

Pneumologie

- **Principal rédacteur de cette synthèse**
Bureau de la collégiale.
- **Contexte général**
La pneumologie fait face à l'augmentation actuelle des besoins de santé de la population, liée au vieillissement et aux facteurs de risques des maladies respiratoires chroniques. Elle prend en charge des affections pleuro-pulmonaires lourdes : cancérologie, maladies infectieuses et vasculaires, insuffisances respiratoires, maladies immuno-inflammatoires, sommeil, mucoviscidose. La pneumologie s'est investie dans la prise en charge de maladies rares à travers des centres de référence (hypertension pulmonaire, histiocytose X, pathologie respiratoire rare de l'enfant), trois centres de compétences de maladies respiratoires rares, un centre de compétence sur la maladie de Rendu-Osler. Elle nécessite le recours à des techniques toujours plus poussées, parfois invasives, pouvant justifier la mise en place de centres de pneumologie interventionnelle (endoscopies, explorations des maladies pleurales, des troubles du sommeil, mise en place d'une assistance ventilatoire).
- **Modalités d'hospitalisation**
L'augmentation attendue de prévalence des maladies respiratoires aiguës et surtout chroniques incite à ne pas prévoir de diminution du nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle, qui semble répondre globalement aux besoins actuels. La pneumologie a depuis longtemps développé des substituts à l'hospitalisation conventionnelle : hospitalisation de jour, hospitalisation de semaine et de prise en charge à domicile. Cependant, les services de pneumologie sont souvent « encombrés » par des malades chroniques lourds aux durées de séjour longues (insuffisants respiratoires obstructifs, malades ventilés, malades trachéotomisés, tuberculoses multirésistantes...) pour lesquels il existe un manque réel de structures de soins de suite respiratoire. C'est surtout dans cette direction que les efforts sur les modalités d'hospitalisation doivent porter dans les années qui viennent. La réhabilitation respiratoire qui se développe actuellement chez les malades atteints de BPCO, mais également de maladie pulmonaire restrictive ou de cancer thoracique, requiert des structures adaptées (à domicile, en ambulatoire ou en hospitalisation selon les cas).
- **Démographie médicale**
En 2010 l'Île-de-France comptait 567 pneumologues dont 43% de femmes et 26% de libéraux. Les pneumologues âgés de plus de 60 ans étaient au nombre de 71 (12,5%) et entre 55 et 60ans de 126 (22,2%). En moyenne sur 10 ans, les départs s'élèveront ainsi à 20 par an. Ces chiffres ont conduit l'ARS à proposer une filiarisation de 15 puis de 16 DES à partir de novembre 2012. Cette valeur sera probablement à revoir à la hausse compte tenu des départs annuels moyen et du fait qu'un nombre conséquent d'internes inscrits au DES de pneumologie s'installent hors de d'Île-de-France ou s'orientent vers une autre spécialité, notamment la réanimation ou l'oncologie. Cette fuite pourrait néanmoins diminuer avec la disparition annoncée des DESC, disparition qui s'accompagnera de la création d'autres difficultés sur les critères requis dans la formation d'un pneumologue pour exercer de la réanimation respiratoire ou de l'oncologie thoracique. Ces difficultés prévisibles doivent conduire à un aménagement négocié des maquettes de DES.
- **Filières et coopérations intra et extrahospitalières**
La pneumologie est intégrée dans les filières de soins : aval des urgences (30% des hospitalisations qui en découlent ont un motif pneumologique), cancérologie thoracique avec la chirurgie thoracique, défaillances respiratoires nécessitant des assistances ventilatoires à domicile ou à l'hôpital (soins intensifs respiratoires, réanimation médicale pour les multidéfaillances). Les coopérations avec la médecine de ville sont à mieux développer en organisant des filières ville-hôpital avec les praticiens libéraux.
- **Innovations diagnostiques**

La pneumologie participe à l'innovation diagnostique dans tous ses domaines d'activité : imagerie thoracique et radiologie interventionnelle, endoscopies bronchiques et ses évolutions (écho-endoscopie, endoscopie avec navigation électromagnétique, alvéoloscopie), diagnostic moléculaire (en cancérologie thoracique, en infectiologie, dans les formes familiales des maladies respiratoires), exploration du sommeil et de la commande ventilatoire, exploration des dysfonctionnements musculaires respiratoires, exploration de la fonction respiratoire à l'exercice.

- **Innovations thérapeutiques**

La pneumologie participe à l'innovation thérapeutique dans différents domaines : support ventilatoire des insuffisants respiratoires aigus et chroniques et du syndrome d'apnée du sommeil, éducation thérapeutique, réhabilitation respiratoire, oncologie thoracique (notamment avec l'essor des thérapies ciblées), endoscopie interventionnelle (techniques de désobstruction, mise en place de prothèses et de dispositifs endobronchiques - encore expérimentaux - de réduction du volume pulmonaire dans l'emphysème).

Les évolutions de la chirurgie thoracique ont aussi un impact sur l'exercice de la pneumologie, notamment dans le domaine de la chirurgie oncologique et de la chirurgie de réduction de l'emphysème comme substitut à la transplantation.

L'extension des indications de résection pulmonaire (résections élargies avec reconstruction, malades plus gravement atteints) implique des prises en charge pré et postopératoires plus lourdes et des collaborations médico-chirurgicales étroites dans des centres experts.

Des biothérapies sont en développement pour le traitement de nombreuses maladies broncho-pulmonaires : asthme grave, maladies vasculaires pulmonaires, fibroses pulmonaires, certaines maladies rares.

- **Recherche clinique et translationnelle**

Le développement de la recherche clinique est une priorité de la pneumologie. Grâce à une organisation en réseau, labellisé ou non labellisé, la pneumologie a développé des cohortes de patients associées à des biobanques, pour des maladies fréquentes idiopathiques, maladies vasculaires pulmonaires, granulomatose à cellules de Langerhans, sarcoïdose) qui sont indispensables à des études de recherche translationnelle. Les DHU FIRE et TORINO, labellisés lors du premier appel d'offres des DHU, s'appuient sur ces cohortes et sur les unités de recherche à thématique respiratoire, labellisées par l'INSERM et évaluées par l'AERES, qui fournissent aux pneumologues en formation de lieux de stage doctoral.

- **Concurrences hors AP-HP**

État des lieux : soin, enseignement et recherche

En Île-de-France, les structures hospitalières non universitaires se partagent entre structures privées et hôpitaux généraux.

En 2010, 37% des 132 941 séjours pour cause respiratoire médicale ont été pris en charge par l'APHP. Les 63% restant ont essentiellement été pris en charge dans des CHG, l'activité d'hospitalisation pour motif pneumologique médical étant dans l'ensemble relativement marginale dans les cliniques. De leur côté, la moitié des centres assurant la prise en charge médico-chirurgicale thoracique appartient à l'AP-HP, et effectue 35 à 40% de l'ensemble des actes chirurgicaux thoraciques en Île-de-France. Les structures franciliennes de réhabilitation respiratoire, composante essentielle de la prise en charge de plusieurs maladies respiratoires chroniques, sont actuellement exclusivement privées (à l'exception d'une structure dans un centre HU hors AP-HP), mais 2 sont sur le point d'ouvrir à l'AP-HP.

Les services de pneumologie hors AP-HP validant pour le DES de pneumologie sont au nombre de 13 (dont 2 HU) en Île-de-France ; parmi eux, 5 disposent de postes d'internes offerts au choix des DES.

L'exercice libéral, de son côté, est hétérogène, comprenant des pneumologues exerçant dans des structures privées, et d'autres installés dans des cabinets. Beaucoup sont attachés dans des hôpitaux de l'AP-HP, ce qui participe à leur

formation continue et est susceptible de faciliter la collaboration pour la prise en charge des patients.

La majorité des pneumologues libéraux en exercice a plus de 50 ans, et les installations sont quasiment inexistantes.

Missions, répartition des rôles, interactions

Les affections respiratoires aiguës et chroniques peuvent être réparties en deux groupes : les affections fréquentes (comme les infections respiratoires basses, l'asthme, la BPCO, le syndrome d'apnées du sommeil) qui, dans leurs formes usuelles, peuvent être prises en charge en ville. Pour chacune d'elles, un recours hospitalier ponctuel ou régulier peut s'avérer nécessaire dans les formes difficiles. D'autres maladies respiratoires, plus rares, nécessitent le plus souvent une prise en charge pluridisciplinaire hautement spécialisée requérant le milieu hospitalo-universitaire (comme les maladies interstitielles, les maladies vasculaires pulmonaires, l'oncologie thoracique).

Dans un cas comme dans l'autre, une prise en charge conjointe en milieu libéral et/ou hospitalier non universitaire et/ou hospitalo-universitaire peut souvent être envisagée. Pour ce faire, une étroite collaboration, formalisée ou non sous forme de réseaux de soins, est nécessaire entre pneumologies libérale, hospitalière et hospitalo-universitaire. Cette collaboration est encore insuffisante.

En résumé, le contraste entre les tendances épidémiologiques de nombreuses maladies respiratoires et les tendances de la démographie médicale rend souhaitable une répartition des rôles en bonne intelligence entre les différents acteurs, réservant aux CHU les malades complexes, et permettant pour certains patients une prise en charge mixte et fluide par différentes composantes de la pneumologie.

L'AP-HP doit se positionner en structure de recours pour les malades complexes, tout en restant une composante prédominante de l'enseignement et de la recherche sur l'ensemble des maladies respiratoires.

Concilier ces différentes missions suppose que les services de pneumologie de l'AP-HP assurent les missions d'accueil des malades de pneumologie générale tout en atteignant un niveau d'excellence dans des domaines spécifiques.

Plus globalement, le parcours de soins des malades respiratoires doit être amélioré.

- **Commentaires libres**

La multiplicité des facettes de la pneumologie en fait une spécialité très transversale impliquant une interface riche avec les autres spécialités présentes sur chaque site. L'activité de la pneumologie à l'AP-HP est importante (taux d'occupation des lits élevé, rentabilité en termes de T2A, etc.) et est amenée à augmenter dans les années à venir, compte tenu de différents facteurs : innovation thérapeutique (oncologie, fibrose pulmonaire, transplantation pulmonaire, asthme, maladies vasculaires pulmonaires...), innovations techniques (ventilation, endoscopie, sommeil...), augmentation importante du nombre de patients immunodéprimés chez lesquels le poumon est un organe cible (notamment pour les infections), facteurs environnementaux (augmentation de la prévalence de l'asthme et de la BPCO), forte prévalence des maladies respiratoires dans la population vieillissante, structuration de la prise en charge des maladies pulmonaires rares... Il s'agit enfin d'une spécialité nécessitant une importante charge en soins spécialisés pour le personnel paramédical. Une diminution de la DMS est à attendre si les SSR prenant en charge les patients pneumologiques lourds se développent.

- **Synthèse en cinq points forts**

1. Maintenir une offre d'hospitalisation publique en pneumologie à la hauteur des besoins dont la croissance est prévisible dans les années à venir.
2. Adapter le nombre d'inscriptions au DES de pneumologie aux départs prévisibles à la retraite des pneumologues d'Île-de-France (public + privé).
3. Favoriser le rôle de recours des structures pneumologiques de l'AP-HP pour les cas les plus complexes et les innovations diagnostiques et thérapeutiques.
4. Développer des structures de soins de suite spécialisées pour la prise en charge d'aval des hospitalisations de certaines maladies chroniques.

Promouvoir la recherche clinique et translationnelle.