n'accordent pas régulièrement le repos quotidien (ou l'accordent dans moins de 10 % de leurs services)

Bénéfice des congés de réduction du temps de travail en 2002

Sur les 20 régions ayant retourné un questionnaire, une région n'a rien répondu et les résultats de

trois autres régions sont inexploitable car incomplets.

Certaines régions présentent un taux d'utilisation nettement inférieur à 100 % (le plus significatif étant la Corse), ce qui laisse supposer une perte de jours pour un certain nombre de praticiens. 39 % des jours sont pris ; avec de forts écarts entre région : de 15 % en Corse à 61 % en Nord-Pas de Calais.

32 % des jours sont épargnés ; les écarts allant de 14 % en Nord-Pas de Calais à 49 % en Haute-Normandie.

24 % des jours sont payés ; ce qui s'approche du maximum autorisé.

Recours au compte épargne-temps

3 régions sur les 20 n'ont pas répondu à cet item et une quatrième a répondu de façon incomplète. 48 % des praticiens ont ouvert un compte épargne-temps (de 25 % en Corse à 66 % en Haute-Normandie et Réunion). Le nombre moyen de jours épargnés (JRTT, CA et récupérations) est de 12 jours (de 6 jours en Limousin à 19 jours en Aquitaine). ■

DERNIERE MINUTE

SPECIALISATION EN PHARMACIE HOSPITALIERE

Le SNPHPU vient de prendre connaissance de la proposition de **DIRECTIVE DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles** (présentée par la Commission des Communautés Européennes- projet COM (2002) 119 final - 2002/0061 (COD).

Il regrette qu'aucune concertation avec les organisations représentatives des pharmaciens des hôpitaux et des enseignants de pharmacie -Praticiens Hospitaliers n'ait eu lieu au cours de l'élaboration de cette proposition de texte.

Cette proposition supprimerait la spécialisation en pharmacie hospitalière dont la nécessité avait été reconnue par la directive européenne 85.432.

Elle vient, de facto, bouleverser les perspectives de carrière de tous les pharmaciens hospitaliers titulaires du DES de pharmacie ainsi que de tous les étudiants en cours d'acquisition de ce DES.

Elle bouleverse les recrutements de Praticiens Hospitaliers-Pharmaciens des Hôpitaux et limiterait l'embauche de pharmaciens bien formés et compétents dans les cliniques, hôpitaux et structures privés. Si cette directive devait voir le jour en l'état, **elle empêcherait la mise en place des groupements de coopération sanitaires** (GCS) prévus dans le plan Hôpital 2007 pour les activités pharmaceutiques.

Le SNPHPU demande instamment au gouvernement de faire reconnaître la spécialisation en pharmacie hospitalière demandée depuis près de 20 ans par les pharmaciens hospitaliers de très nombreux pays européens (France, Allemagne, Italie, Espagne, Belgique, Pays-Bas, ...) et pour

éviter que l'Europe ne se trouve en décalage par rapport aux autres grands pays industrialisés (Canada, USA, ...).

Faute de quoi, les évolutions fondamentales que l'intégration de la pharmacie au CHU doit apporter en terme d'amélioration de la qualité des soins dus aux malades et de formation des futurs pharmaciens, en harmonie avec le plan Hôpital 2007, se verraient gravement compromises.

En l'état, cette proposition de directive constitue donc un risque grave dans les domaines de la sécurité sanitaire et par conséquent, du principe de précaution et du droit des malades.

NDLR : Il est regrettable que ce document qui a presque deux ans ne soit découvert que depuis une période récente et qu'il n'ait fait l'objet d'aucune concertation de la part des gouvernements successifs.

Nous espérons qu'aucune organisation professionnelle n'a participé de près ou de loin à sa validation.

En tout état de cause, compte tenu de la démographie actuelle, il va vider nos hôpitaux des compétences pharmaceutiques remarquables qui avait été accumulées. L'ensemble des professionnels doit se mobiliser au plus vite, uni contre ce texte.

pharmacie hospitalière

supplique de la confrérie des apothicaires au grand vizir de la santé

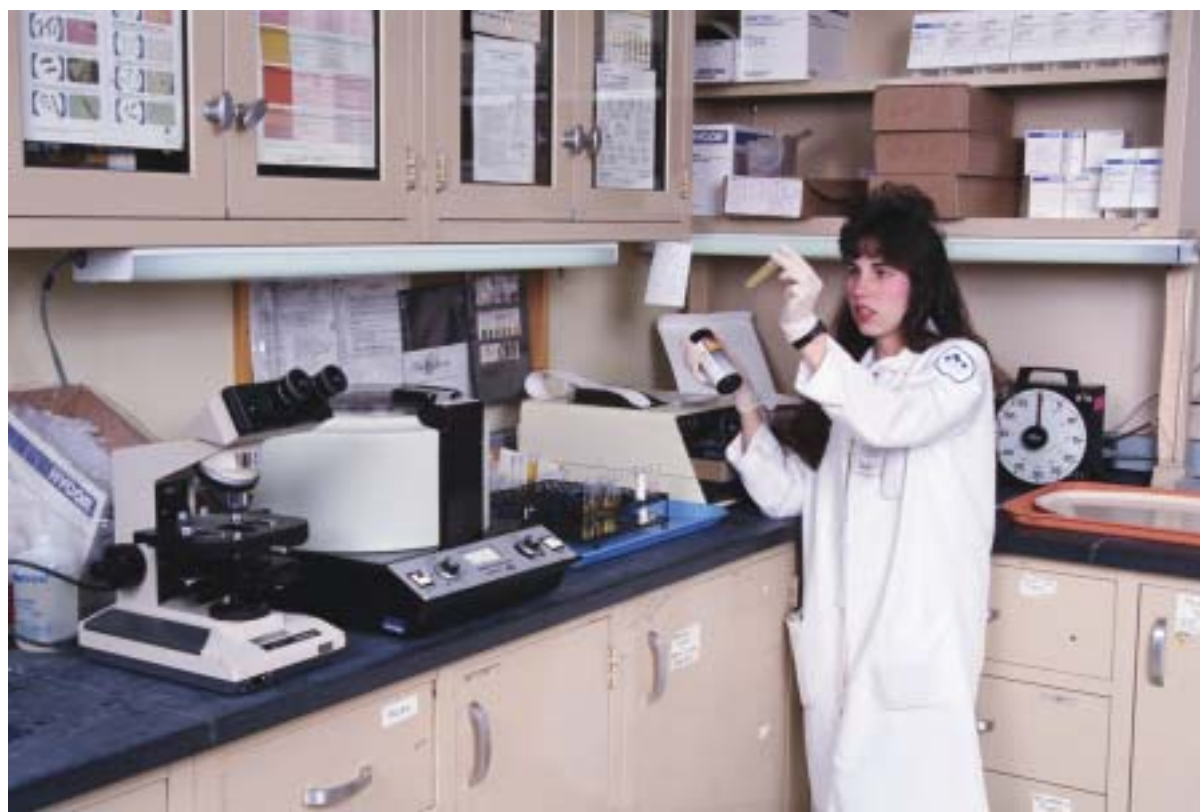
Mon Cher Avicenne,

Toi qui fut l'initiateur, dans notre grand empire, de ces maisons collectives que nous appelons hospices qui nous permettent une prise en charge de nos patients les plus atteints, toi dont la grande sagesse et l'immense connaissance de la pharmacopée ont permis de faire progresser l'efficacité de notre art, toi qui est proche des grands de ce monde, il faut que je te relate l'immense fièvre qui vient de s'emparer de notre élite politique et technocratique.

Alors que jusqu'à présent, on avait décidé d'attribuer une certaine quantité de dirams pour subvenir à la juste rémunération de nos services, le Grand Vizir a décidé que l'on solliciterait dorénavant le devin pour connaître à l'avance le nombre de nos compatriotes qui seraient malades lors de la prochaine lune et combien de médecins seraient nécessaires pour les guérir.

Comme rien n'est simple dans ce pays, ils ont délibérément créé qu'il aurait deux types de drogues et de dispositifs médico-chirurgicaux : les « chers » et les « bons-marchés ». Pour les premiers, le Grand argentier accepte de rembourser l'apothicaire, pour les seconds, l'apothicaire dispense ses drogues sans contrepartie.

Outre les dérives que ce système peut engendrer que chacun peut imaginer, il faut aussi prouver que les drogues et dispositifs concernés ont bien été administrés ou utilisés pour le bon malade. Ils nomment cela la traçabilité. Ce peuple qui est très intelligent, n'a pas su mettre en œuvre une organisation permettant d'utiliser les ardoises qui enregistrent et transmettent notre prescription magistrale à l'apothicaire, pour lui permettre d'identifier le malade qui va bénéficier de la thérapeutique. Alors que nos enfants possèdent déjà tous des ardoises automa-



tiques qui leur permettent de dialoguer entre eux, nos hospices continuent d'utiliser le boulier et la pointe de plomb. Il faudra recruter donc une armée de scribes pour enregistrer cette activité de dispensation et d'administration des produits coûteux et la facturer, s'il l'on ne veut pas mettre l'hospice en déficit. Connaissant les difficultés rencontrées en l'an 1325 de l'Egire pour la mise en place d'une organisation de la traçabilité des drogues extraites du sang qui avait nécessité plus de dix-huit mois, la confrérie des apothicaires adressa au Grand ministre de la Santé publique et aux gazettes, une supplique que tu trouveras ci-dessous : A te revoir bientôt, pour te conter la catastrophe annoncée.

**Averroës
(cc Bernard Certain)**

De Paris, le 13 de la lune
de Saphar, an 1382 de l'Egire

T2A : un moratoire ou la catastrophe annoncée ?

(Communiqué de presse)

« Un réel effort de concertation a été entrepris par les services ministériels pour informer et expliquer le contenu de la nouvelle procédure d'allocation de ressources reposant sur la Tarification à l'Activité (T2A). Suite aux différentes réunions ministérielles qui viennent de se tenir et compte tenu des procédures spécifiques intéressant les médicaments et dispositifs médicaux, **le Syndicat National des Pharmaciens des Hôpitaux (SNPHU) approuve le principe de la Tarification à l'activité**. Il considère qu'elle permettra d'assurer une plus juste utilisation du progrès technologique médico-pharmaceutique, balisé par des engagements contractuels entre les différents acteurs concernés. A ce titre, le S N P H U présentera dans les prochaines semaines, à la commu-

nauté hospitalière médico-pharmaceutique, un vade mecum :

« T2A : Mode d'emploi ».

En revanche, le SNPHU manifeste sa profonde inquiétude sur les modalités de la mise en œuvre de cette nouvelle procédure budgétaire et alerte le Ministre de la Santé sur l'absence du système d'information pharmaceutique permettant la mise en application des procédures envisagées, dans les délais actuellement envisagés. En effet, que la T2A s'applique à 5, 10 ou 30 %, la traçabilité de la prescription, de la dispensation et surtout de l'administration des médicaments et des dispositifs médicaux ne peut se réaliser sans un support organisationnel informatique adapté.

En gestation depuis plusieurs années et en application de manière expérimentale dans un nombre limité de services pharmaceutiques hospitaliers, les systèmes informatisés de prises en

charge pharmaceutiques des malades existent, mais n'ont pas été généralisés. Les administrations hospitalières lui ont toujours préféré des usines-à-gaz informatiques qui privilégient une vision comptable au dépens d'une information médico-pharmaceutique centrée sur le malade.

Les dépenses médicales et/ou

les remboursements des médicaments et dispositifs médicaux coûteux, constituant une des principales variables d'ajustement du système T2A, le **SNPHU demande au Ministre de la Santé de prioriser la mise en place d'un système d'information médico-pharmaceutique hospitalier et d'en faire un préalable à tout mise en**

place d'une nouvelle procédure budgétaire.

En l'absence d'un tel moratoire, le SNPHU considère que les établissements publics de santé rencontreront des difficultés budgétaires et financières majeures au cours de l'exercice 2004 ».

Malheureusement, les nombreux conseillers du Grand ministre de

la Santé publique, aveuglés par les exigences du Grand argentin, ne semblent pas se soucier de ces difficultés de scribes et d'apothicaires, ni d'ailleurs de l'équilibre général et de la faisabilité d'un système qu'ils ont conçu de leurs Palais, en méconnaissant la grande misère de certains secteurs de nos hospices. ■

Projet de liste des médicaments onéreux pour la TAA (36 molécules)		
ATC4	Nb de spécialités avec AMM avec un coût hospitalier >=300 €/j (en excluant ville et générique et rétrocession >= 50 % et GHS homogène)	Coût Traitement Journalier Hospitalier
Anticancéreux		
L01XD	PHOTOFRIN	1907 €/j
L01DB	CAELYX	1879 €/j
L01XC	MABTHERA	1821 €/j
L01CD	TAXOTERE	1425 €/j
L01CD	TAXOL	1424 €/j
L01XX	CAMPTO	1270 €/j
L01DB	MYOCET	871 €/j
L01XC	HERCEPTIN	840 €/j
L01XX	NIPENT	743 €/j
L01BA	TOMUDEX	587 €/j
L01BB	LEUSTATINE	566 €/j
L01XC	MABCAMPATH	530 €/j
L01DB	ZAVEDOS	494 €/j
L01XA	ELOXATINE	484 €/j
L01DB	FARMORUBICINE	466 €/j
L01XX	TRISENOX	412 €/j
L01AD	MUPHORAN	409 €/j
L01DB	DAUNOXOME	392 €/j
L01BC	GEMZAR	318 €/j
Cancérologie médicaments en option		
L01BB	FLUDARA	286 €/j
L01DB	NOVANTRONE	266 €/j
L01XX	HYCAMTIN	255 €/j
L01AX	TEMODAL	222 €/j
L01AC	PROLEUKIN	208 €/j
L01DB	THEPRUBICINE	162 €/j
L01AD	BICNU	155 €/j
Cancérologie : médicaments associés		
J06BA	SANDOGLOBULINE	1495 €/j
J06BA	TEGELINE	1495 €/j
V10BX	QUADRAMET	1257 €/j
J06BA	OCTAGAM	1248 €/j
V10BX	METASTRON	1218 €/j
L04AA	THYMOGLOBULINE	891 €/j
J06BA	GAMMAGARD	858 €/j
J06BA	ENDOBULINE	804 €/j
V03AF	ETHYVOL	660 €/j
V03AF	FASTURTEC	653 €/j
L04AA	LYMPHOGLOBULINE	578 €/j
V04CJ	THYROGEN	499 €/j
V08AD	LIPIOCIS	474 €/j
V03AF	CARDIOXANE	316 €/j
Antifongique « Coûteux »		
J02AA	AMBISOME	640 €/j
J02AA	ABELCET	484 €/j
J02AX	CANCIDAS	450 €/j
J02AC	VFEND	442 €/j
Maladies orphelines		
A16AA	CARBAGLU	1874 €/j
A16AB	CEREZYME	1392 €/j
A16AB	FABRAZYME	567 €/j
A16AB	REPLAGAL	513 €/j
A16AX	AMMONAPS	77 €/j
Autres médicaments pour maladies orphelines		
B01AC	FLOLAN	213 €/j
C02K	TRACLEER	150 €/j

Facteurs de la coagulation		
B02BD	NOVOSEVEN	32270 €/j
B02BD	FEIBA	9732 €/j
B02BD	INNOBRANDUO	8960 €/j
B02BD	FACTEUR VII LFB	7000 €/j
B02BD	FACTEUR WILLEBRAND LFB	1953 à 6510 €/j
B02BD	MONOCLATE	442 à 2214 €/j
B02BD	HELIXATE NEXGEN	640 à 1920 €/j
B02BD	KOGENATE BAYER	640 à 1920 €/j
B02BD	HEMOPIL M	415 à 1245 €/j
B02BD	RECOMBINATE	1227 €/j
B02BD	REFACTO	609 à 1218 €/j
B02BD	BETAFAC	588 à 1176 €/j
B02BD	MONONINE	464 à 1160 €/j
B02BD	BENEFIX	670 à 1005 €/j
B02BD	FACTANE	420 à 840 €/j
Autres médicaments dérivés du sang		
B01AD	PROTEXEL	11760 €/j
B01AD	CEPROTIN	7056 à 9408 €/j
	HEMOLEVEN	1491 à 4473 €/j
B02AB	ESTERASINE	1746 €/j
B02BD	KASKADIL	840 à 1680 €/j
B01AB	ACLOTINE	966 à 1610 €/j
J06BB	IVHEBEX	1098 €/j
Polyarthrite		
L04AA	REMICADE	1492 €/j
L04AA	ENBREL	107 €/j
Autres médicaments		
B01AD	XIGRIS	486 €/j

Projet de listes des Dispositifs médicaux	
Valves cardiaques, conduits et anneaux	
Valves mécaniques	
Valves biologiques	
Anneaux valvulaires	
Tubes valvés	
Prothèses vasculaires	
Implants de pontage droits	
Implants de pontage bifurqués	
Endoprothèses vasculaires « stents »	
Implants coronariens	
Implants principes actifs	
Implants pour lésion artérielle aortiques abdominales	
Stimulations	
Stimulateurs simple chambre + fréquence asservie	
Stimulateurs double chambre + fréquence asservie	
Stimulateurs triple chambre	
Sondes de stimulation cardiaques	
Défibrillateurs simple chambre	
Défibrillateurs double chambre	
Défibrillateurs triple chambre	
Implants d'embolisation artérielle « coils »	

NB : bien que non encore inscrits sur la liste des LPP, les stimulateurs triples chambre ; les défibrillateurs et les sondes de défibrillations sont placés dans la liste car probablement inscrits en 2004, en revanche produits d'assistance cardiaque exclus.

Les produits de fermeture du canal artériel et les implants pour lésions carotidiennes n'induisent pas d'hétérogénéité et ne sont donc pas pris en compte.



tribune

... un chirurgien heureux ...

aujourd'hui, j'ai opéré !

*Dr Jean-Paul Delalande,
chirurgien hospitalier,
infirmier anesthésiste
diplômé d'Etat,
infirmier de bloc opératoire
diplômé d'Etat.*

La semaine dernière, un jour j'ai pu opérer, malgré les trente-cinq heures, le repos de sécurité des uns, les récupérations des autres, les rigueurs du Plan Blanc, les réunions, le clan, le clin, le clic, le clac, le clud et le club. Cela m'a fait tout drôle de composer un n° de code secret presque oublié, sésame pour franchir le sas du vestiaire, de me dévêtir, d'enfiler un pyjama bleu non tissé, de chausser mes vieux sabots, de m'encapuchonner d'une cagoule, de me voiler la face d'une bavette avant de pénétrer enfin dans ce bloc tant désiré. Je m'y suis lavé les mains, frotté les avant-bras, brossé les ongles, plus longuement que nécessaire avant de me rincer avec délectation. Finalement, bras en l'air, tel un condamné, j'ai pu pénétrer dans la salle d'opération. Quelle étonnante surprise ! Je n'en croyais pas mes yeux. Avais-je la berlue ? J'aperçus à la fois un anesthésiste, une IADE, une IBODE, un aide soignant, un aide opératoire et le patient prévu, préparé, perfusé, installé et prêt à être endormi ! Cela faisait si longtemps que tout ce monde là, (l'équipe opératoire nécessaire à l'acte chirurgical), ne s'était pas retrouvé réuni comme dans une fête de famille, au même moment, dans le même lieu, autour d'un même malade. Retrouvant le plaisir du rituel des cérémonies religieuses je

me suis revêtu de la casaque sacrée, j'ai enfoui mes mains dans des gants de latex, j'ai badigeonné d'un antiseptique doré l'abdomen rasé du patient, j'ai délimité mon espace de travail et j'ai recouvert de champs stériles le restant de ce corps abandonné à la science et à nos compétences. Tout était prêt, c'était un jour faste !

Faisant un signe complice à mon compère anesthésiste et à mon aide d'outre mer, j'ai incisé sans hésitation dans la lumière jaune d'or du scialytique. Le geste restait sûr. Les mains, les doigts, le fer, le feu, le fils, les agrafes, les pinces, l'eau et le sel ont fait leur œuvre dans une espèce de ballet instrumental bien réglé, grâce aux curares et autres drogues subtilement dosées.

Je percevais avec délice le ronflement rassurant du respirateur, les bip-bips du monitoring et le chuchotement des infirmières anesthésiste et panseuse.

J'ai alors retrouvé le plaisir de mon métier, la motivation de mes quinze années d'efforts, d'études de gardes et de compagnonnage pour en arriver là. J'ai ressenti la joie de me sentir utile. J'ai éprouvé le bonheur de pouvoir mettre ma compétence au service d'autrui. J'ai pu, ce jour là, respecter mon engagement auprès du malade, J'ai apprécié une fois de plus la complicité tacite d'une équipe de bloc opératoire indispensable au bon déroulement de

l'acte chirurgical. Je me suis senti, dans l'action, bien loin des réunions le plus souvent stériles des ministères, des agences ou même des CME.

Mais ces moments de grâce deviennent de plus en plus rares dans nos hôpitaux tant la gestion des plannings des uns et des autres est rendue difficile du fait de la diversité des statuts souvent inconciliables.

Malheureusement le chirurgien n'a que deux mains et la vivisection n'est plus autorisée : il a besoin d'une équipe de bloc opératoire, performante, autour de lui pour mener à bien son action et son engagement auprès du malade.

Dans ces temps difficiles, je rêve souvent du chirurgien calamar avec ses huit tentacules. Il pourrait à la fois faire le panseur, l'anesthésiste, l'aide et l'opérateur du même patient sans attendre la disponibilité des uns et des autres... Un seul salaire au lieu de quatre, quelle économie pour l'administration !

Quant au chirurgien mille-pattes, ce serait l'idéal. Il pourrait quasiment remplacer l'ensemble des personnels de son service pour la plus grande joie du Directeur des Ressources Humaines de l'hôpital et des économistes de la santé. En voilà une bonne idée.

Ce soir, j'ai une réunion avec un des énarques les plus brillants de la DHOS. Je ne manquerai pas de lui en parler. Je suis sûr qu'il en fera bon usage... ■

publications et nominations

des postes de praticiens hospitaliers:

les chiffres et les évolutions

nous publions ci-dessous le nombre des postes de praticiens hospitaliers plein temps publiés et ayant donné lieu à une nomination effective. Ces chiffres par régions et par sections (source Sigmed) retracent l'évolution des tours entre les années 2000 et 2003.

nombre de postes publiés par région										
Région	Tour 2000	Tour 2001	valeur	Evolution %	Tour 2002	valeur	Evolution %	Tour 2003	valeur	Evolution %
Alsace	107	130	23	21,5%	138	8	6,2%	150	12	8,7%
Aquitaine	99	126	27	27,3%	138	12	9,5%	129	-9	-6,5%
Auvergne	73	123	50	68,5%	113	-10	-8,1%	146	33	29,2%
Basse-normandie	123	153	30	24,4%	154	1	0,7%	181	27	17,5%
Bourgogne	110	141	31	28,2%	155	14	9,9%	189	34	21,9%
Bretagne	178	224	46	25,8%	220	-4	-1,8%	234	14	6,4%
Centre	212	248	36	17,0%	278	30	12,1%	270	-8	-2,9%
Champagne-Ardenne	125	165	40	32,0%	184	19	11,5%	217	33	17,9%
Corse	19	26	7	36,8%	31	5	19,2%	35	4	12,9%
Franche-Comté	93	144	51	54,8%	167	23	16,0%	210	43	25,7%
Guadeloupe	56	68	12	21,4%	76	8	11,8%	99	23	30,3%
Guyane	23	49	26	113,0%	44	-5	-10,2%	45	1	2,3%
Haute-Normandie	114	144	30	26,3%	163	19	13,2%	175	12	7,4%
Ile-de-France	353	383	30	8,5%	489	106	27,7%	565	76	15,5%
Languedoc-Roussillon	94	108	14	14,9%	122	14	13,0%	132	10	8,2%
Limousin	41	70	29	70,7%	63	-7	-10,0%	88	25	39,7%
Lorraine	192	231	39	20,3%	258	27	11,7%	286	28	10,9%
Martinique	42	48	6	14,3%	58	10	20,8%	54	-4	-6,9%
Midi-Pyrénées	105	130	25	23,8%	130	0	0,0%	150	20	15,4%
Nord-Pas-de-Calais	338	454	116	34,3%	500	46	10,1%	586	86	17,2%
Pays de la Loire	167	213	46	27,5%	188	-25	-11,7%	224	36	19,1%
Picardie	186	269	83	44,6%	257	-12	-4,5%	266	9	3,5%
Poitou-charente	117	128	11	9,4%	160	32	25,0%	203	43	26,9%
PACA	162	187	25	15,4%	175	-12	-6,4%	224	49	28,0%
Réunion	57	58	1	1,8%	50	-8	-13,8%	75	25	50,0%
Rhône-Alpes	261	262	1	0,4%	320	58	22,1%	454	134	41,9%
Somme :	3 447	4 282	835	24,2%	4 631	349	8,2%	5 387	756	16,3%

nombre de postes publiés par section										
Section	Tour 2000	Tour 2001		Evolution %	Tour 2002		Evolution %	Tour 2003		Evolution %
		2001	valeur		2002	valeur		2003	valeur	
Anesthésie-réa°	561	639	78	13,9%	648	9	1,4%	786	138	21,3%
Biologie	91	88	-3	-3,3%	109	21	23,9%	101	-8	-7,3%
Chirurgie	490	605	115	23,5%	599	-6	-1,0%	667	68	11,4%
Médecine	1 281	1 808	527	41,1%	2 039	231	12,8%	2 494	455	22,3%
Pharmacie	71	83	12	16,9%	124	41	49,4%	131	7	5,6%
Psychiatrie	755	808	53	7,0%	811	3	0,4%	868	57	7,0%
Radiologie	198	251	53	26,8%	301	50	19,9%	340	39	13,0%
Total	3 447	4 282	835	24,2%	4 631	349	8,2%	5 387	756	16,3%

candidats nommés sur postes publiés Année 2000					
Section	Postes	Candidats sur 1 ^{er} choix	Rapport	Nommés	Rapport
Anesthésie-réanimation	561	243	43,3%	214	38,1%
Biologie	91	112	123,1%	81	89,0%
Chirurgie	490	367	74,9%	290	59,2%
Médecine	1 281	893	69,7%	769	60,0%
Pharmacie	71	98	138,0%	58	81,7%
Psychiatrie	755	498	66,0%	378	50,1%
Radiologie	198	100	50,5%	90	45,5%
Total	3 447	2 311	67,0%	1 880	54,5%

candidats nommés sur postes publiés année 2003					
Section	Postes	Candidats	Rapport	Nommés	Rapport
Anesthésie-réanimation	786	343	43,6%	317	40,3%
Biologie	101	99	98,0%	84	83,2%
Chirurgie	667	480	72,0%	406	60,9%
Médecine	2 494	1 618	64,9%	1 468	58,9%
Pharmacie	131	162	123,7%	99	75,6%
Psychiatrie	868	563	64,9%	420	48,4%
Radiologie	340	156	45,9%	144	42,4%
Total	5 387	3 421	63,5%	2 938	54,5%

évolution du nombre de nominations					
Section	2000	2001	2002	2003	2004
Anesthésie-réanimation	214	257	271	317	
Biologie	81	72	91	84	
Chirurgie	290	380	380	406	
Médecine	769	1 154	1 333	1 468	
Pharmacie	58	51	96	99	
Psychiatrie	378	393	391	420	
Radiologie	90	125	137	144	
Total	1 880	2 432	2 699	2 938	0
		29,4%	11,0%	8,9%	

évolution du nombre de nominations base 100 en 2000					
Section	2000	2001	2002	2003	2004
Anesthésie-réanimation	100	120	127	148	
Biologie	100	89	112	104	
Chirurgie	100	131	131	140	
Médecine	100	150	173	191	
Pharmacie	100	88	166	171	
Psychiatrie	100	104	103	111	
Radiologie	100	139	152	160	



la biologie à un tournant de son histoire

Pr Jean Gérard Gobert, président de la FNSPBH

Les projets actuels de restructuration dans les Hôpitaux Publics sont en partie focalisés sur les plateaux médico-techniques en général et sur la biologie en particulier. Ces projets appellent un certain nombre de commentaires de la part des biologistes :



- Il est tout d'abord important de préciser que la biologie est en tant que telle une activité médicale à part entière et ne peut être considérée comme une simple activité de production industrielle ; nous en reparlerons plus loin.

- Dans ces conditions, il faut prendre garde de ne pas établir de clivage et à fortiori d'opposition entre les activités cliniques et les activités biologiques. La biologie prend toute sa part dans la prise en charge des personnes malades en privilégiant le dialogue clinico-biologique et une part très importante dans les activités de recherche clinique dont elle est l'un des moteurs essentiels. Une bonne partie des publications bio-cliniques

repose sur les missions d'excellence des laboratoires.

- Les tableaux d'activité qui servent de base aux réflexions de restructuration sont acceptables dans leur principe mais devront impérativement être corrigés, amendés pour les rendre plus lisibles, plus efficaces et mieux exploités. Le seul indicateur retenu comme base d'effort demandé est l'écart positif à la moyenne ; il est approximatif. Il n'est pas tenu compte des efforts d'économie que peut faire un Service qui se situe au dessus de la moyenne, pour conserver une ou plusieurs analyses onéreuses mais utiles aux malades ou bien par d'autres Services en dessous de la moyenne, qui ne voient pas leurs efforts d'économie reconnus.

- L'automatisation d'une partie de nos activités a certes permis de dégager certaines marges de manœuvre en terme de personnel, mais c'est précisément grâce à ces marges de manœuvre que la biologie a pu évoluer pour accompagner les progrès technologiques et pour développer des champs nouveaux d'activité en biologie spécialisée et innovante, pour répondre toujours mieux aux besoins diagnostiques de nos collègues cliniciens. C'est en particulier grâce au développement de certains marqueurs diagnostics que la biologie contribue à

une meilleure prise en charge des patients, à un raccourcissement dans certains cas des durées d'hospitalisation, à une augmentation de la prise en charge en hôpital de jour, le tout constituant des facteurs importants d'économie.

- Les biologistes ont déjà beaucoup travaillé à une amélioration de leurs pratiques et en particulier au développement des démarches d'assurance-qualité dans le cadre de la mise en place du GBEA (guide de bonne exécution des analyses biologiques). Les biologistes sont très attachés à la bonne exécution des analyses à la fois pour rendre le meilleur service possible au malade et pour éviter dans la mesure du possible toute les conséquences dramatiques que pourraient avoir un rendu de résultat d'analyse faux.

- Les biologistes sont tout à fait conscients, d'une part des difficultés des hôpitaux publics et d'autre part de la nécessité d'une réflexion sur la restructuration des activités de biologie. S'ils ne sont pas diabolisés, ils seront totalement partie prenante de ces discussions. Ils souhaitent cependant que ces plans puissent s'appuyer fortement sur la restructuration des activités médicales et qu'il y ait une harmonisation entre les réflexions menées par les Collégiales, les Collèges, les

Directions, les CME, les CCM et les ARH.

- Actuellement et pour l'exemple, les Services de Biologie de l'AP-HP sont au centre de plusieurs plans de réorganisation et de restructuration,
- Le plan de restructuration de la biologie.
- Le plan de réorganisation des activités dans les 4 Groupes Hospitalo-Universitaires (GHU) récemment créés.

- Le plan équilibre.

- Les Contrats d'Objectifs et de Moyens (COM) de niveau local qui ont la faveur des biologistes parce que ils sont partie prenante des réformes ce qui accroît de façon sensible leur motivation

Au centre de tous ces plans les biologistes craignent l'accumulation incohérente de pressions qui les transformeraient rapidement en « boucs émissaires » de tout ce qui ne va pas dans l'Institution Ils attendent de la Direction Générale des garanties et des méthodes pour harmoniser les aspects managériaux. Faute de cela conserver une biologie de qualité en absorbant les 35 H et les plans de réforme en mille-feuille ne relèverait plus d'une gageure mais d'un véritable miracle.

- Les biologistes sont prêts à travailler sur la mise en place de mutualisations pré-analytiques, post-analytiques, logis-

tiques, de fonctions générales, de dossiers de malades, mais tout projet de fusion ou de transfert d'activités doit absolument s'accompagner d'une réflexion sur nos difficultés de transfert de prélèvements, de transfert de résultats et de transfert de budget nécessaire à ces activités et d'une réflexion sur les résultats d'analyse à rendre en urgence de jour comme de nuit.

En revanche ils ne veulent pas envisager une mutualisation analytique généralisée qui conduirait tout droit à la construction en France de quelques hangar industriels de production d'actes comme on l'a vu en Allemagne, à mille lieux de la déontologie professionnelle de leur éthique et du respect que l'on doit à la population. Un engagement dans ce sens verrait la désaffection des jeunes diplômés, et la régression de la biologie hospitalière.

- La dimension hospitalo-universitaire des activités de biologie en terme d'enseignement et de recherche doit également rester au cœur de nos préoccupations. L'ensemble du recrutement des hospitalo-universitaires biologistes médecins et pharmaciens en dépend.

- Il existe actuellement de grands soucis concernant la diminution des emplois, pour les jeunes biologistes médecins et pharmaciens dans les hôpitaux ainsi que pour les jeunes techniciens de laboratoire engagés dans la profession et pour les jeunes biologistes en formation dans les facultés de médecine et de pharmacie ainsi que pour les jeunes techniciens en formation, au moment où notre Ministère commence à prendre conscience de la catastrophe démographique à venir, en augmentant les *numerus clausus* des étudiants

et en envisageant – c'est d'une grande urgence - d'augmenter celui des internes. Une telle mesure présenterait l'immense mérite d'irriguer à nouveaux nos Services en CHU et surtout en CH qui présentent un déficit d'internes, démobilisateur, injuste et cruel.

- Les biologistes souhaitent enfin que tous ces projets soient menés dans le respect des spécificités de leurs activités et dans le respect de l'ensemble des personnels médicaux et non-médicaux qui ont toujours travaillé dans le souci de servir les malades et l'Hôpital Public.

- Les prélèvements biologiques ne sont pas des objets industriels. Ce sont des fragments d'Homme et les biologistes ne laisseront pas la biologie perdre son caractère humain.

- Notre Fédération, comme elle l'a toujours fait demandera à ses adhérents et à ses sympathisants de défendre les valeurs éthiques, le respect des hommes et des femmes, d'avoir le souci de leur santé et de leur bien-être.

- Biologistes de l'Hôpital Public,

- Protégeons nos jeunes

- Résistons lorsque nécessaire

- Restons mobiles et adaptables

- Défendons notre éthique

- Rencontrons les Directeurs et les Présidents de CME (et de CCM) pour parler, expliquer, convaincre

- N'oublions jamais notre mission de Service Public Santé Publique et d'Intérêt Général ■



**SYNDICAT DES
CHIRURGIENS
HOSPITALIERS**

sept mesures urgentes pour la chirurgie hospitalière

Le Syndicat des Chirurgiens Hospitaliers, membre de la Coordination Médicale Hospitalière, s'est associé au mouvement de protestation et à la journée d'action du mardi 16 décembre 2003.

Cette action s'est engagée suite à l'absence de prise en compte de la situation actuelle en chirurgie et ce malgré trois rapports successifs en quelques mois qui, comme nous le craignons déjà mi février, servent à caler les vieilles commodités au ministère. Nos collègues Domergue et Guidicelli, rédacteurs du dernier rapport sur la chirurgie, ont eu beau récemment tirer la sonnette d'alarme, rien ne se passe. Faut-il y voir une aboulie ministérielle contagieuse?

Le SCH propose sept mesures concrètes dont certaines sont maintenant urgentes:

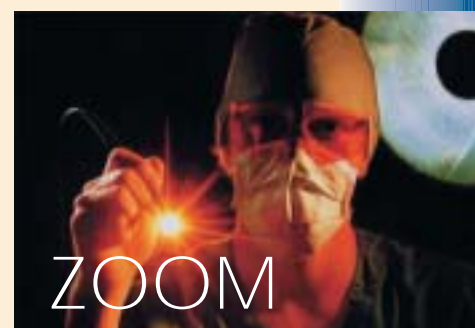
- L'augmentation significative du nombre de **postes d'internes en chirurgie** d'au moins 40/an pour passer de moins de 300 actuellement à 450 postes/an sur la France entière car il n'y a pas moins de travail qu'en 1992!

- La chirurgie étant un métier de compagnonnage, l'évolution des pratiques étant ubiquitaire, il est donc nécessaire de redéfinir avec les intéressés **les lieux de formation pratique**, initiale et continue.

- L'évolution de la démographie chirurgicale et la charge de travail n'étant pas des courbes harmonieuses, la mise en place de l'ARTT impose la **création de postes** dans les hôpitaux mais aussi une certaine concentration des moyens à discuter à l'échelle de la Région et **avec** les chirurgiens concernés. Le paiement des **plages additionnelles** doit

être effectif et sans délai. On voit dans toutes les régions des fonds redistribués au mépris des lettres du Ministre, pleines de bonnes intentions.

- L'ouverture sans délai de **négociations sur les astreintes en chirurgie**, promesse jusqu'alors non tenue.



- La création d'un vrai **maillage chirurgical de l'offre de soins** adapté aux besoins de la population et aux bassins de vie comme l'ont souligné tous les rapports qui dorment depuis plusieurs mois au ministère.

- Le maintien de la **performance de nos plateaux techniques** chirurgicaux qui nécessairement passent par la création de l'équipe chirurgicale avec le recrutement de personnels qualifiés en nombre suffisant.

- La création d'une **cellule permanente chirurgie** avec des hommes et des femmes de terrain à la DHOS et dans chaque ARH.

Le SCH se réserve le droit de recourir dans les jours qui suivent à une forme de mouvement plus radical.

Dr Thierry Dufour
Président du SCH

L'organisation de la psychiatrie :

un problème de santé publique

par Alain Pidolle, psychiatre des hôpitaux,
clinique de psychologie médicale,
57 Phalsbourg



A propos de la psychiatrie, les opinions les plus contradictoires s'affrontent et sont largement diffusées, reprises souvent telles quelles par les décideurs. Qu'il s'agisse de la démographie des psychiatres, de leur répartition sur le territoire, de la place des infirmiers dans les soins, de celle des psychologues, du champ même de la psychiatrie, de la qualité de l'offre de soins et des qualifications des professionnels.



1. La démographie médicale en psychiatrie

La France compte plus de 11 000 psychiatres pour 60 millions d'habitants ; pour une population identique la Grande Bretagne n'aurait que 4 000 psychiatres et en Allemagne 8 000 psychiatres suffiraient pour les soins spécialisés que requiert la population de 80 millions d'habitants. Seule la Suisse aurait un ratio psychiatre/population plus élevé qu'en France. Pour certain, ce nombre de psychiatre est largement excédentaire, pendant ce temps, les psychiatres publics français pleurent misère. 700 postes sont vacants sur les quelques 3 500 que compte le service public de psychiatrie. En tout état de cause, pour ceux qui pensent que le nombre de psychiatre est trop important en France, il n'y a qu'à attendre puisque la démographie professionnelle avec le taux de renouvellement actuel, sera telle qu'en

2020 il n'y aura plus que 6 000 psychiatres en France. Combien resteront dans le service public hospitalier ? Il faut dire qu'aujourd'hui la qualité de vie professionnelle (et pas simplement la rémunération) est bien meilleure en libéral que dans le service public

Il n'existe à ce jour aucune politique à moyen terme prévoyant le nombre de psychiatres à former et quel sera le type d'exercice de ces praticiens : public, libéral, associatif.

2. L'offre de soins

L'offre de soins psychiatrique est très inégalement répartie sur le territoire national : les études de la DREES sont là pour en témoigner. L'Île-de-France, les régions méridionales sont les mieux pourvues. L'installation libérale étant libre, on imagine aisément que les psychiatres s'installent dans des grandes agglomérations et/ou dans des régions où ils estiment que les équipements, le taux d'ensoleillement, la proximité de la mer ou de la montagne ont une incidence non négligeable sur leur qualité de vie personnelle. Il est plus surprenant de constater que la répartition des psychiatres publics est à peu près la même. Là où il n'y a pas de psychiatre libéral on pourrait penser que le service public organiserait une offre de soins pour les populations des grandes agglomérations du Nord ou de Lorraine, des régions rurales d'Auvergne du Limousin, de Champagne Ardennes... il n'en est rien. Chaque année, ces régions proposent leurs postes à pourvoir et chaque année, les régions bien dotées créent de nouveaux postes qui sont, presque toujours, pourvus par les praticiens nouvellement nommés au concours, mais également par des prati-

ciens plus anciens qui quittent les hôpitaux où ils exerçaient depuis plusieurs années parce que le travail y devient trop difficile vu le manque de collègues. Ils aggravent ainsi la pénurie dans des régions qui deviennent de moins en moins attractives. Quel écervelé, en effet, irait postuler dans un secteur où trois ou quatre postes seraient vacants ? La pénurie entraîne parfois certains hôpitaux à faire, de manière sauvage, de la surenchère pour attirer des collaborateurs. Les postes se négocient en fonction d'avantages matériels et non plus dans l'intérêt d'un service, sans parler de celui du patient. Il n'y a aucune politique de répartition des psychiatres publics et privés sur l'ensemble du territoire permettant à chaque habitant de trouver une offre de soins à une distance raisonnable.

3. La qualité de l'offre de soins

Dans certains pays industrialisés, les psychiatres ne s'occupent pratiquement que de l'hospitalisation à temps plein ; ils interviennent ponctuellement en hospitalisation à temps partiel voire en ambulatoire. La prise en charge des patients au long cours dans la communauté ne relève pas d'équipes psychiatriques mais d'équipes sociales formées à ce travail ; dans d'autres pays, le psychiatre hospitalier adresse le patient, à sa sortie, pour des soins au psychiatre libéral, l'accompagnement nécessaire pour des patients psychotiques dont la maladie est chronique et qui sont souvent stigmatisés est effectué par des associations. La France, depuis 1960, a choisi un mode d'organisation de la psychiatrie tel que la psychiatrie publique et la psychiatrie libérale fonctionnent dans deux sphères différentes, elles ne se rencontrent que par la volonté

personnelle des différents acteurs du soin. Dans certains lieux, les « guerres de religion » entre public et privé existent encore. De plus en plus, cependant, les patients nomadisent entre ses deux systèmes de soins dans une optique consumériste en particulier pour des patients de catégories socio-professionnelles supérieures.

Il est vrai que le libre choix du praticien est beaucoup plus aisé en libéral qu'en public où parfois au nom d'une appréhension plus que restrictive du secteur, le patient se voit refuser le choix de son lieu d'hospitalisation ou de son praticien. D'un autre côté, il faut bien admettre que depuis deux ou trois ans, le taux d'occupation des lits de cliniques privées comme du service public de psychiatrie est à son maximum et que trouver une place pour une hospitalisation dans les meilleurs délais, dans un rayon de moins de 100 km de son domicile lorsqu'on habite en province, relève souvent de l'exploit. Et si l'on « décroche » ce lit tant espéré, on se trouve fréquemment face à l'unique praticien hospitalier de l'unité de soins, voire du secteur !

A l'inverse des disciplines médicales et chirurgicales, organisées en filière verticale, la psychiatrie publique ne propose qu'une offre de soins généraliste de « première ligne ». Entre le petit centre hospitalier général qui dispose d'un service de médecine polyvalente avec quelques lits de cardiologie, le centre hospitalier plus important, quelquefois CHR, qui dispose de services de cardiologie, d'une unité de soins intensifs spécialisée dans le domaine et le CHU qui propose toute la panoplie de l'offre de soins dans cette discipline, chirurgie cardiaque incluse, chaque patient doit pouvoir trouver les soins qui correspondent le mieux à son état pathologique. En psy-

chirurgie publique, cette filière n'existe pas. Le patient a recours au secteur de psychiatrie général ou infanto juvénile ; en ambulatoire au centre médico-psychologique, il peut rencontrer un ou plusieurs psychiatres, des infirmiers ou des psychologues, y recevoir des soins appropriés. Toutes les pathologies sont traitées ici ; de la psychose chronique à l'état dépressif en passant par les attaques de panique, les crises d'angoisse ou les troubles bipolaires. Même si quelques psychiatres ou quelques psychologues se spécialisent dans tel ou tel type de pathologie ou tel ou tel type de prise en charge (psychanalyse, thérapie familiale systémique, thérapie cognitivo-comportementale, chimiothérapie exclusive...) on reste toujours dans le cadre d'un service de psychiatrie générale. Cela est encore plus net au moment de l'hospitalisation où tous les patients, quelle que soit leur pathologie sont la plupart du temps reçus dans une seule et même unité de soins. Les associations de patients ont beau jeu de dénoncer des mélanges inopportuns : la personne atteinte de maladie d'Alzheimer, hospitalisée pour troubles du rythme nyctéméral peut côtoyer l'état dépressif et le patient schizophrène très délirant, discordant et agité.

La mise en commun de moyens entre différents secteurs permet de répondre mieux à certaines demandes et rencontre parfois des hôpitaux de jours psychogériatriques, des services de réadaptation psychosociale, des services d'hospitalisation pour « névrosés » qui proposent des prises en charge et des soins adaptés à des pathologies particulières. Se crée ainsi, petit à petit, une « deuxième ligne » de soins plus spécialisées. Cette création est totalement liée aux acteurs locaux, à leur volonté de coopération mais aucunement à une politique de santé publique organisée car elle pourrait heurter de front le sacro saint principe « du secteur » ; vocable dont chacun use et abuse mais qui recouvre des réalités et des pratiques extrêmement différentes. Le secteur existe depuis 1960 mais n'a connu de réel essor que dans les années 80. C'est peu dire qu'il n'est pas évalué puisque les pratiques même fort diverses, ne sont pas décrites et étudiées. Le secteur de psychiatrie est chargé de nombreuses

missions qui vont de la prévention à la réinsertion en passant par l'hospitalisation à temps plein, la prise en charge de patients psychotiques, des personnes qui ont des problèmes d'addiction, il est également chargé de participer aux urgences des hôpitaux généraux, de faire de la psychiatrie de liaison dans les services de médecine et chirurgie obstétrique, de s'articuler avec le médico-social (IME, maisons de retraite, etc.). Prenons la psychiatrie de liaison, ici c'est le secteur qui l'accomplit, là c'est une structure intersectorielle par mise en commun de moyens entre différents secteurs ; ici elle est effectuée par un psychiatre, là par un psychologue, là par un infirmier supervisé par le psychiatre ; ici le professionnel passe chaque jour, fait régulièrement un travail avec le personnel du service de médecine, là le professionnel passe deux fois par semaine et ne rencontre des patients que si le médecin somaticien le lui a demandé. Pourquoi ces différences ? Ont-elles un sens ? Ces différents types de prise en charge d'organisation de la psychiatrie de liaison donnent-ils des résultats différents ? Personne ne le sait.

Lorsqu'on parle de qualité de l'offre de soins, il faut parler de la qualité hôtelière des hospitalisations à temps plein. Si en clinique privée, plus de 50 % des chambres sont à un lit et dotées de salle de bain, les chambres de plus de deux lits et les chambres sans salle de bain sont pratiquement inexistantes. Dans le service public, seules 10 % des chambres sont à un lit et seul 20 % des lits ont une salle de bain attenante. Un groupe de travail mis en place par la Direction des Hôpitaux au Ministère de la Santé avait produit un rapport qui n'a jamais été publié. L'état déplorable des services d'hospitalisation en centre hospitalier spécialisé en psychiatrie y était clairement décrit.

Un tiers des secteurs de psychiatrie générale est situé dans les hôpitaux généraux. Le nombre de lits est nettement plus réduit que dans les secteurs des centres hospitaliers spécialisés, le personnel médical et paramédical également. Nombreux parmi ces services ont expérimenté avant les centres hospitaliers spécialisés, la gestion en flux tendu des patients dans les services d'hospitalisation : « peu de stocks et rotations

rapides ». De plus en plus, l'hospitalisation en psychiatrie publique se calque sur l'hospitalisation MCO, les patients sortent rapidement, avec un traitement médicamenteux, sans que bien souvent, une réelle évaluation de la situation ait été faite. Les problèmes sociaux fréquemment associés aux troubles psychiatriques sont à peine abordés. Le patient retourne dans la cité et sera revu en centre médico psychologique ou chez son psychiatre libéral s'il le souhaite. On espère simplement, après ce bref séjour, que le patient ait suffisamment conscience de souffrir de troubles psychiatriques pour que spontanément il puisse se rendre à la consultation préconisée.

Au total, une organisation de la psychiatrie qui fonctionne de manière très imparfaite, qui consomme des moyens humains surtout, importants, qui n'est pas évaluée, et pour laquelle aucun processus d'adaptation au changement des besoins n'est prévu.

Le Champ de la psychiatrie

Depuis les débuts de cette discipline, les professionnels tentent d'en délimiter les contours. Aujourd'hui, le problème se pose dans le continuum, souffrance psychologique – maladie mentale. Classiquement, les maladies mentales relèvent de la discipline médicale qui est la psychiatrie. La souffrance psychologique – traduisant les difficultés ponctuelles qui entravent la qualité de vie relationnelle de personnes dont la personnalité permet, en règle générale, une adaptation relativement bonne à leur environnement est pris en charge de manière plus diversifiée. Les patients consultent les psychiatres, les psychologues, mais aussi les prêtres, des psychothérapeutes autoproclamés, des sectes, pour trouver un sens à leurs symptômes et essayer de les résoudre. Plus que dans d'autres pays, la psychanalyse s'est développée en France, qui a permis de former nombre de professionnels à la prise en charge de ces troubles. Cela explique en partie le nombre important de psychiatres dans notre pays. De même, l'évolution de notre société qui privilégie l'individu autonome décidant librement de ses choix et les assumant pleinement, met en échec toute une population

(comme l'a montré Alain Ehrenberg) dont les symptômes traduisent le désarroi. Ces personnes cherchent en dehors d'elles-mêmes un soulagement et une réponse à leurs questions. Un rapport récent (Piel et Roelandt) fait pour le Ministère de la Santé, envisageait un continuum entre psychiatrie et santé mentale, prise en charge des maladies mentales et la souffrance psychique. Des psychiatres souhaitent le recentrement de leurs activités vers la maladie mentale, laissant à d'autres professionnels, psychologues et psychothérapeutes patentés, les prises en charge ou soins qui répondent le mieux aux demandes de santé mentale. D'autres psychiatres, craignant de voir leur activité circonscrite aux seuls patients psychotiques et à la gestion sociale de la psychose chronique, réfutent ces arguments. L'amendement Accoyer qui souhaite la mise en place d'un statut de psychothérapeute ne répond que



très partiellement à ces questions, dans la mesure où il faut également débattre de la nécessité ou non de l'implication des organismes d'assurances maladies dans ces prises en charge.

Depuis les états généraux de la psychiatrie tenus en juin 2002 à Montpellier, les professionnels publics et privés débattent. Cependant le dialogue nécessaire avec le corps social n'est guère élaboré ; le dialogue avec le Ministère de la Santé se fait trop souvent par rapports d'experts, dont la plupart des propositions se retrouvent au fond d'un tiroir. Rappelons quand même qu'il y a eu plus de vingt rapports sur la psychiatrie dans les vingt dernières années, qu'il s'agisse de l'organisation des soins, de la démographie médicale ou de la surconsommation des psychotropes en France, et que depuis aucune politique de santé publique claire n'a été mise en place pour la psychiatrie. ■



Prise en charge du patient atteint de mucoviscidose

INTRODUCTION

Au cours de la mucoviscidose les mutations de la protéine CFTR sont responsables de l'augmentation de la viscosité du mucus qui favorise l'accumulation et la fixation des bactéries aux mucines. Inflammation et infection entretiennent un cercle vicieux et sont responsables de la dégradation pulmonaire.

La colonisation bactérienne survient très tôt dans l'histoire naturelle de la maladie. Les premiers germes en cause sont *Haemophilus influenzae* (HI) et *Staphylococcus aureus* (SA). Ils précèdent, de quelques mois à plusieurs années, la colonisation à *Pseudomonas aeruginosa* (PA). Ces éléments justifient l'élaboration de recommandations centrées sur les stratégies thérapeutiques à visée respiratoire s'intégrant dans une prise en charge globale de la maladie.

DEFINITIONS

Le jury a repris quelques définitions du consensus européen¹ sur le traitement du PA (encadré 1).

1. Eur Respir J 2000; 16:749-67.

La définition retenue par le jury pour l'exacerbation est la survenue d'un épisode aigu de détérioration clinique sur un état stable :

- majoration de la toux ;
- augmentation de l'expectoration (volume et purulence) ;
- diminution de la tolérance à l'effort ou du niveau d'activité physique ;
- perte de poids ou diminution de l'appétit ;
- altération de la fonction respiratoire (VEMS, CVF) ;
- augmentation franche (en UFC/ml) de la charge bactérienne d'un prélèvement à l'autre dans le cadre du suivi systématique.

L'éradication d'un germe est la disparition, après traitement, d'un germe précédemment retrouvé sur un prélèvement bronchique de bonne qualité.

MODALITÉS DES PRÉLEVEMENTS

Le jury recommande une surveillance bactériologique régulière et adaptée dès le diagnostic de mucoviscidose, à chaque consultation (entre 1 et 3 mois), selon l'âge et la gravité de l'atteinte respiratoire.

Différents prélèvements bactériologiques sont disponibles :

- le lavage broncho-alvéolaire (LBA) est le prélèvement bactériologique de référence, mais est un examen invasif ;
- l'examen cytobactériologique des crachats (ECBC) chez les patients présentant une expectoration spontanée est recommandé. L'obtention de ce prélèvement est optimisée par une séance de kinésithérapie respiratoire, voire par la prise de bronchodilatateurs et/ou un aérosol de rhDNAse (grade² B) ;
- en l'absence d'expectoration spontanée peuvent être proposés :
 - un écouvillonnage pharyngé, au décours ou non d'un effort de toux. C'est le seul examen validé par comparaison au LBA (grade B),
 - l'aspiration naso-pharyngée est fréquemment utilisée et bien tolérée chez le nourrisson. Elle n'a cependant pas été évaluée,
 - l'expectoration induite par nébulisation de sérum salé hypertonique est réalisée après inhalation de bêta-2-mimétiques et sous surveillance de la fonction respiratoire. Sa place est encore à préciser.

2. Une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve. Une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau de preuve intermédiaire. Une recommandation de grade C est fondée sur des études de faible niveau de preuve. En l'absence de précisions, les recommandations reposent sur un accord professionnel exprimé par le jury. Voir : ANAES. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Janvier 2000.

Le jury souhaite que, quelles que soient les modalités de prélèvement, les techniques d'isolement et d'enrichissement soient les plus homogènes possible entre les laboratoires et fassent donc l'objet de procédures écrites et standardisées, diffusées à tous les laboratoires de bactériologie rattachés aux Centres de ressources et de compétences de la mucoviscidose (CRCM), notamment pour l'identification des variants à petites colonies de SA et des PA mucoides.

PRINCIPES GÉNÉRAUX DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE

La posologie des antibiotiques et la durée du traitement doivent être adaptées à la sensibilité des germes aux antibiotiques et aux caractéristiques pharmacocinétiques des sujets atteints de mucoviscidose. Ainsi, dans cette affection, le volume de distribution par kilogramme de poids corporel est augmenté, tandis que la demi-vie d'élimination est raccourcie ; l'augmentation de l'élimination rénale et non rénale nécessite des doses élevées d'antibiotiques (grade A). Ces caractéristiques sont encore modifiées par l'état de nutrition du patient et par la gravité de la maladie.

Aussi les posologies préconisées par les plupart des équipes spécialisées restent encore mal définies, et correspondent rarement à l'AMM des produits. Le jury a réalisé un travail de synthèse sur des pratiques thérapeutiques publiées ou discutées lors de la conférence, mentionnant autant qu'il est possible la conformité avec l'AMM. La responsabilité du prescripteur reste donc entière. Les posologies et durées proposées concernent des sujets à la fonction rénale et hépatique

Encadré 1. Définitions du consensus européen sur le traitement du PA

La primocolonisation : présence de PA dans l'arbre bronchique, sans signe direct (manifestations cliniques) ou indirect (anticorps spécifiques - AC) d'infection.

La colonisation chronique : présence de PA dans l'arbre bronchique pendant au moins 6 mois attestée par au moins 3 cultures positives à au moins 1 mois d'intervalle, sans signe direct (manifestations cliniques) ou indirect (AC) d'infection.

L'infection bronchopulmonaire : primocolonisation associée à des signes directs ou indirects d'infection. Pour PA, l'infection peut être aussi diagnostiquée sur la détection d'AC sur au moins 2 examens chez des patients qui n'expectorent pas et qui ont des cultures bactériologiques négatives.

L'infection bronchopulmonaire chronique : colonisation chronique associée à des signes directs ou indirects d'infection. Pour PA, l'infection chronique peut être aussi diagnostiquée sur la détection d'AC sur au moins 2 examens chez des patients qui n'expectorent pas et qui ont des cultures bactériologiques négatives.

normale, adultes et enfants; elles ne concernent pas la femme enceinte, le nouveau-né et le nourrisson.

L'adaptation des doses et les modalités de surveillance de la toxicité éventuelle des traitements ne sont pas discutées dans ce texte, mais doivent être connues du prescripteur. Au cours de la mucoviscidose la répétition des cures d'antibiotiques pendant des années nécessite une surveillance des toxicités hépatique, rénale et auditive. Une évaluation régulière de la bonne pratique des aérosols est nécessaire.

Pour plus de détails il est proposé au lecteur de se reporter aux ouvrages spécialisés traitant des modalités de l'antibiothérapie.

QUESTION 1

Quels sont les critères diagnostiques de l'infection bronchopulmonaire à *Staphylococcus aureus* ?

SA est une bactérie commensale du naso-pharynx, retrouvée chez 66 % des patients atteints de mucoviscidose.

Différents types de SA sont distingués :

- les SA sensibles à la métilcilline (SASM) et les SA résistants à la métilcilline (SARM). En France 9,2 % des patients atteints de mucoviscidose sont porteurs de SARM;
- les SA « variants à petites colonies » sont à localisation intracellulaire et responsables en partie du caractère pérenne de SA au sein des voies aériennes bronchiques.

C'est la coexistence d'une exacerbation et de la présence de SA sur un prélèvement bactériologique qui signe l'infection à SA.

Critères cliniques

Les critères cliniques sont ceux d'une exacerbation. Ils sont indispensables au diagnostic d'infection à SA et à la décision thérapeutique.

Critères microbiologiques

L'analyse bactériologique est réalisée sur le recueil des secré-

tions bronchiques prélevées de façon non invasive.

Le caractère commensal de la bactérie rend difficile le diagnostic d'une **primocolonisation** à SA. Retenir un seuil de 102 UFC/ml de prélèvement et employer systématiquement des milieux de culture sélectifs vis-à-vis de SA et des variants à petites colonies est recommandé par le jury.

L'**infection** à SA associe critères cliniques et mise en évidence de SA sur des prélèvements successifs. Aucun seuil quantitatif de dénombrement de SA ne peut

être recommandé, mais un taux supérieur à 105 UFC/ml incite à rechercher des signes d'exacerbation.

La PCR et le dosage sérique des AC anti-SA ne sont pas recommandés.

QUESTION 2

Quelles est la stratégie de l'antibiothérapie, quelle que soit la voie d'administration, vis-à-vis de *Staphylococcus aureus* ?

Compte tenu des risques liés à la prévalence croissante des

SARM, la mise en œuvre de mesures d'hygiène strictes est indispensable.

Les données de la littérature concernant le traitement des exacerbations comme celui de la prophylaxie secondaire sont rares et ne permettent pas de recommander de protocoles précis.

Les principaux antibiotiques antistaphylococciques utilisés dans la mucoviscidose sont présentés dans les tableaux 1 et 2.

Tableau 1. Principaux antibiotiques antistaphylococciques utilisés per os dans la mucoviscidose.

Nom (par ordre alphabétique)	Posologie proposée en mg/kg par jour	Nombre de prises par jour	Conformité à l'AMM*
Acide fusidique en association (cf. texte)	30 à 60 (E)** Maxi 1 500 mg/j 1 000 à 1 500 mg/j (A)	2 à 3	=
Amoxicilline + acide clavulanique	80 (E) Maxi 3 000 mg/j (E) (A)	2 à 3	=
Céfaloxine 50 (E)	100 (A)	3	>
Ciprofloxacine 30 (E)	Maxi 1 500 mg/j (E) (A)	2 à 3	=
Erythromycine 50 (E)	Maxi 3 000 mg/j (E) (A)	2	=
Linézolide (AMM si âge > 18 ans)	1 200 mg/j	2	=
Minocycline 4 (si âge > 8 ans)	100 à 200 mg/j (A)	2	=
Oxacilline, cloxacilline	100 à 150	3 à 4	>
Pristinamycine 50 (E) (A)	Maxi 4 000 mg/j	2	=
Rifampicine en association (cf. texte)	20 à 30 Maxi 20 (A)	2	=

* AMM : AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ; = : POSOLOGIE CONFORME A CELLE DE L'AMM;
> : POSOLOGIE SUPERIEURE A CELLE DE L'AMM.
**(A) : chez l'adulte ; (E) : chez l'enfant.

Tableau 2. Principaux antibiotiques antistaphylococciques utilisés par voie IV dans la mucoviscidose.

Nom (par ordre alphabétique)	Posologie proposée en mg/kg par jour	Nombre de prises par jour	Conformité à l'AMM*
Amikacine	20 à 30 maxi 20 mg/kg/j (A) Dose totale cumulée < 15g	1 à 3	>
Amoxicilline + acide clavulanique	200 (E) 2 à 12 g/j (A) Maxi 1 200 mg acide clav /j et 200 mg/injection (A)	3 à 4	=
Ciprofloxacine	30 (E) 400 à 1 200 mg/j (A) Maxi 1 200 mg/j (E) (A)	2 à 3	=
Linézolide (AMM si âge > 18 ans)	1 200 mg/j (> 18 ans)	2	=
Oxacilline	300	3 à 4	>
Rifampicine	20 à 30 Maxi 20 (A)	2	=
Teicoplanine	20	1 à 2	>
Tobramycine	8 à 10	1 à 3	>
Vancomycine	40 (E) 2 000 mg/j (A)	4	=

Stratégies de l'antibiothérapie antistaphylococcique dans la mucoviscidose

I. L'antibioprofylaxie primaire

Le problème de la prophylaxie primaire se pose avec acuité à l'heure de la généralisation du dépistage néonatal.

La prophylaxie primaire n'est pas recommandée (grade A) chez le nourrisson et l'enfant atteint de mucoviscidose, car elle expose le patient à une colonisation par PA plus fréquente et plus précoce.

II. Le traitement des exacerbations

Au cours des exacerbations, l'antibiothérapie est recommandée (grade A), mais aucune étude ne permet de recommander un protocole thérapeutique précis.

1. Infections à SASM

SASM est sensible à de nombreux antibiotiques (voir tableau 1).

Le traitement de première intention repose sur une bêta-lactamine per os, associée ou non à l'acide fusidique, pendant une durée d'au moins 14 jours. Les patients allergiques à la pénicilline peuvent bénéficier de l'association acide fusidique-rifampicine. Ces deux antibiotiques ne doivent pas être utilisés en monothérapie (grade A).

En cas d'infection concomitante à SA et à HI, l'association amoxicilline-acide clavulanique est proposée.

La persistance de SASM au-delà de 14 jours de traitement fait discuter selon l'état clinique un traitement prolongé de 1 à 3 mois par une bêta-lactamine (voir tableau 1), sans qu'il soit possible d'établir une règle.

2. Infections à SARM

Les antibiotiques les plus régulièrement actifs sont la pristinamycine et la rifampicine. **La bithérapie pristinamycine - rifampicine est recommandée en première intention.**

Les alternatives comprennent les glycopeptides (vancomycine et teicoplanine) et plus récemment le linézolide (AMM si âge > 18 ans).

Dans les formes graves, une bithérapie par voie intraveineuse (IV) peut être préférée.

3. Infections avec présence de variants à petites colonies

Le traitement de variants à petites colonies est indiqué en cas de signes cliniques. En l'absence de données validées, le jury propose l'utilisation de rifampicine, dont la pénétration cellulaire est meilleure, en association à l'acide fusidique.

4. Infections mixtes à SA + PA

L'antibiothérapie doit être dirigée contre les 2 germes.

III. L'antibioprofylaxie secondaire

Un traitement d'entretien ou prophylaxie secondaire se discute afin d'éviter la réapparition rapide de la symptomatologie respiratoire. La littérature ne permet pas de définir le meilleur traitement prophylactique.

1. Infections à SASM

Une monothérapie continue (oxacilline, cloxacilline ou minocycline chez l'adulte et l'enfant de plus de 8 ans) pendant 1 à 3 mois est conseillée. Le linézolide peut également trouver sa place (AMM si âge > 18 ans).

2. Infections à SARM

Les nébulisations de vancomycine (hors AMM) ne sont pas recommandées.

L'antibiothérapie alternée séquentielle n'est pas validée. L'association pendant 6 mois de rifampicine et d'acide fusidique semble intéressante, mais demande confirmation. Le linézolide fait l'objet d'essais thérapeutiques dans cette situation.

QUESTION 3

Quels sont les critères diagnostiques de l'infection bronchopulmonaire à *Pseudomonas aeruginosa* ?

La fréquence et la gravité de l'infection à PA caractérisent la mucoviscidose.

Critères cliniques

Les critères cliniques d'exacerbation sont indispensables au diagnostic d'infection à PA. Des signes cliniques minimes peuvent faire discuter une exacerbation. Ces critères cliniques ne sont pas spécifiques de PA.

Critères bactériologiques

La colonisation par PA peut débuter très tôt dans l'enfance. La première identification dans un prélèvement bactériologique quel qu'il soit définit la **primocolonisation**. Cela justifie la recommandation de prélèvements bactériologiques systématiques tous les 1 à 3 mois.

Après une colonisation intermittente où sont identifiées des souches différentes, la **colonisation** chronique par une souche non mucoïde est la règle. L'isolement d'un phénotype mucoïde signe l'impossibilité, avec les moyens thérapeutiques actuels, d'éradiquer la bactérie et s'associe à une dégradation plus rapide de la fonction respiratoire.

Dans le LBA, le seuil de 105 UFC/ml pourrait différencier colonisation chronique et infection. Cet examen ne peut être recommandé en routine en raison de son caractère invasif. Il doit être réservé essentiellement à 2 situations : discordance entre les signes cliniques et les résultats bactériologiques, ou absence d'amélioration clinique sous traitement.

Détection d'anticorps spécifiques

La distinction entre colonisation chronique et infection chronique peut être aidée par la présence de plus de 2 arcs de précipitation en immuno-électrophorèse. Cela conduit à proposer une surveillance sérologique tous les 3 à 4 mois.

Le jury recommande une coordination nationale avec, si possible, la mise en place de centres de référence assurant l'homogénéité et le contrôle de qualité de ce type d'examen.

QUESTION 4

Quelle est la stratégie de l'antibiothérapie, quelle que soit la voie d'administration, vis-à-vis de *Pseudomonas aeruginosa* ?

L'objectif est de retarder le plus possible la primocolonisation. La prophylaxie primaire repose donc avant tout sur des mesures d'hygiène.

I. Antibiotiques utilisés

Les antibiotiques disponibles sont utilisés soit seuls, soit en association, par voie orale (tableau 3), IV (tableau 4) ou inhalée (tableau 5) selon le stade et la gravité de l'infection, à des doses élevées éventuellement hors AMM.

II. Stratégie antibiotique

1. Primocolonisation

La nécessité du traitement n'est pas discutée, mais aucun consensus international n'a validé le meilleur protocole.

• Le jury recommande le protocole utilisé par la plupart des équipes françaises : **association de 2 antibiotiques bactéricides**

Tableau 3. Principaux antibiotiques utilisés per os dans l'infection à PA.

Nom	Posologie proposée	Nombre de prises par jour	Conformité à l'AMM
Ciprofloxacine (AMM si âge > 5 ans)	40 mg/kg/j (E) 1 à 1,5 g/j (A) Maxi 1 500 mg/j (E) (A)	2	=
Azithromycine (hors AMM chez l'enfant)	250 à 500 mg/j	1	> (voir texte)

Tableau 4. Principaux antibiotiques utilisés par voie IV dans l'infection à PA.

Nom	Posologie proposée en mg/kg par jour	Nombre de prises par jour	Conformité à l'AMM
Ticarcilline (± acide clavulanique)	250 (E) 400 (A) Maxi 15 g/j (A) (Maxi 20/kg/j acide clav (E) Maxi 1 200 mg/j acide clav (A))	3 à 4	= (A) > (E)
Pipéracilline (± tazobactam ; AMM si âge >12 ans)	300 (E) 200 (A) Maxi 12 g/j (A)	3 à 4	=
Ceftazidime	200-250 Maxi 12 g/j	3 ou perfusion continue (dose de charge)	>
Aztréonam (AMM chez l'adulte)	150-200 Maxi 12 g/j	3	>
Imipenem	75 à 100 Maxi 4 g/j	3	>
Meropenem (indication hors AMM chez l'enfant)	120 à 160 Maxi 6 g/j	3 à 4	>
Tobramycine	8 à 10	1 à 3	>
Amikacine	20-30 Maxi 20 mg/kg/j (A) Dose totale < 1,5g	1 à 3	>
Ciprofloxacine (AMM si âge > 5 ans)	30 (E) 400 à 1 200 mg/j (A) Maxi 1 200 mg/j (E) (A)	2 à 3	=
Colistine	0,1-0,15 million d'unités/kg/j	2 à 3	>

Tableau 5. Principaux antibiotiques utilisés par voie inhalée dans l'infection à PA.

Nom	Posologie proposée en mg/kg par jour	Nombre de prises par jour	Conformité à l'AMM
Tobramycine (si âge > 6 ans)	600 mg/j	2	=
Colistine	1 à 6 millions d'unités/j	1 à 3	Hors AMM Voir texte

par voie IV pendant 14 à 21 jours (bêta-lactamine + aminoside), suivis ou non d'aérosols de colistine pendant 3 à 6 mois. Parmi les bêta-lactamines, le choix de la ceftazidime en perfusion continue se justifie par ses résultats cliniques satisfaisants et sa bonne tolérance veineuse. L'aminoside le plus utilisé est la tobramycine en dose unique journalière (grade B).

Ce premier traitement IV est réalisé à l'hôpital principalement chez les enfants de moins de 5-6 ans. L'efficacité est contrôlée de façon rapprochée, si possible mensuellement, par un ECBC. Une nouvelle cure IV est indiquée en cas de cultures positives.

- Le protocole danois en 3 étapes n'est pas validé, mais les résultats publiés, malgré les biais méthodologiques, permettent de le proposer comme alternative :

- **étape 1** : association pendant 21 jours de ciprofloxacine per

os (30 mg/kg par jour en 2 prises) et d'aérosols de colistine (1 million d'unités 2 fois par jour) ;

- **étape 2** : si PA isolé plus d'une fois en 6 mois : association pendant 21 jours de ciprofloxacine per os à la même dose et d'aérosols de colistine (2 millions d'unités 3 fois par jour) ;

- **étape 3** : si PA isolé pour la 3e fois dans les 6 mois : association pendant 3 mois de ciprofloxacine per os à la même dose et d'aérosols de colistine (2 millions d'unités 3 fois par jour).

2. Infection chronique

Le traitement a pour but de diminuer l'inoculum bactérien, d'espacer les exacerbations et de ralentir la dégradation fonctionnelle respiratoire.

- **Traitement des exacerbations**. Il est recommandé de traiter les exacerbations (grade A),

de préférence par voie IV. Le choix des antibiotiques est fonction du dernier antibiogramme et des réponses thérapeutiques antérieures. La chronologie d'utilisation des différentes bêta-lactamines par ordre d'activité croissante est logique mais non validée, de même que l'alternance des molécules. Une bithérapie par bêta-lactamine et tobramycine est recommandée pendant au moins 14 jours (durée non validée). La ciprofloxacine per os n'est pas recommandée en raison d'une moindre efficacité bactériologique (grade B).

En cas de souches multirésistantes, une trithérapie, non validée, est proposée en ajoutant la ciprofloxacine per os à la bithérapie. La colistine par voie IV reste un choix possible.

Il n'est pas justifié de poursuivre l'aérosolthérapie d'antibiotiques pendant cette cure.

- **Traitement systématique pro-**

grammé de l'infection chronique. Le traitement d'entretien par les antibiotiques inhalés est une alternative aux cures d'antibiotiques systématiques par voie IV tous les 3 mois. Il est validé pour la tobramycine, par cure de 28 jours avec un nébuliseur approprié, suivie de 28 jours sans traitement (une étude de niveau de preuve 1).

Ce schéma est possible à partir de l'âge de 6 ans avec une posologie de 300 mg 2 fois par jour, la durée de traitement validée par l'AMM étant de 96 semaines. Des signes minimes d'aggravation clinique ou fonctionnelle respiratoire doivent faire recourir à une cure d'antibiotiques IV. Les cures systématiques IV trimestrielles gardent une place en cas de difficultés d'observance du traitement inhalé ou chez certains patients mieux stabilisés par les cures IV répétées, sans qu'une règle soit établie.

Le recours à la ciprofloxacine per os en intercure peut être envisagé lorsque les cures IV se rapprochent. L'association de cotrimoxazole à la ciprofloxacine n'est pas justifiée.

Les macrolides, dont l'azithromycine, auraient une place dans le traitement de l'infection chronique (indication hors AMM – une étude de niveau de preuve 1). La poursuite du traitement doit être réévaluée à 3 mois.

Il faut favoriser, si possible, les traitements à domicile. La mise à disposition de diffuseurs portables et de « sets » de perfusion prêts à l'emploi facilite la pratique ambulatoire.

QUESTION 5

Quelle est la place des autres thérapeutiques à visée respiratoire dans le traitement de la mucoviscidose ?

Corticothérapie par voie orale

La corticothérapie per os a 2 indications reconnues :

- l'aspergillose bronchopulmonaire allergique ;
- la non-amélioration clinique et/ou fonctionnelle après une cure d'antibiotiques de 14 jours prescrite pour une exacerbation

Suite page 50



2003-2004

turbulences dans le domaine sanitaire

Ce 8^e CPLF a choisi comme fil rouge le thème «Poumon, cible de l'infection». L'infection respiratoire sous toutes ses formes constitue en effet directement ou indirectement l'un des tous premiers motifs d'hospitalisation et de consultation en Pneumologie, comme en témoigne l'incidence annuelle des infections respiratoires basses évaluée à 10 millions de cas par an dont 8 % de pneumonie.

Menaces pandémiques

Coincidence, 2003 aura été l'année du SRAS, qui venait bousculer le paysage sanitaire

mondial ; on voyait ainsi se développer une infection mystérieuse touchant directement le personnel de santé confronté à l'accueil des patients atteints dans un pays aux dimensions gigantesques, tant sur le plan géographique que démographique. Dès lors se profilait le spectre d'une pandémie d'autant que rien ne semblait pouvoir arrêter cette épidémie qui se répandait comme une traînée de poudre en Chine et touchait bientôt, à la faveur des transports inter-continentaux, d'autres régions du globe. L'épidémie du SRAS s'est heureusement éteinte mais elle nous a rappelé que notre planète demeure exposée à des pandémies insaisissables et dif-

ficilement contrôlables; elle nous invite également à réfléchir à notre organisation sanitaire et à repenser l'architecture de nos locaux de soins centralisés à l'extrême pour des raisons d'économie et d'efficacité alors qu'ils doivent toujours réserver la possibilité d'isoler complètement malades et soignants. Les pneumologues, dont la culture est évidemment pneumo-physiologique, ont été particulièrement sensibles à cet aspect de la prise en charge du SRAS qui rappelle aux plus anciens d'entre nous l'époque sanatoriale.

C'est à cette réflexion que vous invitent plusieurs sessions du Congrès, dont la conférence d'experts «Tuberculose» du Vendredi qui permettra de faire le point sur cette maladie toujours présente dans notre pays et qui est source, de par le monde, d'une importante morbi-mortalité, une conférence le Vendredi soir sur la peste au cours de la séance inaugurale du Congrès et Lundi matin une session entière consacrée au SRAS où interviendront des experts qui se sont trouvés en prise directe avec cette maladie en France voici quelques mois.

Mutations du système de soins et prise de conscience collective

2003 aura été aussi une année difficile en ce qui concerne la

ré-organisation du paysage sanitaire. Les structures hospitalières peinent à absorber le contre-coup des 35 heures et des RTT. Un vent de démotivation soufflait ces derniers mois sur une structure hospitalière longtemps citée en exemple.

La canicule de cet été a mis en lumière non seulement les insuffisances de réactivité du secteur d'hospitalisation vis-à-vis d'un afflux brutal de malades âgés, et se produisant de surcroît en pleine période estivale, mais aussi un problème de société: L'isolement de nombreuses personnes âgées ainsi dramatiquement mis en lumière nous invite collectivement à reconsidérer cet important problème de santé publique que représente la prise en charge d'une population croissante de patients âgés et très âgés.

Ainsi, le chantier demeure immense pour articuler l'ensemble de nos structures de prise en charge qui ont pour mission, en fin de compte, l'amélioration du bien être de chacun d'entre nous. La réforme hospitalière récemment relancée en ce qui concerne la création de pôles est une étape vers ce changement qui préfigure l'hôpital de demain.

Bonne année à tous et bon congrès CPLF 2004 ! ■



Professeur J.F. MUIR
président de la SPLF

Le Syndicat des Pneumologues Hospitaliers

Le Syndicat des Pneumologues Hospitaliers est heureux de participer à nouveau à l'organisation et à la rédaction d'Officiel Santé diffusé à l'occasion du 8^{ème} congrès de Pneumologie de langue française, dont le thème principal est :
- « le poumon : cible de l'infection. »

Le monde hospitalier français est en crise, ce qui a fait la une de plusieurs quotidiens : les hôpitaux publics sont au bord de la rupture. L'hôpital public est au bord de la crise sociale et les problèmes se multiplient avec la

perspective de la suppression pure et simple des services hospitaliers qui sont pourtant les seules structures solides de nos hôpitaux et la suppression de la nomination des chefs de service à l'échelon national, pouvant encore contribuer à aggraver le malaise actuel. Dans cette logique, le Syndicat des Pneumologues Hospitaliers a décidé d'organiser, dans le cadre du congrès de Pneumologie de Langue Française, une session d'actualité consacrée à la permanence des soins dans les services de Pneumologie, mais aussi à l'ensemble des sujets d'actualité hospitalière.

Cette grande réunion d'information et de débat, à laquelle tous les participants au Congrès de Pneumologie sont invités, aura lieu le Dimanche 25 Janvier 2004 de 8 heures 30 à 10 heures, salle Méditerranée 2, NICE ACROPOLIS, sous la présidence de Boris Melloni et de François Blanchon avec la participation de Charles MAYAUD, Philippe LAURENT et de François AUBART Président de la CMH qui viendra répondre aux multiples questions que nous nous posons.

L'année 2004 est aussi celle du renouvellement des membres du Conseil d'Administration de notre syndicat et du choix d'un nouveau secrétaire général, qui comme vous le savez assure la présidence du Syndicat des Pneumologues Hospitaliers.

Soyez nombreux à m'envoyer vos candidatures et vos cotisations 2004 (30 € à l'ordre de : Syndicat des Pneumologues

Hospitaliers) pour que nos élections soient aussi ouvertes que possible et que notre Syndicat des Pneumologues Hospitaliers soit aussi représentatif que le mérite notre grande discipline de Pneumologie.

Les élections auront lieu lors de l'Assemblée Générale qui fera suite à la session d'actualités dans la même salle et le même jour de 10 heures à 11 heures 30.

L'activité syndicale doit être bien comprise au sens de la construction de notre discipline de Pneumologie, c'est dire la multiplication des tâches et la nécessité d'être présent sur de nombreux fronts, rendant nécessaire pour notre syndicat l'augmentation du nombre de ses adhérents et l'augmentation de ses membres actifs qui voudront bien donner de leur temps pour participer à la promotion de notre discipline pneumologique. ■



Docteur François BLANCHON
secrétaire général du SPH

Bureau :

Docteur François BLANCHON (MEAUX), Secrétaire Général
Professeur Boris MELLONI (LIMOGES), Trésorier
Docteur Yann CURRAN (SAINT-MALO)
Professeur Bertrand DAUTZENBERG (PARIS)
Professeur Jean-Philippe DERENNE (PARIS)
Docteur Michel FEBVRE (PARIS)
Professeur Jean-Pierre KLEISBAUER (MARSEILLE)
Docteur Philippe LAURENT (PAU)
Docteur Paul MEEKEL (TROYES)
Docteur Jean-Pierre ORLANDO (AUBAGNE)
Docteur Jean-Maurice SALEN (SARREBOURG)

Siège Social :

66, Boulevard Saint-Michel
75006 - PARIS

Docteur François BLANCHON Centre Hospitalier 6, 8, rue Saint-Fiacre BP 218 Larrey 77108 MEAUX CEDEX Tél : 01 64 35 38 56 Fax : 01 64 33 91 70 E-mail : f-blanchon@ch-meaux.fr	Professeur Boris MELLONI Hôpital du Cluzeau 23, Avenue Dominique Larrey 87042 - LIMOGES - CEDEX Tél : 05 55 05 68 81 Fax : 05 55 05 68 15 E-mail : melloni@unilim.fr
--	---

Le SRAS premier fléau du XXI^e siècle ou première grande victoire de la veille sanitaire internationale ?

Dr F. Ribadeau Dumas, Dr A. Fontanet,
service d'épidémiologie des maladies émergentes, Institut Pasteur



Dr Florence Ribadeau Dumas



Dr Arnaud Fontanet

La récente épidémie de SRAS est comme nombre de ces maladies infectieuses émergentes dont ni les modes de transmission, ni les remèdes ne sont connus. Elle a posé des problèmes et engendré des réponses qui évoquent ceux et celles connus dès le Moyen Âge lors des grandes épidémies de peste. Les mesures de quarantaine, l'implication des forces de l'ordre dans certains pays, et le frein aux échanges internationaux rencontrés au premier semestre 2003 ne sont pas sans rappeler la situation vécue par nos ancêtres lors de ces pandémies.

En Europe, la peste, introduite à Marseille en 1347 par des navires Génois rentrant d'Asie, fit 25 millions de morts en 5 ans en se propageant principalement à partir des grands axes de communications. En réponse à l'épidémie, les municipalités européennes s'organisèrent et prirent des mesures d'isolement et de quarantaine. En 1403, les premiers lazarets sont installés à Venise. En 1412, la ville de Ratisbonne interdit l'entrée des ressortissants des zones contaminées par la peste. En 1522, les autorités de Florence imposent de surcroît une quarantaine aux habitants de la ville. Au XVII^e siècle, la montée en puissance des Etats déplace les contrôles des abords des villes vers les frontières. Ces mesures d'isolement finissent par se montrer productives et certains

historiens attribuent notamment au cordon sanitaire à la frontière de l'Empire des Habsbourg la disparition de la peste au XVIII^e siècle.

Suite aux pandémies successives, des ébauches de coopérations sanitaires régionales, nationales puis internationales apparaissent. Au XVIII^e siècle naissent les « bureaux de santé », établis dans les différents ports de la Méditerranée, au sein desquels les « magistrats de santé » ont à la fois un rôle de veille, de police et d'alerte sanitaire.

Les épidémies de peste propagées par les grandes voies de communication ont ainsi favorisé le développement de politiques sanitaires et de coordinations internationales. Celles-ci ont finalement eu une certaine efficacité pour contrôler la maladie.

- L'histoire de la récente épidémie de SRAS a suivi des voies similaires à celles de la peste : propagation, mise en place de réseaux d'alerte, puis maîtrise favorisée par la coordination sanitaires ;

- Dans un monde où les échanges sont accélérés, la rapidité de la réponse des différents acteurs a probablement joué un rôle primordial dans le contrôle de la maladie, contrairement à ce qui s'est passé à la fin du siècle dernier avec le SIDA ;

- Le premier bilan de l'épidémie de SRAS permet de dégager des leçons pour le futur.

1. La triade du SRAS : propagation, alerte et maîtrise

A peine 8 mois se sont écoulés entre le début de l'épidémie et sa maîtrise. L'OMS a ainsi déclarée interrompue la chaîne de transmission interhumaine du SRAS seulement 4 mois après sa première alerte. Pour comprendre cela, il semble important de reprendre la chronologie du SRAS à travers trois éléments : la propagation du virus, la mise en alerte et la réponse des autorités sanitaires.

Au total plus de 8098 cas probables ont été déclarés dans 29 pays, totalisant un nombre de 774 mort soit un taux de létalité de 9,6 %² (le plus lourd tribut étant payé par la Chine et le personnel hospitalier ayant participé à la lutte contre ce fléau).

2. Rapidité, pertinence et efficacité de la réponse à l'épidémie : comparaison avec le VIH

L'origine du SARS coV n'est pas encore déterminée même si de fortes présomptions pèsent sur un passage du virus de l'animal à l'homme dans la région de

	La progression de l'épidémie	L'alerte	La réponse des autorités sanitaires
Nov 2002	Le 16, à Foshan City dans la province de Guangdong en Chine apparaît le premier cas connu de pneumonie atypique.		
Février 2003	Le 21, un médecin de Guangzhou ayant soigné des patients atteints de pneumonie atypique séjourne au 9ème étage d'un hôtel de Hong Kong alors qu'il en présente les symptômes. Le 26, un homme d'affaire sino américain qui avait rendu visite quelques jours plus tôt à une connaissance au 9 ^e étage de l'hôtel Métropole est admis à l'hôpital français de Hanoï alors qu'il présente des symptômes respiratoires depuis 3 jours.	Le 11, la Chine déclare à l'OMS une épidémie de syndrome respiratoire sévère dont l'origine reste indéterminée (la recherche de différents agents étiologiques et notamment celui du virus de la grippe étant restée négative). 305 cas et 5 décès sont alors notifiés. Le 28, le Dr Carlo Urban, épidémiologiste de l'OMS, alerte celle-ci sur plusieurs cas de Syndrome de Détresse Respiratoire Aigüe Sévère (SRAS) d'origine inconnue à l'hôpital français de Hanoï où il se trouve.	
Mars 2003	Début mars , 15 autres personnes ayant séjourné ou ayant rendu des visites au 9ème étage du Métropole alors que le médecin de Guangzhou y séjournait sont hospitalisés, dans des conditions similaires, dans différentes villes dont Singapour et Toronto. Le 11, au moins 22 personnes travaillant à l'hôpital français de Hanoï et 23 dans les hôpitaux de Hong Kong présentent des symptômes de la pneumonie atypique. Le Dr Urbani s'embarque pour Bangkok où il est hospitalisé car il présente à son tour les symptômes du SRAS. Le 26, la Chine notifie finalement 792 cas et 31 décès entre le 16 novembre 2002 et le 28 février 2003 dans la Province du Guangdong. Le 29, le Dr Carlo Urbani décède du SRAS à Bangkok. Le 30, un groupe d'immeubles du quartier de Amoy Gardens à Hong Kong est sévèrement touché par l'épidémie. Il totalisera à lui seul 321 cas recensés. La contamination serait due à une aérosolisation du virus à partir des conduits d'évacuation des toilettes de la résidence.	Le 12, l'OMS émet une alerte internationale à propos de cas de pneumonie atypique sévère dont l'origine est indéterminée. Le 13, l'OMS envoie une alerte d'urgence à ses partenaires du GOARN*. Par ailleurs, l'OMS continue à surveiller l'épidémie à l'aide du RMISP** Le 15, l'OMS émet une alerte mondiale à l'usage des voyageurs, des compagnies aériennes, des professionnels de santé et des autorités sanitaires.	Le 10, les autorités chinoises demandent un support technique à l'OMS. Le 15, apprenant qu'un médecin de Singapour ayant soigné des malades du SRAS est en escale à Francfort, l'OMS fait interrompre son voyage. Il est alors hospitalisé pour surveillance. A partir de mi mars , l'OMS organise 3 réseaux virtuels dédiés à la recherche sur l'agent causal du SRAS. Des coopérations bi ou multilatérales se mettent en place notamment avec les zones les plus touchées, la Chine, le Vietnam, Hong Kong et Singapour.
Avril 2003		Le 2: l'OMS recommande de différer tout voyage pour Hong Kong ou la Province de Guangdong, elle étend ces recommandations à Pékin, la Province de Shanxi en Chine et Toronto au Canada le 23 avril; puis à Tianjin, la Mongolie intérieure en Chine, Taipei et Taiwan le 8 mai.	Le 16: l'agent du SRAS, un coronavirus jusqu'à présent inconnu chez l'homme et l'animal est identifié. Le séquençage de l'ARN est réalisé peu de temps après, l'OMS fournit alors gratuitement à des laboratoires référents nationaux les réactifs nécessaires à l'identification du virus.
Mai 2003	Mi mai , les différentes mesures que sont le dépistage, l'isolement des patients, la recherche et le suivi des contacts, ainsi qu'une large diffusion en temps réel des informations au public et aux professionnels sur la conduite à tenir pour éviter la propagation de la maladie semblent porter leurs fruits. L'épidémie se tarit.		Début mai , les premières études rapportent un taux de létalité du SRAS entre 0 % chez les enfants et 50 % chez les plus de 65 ans, avec une moyenne proche de 14 %. Les résultats des recherches concernant le temps de survie du virus dans l'environnement et dans les liquides corporels sont mis à disposition de la communauté scientifique internationale.
Juil 2003	Le 5, la chaîne de transmission interhumaine du SRAS est déclarée interrompue. Deux cas ont été signalés depuis chez des personnels de laboratoire en contact avec le virus dans le cadre de leur activité professionnelle. Ces cas ont été immédiatement dépistés, isolés et traités. Ils sont restés sporadiques.		

* Le GOARN: Global Outbreak Alert and Response Network. Ce réseau créé en avril 2000 coordonne 112 réseaux existants, experts dans l'alerte et la réponse aux flambées épidémiques.

** Le RMISP: Réseau Mondial d'Intelligence en Santé Publique. C'est en fait un logiciel d'alerte qui repère systématiquement des mots clés dans plus de 950 sources d'information et groupes de discussion dans le monde. Ce logiciel permet de repérer en temps réel les premiers indices pour 40 % des quelques 200 à 250 flambées que l'OMS vérifie et étudie chaque année. En plus de permettre une riposte précoce aux flambées épidémiques, il présente l'intérêt de pouvoir mettre un terme rapide aux rumeurs sans fondements

Guangdong en Chine vers la fin 2002. La civette palmiste masquée, incriminée jusqu'à présent, pourrait n'être qu'un hôte intermédiaire.

La symptomatologie n'étant pas fondamentalement différente d'un syndrome grippal, les responsables sanitaires n'ont pas été alertés dans un premier temps par les débuts de l'épidémie. Le nombre de cas, la gravité inhabituelle et l'absence d'agent étiologique retrouvé ont finalement inquiété les autorités mais celles-ci n'ont pas joué la transparence, retardant la notification à l'OMS puis minimisant l'épidémie. Ce n'est qu'au mois de mars lorsque l'épidémie s'est déjà propagée hors de la province de Guangdong que les dirigeants chinois demandent et acceptent l'aide de l'OMS. Ce retard a probablement favorisé la dissémination de l'épidémie. Heureusement, par la suite, la prise de conscience rapide du danger qu'elle représente par la communauté internationale, a entraîné la mise en action et le renforcement immédiat des réseaux dédiés à la surveillance et à la lutte contre les maladies émergentes. La répercussion des informations et découvertes aux professionnels et au grand public pratiquement en temps réel grâce à la mobilisation des médias et à l'internet ainsi que l'application stricte des mesures préconisées ont par la suite permis de juguler rapidement l'épidémie.

Si le cas du SRAS est exemplaire par la vigilance des réseaux d'alerte, la rapidité de la prise de conscience des enjeux, la mobilisation des autorités sanitaires et de la communauté scientifique internationale (cette dernière ayant a su mettre en retrait les rivalités habituelles pour une meilleure collaboration), il n'en a pas toujours été de même. Ainsi l'illustre la gravité actuelle de la pandémie de SIDA.

Les californiens *Gottlieb et al.*, lorsqu'ils publiaient dans le MMWR du 5 juin 1981 le pre-

mier article mettant en évidence une symptomatologie liée au SIDA, étaient loin d'imaginer que 20 ans plus tard 42 millions d'habitants seraient infectés par le VIH. La veille sanitaire alors mise en alerte rapproche les 5 cas de pneumocystose décrits dans l'article « Pneumocystis Pneumonia - Los Angeles » des cas de Kaposi observés à New York également chez de jeunes homosexuels ayant une activité sexuelle importante. Une origine infectieuse est par la suite rapidement suspectée. Si une mise en garde aux cliniciens est faite début juillet 1981 par le CDC d'Atlanta, elle n'est pas assortie de mesures quand à la prise en charge des patients et à la prévention de la propagation de l'épidémie.

Seul un entrefilet dans le New York Times repris dans The International Herald Tribune signale alors au grand public l'apparition d'un syndrome jusqu'alors inconnu, mais l'accent est mis sur la communauté gay plutôt que sur la possible contagiosité du phénomène.

Dans un second temps la population des hémophiles sera également touchée faisant évoquer une mode de contamination sanguin. Malgré les fortes présomptions de transmission par voie sexuelle et sanguine les messages à l'adresse du public et des professionnels restent flous et souvent plus stigmatisant pour les malades et les communautés à risques que porteurs de véritables conseils de prévention. De même les autorités politiques et sanitaires ne font pas toujours preuve d'une grande clairvoyance. N'ayant pas de certitudes, par peur de renforcer la stigmatisation, par intérêts économiques ou parfois tout simplement par indifférence les décideurs ne prennent pas la mesure du risque et se réfèrent insuffisamment au principe de précaution comme le témoigne les scandales du sang contaminé dans de nombreux pays.

Le SIDA devient ainsi une vivante illustration des propos de Charles Nicolle qui affirmait que l'éradication de nombreuses maladies était un objectif réalisable mais que l'insouciance personnelle, une discipline individuelle incomplète, une organisation sociale défectueuse, l'indifférence des pouvoirs publics et des Parlements, seraient autant de freins à des progrès en santé publique.

La récente épidémie de SRAS montre bien qu'au contraire quand tous ces acteurs adoptent une attitude favorable, certaines maladies peuvent être contrôlées.

3. Les leçons du SRAS

En quelques mois, les manifestations cliniques et biologiques du SRAS ont été décrites, son agent étiologique a été identifié et séquencé et ses modes de transmission ont été précisés bien qu'encore imparfaitement connus. Après avoir rappelé très brièvement l'état des connaissances nous verrons quelles leçons en tirer pour le futur.

3.1. L'état des connaissances

Les signes cliniques

La symptomatologie du SRAS est aspécifique et aucun signe n'est ni constant ni pathognomonique. Les signes cliniques débutent en moyenne 6 jours (2 à 11 jours le plus souvent) après le contagage³. Deux tiers des patients décrivent alors un syndrome grippal. La fièvre observée classiquement le lendemain, est le signe le plus constant puisqu'on la retrouve dans 94 à 100 % des cas suivant les séries. Avant le 10^e jour peuvent apparaître des signes digestifs avec diarrhées et vomissement puis des signes respiratoires de type toux (sèche au début) et dyspnée. Au cours de la deuxième semaine la symptomatologie respiratoire peut s'aggraver et évoluer vers la détresse respiratoire nécessitant une hospitalisation en soins intensifs dans 20 % des cas.

Les signes biologiques

Ils sont également non spécifiques. Le plus fréquent, mentionné dans près de deux tiers des cas, est la lymphopénie, les autres signes retrouvés étant la thrombopénie, l'élévation des transaminases prédominant sur les ASAT, et l'augmentation des LDH ou des CPK. Certains ont également décrit une diminution des CD4 et des CD8.³

Les modes de transmission

Celle-ci s'effectue principalement pendant la deuxième semaine de la maladie⁴ lors de contacts directs avec une personne contaminée. Le contagage serait dû le plus souvent à de microgouttelettes chargées de virus, aéroportées par la toux. Cette hypothèse est étayée par les conclusions du rapport de consensus de l'OMS évaluant en moyenne à 3 le nombre de personnes infectées par un porteur du virus (la transmission par des microparticules aéroportées comme dans la cadre de la grippe conduit classiquement à un nombre bien plus important de contaminations). La transmission indirecte par les mains ou des objets souillés semble envisageable mais serait très rare.

Le foyer observé au Amoy Garden à Hong Kong reflète la possibilité de transmission par un environnement contaminé mais celle-ci resterait marginale.

Aucun cas de transmission en dehors des périodes symptomatiques n'a été décrit.

En milieu de soin l'application stricte des règles d'hygiène préconisées semble réduire de façon drastique le risque d'infection⁵. En cas de gestes invasifs de type intubation ou aspiration endotrachéale, ces règles ne semblent pas suffire. Trois soignants ayant respecté toutes les procédures ont ainsi été contaminés à Toronto.⁶

La confirmation diagnostique

Elle doit être réalisée par des examens biologiques et exclusivement dans un laboratoire de référence habilité. Les critères permettant la confirmation sont ⁴ :

- 2 PCR positives (à partir d'aspirations nasopharyngées, et éventuellement de selles) avec une méthode validée,
- ou séroconversion en ELISA ou en Immunofluorescence,
- ou isolement du virus en culture cellulaire (à partir de n'importe quel échantillon : sécrétions respiratoires, nasopharyngées, sang, selles, urines).

3.2. Les leçons pour le futur

La chaîne de transmission inter-humaine est pour l'instant interrompue. Le réservoir animal reste lui vraisemblablement présent avec possibilité d'un nouveau passage de la barrière d'espèce. La transmission inter-humaine à partir d'un patient convalescent excréteur prolongé bien qu'improbable ne peut être exclue (le virus étant retrouvé dans les selles jusqu'à trois mois après guérison pour certains patients). De plus comme 2 récents cas l'ont montré, la souche peut se propager de nouveau suite à un accident de laboratoire. Il est donc apparu important à l'OMS, ainsi qu'à ses différents partenaires, d'éditer des règles de surveillance. Ceci d'autant plus que la survenue d'affections respiratoires saisonnières, comme la grippe, peuvent compliquer la situation. Différentes mesures ont donc été codifiées pour la surveillance et le contrôle d'une éventuelle réapparition du SRAS.

- Définir l'alerte⁷
« Survenue dans un délai de 10 jours, de 2 cas ou plus de pneumopathie aiguë atypique sévère (PAAS) parmi des personnels soignants, ou non, d'un même service hospitalier ou parmi des malades ou des visiteurs de ce même service ». « La PAAS est définie comme une fièvre > 39 °C accompagnée de signes d'atteinte respiratoire basse (toux, dyspnée, gêne respiratoire...) et une radiographie pulmonaire montrant des infiltrats interstitiels uni ou bilatéraux, localisés ou diffus, chez une personne hospitalisée »

- Prendre des mesures locales :

- Isolement des cas en hospitalisation dans un service de référence. C'est à dire :

- pour le patient : chambre seule dans une partie du service dédiée à l'accueil des cas ou des patients suspects de SRAS, limitation au maximum des déplacements au sein de l'établissement. Port d'un masque chirurgical pour tout déplacement indispensable hors de sa chambre.

- pour les soignants : port d'un masque N95®, de lunettes, de gants et d'une surblouse dans la chambre du patient.

- Confirmation des cas par les examens biologiques (sérologies, PCR, dans un laboratoire de référence et en respectant les protocoles édités à ce jour)

- Identifier les sujets contacts (personne ayant soigné un cas de SRAS, vécu sous le même toit ou été en contact direct avec les sécrétions respiratoires, les liquides organiques et/ou les excréments d'un cas de SRAS).

- Pour les sujets contacts symptomatique : hospitalisation dans un service référent et isolement jusqu'aux résultats des examens étiologiques. Surveillance avec au moins une prise quotidienne de la température.

- Pour les sujets contacts asymptomatiques : mise en quarantaine au domicile et surveillance 10 jours (prise de température quotidienne, surveillance d'apparition de signes cliniques évocateurs avec appel ou visite quotidienne d'un médecin).

- Pour les soignants asymptomatique des cas avérés : examen et surveillance quotidienne de la température. Selon la situation locale quarantaine sur le lieu de travail ou au domicile.

- Prendre des mesures nationales et internationales :
- En France signalement immédiat à l'Institut National de Veille Sanitaire de tout cas suspect, celle-ci devant trans-

mettre le jour même l'information à la Direction Générale de la Santé.

- Signalement immédiat à l'OMS par les autorités sanitaires nationales de tout cas confirmé.

- Signalement immédiat aux autorités compétentes de tout accident de laboratoire impliquant des substances ou matériels ayant été en contact avec le coronavirus du SRAS.

- Mise en œuvre de protocoles standardisés :

Ceux-ci ont pour but d'effectuer des essais cliniques comparables sur les différents sites de réapparition du virus. Ils doivent permettre de répondre plus facilement aux questions encore en suspens concernant l'épidémiologie du SRAS (existence de forme asymptomatique ? absence de pathogénicité chez l'enfant ?), sa contagiosité (affiner les connaissances sur les modes de transmission et les moyens de la prévenir), son dépistage (tests rapides, fiables, facilement réalisables sans risques et à un coût supportable), et son traitement (antiviraux, intérêt des

corticostéroïdes dans les formes très sévères).

La pathogénicité et la contagiosité du SRAS laissent entrevoir une catastrophe sanitaire aux répercussions sociales et économiques lourdes. Les réseaux, nationaux et internationaux, de veille et de réponse aux alertes sanitaires ont donc marqué un point en ce début de siècle en permettant d'en contrôler la propagation. Il n'en a pas été de même face au SIDA à la fin du siècle dernier et la communauté internationale en paye encore les conséquences. Si l'épidémie de SRAS a eu un impact certain en termes humains et économiques, elle a permis de roder certains réseaux de veille mis en place depuis peu et d'accroître les coopérations en matière scientifique. Souhaitons que la dynamique bénéfique enclenchée par cette menace perdure. Souhaitons également qu'elle nous permette de répondre à l'émergence de nouvelles menaces, qu'elles soient d'origine naturelle, accidentelle ou malveillante. ■

Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé. Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) : Statut de la flambée et leçons pour l'avenir. 20 mai 2003.
2. Revised US surveillance case definition for Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) and update on SARS case- United States and worldwide, December 2003. MMWR. 2003 ; 52 (49) : 1202-1206.
3. Yazdanpanah Y, Mouton Y. Syndrome respiratoire aigu d'Asie, autres viroses respiratoires : actualités cliniques. In Infections virales émergentes : enjeux collectifs. Ed EDK. Novembre 2003.
4. Organisation Mondiale de la Santé. Alerte au SRAS, vérification et mesures de santé publique dans l'après flambée. 14 août 2003. Disponible sur : <http://www.who.int/csr/sars/postoutbreakfr/en/>.
5. Seto WH, Tsang D, Yung RW, et al. Effectiveness of precautions against droplets and contact in prevention of nosocomial transmission of severe acute respiratory syndrome (SARS). Lancet 2003 ; 361 (9368) : 1519-20
6. Loeb M, Henry B, Ofner M, et al. Risk factors for severe acute respiratory syndrome (SARS) among critical care nurses. Chicago : Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, 2003.
7. Institut national de Veille Sanitaire. Alerte et conduite à tenir en cas de suspicion de résurgence du SRAS. 21 octobre 2003.



La tuberculose ce qui change en 2004

Pr B. Dautzenberg, service de pneumologie, GH Pitié Salpêtrière – APHP

Même si l'incidence de la tuberculose est de 50/100 000 à Paris, un taux d'incidence qui avait provoqué un séisme à New York il y a 13 ans, l'incidence nationale de la tuberculose est en diminution constante en France. Elle est actuellement de 11/100 000 et même 7/100 000 chez les sujets nés en France. Ces changements dans l'épidémie de la tuberculose justifient un changement des politiques de contrôle de la tuberculose.

Le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France a publié un important document dans la Revue des maladies respiratoires et le Ministère de la Santé et les autres ministères concernés vont publier, dans les semaines qui viennent, d'importantes modifications des textes réglementaires de la prise en charge de la tuberculose.

La Société de Pneumologie de Langue Française conduit une conférence d'experts lors du congrès de pneumologie de janvier 2004 sur des points non abordés par le Ministère.

Voici les points forts de ce qui va changer en 2004

La revaccination BCG est supprimée. Cette décision a été prise à la suite de l'analyse des études sur la revaccination. C'est de très loin le vaccin obligatoire le moins effi-

cace. L'efficacité de la première vaccination BCG est déjà très incomplète sur la prévention de la tuberculose car il ne protège qu'à 50 %. Ces études ne montrent aucun bénéfice de la revaccination pour la prévention de la tuberculose des sujets déjà vaccinés par le BCG en cas d'IDR négative après un premier BCG. En effet, les sujets IDR négatifs après un premier BCG ne font pas plus de tuberculose s'ils sont pas revaccinés. Une seule étude conduite en Tchécoslovaquie montre une petite diminution d'incidence, mais d'une part cette étude est critiquable sur sa méthodologie, d'autre part le coût de la revaccination par rapport à son bénéfice est prohibitif pour une maladie qui, même déclarée, est parfaitement curable.

La France était un des derniers pays où cette revaccination était pratiquée. Cette suppression va profondément modi-

fier la politique vaccinale à l'école et pour les professions de santé. Il en découle que la surveillance systématique de l'IDR, après vaccination, devient inutile et reste réservé à quelques professions très exposées.

La primo vaccination BCG est maintenue bien que de nombreux pays ne pratiquent pas cette vaccination. Une analyse collective INSERM est en cours pour évaluer son utilité en terme de coût/bénéfice. Il est possible que dans quelques années cette primovaccination soit remise en cause. Il est aussi envisageable que les progrès faits par la recherche pour trouver un vaccin antituberculeux efficace et permettent d'offrir dans le futur un vaccin 100 % efficace contre la tuberculose, ce qui n'est pas le cas du BCG qui ne protège qu'une fois sur deux de la tuberculose.

L'IDR tuberculinique de masse n'a plus d'utilité. En effet son utilité principale était de déterminer s'il fallait ou non revacciner par le BCG. Sa pratique est réservée à l'enquête autour d'un cas, aux nouveaux immigrés provenant de pays à risque et à certaines professions de santé. Une nouvelle tuberculine, plus proche de la tuberculine de référence, le Tubertest, a été commercialisée en France en 2003 en remplacement de la tuberculine Mérieux.

On considère qu'une l'IDR est négative si l'induration a moins de 5 mm de diamètre, positive si elle a 5 mm ou plus de diamètre. L'interprétation de cette positivité en terme de diagnostic de l'infection tuberculeuse dépend du contexte (tableau I)

Le champ des traitements anti-tuberculeux s'élargit. Dans certains pays en développement, on ne traite que les sujets positifs

Tableau I : Interprétation d'une IDR positive (≥ 5 mm) pour le diagnostic de l'infection tuberculeuse en fonction du contexte.

	Infection tuberculeuse récente —>mise au traitement	possible infection récente —>avis de spécialiste
enfant ≤ 15 ans, pas de BCG	≥ 5 mm	
enfant, BCG > 10 ans ou adulte autour d'un cas ou profession exposée	≥ 10 mm	≥ 5 mm
enfant BCG < 10 ans	≥ 15 mm	≥ 10 mm
Deux IDR à plus de 3 mois	variation ≥ 10 mm ou passage négatif à ≥ 10 mm	

pour le BK à l'examen direct ; en France, depuis des années, on traite toutes les maladies tuberculeuses et certains enfants atteints d'infection tuberculeuse latente. Il est proposé de traiter (par chimioprophylaxie) toutes les infections tuberculeuses latentes de l'enfant et toutes les infections tuberculeuses latentes récentes (moins de 2 ans) de l'adulte.

Le choix de la chimioprophylaxie doit être précisé par la conférence d'expert de la SPLF : parmi les 4 traitements proposés : Isoniazide seul, Rifampicine seul, association Rifampicine + Isoniazide et association Rifampicine + Pyrazinamide, la monothérapie par Isoniazide durant 6-12 mois est celle qui est le plus « evidence based ». La prophylaxie la plus utilisée en France, dans la plupart des situations, est l'association Isoniazide + Rifampicine 3 mois. L'association Rifampicine + Pyrazinamide est déconseillée du fait du risque accru d'effets secondaires et la rifampicine seule et déconseillée du fait du risque de sélection de mutants résistants

De nouvelles associations fixes d'antituberculeux ont reçu l'AMM en France. L'utilisation de formes combinées a l'avantage théorique de favoriser l'observance et d'éviter les prises incomplètes de traitement,

Tableau II : Les 5 combinaisons d'antituberculeux ayant maintenant l'AMM en France : NB : les 3 premiers ne sont pas encore commercialisés à l'heure où est écrit ce texte)

	Rifater	Rifinah	Rimcure	Rimstar	Rimactazid
rifampicine	120	150	150	150	150
isoniazide	50	50	75	75	75
pyrazinamide	300		400	400	
éthambutol			275		
mg de produit par comprimé ou gel.					

sources de résistance. A côté des deux formes existantes, de nouvelles associations qui étaient disponibles depuis des années dans certains pays, ont été autorisées en France, en particulier l'association de 4 antituberculeux (tableau II).

Le traitement antituberculeux standard en France pour toute forme de tuberculose pulmonaire ou extra pulmonaire reste l'association durant 3 mois d'Isoniazide + Rifampicine + Pyrazinamide + Ethambutol suivi de 4 mois de Rifampicine + Isoniazide soit un traitement de 6 mois. Une prolongation du traitement est proposée, bien qu'il n'y ait aucune étude pour le faire en cas de méningite tuberculeuse et chez les sujets qui restaient bacillifères à 2 mois. L'Ethambutol n'est pas obligatoire chez les sujets à examen direct négatif chez qui n'existe pas de facteur de risque de résistance.

La multirésistance du BK reste contrôlée en France, mais du fait de nouvelles immigrations provenant en particulier des pays de l'Est, la vigilance doit restée forte et le traitement des cas résistants à l'Isoniazide et à la Rifampicine doit comporter au moins 3 antituberculeux actifs in vitro. Parmi les médicaments les plus actifs, il faut citer les quinolones ; en 2004 la moxifloxacine est la plus active sur le BK des quinolones disponibles.

L'injonction thérapeutique avec obligation de soins et d'isolement respiratoire n'est pas légale actuellement en France, mais fait l'objet de discussion pour un tout petit nombre de cas qui refusent les soins, se mettant eux même en danger et mettant aussi autrui en danger, en particulier s'ils sont bacillifères et multirésistants.

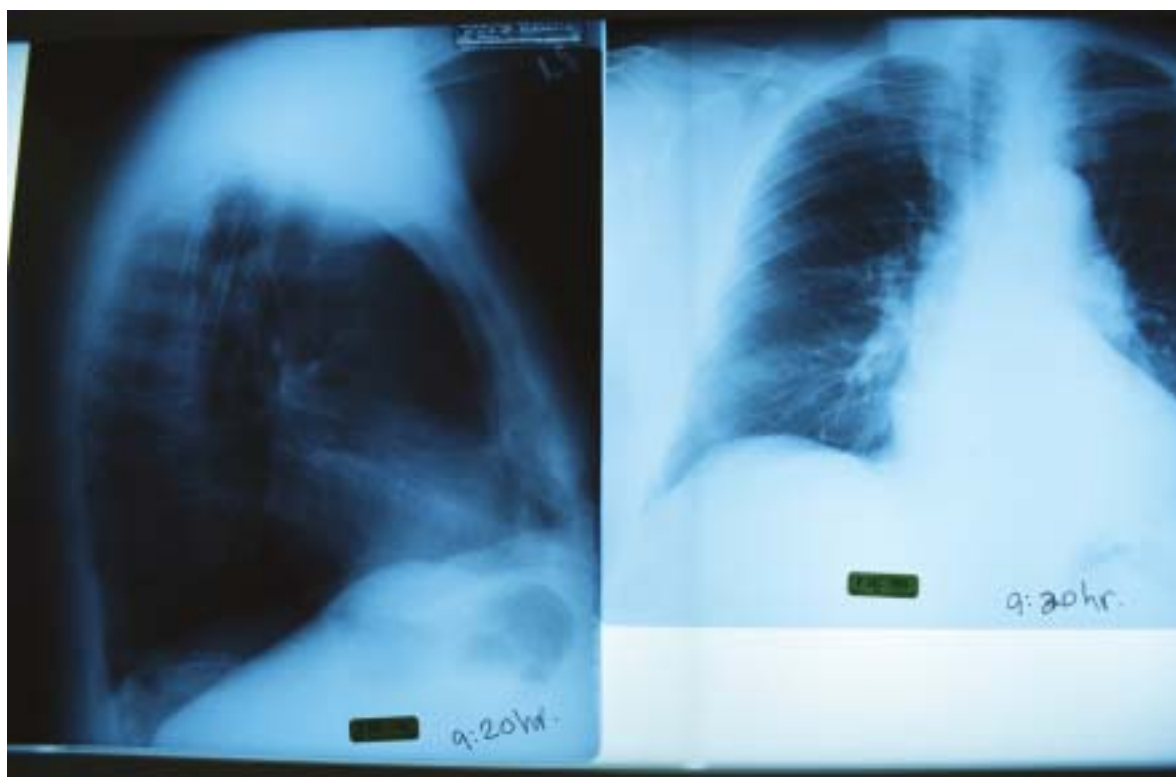
La tuberculose doit faire l'objet d'une double déclaration :

comme celle de nombreuses maladies infectieuses : signalement immédiat et notification.

Le signalement immédiat de tous les cas de tuberculose par le médecin et le laboratoire au service de lutte antituberculeux du département désigné par la DDASS permet de repérer les épidémies par la déclaration de plusieurs cas voisins et de déclencher les enquêtes autour d'un cas. **La notification anonyme** à la DDASS des cas permet à l'Invs de conduire ses études statistiques.

Conclusion : En un siècle, mais un siècle seulement, la tuberculose est passée de l'état d'un terrible fléau social qui tuait en France jusqu'à 200 000 personnes par an, décimant des pans entiers de la population à une maladie presque oubliée, trop oubliée. La plupart des jeunes médecins ne verront dans leur vie aucun cas de tuberculose, le rimifon a été repris par un laboratoire spécialisé dans les médicaments orphelins!!.

Comme il est nécessaire que les mesures de santé publique s'adaptent rapidement à la progression d'une maladie, il est tout aussi nécessaire qu'elles recentrent les efforts sur les situations ou les populations les plus à risque quand l'épidémie régresse. C'est le cas de la tuberculose où les recentrages actuels permettent d'adapter le dispositif aux nouvelles données, mais sans toutefois tout abandonner, comme cela avait été fait il y a 15 ans aux USA produisant la poussée épidémique que l'on a connu. Il ne faut pas abandonner la lutte antituberculeuse mais périodiquement la réadapter à la réalité de l'épidémie : c'est ce qui est en train d'être fait. ■



prise en charge de la mucoviscidose à l'âge adulte : la responsabilité du pneumologue



Dr Marlène MURRIS-ESPIN,

service de
pneumologie-allergologie,
centre de ressources
et de compétence
de la mucoviscidose
de l'adulte,
hôpital Larrey,
CHRU Toulouse

Quelques chiffres...

La mucoviscidose est la plus fréquente des maladies génétiques dans notre pays. Se transmettant sur un mode autosomique récessif, son incidence est de 1 naissance sur 3500. En France, en 2000, 3343 patients étaient recensés par l'Observatoire National de la Mucoviscidose mais le nombre de patients vivants atteints de mucoviscidose était estimé entre 5000 et 6000.

Quelques rappels physiopathologiques et cliniques

Le tableau clinique de la mucoviscidose « Cystic Fibrosis of the pancreas » a été individualisée en 1938. Son caractère autosomique récessif est mis en évidence en 1946. Le test diagnostique de la sueur est mis au point dans les années 50. Le gène malade est découvert en 1989 sur le bras long du chromosome 7. Il code pour une glycoprotéine transmembranaire, appelée CFTR (Cystic Fibrosis Transmembrane Regulator), appartenant à la famille des ABC-protéines de transport (ATP-binding cassette). Composée de 1480 acides aminés, cette protéine subit plusieurs étapes intracellulaires de maturation avant de rejoindre le pôle apical des cellules épithéliales de l'orga-

nisme où elle a le rôle d'un canal chlore mais régule aussi d'autres transferts ioniques.

En cas de mutation, le dysfonctionnement de la protéine CFTR induit un blocage de la sécrétion de chlore vers la lumière bronchique, une réabsorption excessive de Na et d'H₂O, ayant schématiquement, pour conséquence une augmentation de la viscosité du mucus puis une altération de la clairance muco-ciliaire. Les bactéries sont alors « capturées » par le mucus au pôle apical des cellules épithéliales bronchiques où elle pourront se multiplier. Infection et inflammation conduiront ainsi à la destruction parenchymateuse.

Plus de 900 mutations ont été décrites dans le gène CFTR mais seules une vingtaine sont retrouvées sur au moins 0.1 % des allèles. Dans la population caucasienne, DeltaF 508 représente à elle seule plus de 70 % des allèles mutés. En fonction du type de mutation, la protéine sera plus ou moins fonctionnelle et la symptomatologie clinique (phénotype) sera variable. Cinq mécanismes majeurs de dysfonctionnement ont été décrits *in vitro* allant de l'absence totale de synthèse (classe 1) à la présence d'une protéine fonctionnelle mais en faible quantité (classe 5).

La mucoviscidose induit des modifications pathologiques dans les organes exprimant la

protéine CFTR c'est à dire dans les sinus, les poumons, le foie, le pancréas, l'appareil uro-génital. Néanmoins, les modifications les plus importantes se font habituellement au niveau de l'appareil respiratoire. La maladie atteint préférentiellement les voies aériennes, les glandes sous-muqueuses mais épargne le tissu interstitiel et les alvéoles qui ne sont détruits que tardivement. Histologiquement, les poumons semblent normaux à la naissance mais rapidement, les infections bactériennes surviennent, caractérisées par une intense réponse inflammatoire neutrophile bronchique, comme en témoignent les taux élevés d'interleukine 8 et d'élastase neutrophile mis en évidence chez les patients. Protéolyse et chondrolyse des parois bronchiques conduisent à la constitution de bronchectasies, avec leur néovascularisation et leur risque d'hémoptysie. Sont associés des tableaux d'atélectasies, de pneumothorax, favorisés par l'atteinte parenchymateuse plus tardive.

Toute l'évolution de la maladie se fait au rythme des infections bactériennes récidivantes par un petit nombre d'agents pathogènes, conduisant à un état inflammatoire bronchique permanent. Par ordre chronologique, apparaissent *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus* (parfois méti-résistant), puis *Pseudomonas aeruginosa*, et, de façon

plus inconstante, *Stenotrophomonas maltophilia*, *Burkholderia cepacia*. Enfin, dans les stades tardifs, apparaît une hypertension artérielle pulmonaire, conséquence de l'insuffisance respiratoire chronique.

Mucoviscidose : pathologie d'adultes

Maladie de l'enfant, la mucoviscidose était jusqu'à présent du ressort du pédiatre, le plus souvent hospitalier. Grâce aux progrès réalisés dans la compréhension de la physiopathologie et à la qualité de la prise en charge thérapeutique précoce des pédiatres, la médiane de survie a considérablement augmentée, passant de 2 ans en 1950, à 5 ans en 1960, à plus de 30 ans actuellement (plus de 33 ans aux Etats-Unis en 2001). En 2000, si l'âge moyen des patients suivis en centres spécialisés était de 14.9 ans, 34.5 % patients étaient âgés de plus de 18 ans.

Le vieillissement de la population atteinte de mucoviscidose est donc certain et cette pathologie est désormais aussi une maladie d'adultes. Bon gré, mal gré, les grands patients ont été « contraints et forcés » de quitter leur famille pédiatrique pour consulter le pneumologue de proximité, lui-même souvent totalement démuni, face à un jeune adulte, connaissant parfois mieux la maladie que lui. Que dire des hospitalisations en urgence en secteur adulte à côtoyer des patients plus âgés bronchitiques chroniques ou cancéreux ? Chez les soignants d'adultes, l'attrait pour ces patients jeunes, l'intérêt pour une maladie aux multiples facettes se sont rapidement développés, souvent sous l'impulsion d'un individu puis d'une petite équipe, créant ainsi de véritables passerelles entre pédiatres et pneumologues. Chacun apprenant de

l'autre ; le pneumologue s'imbibant largement d'une « culture de la mucoviscidose » qu'il avait peu ou prou et le pédiatre appréhendant les nouveaux problèmes du petit devenu adulte (fertilité du couple, prise en charge de la grossesse, ostéoporose, diabète de l'adulte...). Nombreuses sont les équipes qui ont appris, grâce à ces patients, à travailler ensemble, soit par des consultations alternées, soit par des consultations communes pour que la transition du secteur pédiatrique au monde des adultes se fassent en douceur.

En novembre 2001, sous l'impulsion des associations de patients et des soignants, le Ministère de l'emploi et de solidarité a publié une circulaire (DHOS/O/DGS/SD5/2001 n°502 du 22 octobre 2001) relative à l'organisation des soins pour la prise en charge des patients atteints de mucoviscidose. En 2002, des Centres de Ressources et de Compétence de la Mucoviscidose (CRCM) pédiatriques et adultes ont été créés. S'il n'y a pas de spécialité obligatoire (en dehors de la pédiatrie pour les enfants), la plupart des centres adultes sont sous la responsabilité d'équipes de Pneumologie. Ces

CRCM ont un rôle de coordination entre intervenants et soignants quel que soit le lieu de réalisation des soins mais aussi d'animation et de coordination d'un réseau de soins spécifiques intra-régional, régional, voire extra-régional. Au sein du réseau de soins, le rôle du pneumologue hospitalier ou libéral, appartenant ou non au CRCM est primordial dans la découverte, le traitement et la surveillance d'une telle maladie.

La mucoviscidose est une maladie évolutive, sans traitement curatif à ce jour, dont les marqueurs épidémiologiques montrent une croissance régulière et modérée de la prévalence. La mise en place du dépistage néonatal devrait permettre une prise en charge très précoce des enfants malades et leur permettre d'atteindre l'âge adulte. Si la mucoviscidose est une pathologie multi-organes, et nécessite un plateau pluridisciplinaire, l'atteinte respiratoire est quasi-constante et fait le pronostic de la maladie. 80 % des décès sont d'origine respiratoire. Elle relève donc de la compétence du pneumologue qui est sollicité un jour au l'autre qu'il soit membre d'un réseau de soins ou non.

Plusieurs situations peuvent être rencontrées.

- Il s'agit d'un patient déjà connu dont la maladie a été diagnostiquée dès la petite enfance.
 - Le pneumologue peut avoir à gérer des situations habituelles, non spécifiques, qu'il maîtrise parfaitement comme la gestion d'une insuffisance respiratoire chronique avec mise en place d'une oxygénothérapie de longue durée, d'une ventilation non invasive, l'indication d'une kinésithérapie respiratoire, d'une réhabilitation à l'effort
 - Il peut aussi être confronté à des situations plus inhabituelles comme
 - la prescription d'aérosols antibiotiques (colistine, tobramycine) ou de RhD-NAse ;
 - le traitement d'une exacerbation à germes multi-résistants par des antibiotiques auxquels bon nombres d'adultes ont développés des allergies ou des toxicités (comme les aminosides, les quinolones),
 - la gestion de pneumothorax (symphyse ou non ?) ou d'hémoptysies parfois sévères (plus fréquentes chez l'adulte que chez l'enfant),
 - la gestion d'un encombre-

Tableau 1 : principales manifestations cliniques devant faire évoquer le diagnostic de mucoviscidose chez un adulte

- **Signes respiratoires**
 - Toux et/ou expectoration chronique
 - Infections broncho-pulmonaires récurrentes
 - Bronchectasies des sommets
 - Hippocratisme digital
 - Polyposse naso-sinusienne et infections sinusiennes récurrentes
 - Aspergillose broncho-pulmonaire allergique
 - Colonisation à *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*
- **Signes digestifs**
 - Diarrhée par insuffisance pancréatique exocrine
 - « petit gabarit » témoignant d'un retard staturo-pondéral
 - poussées de pancréatite aiguë
 - syndrome d'obstruction intestinale distale
 - diabète
 - hépatopathie chronique (cirrhose, hypertension portale)
- **signes uro-génitaux**
 - hypofertilité masculine par azoospermie obstructive

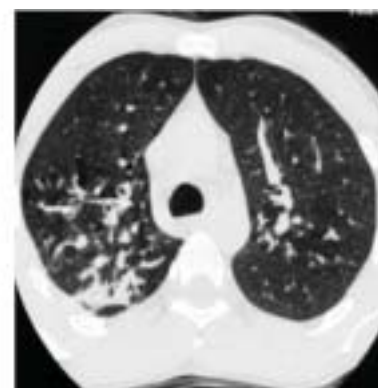


Forme de l'enfance : Mme B..., 21 ans
 Diagnostic néo-natal de mucoviscidose (hétérozygote DeltaF508)
 Colonisation à *Pseudomonas aeruginosa*
 CVF = 50 % théorique
 VEMS = 28 % théorique
 Insuffisance pancréatique exocrine
 Passage chez les adultes à 20 ans.



Diagnostic tardif

Melle L... consulte à 18 ans pour toux chronique et troubles du transit
 . Il existe des bronchiectasies sur la radiographie et le scanner thoraciques
 L'EFR est normale mais il existe déjà une colonisation à bacille pyocyanique
 L'enquête génétique confirme la mucoviscidose (mutations
 Delta F508/R1162X)



Diagnostic tardif d'une forme « fruste » chez un homme de 30 ans, « petit gabarit » (160 cm, 50 kg)
 Consulte pour toux chronique chez un non fumeur. L'interrogatoire retrouve une stérilité du couple et le même tableau de toux chronique et hypofertilité chez son frère.
 Le cliché et le scanner thoracique confirment les bronchiectasies des sommets
 L'enquête génétique et le test de la sueur confirment la mucoviscidose (DeltaF508 hétérozygote)

ment par limitation du drainage bronchique à la faveur d'une fracture de côte à la toux (elle-même complication d'une ostéoporose précoce de l'adulte).

- L'évaluation respiratoire chez un adulte avant une grossesse ou une aide médicale à la procréation et la surveillance respiratoire d'une femme enceinte
- L'indication d'une transplantation pulmonaire

• Le pneumologue est amené à évoquer le diagnostic de mucoviscidose devant les manifestations cliniques suivantes (tableau 1), souvent apparues dans l'enfance, mais non rapportées à une mucoviscidose car d'intensité modérée. Ces situations sont relativement banales, et confirment la grande variabilité phénotypique de la maladie. La confirmation dia-

gnostique est cependant essentielle. Elle permettra une prise en charge optimale du patient tant thérapeutique (pluridisciplinaire) que sociale (aides sociales, soutien d'association), et permettra d'engager un conseil génétique familial.

Il incombe donc au pneumologue d'apprendre à reconnaître, à connaître la mucoviscidose et sa prise en charge. La publication récente des recommandations nationales, l'existence de sessions spécifiques au cours des congrès de Pneumologie, la participation aux congrès sur la mucoviscidose devraient contribuer à la formation des pneumologues en activité. Il est du devoir des CRCM des centres hospitaliers universitaires d'enseigner les spécificités de l'adulte aux jeunes pneumologues en formation. ■

A NOTER...

17 et 18 mars 2005
Toulouse - Palais des Congrès
« La mucoviscidose : de l'enfant à l'adulte »

Bibliographie

- Vaincre la Mucoviscidose. Institut National d'Etudes Démographiques. Observatoire National de la Mucoviscidose. Rapport sur la situation de la mucoviscidose en France en 2000. 2002
- Gibson RL, Burns JL, Ramsey BW. Pathophysiology and management of pulmonary infections in cystic fibrosis. *Am J Respir Crit Care Med* 2003; 168: 918-951
- Ratjen F, Döring G. Cystic fibrosis. *Lancet* 2003; 361: 682-689
- Conférence de Consensus. « Prise en charge du patient atteint de mucoviscidose » ; *Rev Mal Respir* 2003; 20: 3S3-3S4
- La mucoviscidose : de l'enfant à l'adulte. *Rev Mal Respir* 2000, vol 17, n°3bis
- Robinson P. Cystic fibrosis. *Thorax* 2001. 56: 237-241
- Welsh MJ, Ramsey BW. Research on cystic fibrosis. *Am J Respir Crit Care* 1998; 157: S148-S154

dépistage du cancer bronchique le projet DEPISCAN

Pr Etienne Lemarié, service de pneumologie, hôpital Bretonneau, CHU Tours



Il n'existe aucune méthode reconnue pour le dépistage du cancer bronchique

Pourtant, il existe de bonnes raisons de penser qu'un dépistage précoce est susceptible d'améliorer le pronostic effroyable du cancer bronchique. C'est le cancer le plus meurtrier chez l'homme. En progression constante chez la femme, son incidence a triplé ces 20 dernières années. En France, 27 743 nouveaux patients ont été recensés en 2000 : 27 164 sont décédés en quelques mois malgré de significatifs progrès thérapeutiques depuis 20 ans. La survie à 5 ans n'était que de 10 % (1). Les symptômes ne sont pas spécifiques. Ils apparaissent à un stade souvent avancé et dans 80% des cas, il existe déjà des métastases. Or, dans les séries chirurgicales, 80% des tumeurs T1

NO (tumeurs de moins de 3 cm de diamètre sans ganglion envahi) peuvent être guéries par résection chirurgicale. Mais les séries chirurgicales de tumeurs de stade I ne sont pas des séries de tumeurs issues du dépistage, puisque ce dépistage n'est pas organisé. Seul, le Japon a institué un dépistage à grande échelle depuis quelques années mais le recul est encore insuffisant pour évaluer la survie de ces patients ainsi détectés.

Plus une tumeur est détectée de façon précoce, plus les chances de guérison sont élevées. Cet adage classique justifiant le dépistage, n'est pas démontré pour le cancer bronchique. Les seules données dont nous disposons aujourd'hui, concernent le dépistage par radiographie thoracique et par cytologie de l'expectoration. Les projets en cours ont pour but d'évaluer l'impact d'un dépistage par tomographie à densité axiale (tomodensitométrie) sur la mortalité spécifique par cancer bronchique

1. Données de la littérature concernant la radiologie de thorax

Dans les années 70, le dépistage du cancer bronchique par la radiographie pulmonaire et/ou la cytologie de l'expectoration avait été évalué par quatre études randomisées : trois études nord-américaines (Memorial Sloan-Kettering Lung Project, Johns Hopkins Lung Project, Mayo Lung Project) et une étude tchèque (Cze-

choslovak Lung Study). Ces études avaient permis de montrer une augmentation de l'incidence des cancers précoces, des cancers résécables et une amélioration du taux de survie à cinq ans dans le groupe dépisté. Elle n'avait cependant pas mis en évidence de diminution notable de la mortalité spécifiquement liée au cancer bronchique, ce qui avait conduit, après d'importants débats non encore résolus, à ne pas recommander le dépistage du cancer bronchique par radiographie thoracique et cytologie de l'expectoration.

2. La tomographie à densité axiale

Parmi les nouvelles techniques de dépistage, le scanner hélicoïdal à faible dose paraît prometteur. Des études japonaises ont montré la grande sensibilité de ce scanner, capable de détecter des cancers à des stades précoces, dont le diamètre moyen est inférieur à 20 mm (2). Dans une population japonaise de 5 483 sujets fumeurs et non fumeurs, âgés de 40 à 74 ans, le taux de cancers bronchiques détectés était de 0,48% avec le scanner, contre 0,03 à 0,05% par radiographie de thorax (3).

Deux études ouvertes non randomisées sont en cours aux Etats-Unis : l'Early Lung Cancer Action Program (ELCAP) de l'Université Cornell de New-York et le New Mayo Lung Project financé par le NCI (National Cancer Institute). Dans l'étude

ELCAP, 1000 sujets volontaires, âgés d'au moins 60 ans, fumeurs ou anciens fumeurs d'au moins 10 paquets/année, ont bénéficié d'une radiographie pulmonaire et d'un scanner hélicoïdal à faible dose. Lors du scanner initial, 1 à 6 nodules pulmonaires non calcifiés ont été détectés chez 233 sujets. Seulement 33 l'avaient été par la radiographie. Le diagnostic de cancer a été retenu chez 27 sujets dont 23 de stade I et 26 résécables, soit une prévalence du KBP de 2,7 % par scanner, contre 0,7 % par la radiographie (4). Après un an de suivi, des nodules pulmonaires non calcifiés ont été détectés chez 4% des sujets inclus dont 1,1% de nodules malins et 1% de cancers stade I (5). Le New Mayo Lung Project a été mis en place en 1999 pour évaluer le dépistage par le scanner et la cytologie de l'expectoration. Un an après, au moins un nodule pulmonaire non calcifié de plus de 3 mm de diamètre était détecté chez 51% des 1520 sujets de plus de 50 ans, fumeurs ou ex-fumeurs, inclus dans l'étude. Il s'agissait d'un cancer chez 1% des personnes incluses (6). Cependant ces études non comparatives, car non randomisées, ne permettent pas de démontrer l'efficacité du dépistage précoce du cancer bronchique par scanner thoracique hélicoïdal.

Les bénéfices-risques du dépistage du cancer bronchique par le scanner n'ont jamais été évalué sauf sous la forme de modèles mathéma-

tiques. Pourtant, sa pratique chez les fumeurs de plus de 50 ans tend à se généraliser, en l'absence d'évaluation scientifique, en Asie, aux Etats-Unis et en Europe. Au Japon, il est même devenu une pratique systématique. Les anomalies détectées engendrent des examens complémentaires invasifs (endoscopie bronchique, ponction trans-thoracique, résection chirurgicale des nodules) pour préciser le diagnostic. Ils engendrent de l'anxiété chez le patient. L'impact sur la consommation de tabac du scanner de dépistage n'a pas été évalué non plus. En novembre 2000, Edouard Patz soulignait, dans le *New England* l'urgence que « des études bien conçues soient conduites à leur terme, analysées et validées avant qu'un programme de dépistage de masse ne soit mis en œuvre » (7).

De nombreux protocoles d'essais randomisés sont en préparation dans plusieurs pays européens et aux USA, pour évaluer l'efficacité du dépistage du cancer bronchique par scanner hélicoïdal à faible dose. Aux USA, le National Lung Screening Trial (NLST) inclura 40 000 sujets, fumeurs ou ex-fumeurs randomisés en deux groupes, l'un bénéficiant d'un scanner hélicoïdal et l'autre bénéficiant d'une radiographie thoracique. Le NLST est sponsorisé conjointement par le National Cancer Institute (NCI) et l'American College of Radiology Imaging Network (ACRIN). En septembre 2003, 25 000 sujets avaient été inclus.

En France, l'étude DEPISCAN, née d'une collaboration entre l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), la Société Française de Radiologie (SFR) et la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF), est la phase pilote d'un vaste essai randomisé. Cette étude d'une durée de

deux ans, débutée en octobre 2002, est construite sur un modèle similaire à celui du NLST. Son objectif principal est de tester la faisabilité d'une étude randomisée (scanner versus radiographie thoracique) auprès de 1000 fumeurs ou ex-fumeurs de plus de 50 ans suivis pendant deux ans. Le recrutement des sujets est assuré par 130 médecins généralistes autour de 14 centres hospitaliers universitaires et généraux, ainsi que des centres privés, répartis sur le territoire français. L'évaluation concerne les aspects relatifs à la sécurité des patients, à l'impact du dépistage sur leur qualité de vie et sur leur consommation de tabac, ainsi que les aspects médico-économiques. En septembre 2003, 547 sujets étaient randomisés, et 329 formulaires de radiologies avaient été saisis (160 de radiographie et 169 de scanner). Une seconde étude de faisabilité est à l'étude reposant sur l'inclusion des patients par des médecins tabacologues et des médecins du travail afin de préparer au mieux un vaste essai (40 000 sujets) d'une durée de 5 ans pour les inclusions et 12 ans pour le suivi visant à évaluer l'efficacité, les risques et les coûts induits par cette stratégie de dépistage (Figure 1).

Le scanner a une sensibilité très élevée. Il permet de détecter des nodules mesurant jusqu'à 2 mm de diamètre. Cette grande sensibilité a pour corollaire une spécificité faible. Hormis les cas, assez rares, où les nodules ont des aspects permettant d'affirmer leur bénignité (calcifications massives, association de graisse et de calcifications) ou leur malignité (contours spiculés), les deux seules façons de juger de la nature d'un nodule sont sa taille et son évolution. Pour l'étude DEPISCAN un arbre décisionnel pour la prise en charge des nodules a été

déterminé conjointement par les radiologues et les pneumologues (Figure 2). Le problème essentiel réside dans le fait que des nodules pulmonaires sont constatés chez 50% des fumeurs de plus de 50 ans. Toutes les études concordent pour affirmer que 30% de ces nodules ont moins de 5mm de diamètre. Parmi ceux-ci, il n'existe pratiquement pas de cancer. Leur suivi est donc inutile. Le dépistage par tomodensitométrie a pour objectif de découvrir des tumeurs de petite taille, c'est-à-dire inférieures à 3 cm. Ces petites tumeurs font l'objet d'une

exérèse. Le protocole élaboré par le groupe des chirurgiens de Depiscan, prévoit systématiquement une lobectomie avec curage ganglionnaire. Les séries chirurgicales de la littérature font état de 10% d'envahissement ganglionnaire pour des tumeurs de 3 cm de diamètre. Une intervention aussi large est-elle justifiée pour des tumeurs plus petites ? C'est le débat actuel et sous deux angles. Selon des séries récentes, il semble que l'envahissement ganglionnaire et le pronostic qui en découle, soient liés à la taille de la tumeur, pour des diamètres de moins de 3 cm. La survie à 5

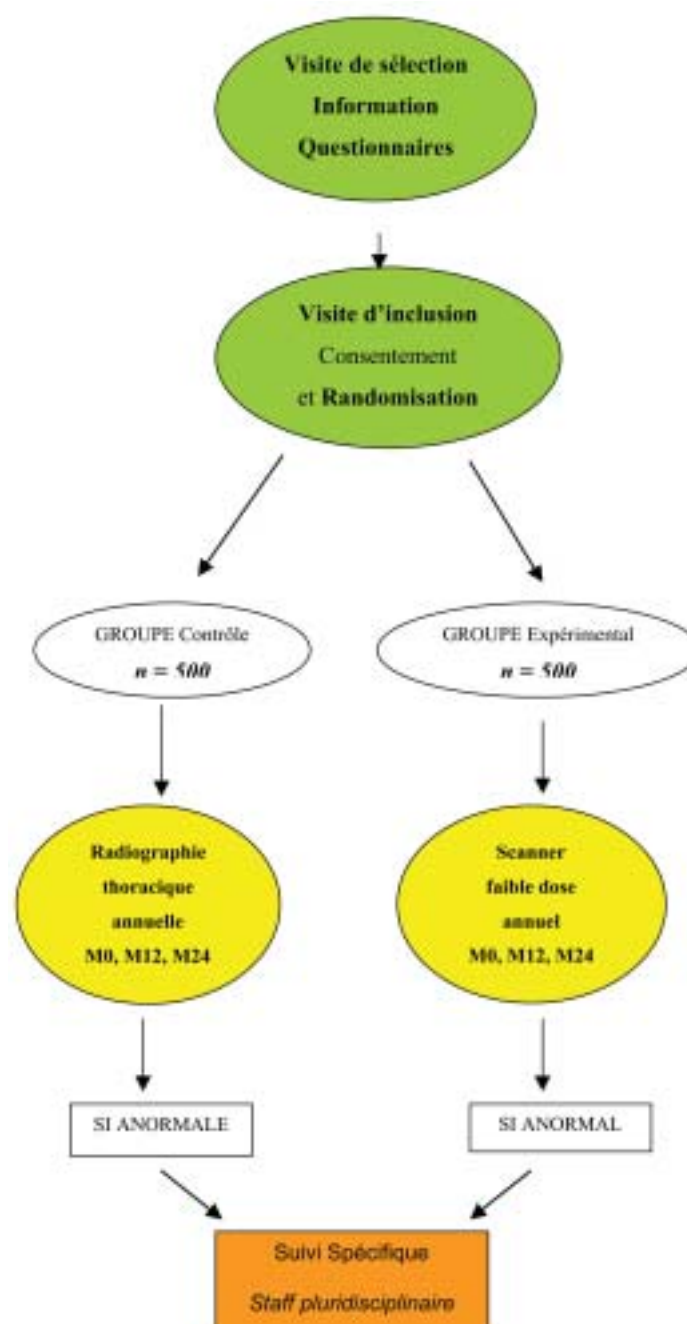


Figure 1 - schéma général de l'étude DEPISCAN

ans est significativement meilleure pour les tumeurs de moins de 1 cm que pour les tumeurs de 1 à 3 cm. L'envahissement ganglionnaire est de moins de 5% pour les tumeurs de moins de 1 cm alors qu'il atteint 10 à 20%, selon les séries, pour des tumeurs de 1 à 3 cm. Le traitement chirurgical pourrait donc être plus limité pour les tumeurs de moins de 1 cm, surtout si le PET scan nous permet de mieux préciser l'envahissement ganglionnaire. Par ailleurs, si le traitement peut être plus limité pour les tumeurs de moins de 1 cm de diamètre, il est possible d'envisager des alternatives au traitement chirurgical : radiothérapie stéréotaxique, injection locale de produits radioactifs par cathéter trans-thoracique. Ces méthodes sont particulièrement intéressantes chez ces patients qui risquent de développer plusieurs cancers bronchiques soit simultanément, soit à distance. Ces méthodes alternatives à la chirurgie doivent toutefois être validées.

Conclusion

Le dépistage du cancer est source de controverses, mais constitue un débat passionnant quand on connaît les résultats décevants des traitements actuels. L'étude DEPI-SCAN devrait permettre aux pneumologues, radiologues et chirurgiens thoraciques de participer à ce débat et de valider en commun des stratégies diagnostiques et thérapeutiques. Il s'agit d'un grand projet fédérateur qui va durer plus de 10 ans. Il inclut pneumologues publics et privés, radiologues, chirurgiens,

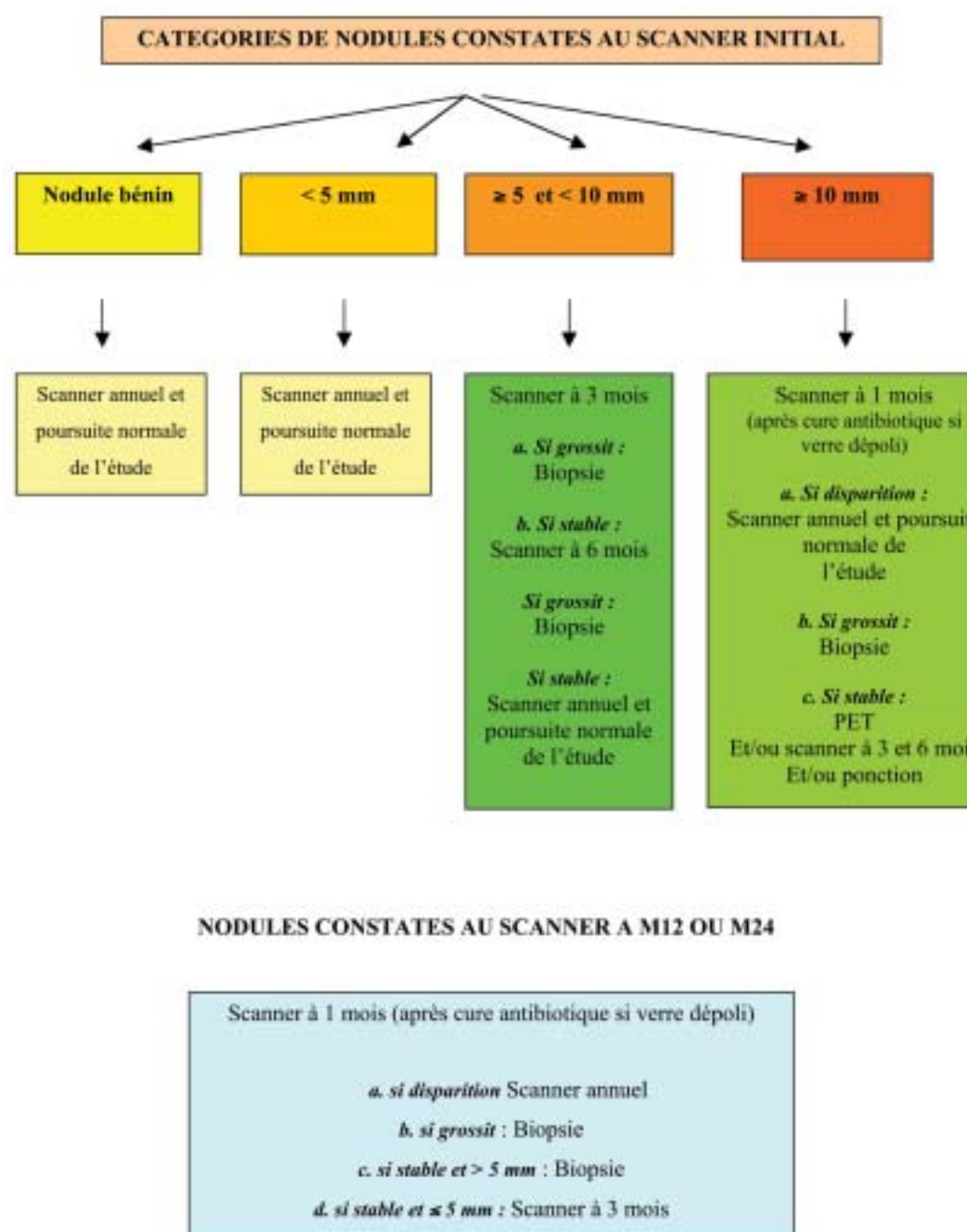


Figure 2 - DEPI-SCAN : arbre décisionnel de prise en charge des nodules constatés au scanner

médecins du travail, anatomopathologistes, cytologistes, épidémiologistes et tabacologues. Le scanner thoracique a révolutionné notre approche de la pneumologie. A nous d'éviter les dérives non validées et de nous former à la lecture des scanners et la prise en charge rationnelle des nodules pulmonaires. ■

DEPI-SCAN

Promoteur: INSERM
 Investigateur principal : Antoine Flahault
 SPLF: Jeanne-Marie Bréchet, Etienne Lemarié, Bernard Milleron
 SFR : Guy Fria, Philippe Grenier, Martine Rémy-Jardin
 INSERM : Jean-Yves Mary, Jean-Paul Moatti, Alain-Jacques Valleron

Bibliographie

- Remontet L, Estève J, Bouvier AM et al. Estimations nationales : tendance de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1978 et 2000. BEH 2003 ; 41-42 : 190-3.
- Sobue T, Morigama N, Kaneko M et al. Screening for lung cancer with low-dose helical computed tomography: anti-lung cancer association project. J Clin Oncol 2002; 20: 911-20
- Sone S, Li F, Yang ZG, et al. Results of three-year mass screening programme for lung cancer using mobile low-dose spiral computed tomography scanner. Br J Cancer 2001; 84: 25-32
- Henschke CI, McCauley DI, Yankelevitz DF, et al. Early lung cancer action project: overall design and findings from baseline screening. Lancet 1999; 354: 99-105.
- Henschke CI, Naidich DP, Yankelevitz DF, et al. Early Lung cancer Action project : initial findings on repeat screenings. Cancer 2001; 92: 153-9.
- Swenson SJ, Jett JR, Sloan JA et al. Screening for lung cancer with low-dose spiral computed tomography. Am J Respir Crit Care Med 2002; 165 : 433-4
- Patz EF, Goodman PC, Bepler G - Screening for lung Cancer. N Engl J Med 2000; 343: 1627-33.



Suite de la page 31

(avis d'experts). Il est utile de contrôler la glycémie postprandiale pendant la durée du traitement.

On ne retient pas d'indication pour une corticothérapie per os au long cours.

Corticothérapie inhalée

Les résultats actuels ne permettent pas de recommander la prescription systématique de corticoïdes inhalés.

La présence d'un asthme associé est une indication à l'usage des corticoïdes inhalés.

Bronchodilatateurs

Les preuves scientifiques de l'intérêt des bronchodilatateurs dans la mucoviscidose sont peu nombreuses et ne permettent pas de préconiser leur prescription systématique.

Les anticholinergiques ne sont pas recommandés (grade B). Trois situations peuvent justifier l'utilisation des bêta-2-mimétiques :

- les périodes d'exacerbations ;
- les bêta-2-mimétiques au long cours en période stable. L'indication est clinique. On prescrira des bêta-2-mimétiques de courte et/ou de longue durée

d'action (grade C) ;

- avant le début de la séance de kinésithérapie.

rhDNase

La rhDNase diminue la viscosité du mucus et facilite la clairance liée à la toux.

Il n'existe pas de facteurs prédictifs d'une réponse au traitement. L'évaluation de l'efficacité à long terme est faite essentiellement sur l'amélioration du VEMS à 3 mois.

La rhDNase est recommandée chez les patients de plus de 5 ans ayant une CVF supérieure ou égale à 40 %, à raison de 1 à 2 nébulisations quotidiennes. Il n'y a pas de différence entre les divers nébuliseurs compatibles (AMM).

Il est recommandé de précéder l'aérosol de rhDNase d'un drainage bronchique proximal. La nébulisation de rhDNase doit être suivie d'une séance de kinésithérapie respiratoire 30 minutes après.

Place de la kinésithérapie chez le nourrisson déposé

La kinésithérapie respiratoire a pour but de mobiliser, puis d'éliminer les sécrétions bronchiques. On peut distinguer les techniques de kinésithérapie res-

piratoire conventionnelle et les techniques récentes basées sur le contrôle du flux expiratoire, l'utilisation de la toux contrôlée et l'aide instrumentale.

Chez le nourrisson déposé asymptomatique, une kinésithérapie mensuelle permet d'optimiser les résultats des prélèvements bactériologiques et l'éducation précoce des familles. Aucune étude à ce jour ne démontre l'efficacité préventive de la kinésithérapie respiratoire chez le nourrisson déposé.

Le jury recommande que la kinésithérapie respiratoire quotidienne chez le nourrisson déposé soit débutée dès l'apparition d'un symptôme respiratoire.

Lorsque le nourrisson est symptomatique, il est recommandé une séance quotidienne en état stable, et deux séances quotidiennes en période d'exacerbation.

Le jury insiste sur l'importance du respect des règles d'hygiène.

Place de l'aide instrumentale dans le traitement de la mucoviscidose

Le recours à une aide instrumentale se justifie dès lors qu'il apporte au patient une stimula-

tion ou une facilitation des manœuvres respiratoires nécessaires au désencombrement. Le jury s'est inspiré des recommandations des Journées internationales de kinésithérapie respiratoire instrumentale³. Les méthodes utilisées sont :

- l'aérosolthérapie médicamenteuse et l'humidification isotonique ;
- la spirométrie incitative, validée dans le drainage bronchique (grade B) ;
- l'aspiration des fosses nasales ;
- les PEP systèmes ;
- les vibrations mécaniques externes, qui augmentent le volume de l'expectoration, et endobronchiques.

Au total, l'aide instrumentale pourrait améliorer la mécanique respiratoire, optimiser la ventilation périphérique et faciliter l'expectoration. Elle doit être adaptée à chaque patient, et associer simplicité d'action et d'utilisation avec un faible niveau de contrainte. Elle reste enfin à valider par des études cliniques multicentriques qui permettraient de mieux définir les indications respectives de chaque technique. ■

3. <http://membres.lycos.fr/jikri/>

BULLETIN D'ABONNEMENT

OUI

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

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

Chèque bancaire

Chèque postal

NOM PRÉNOM

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

Bulletin à compléter et à retourner à :

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

REMERCIEMENTS AUX PARTENAIRES D'OFFICIEL SANTÉ

LABORATOIRES ALTANA PHARMA
LABORATOIRES BMS UPSA
LABORATOIRES BOEHRINGER INGELHEIM
LABORATOIRES GSK
LABORATOIRES MERCK GENERIQUES

LABORATOIRES PAUL HARTMANN
LABORATOIRES PIERRE FABRE
RÉSIDENCE INN
SACTICE SANTÉ
SAIME