



Au menu de cette dernière newsletter de 2021, le rôle clé des médecins spécialistes dans le parcours de soins, les explications sur la certification périodique, le point sur la télésurveillance avec le programme ETAPES, un retour sur les États généraux de la santé respiratoire 2021, et un appel à volontaires pour étudier les PROMs dans le SAHOS sous PPC.

EDITO

Les spécialistes libéraux sont enfin écoutés !

Les élections des Unions régionales des professionnels de santé (URPS) au printemps 2021 sont déjà loin, les différents syndicats sont désormais organisés... Tout est prêt pour que les médecins spécialistes revendiquent et occupent leur place au sein du parcours de soins. L'ignorance et le traitement que leur réservaient les instances de santé il y a à peine quelques années, y compris lors de la gestion de la crise de la Covid-19, paraissent évoluer. L'heure semble à l'ouverture, d'après les indices donnés par les Agences régionales de santé (ARS) et le ministère des Solidarités et de la Santé : les discussions en cours positionnent le spécialiste, en particulier libéral, dans un rôle clé dans le parcours de soins, c'est-à-dire le rôle d'expert de proximité qui est le sien. La médecine de ville ne se limite plus à la médecine générale dans l'esprit des décideurs. Nous y croyons, et nous œuvrons en ce sens.

Actuellement, les spécialistes s'emparent à juste titre de la problématique des équipes de soins spécialisés (ESS). Il s'agit d'un regroupement et d'une organisation de soins au sein d'une même spécialité médicale ou autour d'une pathologie, dès lors pluriprofessionnels, pour une prise en charge optimale. Tout peut être imaginé, comme des équipes très réduites au sein d'un territoire limité, ou à l'échelle d'une région. Alors que certaines ne nécessiteront qu'un financement minimal, d'autres ne pourront fonctionner sans fonds extérieurs plus importants afin de se doter d'une plateforme téléphonique, contractualiser un(e) infirmier(ère) de pratique avancée (IPA), etc.

Depuis plusieurs mois, des équipes de soins spécialisés se constituent dans les territoires, où des expérimentations variées se concrétisent. Afin de mieux formaliser cette nouvelle organisation des soins, il faudra analyser



Bruno Stach, président du SAR

son efficience réelle. Un travail délicat, car celle-ci est difficilement palpable : elle est à la fois bien entendu médico-économique, mais relève également de l'optimisation du temps de travail du spécialiste et, par conséquent, de la qualité des soins ; l'un des objectifs étant de réserver l'expertise du spécialiste pour les cas difficiles et de le rendre plus disponible pour répondre aux soins non programmés. Je défends depuis de nombreuses années cet aspect fondamental de notre exercice, car aujourd'hui, les pathologies chroniques stabilisées monopolisent notre emploi du temps, alors qu'elles pourraient éventuellement bénéficier d'un parcours de soins plus adapté. Nous y reviendrons prochainement.

Pneumologues libéraux, regroupez-vous !

Le premier intérêt de se regrouper en équipes de soins spécialisés est de gagner en visibilité, aux yeux de nos instances, de nos confrères généralistes et de nos hôpitaux. Le second intérêt est de contractualiser avec les modes organisationnels de la médecine générale, à savoir par exemple les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), en fonction des besoins dans une spécialité donnée, mais aussi les maisons de santé pluriprofessionnelles et les médecins généralistes de terrain. C'est le moyen, pour le pneumologue libéral qui intègre une équipe de soins spécialisés, d'être un pont essentiel entre la médecine de ville et les établissements de santé, publics et privés. En effet, celui-ci possède une bonne connaissance de la prise en charge en établissement de santé, pour la simple raison qu'il y exerce très souvent.

Se regrouper entre pneumologues libéraux est devenu une nécessité, non pas uniquement en un même lieu physique, mais au sein d'une entité juridique, que ce soit une association, une société civile de moyens (SCM) ou une société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), un cadre juridique pour l'exercice regroupé des professionnels de santé libéraux en maison de santé pluridisciplinaire (MSP). Ceci en fonction des besoins de l'équipe de soins spécialisés.

Cette nouvelle organisation des soins en France est incontournable. Incontournable pour la qualité des soins et le fonctionnement du système de santé. Incontournable aussi pour l'exercice optimal de la médecine spécialisée libérale.

Le vent tourne, les spécialistes libéraux semblent de plus en plus écoutés. Par exemple, l'ARS des Hauts-de France est décidée à nous accompagner dans cette transition. Cela doit faire tache d'huile au niveau des autres régions. Nos efforts sont payants et nous les poursuivrons.

Les cinq années à venir seront décisives si nous voulons nous imposer dans le parcours de soins et les nouvelles organisations sanitaires.

Retrouvons-nous dès janvier 2022 au 26e Congrès de pneumologie de langue française (CPLF) à Lille Grand Palais, lors de l'assemblée générale du SAR/APP (22 janvier 2022. Horaires : 14h30-16h, salle Artois).

Je vous souhaite d'excellentes fêtes de fin d'année à toutes et à tous.

Bruno STACH

Vous avez aimé la FMC, l'EPP et le DPC ? Vous allez adorer la certification périodique !

A compter du 1er janvier 2023, l'évaluation des pratiques des médecins portera le nom de certification périodique. Quelques éléments pour comprendre cette nouvelle obligation pour les professionnels de santé, avec le Dr Yves Grillet, vice-président de la Fédération française de pneumologie (FFP) - Conseil national professionnel de pneumologie (CNP).

La certification périodique (ou recertification) est l'évolution d'un parcours qui a commencé en 1995 avec la formation médicale continue (FMC), déontologique puis obligatoire. L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) s'est greffée sur ce dispositif en 2004. Pour sa part, le développement professionnel continu (DPC) a été créé en 2009, regroupant FMC et EPP. En 2016, le DPC s'est imposé, dont une partie était indemnisée par l'Agence nationale du développement professionnel continu. En 2023, la certification périodique s'imposera.

Quelle est sa finalité ?

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 26 juillet 2019 avait ouvert la voie à la « recertification » des professionnels de santé. Elle se définit comme « *un processus de certification et de valorisation périodique des compétences, permettant à chaque médecin d'orienter son parcours professionnel* ». Un concept déjà en application dans de nombreux pays.

Selon les termes de l'article L. 4022-1 du Code de la santé publique, la certification périodique des professionnels de santé est une procédure qui a pour objet de garantir le maintien des compétences, la qualité des pratiques professionnelles, l'actualisation et le niveau des connaissances.

Qui est concerné ?

Tous les médecins sont concernés, généralistes et spécialistes, salariés ou libéraux. Les médecins retraités qui consultent sont également concernés.

Publiée au Journal Officiel du 21 juillet 2021, l'Ordonnance n°2021-961 du 19 juillet 2021 confirme que ce processus s'étendra en 2023 à d'autres professionnels de santé, à savoir les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les pharmaciens, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures-podologues.

Il est possible, dans des conditions restrictives strictes définies par décret, d'être exonéré de cette obligation, notamment lorsque le professionnel n'exerce pas son activité directement auprès de patients.

Pour en savoir plus :
[site de solidarite-sante.gouv.fr](https://solidarite-sante.gouv.fr)

et [Article L. 4022-1 du Code de la santé publique](#)

Pour en savoir plus : [site de legifrance](https://www.legifrance.gouv.fr)

A partir de quelle date la certification périodique entrera-t-elle en vigueur ?

Tous les médecins, spécialistes et généralistes, sont concernés par cette obligation de certification tous les six ans, mais avec quelques différences. Pour les médecins thésés à partir du 1er janvier 2023, celle-ci interviendra au 1er janvier 2029. Pour les médecins inscrits au tableau de l'Ordre des médecins avant le 1er janvier 2023 : l'ordonnance prévoit une première période dérogatoire unique de neuf ans, soit jusqu'au 31 décembre 2031, puis une périodicité de la procédure tous les six ans.

Quelles actions permettront de justifier de la certification périodique ?

Les professionnels de santé en activité devront justifier, au cours d'une période de six ans, avoir réalisé un programme d'actions en vue d'actualiser leurs connaissances et leurs compétences et de renforcer la qualité de leurs pratiques professionnelles, mais également d'avoir amélioré la relation avec leurs patients, et de tenir compte de leur santé personnelle.

Qui veillera à la bonne application du dispositif ?

Sa violation est passible de sanction disciplinaire. L'ordonnance donne compétence aux Ordres professionnels de s'assurer du respect par les professionnels de santé de leur obligation. Le non-respect de celle-ci est une faute pouvant entraîner des sanctions disciplinaires.

Qui formalisera le contenu de la certification périodique ?

Le Conseil national de la certification périodique est chargé de définir la stratégie, le déploiement et la promotion de la certification périodique. Il fixe les orientations scientifiques de la certification périodique et émet des avis rendus publics.

Les Conseils nationaux professionnels (CNP) en lien avec la Fédération des spécialités médicales (FSM) sont au centre du dispositif et en charge des référentiels de certification.

Que contiendront ces référentiels de certification ?

Ces référentiels comprendront des actions cognitives destinées à améliorer les connaissances ou à en acquérir de nouvelles. Une partie concernera plus spécifiquement l'analyse des pratiques (méthodologie en cours de révision par la Haute autorité de santé - HAS), dont la participation à un registre de patients. A ce titre, la FFP a mis en place depuis plusieurs années un certain nombre de registres : l'Observatoire sommeil de la fédération de pneumologie (OSFP), la base de données de pneumologie interventionnelle EpiGELF, le registre Asthme sévère, etc.

Dans ces référentiels seront inclus des « programmes intégrés », qui associeront formation et analyse des pratiques (participation aux congrès JPRS, etc.).

Des « actions libres » sont envisagées. Il s'agit pour un médecin de proposer une action, validée par la FFP au préalable.

Des questions restent en suspens, notamment l'organisme qui sera chargé de gérer les attestations des actions de certification des médecins.

« La Fédération française de pneumologie établit le parcours de DPC et de certification. Elle a activement contribué à la création de l'organisme de DPC PneumODPC, seul ODPC géré par des pneumologues ; en l'occurrence, les membres fondateurs regroupent le SAR, le Collège des pneumologues des hôpitaux généraux (CPHG) et la SPLF. La FFP agit sur ce dossier de la certification périodique en lien avec la Fédération des spécialités médicales (FSM), avec une volonté constamment affirmée de simplification. A notre sens, cette certification obligatoire doit être conçue par les médecins et pour les médecins ». Yves Grillet.



Dr Yves Grillet, vice-président de la Fédération française de pneumologie

NEWS

Retour sur les États généraux de la santé respiratoire 2021

Le Syndicat de l'appareil respiratoire (SAR) est partenaire de l'initiative collective des États généraux de la santé respiratoire. Le Dr Mathieu Larrousse, pneumologue libéral à Toulon et représentant du syndicat sur cette thématique, était présent lors de la restitution de la consultation citoyenne, le 8 décembre dernier à Paris.

Ouverts par une allocution enregistrée du ministre des Solidarités et de la Santé, Olivier Véran, et sous le patronage du président de la République Emmanuel Macron, les 1ers États généraux de la santé respiratoire se sont déroulés en présentiel, retransmis en direct le 8 décembre 2021 (rediffusion sur la [chaîne YouTube de la Société de pneumologie de langue française](#)). Citoyens, parties prenantes - dont 24 associations de patients, la Société de pneumologie de langue française (SPLF), le Collège des pneumologues des hôpitaux Généraux (CPHG) et le Syndicat de l'appareil respiratoire (SAR) -, décideurs publics, représentants de la Société européenne de pneumologie (ERS) et de la Coalition internationale respiratoire (IRC),... Tous ont présenté leurs propositions en faveur d'une stratégie collective pour le prochain quinquennat: « Respirer: un droit fondamental! ». Un débat avec des personnalités politiques* a ensuite eu lieu, afin de confronter les points de vue et les préoccupations de chacun.

Cette démarche s'est appuyée sur une consultation citoyenne conduite en ligne: [Masanterespiratoire2022.fr](https://masanterespiratoire2022.fr). Ont participé à la réflexion des médecins pneumologues, des conseillers en environnement intérieur, des associations/organisations médicales, des sociétés savantes, et des patients.

Après plusieurs mois de travail, principalement en distanciel, une série de propositions ont été élaborées autour de trois piliers.

Le premier a trait à la prévention et à la lutte contre les facteurs envi-

ETATS GENERAUX DE LA SANTE RESPIRATOIRE

Ensemble, construisons la Santé Respiratoire de demain !



*Thomas Mesnier est député LREM, rapporteur général de la commission des affaires sociales et chargé du programme santé de son parti ;

Bernard Jomier est sénateur SER, vice-président de la commission des affaires sociales et co-rapporteur du rapport « Santé environnementale: une nouvelle ambition » ; Jean-Pierre Door est député LR et vice-président de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale

ronnementaux des maladies respiratoires (l'environnement au sens large, incluant la qualité de l'air, mais aussi l'activité physique adaptée qui devrait être prise en charge par l'Assurance-maladie de manière élargie, la sensibilisation aux symptômes respiratoires, la gestion de l'environnement intérieur par les conseillers en environnement intérieur dont le financement n'est pas pérenne, etc.).

Le second pilier concerne la prise en charge des maladies respiratoires efficacement tout au long de la vie (remédier au déficit en pneumo-pédiatres, dépistage des maladies respiratoires avec une spirométrie dès l'âge scolaire et dans la vie professionnelle, etc.).

Le troisième pilier se focalise sur la lutte contre l'exclusion sociale et sanitaire sur l'ensemble du territoire (les populations les plus défavorisées sont généralement les plus concernées par les maladies respiratoires du fait de leur lieu de vie/travail et habitudes comme le tabagisme ; la reconnaissance du handicap respiratoire, souvent invisible ; la problématique des aidants ; etc.), et, à tous les niveaux, le renforcement de la lutte contre le tabagisme.

Voici le détail des 10 propositions des Français pour construire la santé respiratoire de demain :

Les propositions des Français pour construire la Santé Respiratoire de demain

Mener une stratégie ambitieuse et collective pour les cinq prochaines années

Respirer : un droit fondamental !

Pilier 1 - La prévention et la lutte contre les facteurs environnementaux des maladies respiratoires

Proposition n°1 : Organiser dans les 100 premiers jours de mandat, une Conférence Nationale de Santé Environnementale et Respiratoire dont l'objectif sera de préparer un projet de loi-cadre afin de formaliser l'engagement du Gouvernement sur le sujet.

Proposition n°2 : Communiquer et informer pour accroître la visibilité et la connaissance des maladies concernées (BPCO, maladies pulmonaires rares, cancers, asthme et allergies), en direction du grand public et des professionnels de santé.

Proposition n°3 : Renforcer la diffusion de messages ciblés sur les facteurs de risques environnementales en matière de santé respiratoire en direction du grand public et des professionnels de santé.

Proposition n°4 : Assurer le remboursement de l'activité physique adaptée sur ordonnance par l'Assurance maladie, élargir la liste des maladies respiratoires concernées et renforcer la communication autour de cet enjeu

Pilier 2 - Prendre en charge les maladies respiratoires efficacement tout au long de la vie

Proposition n°5 : Assurer une régularité du dépistage du souffle tout au long de la vie

Proposition n°6 : Construire des parcours de soins pour chaque maladie respiratoire, y compris la covid-19 en intégrant aux réflexions les professionnels de santé et les représentants de patients concernés.

Proposition n°7 : Faire de la recherche sur les maladies respiratoires et l'accès aux thérapies innovantes une priorité nationale et européenne en termes de financement.

Pilier 3 - Lutter contre l'exclusion sociale et sanitaire sur l'ensemble du territoire

Proposition n°8 : Garantir la reconnaissance du handicap respiratoire et l'accès aux droits et prestations adaptées aux maladies respiratoires.

Proposition n°9 : Développer une stratégie d'accompagnement ciblant la santé respiratoire pour soutenir les populations fragiles dans leur quotidien.

Proposition n°10 : Soutenir l'inclusion des maladies respiratoires en établissements scolaires et dans la vie professionnelle.

« Les professionnels de santé et les associations de patients dans le domaine de la santé respiratoire ont l'impression de souffrir d'un défaut de connaissance et de reconnaissance, résume Mathieu Larrousse. Les patients déplorent une reconnaissance insuffisante de leur souffrance et de leur maladie, et les médecins le peu d'audience auprès des populations et des politiques. Ces impressions ont été confirmées par un sondage IPSOS/SPLF 2021** commandé à cette occasion, qui a confirmé les lacunes du grand public vis-à-vis de la compréhension de la maladie, des symptômes, du recours au médecin, etc., entraînant un retard de la prise en charge. De plus, l'accessibilité pour les patients est difficile, avec des parcours de soins peu identifiés. Les médecins pointent pour leur part une recherche déficiente et peu soutenue par les pouvoirs publics. A cela s'ajoute le fait que les Français se sentent de plus en plus concernés par leur environnement respiratoire, la qualité de l'air extérieur et intérieur, et expriment le sentiment que les autorités ne répondent pas à ce sujet pourtant sensible et primordial, alors même que l'incidence des maladies respiratoire augmente. » Mathieu Larrousse.



Dr Mathieu Larrousse,
pneumologue libéral (Toulon)

Les maladies respiratoires méconnues

Selon le sondage IPSOS/SPLF**, les maladies respiratoires restent méconnues : à peine un tiers des personnes ayant ressenti des problèmes respiratoires au cours des douze derniers mois en ont parlé à un professionnel de santé. 79% des Français ont éprouvé une gêne respiratoire dans les douze derniers mois. Parmi eux, 52% sont concernés par des problèmes récurrents. Seulement 21% des Français ont été diagnostiqués pour une maladie respiratoire. La durée moyenne entre les premiers symptômes et le diagnostic est de dix mois. La mesure du souffle demeure peu utilisée pour les plus concernés, à savoir les personnes rencontrant des symptômes modérés (32%) ou sévères (42%). Enfin, la moitié des personnes avec des symptômes sévères déclarent n'avoir jamais été diagnostiquées.

[Le sondage en intégralité](#)

** Sondage réalisé du 6 au 7 juillet 2021 par IPSOS pour la SPLF portant sur les Français face aux enjeux de la santé respiratoire.

« À la suite de cette journée de restitution, poursuit Mathieu Larousse, les éléments ont été remis aux politiques présents, afin qu'ils s'en emparent dans le cadre de la campagne présidentielle de 2022. Des pistes d'action ont été immédiatement identifiées par différentes associations. Néanmoins, la majorité des mesures et des changements espérés passeront par une volonté politique, notamment pour la recherche en santé respiratoire, parent pauvre de la recherche en France. Les unités INSERM qui s'y emploient sont sous-dotées par rapport à d'autres domaines et par rapport à l'enjeu de l'avenir respiratoire de la population. Les pneumologues doivent se sentir concernés par la problématique de l'environnement respiratoire et essayer de peser sur les décisions, les actions au niveau local, auprès des ARS, des URPS, etc. »

Pour en savoir plus :

[Etats généraux de la santé respiratoire](#)

[Restitution complète de la consultation citoyenne](#)

**ETATS GENERAUX
DE LA
SANTE RESPIRATOIRE**



L'expérience ETAPES reconduite jusqu'en juin 2022

La télésurveillance médicale de certaines pathologies chroniques, dont les maladies respiratoires, peut constituer un levier important d'amélioration de l'accès aux soins et de l'efficacité des prises en charge des patients, en réduisant les hospitalisations. Elle apparaît également comme une opportunité à saisir pour redessiner un parcours de soins et une organisation adaptés aux enjeux démographiques, économiques, et techniques que doit relever le système de santé français.



Fin 2018, les pouvoirs publics initiaient une expérimentation de télésurveillance baptisée ETAPES (Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé). Les objectifs de son déploiement étaient de fixer des tarifs préfigurateurs, de cibler les patients à risque d'hospitalisations récurrentes ou de complications, de parvenir à stabiliser voire à améliorer la maladie grâce à une surveillance adaptée et personnalisée, et d'accroître la qualité des soins et leur efficacité ainsi que la qualité de vie des patients.

La télésurveillance a pour objet de « permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. » Elle induit un suivi d'indicateurs cliniques ou biocliniques à distance. *Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine*

« L'expérience ETAPES propose une télésurveillance proprement dite ainsi qu'un accompagnement thérapeutique grâce à des solutions techniques dédiées dans cinq contextes cliniques, synthétise le Dr François Jounieaux, médecin responsable du programme ETAPES Hauts-de-France pour la pneumologie, en partenariat avec l'URPS Hauts-de-France. Il s'agit du diabète de type 1, de l'insuffisance cardiaque, de l'insuffisance rénale chronique, des prothèses cardiaques implantables et de l'insuffisance respiratoire. Dans ce dernier cadre, cela concerne exclusivement les personnes adultes insuffisantes respiratoires chroniques sous ventilation non invasive (patients BPCO ou obèses hypoventilants). L'objectif auquel songent la Fédération française de pneumologie et le SAR notamment, est d'étendre à plus ou moins long terme la télésurveillance aux autres populations insuffisantes respiratoires. »

Cette expérimentation devait prendre fin au 31 décembre 2021, mais en raison de l'épidémie de Covid-19, elle a été prorogée jusqu'en juin 2022, date à laquelle l'Assurance-maladie devrait acter l'entrée dans le droit commun de l'acte de télésurveillance.

« A ce stade, le nombre d'inclusions est biaisé en raison de la crise sanitaire, avec plusieurs centaines de patients inclus dans les Hauts-de France,

estime François Jounieaux. Nous ne disposons pas encore des données médico-économiques (nombre d'hospitalisations, recours aux soins, etc.). De plus, avec l'URPS Hauts-de-France, nous avons envoyé un questionnaire de satisfaction aux patients inclus dont nous attendons les retours. En ce qui concerne les retours de la part des médecins, il y a du positif et du « moins positif ». Parmi les points positifs, figure un monitoring du patient de bien meilleure qualité, quasiment quotidien sur les paramètres ventilatoires du patient et ceux liés à la ventilation, les fuites, les apnées, la fréquence respiratoire, etc., avec la possibilité de corriger rapidement. A mon sens, il ne sera plus possible de revenir en arrière. Je suis aussi convaincu, mais cela reste à démontrer, qu'il y a un effet sur la qualité de la ventilation, indépendamment des réglages, et de l'observance, avec une satisfaction globale des patients d'être mieux suivis et sécurisés.»

Là où le bât blesse, c'est dans l'aspect très chronophage du système, « générant un afflux de données à exploiter dont on ne sait pas précisément aujourd'hui qui va les traiter, qui sera responsable sur le plan médico-légal de leur traitement et de l'éventuelle réaction en cas de danger pour le patient, souligne François Jounieaux. Nous utilisons des filtres afin de réduire les alertes non urgentes, lesquelles doivent cependant rester sensibles et spécifiques. Une des solutions envisagées pour soulager la charge de travail du médecin, mais encore à débattre et à financer, serait de responsabiliser le prestataire vis-à-vis des alertes (leur système de gestion de la PPC est déjà en place) et de faire en sorte que le médecin soit positionné en seconde ligne, en cas de problème médical. Un autre souci réside dans l'accompagnement thérapeutique, lequel est déjà inclus dans le programme ETAPES. C'est un frein certain à la participation des médecins qui ne disposent pas de moyens et de personnel dédiés.»

« Le service rendu au patient par la télésurveillance est incontestable ; mais la logistique, l'aspect médico-légal et le financement socialisé posent un problème pour qu'elle soit pérennisée et qu'elle implique les pneumologues libéraux. Parmi les possibilités : une collaboration entre les prestataires de services en charge de la VNI et de la PPC ; ou encore l'instauration par les URPS d'une cellule dédiée à la gestion des alertes. Cela permettrait par ailleurs de rester propriétaires des données médicales de nos patients. » François Jounieaux.

Pour en savoir plus :

9 recommandations ont été édictées par les parties prenantes afin de préparer le futur du financement socialisé de la télésurveillance à l'issue du programme ETAPES. La principale orientation retenue est la mise en place d'une rémunération au forfait associée à la création de lignes génériques pour les pathologies actuellement concernées par les expérimentations ETAPES. De même, la mise en place d'une évaluation adaptée aux dispositifs de télésurveillance et d'incitatifs à la qualité des prises en charge semble nécessaires à un déploiement pérenne de la télésurveillance en France.

[Thérapies. Télésurveillance et expérimentations ETAPES. Quelle pérennité après 2021 : quel modèle organisationnel et financement ?](#) Vol 75 - N° 1 P. 29-42 - janvier 2020 Doi : 10.1016/j.therap.2019.11.003



Dr François Jounieaux
médecin responsable du
programme ETAPES Hauts-de-
France pour la pneumologie

Telex :

Avis aux pneumologues ! Il n'est plus possible aujourd'hui de concevoir ni la recherche clinique ni le suivi des patients sans tenir compte des « Patient-reported outcome measures » (PROMs). Ces PROMs seront un des éléments clés pour les tarifications futures basées sur la qualité des soins.

Consciente de leur intérêt, la Fédération française de pneumologie (FFP) - le Conseil national professionnel de pneumologie - souhaite évaluer la possibilité et les conditions d'une accélération du déploiement des PROMs dans le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) des patients de plus de 15 ans sous traitement par pression positive continue.

Dans le cadre d'un appel à projets de la HAS, le projet de la FFP a été retenu. Il se fonde sur le carnet patient numérique afin de recueillir ces PROMs. Il s'agit du carnet digital Adel Patient, mis à la disposition de la FFP par la société DataMedCare (DMC).

Une partie de ce carnet regroupe :

- des auto-questionnaires de pratique courante incluant les symptômes cliniques, y compris la somnolence diurne à l'aide d'un PROMs validé (Echelle d'Epworth)
- un questionnaire sur les effets secondaires des traitements
- une échelle visuelle analogique quantifiant le ressenti global de son état par le patient

Les pneumologues libéraux, notamment ceux qui utilisent déjà Adel, sont fortement sollicités pour participer à cette expérience sur laquelle le SAR pourra s'appuyer pour des négociations tarifaires ultérieures.

Les médecins volontaires peuvent s'inscrire jusqu'au 31 janvier 2022. Le recrutement des patients s'effectuera jusqu'en mars 2022. La fin du recueil des données est prévue pour février 2023. Un rapport sera transmis à la HAS fin 2023.

Pour participer à cette expérience ou pour tout complément d'informations :

contactproms-adelpatients@ffpneumologie.org

26e Congrès de pneumologie de langue française : Le congrès annuel de la spécialité aura lieu du 21 au 23 janvier 2022 à Lille Grand Palais. L'assemblée générale du SAR/APP se tiendra le 22 janvier de 14h30 à 16h (salle Artois).

[Adhérer au SAR](#)



Syndicat national de l'appareil respiratoire (SAR)

73 bis avenue Saint Roch
59300 Valenciennes

sar.pneumo@orange.fr

www.syndicat-appareil-respiratoire.org