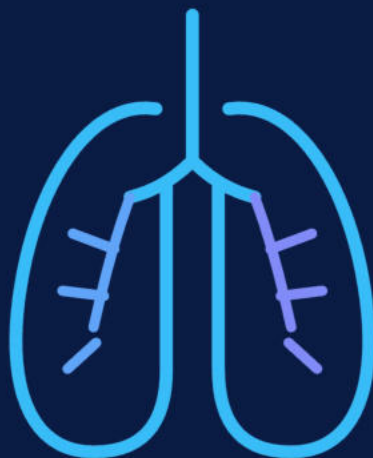




La BPCO :

**QUATRE LETTRES,
QUATRE MILLIONS DE PATIENTS,
QUATRE PROPOSITIONS D'ACTION**

Plaidoyer de la Fédération Française des Associations et Amicales d'Insuffisants Respiratoires (FFAAIR) pour faire de la BPCO une priorité durable de la politique de santé en France



EN BREF

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) constitue un enjeu majeur de santé publique, encore largement sous-estimé en France. Maladie chronique grave et invalidante, elle touche jusqu'à 4 millions de personnes et pèse fortement sur les patients, leurs proches et le système de santé. C'est également une maladie marquée par de profondes inégalités, géographiques et sociales. Malgré l'existence de solutions thérapeutiques efficaces, la BPCO reste méconnue – voire stigmatisée, insuffisamment diagnostiquée et prise en charge. Le parcours de soins demeure fragmenté, avec des inégalités d'accès importantes, en particulier pour la réhabilitation respiratoire et l'activité physique adaptée.¹⁻²⁻

3-4-5-6-7

La BPCO en quelques chiffres

3,5 à 4 millions

de personnes vivent avec une BPCO en France¹

18 000

décès directs par an sont directement attribuables à la BPCO²

66 % à 90 %

des patients **ne sont pas diagnostiqués**³

63 %

des Français n'ont **jamais entendu parler de la BPCO**⁴

21 %

des patients éligibles bénéficient d'une **spirométrie diagnostique**⁵⁻⁶

198 millions d'euros

d'hospitalisations évitables liées aux maladies respiratoires⁷

Pour les populations les plus défavorisées, **la mortalité et les hospitalisations liées à la BPCO sont respectivement supérieurs de 53% et 45%**⁸

La broncho-pneumopathie chronique obstructive est **globalement sous-déclarée sur les certificats de décès**⁹

Des mesures ont été mises en place par les autorités ces dernières années – tels que les travaux de la HAS et de la CNAM sur le parcours BPCO -, mais ces premières avancées restent encore trop limitées pour répondre à ce défi d'ampleur. Face à ce constat, les adhérents de la FFAAIR se mobilisent pour obtenir une politique de lutte contre la BPCO, ambitieuse et s'appuyant sur des mesures concrètes, à la hauteur des impacts provoqués par cette maladie. **Concrètement, la Fédération porte quatre propositions clés pour améliorer significativement la prévention, le diagnostic et la prise en soins des patients atteints.**

¹ Assurance maladie, 2024

² Assurance maladie, 2024

³ HAS, 2020

⁴ Issu du document de plaidoyer de l'Association Josiane Salone – données de Destination Santé, 2026

⁵ HAS, 2020 · ⁶ Cour des comptes, 2024

⁷ Cour des comptes, 2024

⁸ Zysman, 2025 · ⁹ Santé Publique France, 2019

Nos quatre propositions d'action

PRIORITÉ

1

Reconnaître et faire connaître la BPCO comme enjeu de santé publique prioritaire

- ACTION 1** Mettre en œuvre un plan national de santé respiratoire, incluant la BPCO, comme demandé par la communauté des associations de patients et de professionnels de santé engagés sur le sujet
- ACTION 2** Coconstruire, avec l'ensemble des parties prenantes, à commencer par les associations de patients, une campagne de communication annuelle sur la BPCO et les autres maladies respiratoires, incluant la création d'un temps fort annuel à l'image du mois d'octobre Rose
- ACTION 3** Déployer des actions de prévention ciblant spécifiquement les publics les plus jeunes

PRIORITÉ

2

Développer la spirométrie pour renforcer le diagnostic des patients

- ACTION 4** Donner aux professionnels de santé de premier recours la possibilité et les moyens de réaliser des spirométries auprès des populations présentant des facteurs de risques
- ACTION 5** Mettre en place un indicateur de prévention BPCO pour optimiser le diagnostic et l'orientation des patients par le médecin généraliste
- ACTION 6** Intégrer la spirométrie dans les dispositifs et examens de santé existants et pertinents, tels que les rendez-vous avec la médecine du travail

PRIORITÉ

3

Garantir la continuité du parcours de soins

- ACTION 7** Consolider et améliorer le dispositif PRADO afin d'en garantir l'effectivité dans le parcours de soins post-hospitalisation
- ACTION 8** Renforcer et généraliser les dispositifs et programmes numériques et outils de télésurveillance existants et ayant démontré leur efficacité
- ACTION 9** Développer l'accès aux programmes d'Education thérapeutique (ETP), incluant les programmes en visioconférence

PRIORITÉ

4

Assurer à tous les patients un accès équitable aux meilleurs traitements

- ACTION 10** Concrétiser le déploiement et la généralisation du parcours coordonné renforcé dédié à l'insuffisance respiratoire et à la BPCO
- ACTION 11** Créer un environnement favorable aux innovations en France, via le soutien au développement des essais cliniques

A propos du plaidoyer

Le mot de Jean-Paul Vasseur, Président de la FFAAIR

En France, plus de 10 % de la population est atteinte d'une pathologie affectant le système respiratoire⁸. Cette proportion ne cesse d'augmenter depuis plusieurs décennies⁹, **traduisant l'ampleur d'un enjeu de santé publique encore largement sous-estimé.**

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) constitue l'une des expressions les plus marquantes de ce défi majeur.

Première maladie respiratoire chronique, elle est responsable d'environ 18 000 décès directs par an en France¹⁰. Elle représente également une **charge importante pour le système de santé**, en raison notamment des hospitalisations et ré-hospitalisations fréquentes qu'elle entraîne.

La BPCO constitue surtout **un véritable fardeau au quotidien pour les patients, tant sur le plan physique que psychologique**, en l'absence d'une prise en charge adaptée. Elle altère leur qualité de vie, avec des répercussions majeures sur leur vie sociale, professionnelle et personnelle.

La BPCO est aussi **le reflet des inégalités profondes qui traversent notre société**. Inégalités territoriales d'accès aux soins, inégalités socio-professionnelles liées à l'exposition aux facteurs de risque, mais aussi inégalités entre les femmes et les hommes. Autant de déterminants qui influencent directement le parcours de soins et le pronostic des patients.

Malgré ces constats préoccupants et alors même que les bénéfices d'une politique renforcée de prévention et de dépistage sont largement reconnus aujourd'hui, la BPCO demeure encore trop méconnue et sous-estimée, tant par le grand public que par les décideurs.

Les travaux engagés par les pouvoirs publics autour de cette pathologie offrent aujourd'hui une opportunité de structurer **une nouvelle dynamique de lutte contre cette maladie, à la hauteur des enjeux**. Profondément mobilisée aux côtés des patients pour lutter contre l'insuffisance respiratoire, la FFAAIR souhaite contribuer à ces réflexions. Notre objectif : obtenir **la mise en œuvre de mesures en faveur d'une meilleure prévention, diagnostic et prise en charge de la BPCO, dans le cadre d'un plan national de lutte contre la santé respiratoire.**

À travers cet ouvrage, nous formulons quatre propositions et opérationnelles, visant à structurer une action publique efficace, coordonnée et à fort impact, au service des patients et de la santé publique.

Nous appelons les pouvoirs publics à impérativement prendre conscience de l'urgence sanitaire de la situation et restons pleinement mobilisés à leur côté pour mettre en œuvre ces propositions dans les prochains mois.

Plus nous unirons nos forces pour informer sur cette maladie, plus nous rassemblerons nos initiatives pour la reconnaître, la diagnostiquer, la combattre et aussi la prévenir, et plus nous permettrons à toutes celles et tous ceux qui en sont touchés de lui faire front.

Et enfin, au-delà de cette absolue nécessité de prévention, il reste que cette action résolue serait également un message fort, adressé avec bienveillance, respect et dignité à toutes celles et ceux partis déjà trop tôt, emportés par la BPCO, et à leurs familles.

La FFAAIR en quelques mots : 37 années au service des malades respiratoires

La Fédération Française des Associations et Amicales de malades, Insuffisants ou handicapés Respiratoires (FFAAIR), créée en 1988, fédère à ce jour 35 associations de malades respiratoires loco-régionales, actives dans le champ de toutes les pathologies respiratoires : apnée du sommeil, asthme, BPCO, Fibroses pulmonaires, Mycobactéries non tuberculeuses, sarcoïdose, syndrome du nez vide.



Acteur clé en santé publique, la FFAAIR défend leurs droits, participe aux réflexions sanitaires et mène des actions de prévention sur le terrain au plus près des malades (Journées dédiées à l'apnée du sommeil, à l'asthme, à la BPCO, aux maladies rares etc.) et en relation étroites et régulières avec des partenaires impliqués dans le champ des maladies respiratoires.

Engagée dans des études et en lien avec les instances de santé (HAS, ANSES, ANSM), elle œuvre pour améliorer la qualité de vie des patients. Elle contribue également à promouvoir une véritable politique sociale en encourageant toutes les initiatives favorisant les loisirs, les sorties, les déplacements et les vacances.

Depuis 2008, la FFAAIR soutien et promeut auprès de ses partenaires la Charte de la personne soignée à domicile par un prestataire de santé, garantissant aux malades des prestations fiables et de qualité.

L'histoire de la FFAAIR a fait l'objet d'une livre, paru aux Editions du Net sous le titre « Ces associations qui ont du souffle » qui retrace le parcours de la fédération sur les deux décennies écoulées.

« La BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive) est aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique, encore largement sous-estimé. Pourtant, elle touche près de quatre millions de Français et provoque près de 20 000 décès chaque année en France.

La prise en charge de cette maladie chronique est à la croisée des grands défis de notre système de santé : facteurs de risques environnementaux, persistance des inégalités en matière de santé, coût de la prise en charge important mais partiellement évitable avec un diagnostic et une prise en charge adaptée

Face à ces constats, il est urgent d'agir. **La lutte contre la BPCO doit s'inscrire dans une politique globale de santé respiratoire, fondée sur la prévention, le dépistage précoce et un accès équitable à la meilleure prise en charge.**

C'est pourquoi je salue ce plaidoyer, construit par et pour les patients, qui porte une conviction que je partage : **Faire de la santé respiratoire une priorité, c'est investir dans un système de santé plus juste, plus efficace et plus durable. »**



Jean-Luc FUGIT,

Député du Rhône

Membre de la commission des Affaires Economiques

Président du Conseil National de l'Air

⁸ Cour des comptes, 2024

⁹ Cour des comptes, 2024

¹⁰ Cour des comptes, 2024

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) : quatre lettres, un enjeu de santé publique majeur

La BPCO, une maladie grave, fréquente et irréversible...

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une **maladie respiratoire chronique, évolutive et invalidante**, caractérisée par une obstruction persistante des voies aériennes. Elle se manifeste par un essoufflement progressif, une toux chronique, voire des exacerbations¹¹. **Le tabagisme est le principal facteur de risque** - environ 80% des cas – **mais pas l'unique** : 15 à 30 % des patients ne sont pas fumeurs¹² et les expositions professionnelles (poussières, particules, pesticides) ou environnementales¹³, voire des facteurs génétiques¹⁴, peuvent également être à l'origine de la maladie.

La BPCO est une maladie fréquente : les estimations indiquent **entre 3,5 et 4 millions de personnes vivent avec la maladie en France**¹⁵. Ce chiffre est **probablement sous-évalué**, puisque 66 % à 90 % des patients ne seraient pas diagnostiqués¹⁶. Si rien n'est fait, le nombre de cas devrait continuer à augmenter dans les prochaines années, dans un contexte de vieillissement démographique et de progression des maladies chroniques.

Il s'agit d'**une maladie grave, voire mortelle, sans prise en charge adaptée**. De fait, **près de 18 000 décès sont directement attribuables à la BPCO chaque année en France**¹⁷.

A ce jour, **la BPCO ne se guérit pas**, mais **sa progression peut être ralentie** grâce à une prise en charge adaptée et précoce. **La stratégie thérapeutique repose aujourd'hui sur trois piliers** : l'arrêt du tabac, mesure la plus efficace pour freiner l'évolution de la maladie ; la réadaptation respiratoire, qui associe réentraînement à l'effort, éducation thérapeutique et accompagnement psychosocial pour améliorer la capacité respiratoire et la qualité de vie des patients ; et les traitements médicamenteux destinés à réduire les symptômes, prévenir les exacerbations et limiter les complications¹⁸⁻¹⁹.

...pourtant sous-estimée et stigmatisée...

La BPCO illustre un paradoxe sanitaire préoccupant : bien que fréquente, elle **demeure pourtant largement méconnue**. 63 % des Français déclarent n'en avoir jamais entendu parler, une proportion **préoccupante pour une pathologie de cette gravité**²⁰. Parmi ceux qui connaissent l'existence de la BPCO, 35 % ne l'identifient pas comme une maladie pulmonaire.

Les symptômes de la BPCO sont également sous-estimés et fortement banalisés, y compris par les professionnels de santé : essoufflement à l'effort, fatigue ou toux chronique sont souvent considérés comme liés à l'âge ou au tabagisme. De même, l'impact des exacerbations sur le pronostic vital demeure largement sous-estimé par les Français, alors qu'il constitue un tournant majeur dans l'évolution de la maladie.

« J'ai été diagnostiquée relativement tôt, mais je ne connaissais rien à la BPCO (...) On laisse les patients sans véritable connaissance de leur maladie. On manque d'accompagnement dans la durée »

- Corinne Bertin (Membre de l'association Appel d'Air)

Cette sous-évaluation de la maladie se reflète également dans les données de mortalité. **La BPCO est fréquemment sous-déclarée dans les certificats de décès** et n'est parfois pas mentionnée quand d'autres causes sont retenues²¹.

La BPCO n'est pas simplement méconnue ; **souvent réduite à une « maladie du fumeur » et associée à une responsabilité individuelle, elle est également source de stigmatisation et de culpabilisation pour les patients atteints**, complexifiant la mobilisation autour de la maladie. Derrière ces chiffres, ce sont des millions de patients confrontés à un essoufflement quotidien, à une perte d'autonomie progressive et à un isolement silencieux.

« Notre corps et notre cerveau s'habituent à vivre avec l'essoufflement, et on met tout sur le dos du tabac, qui cache le reste jusqu'au jour de la crise »

- Franck Gallé (Président de l'association Appel d'Air)

La BPCO, un révélateur des inégalités de santé en France

Cette maladie est marquée par des inégalités territoriales et sociales fortes.

Certaines **régions françaises**, notamment celles historiquement marquées par des activités industrielles ou agricoles comme les Hauts-de-France, la Normandie ou le Grand Est²² présentent des taux plus élevés de morbidité et de mortalité liées aux maladies respiratoires²³. Les **inégalités socioprofessionnelles** sont également marquées : les travailleurs agricoles, du BTP, de l'industrie, de la logistique ou des transports sont davantage exposés à des agents respiratoires nocifs reconnus, augmentant leur risque de développer une BPCO²⁴.

Des **inégalités femmes-hommes existent** également. Chez les femmes, la BPCO est plus souvent diagnostiquée à un stade tardif, parfois lors d'une décompensation aiguë. À sévérité égale, les femmes présentent des symptômes plus marqués (dyspnée, fatigue), impactant la qualité de vie et le quotidien. Par ailleurs, les profils de comorbidités diffèrent selon le sexe : si les hommes présentent davantage de maladies cardiovasculaires associées, cet écart est probablement lié, au moins en partie, à un sous-diagnostic de ces pathologies chez les femmes. Ces dernières sont également plus exposées à certaines comorbidités liées à des facteurs hormonaux et au vieillissement, comme l'ostéoporose, rendant la prise en charge globale plus complexe²⁵.

Les populations les plus précaires, cumulent quant à elles, plusieurs facteurs de vulnérabilité. Elles sont davantage exposées aux facteurs de risque (pollution, emplois à risques...), mais rencontrent également plus de difficultés d'accès au diagnostic précoce et aux parcours de soins structurés. L'accès à l'éducation thérapeutique, pourtant essentielle dans la prise en charge de la BPCO, reste inégal ; les séances sont souvent organisées sur des horaires peu compatibles avec des emplois précaires ou peu flexibles. **Pour la tranche de population la plus défavorisée, la mortalité et le taux d'hospitalisation par BPCO sont respectivement de 53% et 45% supérieurs à la tranche de population la plus favorisée**²⁶. À une échelle plus globale, ces inégalités se retrouvent également entre pays : près de 90 % des décès liés à la BPCO chez les personnes de moins de 70 ans surviennent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, soulignant le poids déterminant des conditions socio-économiques dans l'évolution de la maladie²⁷.

Les déterminants contribuent à faire de la **BPCO une maladie à « double peine »**, touchant plus durement les populations déjà vulnérables tant sur le plan sanitaire que socio-économique.

Une porte d'entrée vers une prise en charge plus globale

La détection et la prise en charge de la BPCO constituent un levier majeur de prévention des maladies chroniques associées. Cet enjeu est d'ailleurs reconnu au niveau institutionnel : la CNAM a intégré la BPCO dans le champ des maladies cardiovasculaires et associées (MCVA) et en a fait une priorité en matière de dépistage.

La BPCO se caractérise en effet par ses comorbidités, qui aggravent la santé du patient et augmentent le risque d'hospitalisation.

Par ailleurs, la maladie représente un marqueur de fragilité cardio-pulmonaire. Les exacerbations aiguës de la BPCO sont associées à un surrisque d'événements cardiovasculaires (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral (AVC), embolie pulmonaire, ...), qui

surviennent majoritairement dans le premier mois suivant une exacerbation aiguë. Les enjeux sanitaires sont majeurs : les événements cardiovasculaires consécutifs à une exacerbation ayant nécessité une hospitalisation conduisent au décès à l'hôpital dans 10 % des cas²⁸.

D'autres pathologies métaboliques et respiratoires peuvent y être associées, notamment l'asthme, aggravant la santé du patient et augmentent le risque d'hospitalisation. De même, près de 600 000 patients atteints de BPCO sont également porteurs d'un diabète.

La maladie est également fortement associée à des troubles psychiques, en particulier l'anxiété et la dépression. Ces troubles s'expliquent en grande partie par les effets de la maladie : répétition des exacerbations, hospitalisations fréquentes et sévérité des symptômes dégradent progressivement la santé mentale des patients. En parallèle, les conséquences de la maladie sur le quotidien, en particulier la dyspnée, la limitation des activités et l'isolement social, contribuent à aggraver et à entretenir ces troubles, en renforçant le sentiment de perte d'autonomie et de vulnérabilité chez les patients.

Des coûts humains et économiques massifs, qui ne peuvent plus être ignorés

Un fardeau physique, psychologique et social pour les patients

La BPCO constitue un fardeau pour les patients à plusieurs titres.

1

Sur le **plan physique**, l'essoufflement chronique, la fatigue constante et la répétition des exacerbations entraînent une perte progressive de mobilité et d'autonomie, limitant les activités élémentaires du quotidien²⁹. Les épisodes d'exacerbations, qui peuvent générer des sensations d'étouffement, sont particulièrement difficiles à vivre.

2

Sur le **plan psychologique**, la littérature scientifique montre que la prévalence de l'anxiété et de la dépression est plus importante dans la BPCO que dans d'autres pathologies chroniques, avec 50 % des patients présentant des troubles anxieux, 33 % des troubles dépressifs et 42 % les deux³⁰. Ces troubles, souvent sous-diagnostiqués, aggravent la maladie, augmentent la fréquence des exacerbations et altèrent significativement la qualité de vie.

3

Sur le **plan social et professionnel** : de nombreux patients font état d'un isolement progressif, d'une perte de vie sociale et d'un sentiment d'incompréhension

de la part de leur entourage. L'impact de la BPCO se répercute aussi sur la vie professionnelle. L'essoufflement chronique, la fatigue et l'imprévisibilité des exacerbations compliquent le maintien en emploi, en particulier dans les métiers physiques ou exposés à des environnements contraignants (milieux poussiéreux, expositions à des fumées ou substances irritantes). Certains patients doivent aménager leur poste, réduire leur temps de travail voire cesser leur activité. Ces situations peuvent entraîner une perte de revenus, et renforcent d'autant plus l'isolement des patients.

« Au travail, je n'arrivais plus à tenir le rythme. On se sent diminuée, presque coupable, et petit à petit on s'isole. La BPCO est une maladie invisible, un mot que peu de gens connaissent. On a l'impression qu'on n'est pas pris au sérieux au travail »

- Marie De Matos (Membre de l'association Appel d'Air)

Des impacts importants pour les proches-aidants

Au-delà des patients, la maladie touche fortement leur entourage : un grand nombre de proches des patients assument un rôle d'aidants. Ces derniers assurent un soutien quotidien indispensable, au prix d'une fatigue physique, émotionnelle et organisationnelle importante, avec des répercussions sur leur vie personnelle et professionnelle.

« J'ai été obligé d'arrêter mon travail pour m'occuper de ma maman »

- Eric Salone (Président de l'Association Josiane Salone)

Cette réalité est identifiée de longue date par les pouvoirs publics : le Plan BPCO 2005-2010 soulignait déjà la nécessité de mieux reconnaître et accompagner les proches aidants³¹.

Force est de constater qu'à ce jour, aucune réponse institutionnelle à la hauteur de l'enjeu n'a été mise en place.

Des coûts massifs et partiellement évitables pour le système de santé

Principale maladie respiratoire chronique avec l'asthme, **la BPCO fait l'objet d'une prise en charge fréquente dans le cadre des affections de longue durée (ALD) et génère un coût important pour le système de santé.** Elle représente une part significative des dépenses annuelles liées aux maladies respiratoires, qui s'élèvent à plusieurs milliards d'euros³². Les exacerbations aiguës, notamment, entraînent des recours fréquents à des soins hospitaliers coûteux, souvent suivis de ré-hospitalisations précoces. Or, une part importante de ces événements pourrait être évitée : ils représentent près de 198 millions d'euros, soit 17,3 % des dépenses hospitalières liées aux maladies respiratoires chroniques³³.

Ces coûts élevés sont en grande partie liés à un diagnostic tardif et à des prises en charge insuffisamment précoces ou coordonnées, qui contribuent à la **survenue des complications, à l'augmentation des hospitalisations et, par conséquent, à celle des dépenses de santé.**

Dans ce contexte, la prévention, le dépistage et l'optimisation de la prise en charge des patients BPCO ne doivent plus être considérés comme un coût, mais comme un investissement stratégique, permettant à la fois d'améliorer la santé et la qualité de vie des patients et de renforcer la soutenabilité du système de santé.

Des réponses politiques existantes, mais insuffisantes au regard des impacts massifs de la maladie

Identifiée comme un enjeu de santé publique par les pouvoirs publics, la France s'est dotée en 2005 d'un **Programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive** (2005–2010) avec des objectifs de prévention, de dépistage et d'amélioration de la prise en charge³⁴. Pourtant, ce plan n'a pas été reconduit, et la majorité des mesures structurelles attendues n'ont pas été pleinement mises en œuvre.

Des avancées récentes sont néanmoins à souligner, telles que :

- Le développement par la Haute Autorité de Santé – HAS - d'indicateurs de qualité du parcours de soins BPCO ;
- L'intégration d'un volet de repérage des facteurs de risque respiratoires dans le forfait prévention à 20, 45 et 65 ans pour orienter si besoin vers une spirométrie ;
- Le lancement de travaux de l'Assurance maladie sur les maladies chroniques cardiovasculaire et associées (MCVA), intégrant des mesures sur le dépistage et le parcours BPCO.
- La mise en place d'une cotation conjointe pour la spirométrie et la consultation lorsque celles-ci sont réalisées dans le cadre d'un dépistage de la BPCO chez un patient de plus de 40 ans ayant un tabagisme cumulé d'au moins 20 paquets-années, sur la base d'un auto-questionnaire de repérage complété en amont³⁵. Cette mesure devrait être accompagnée d'une revalorisation spécifique et de la mise en place d'un forfait de prise en charge pour les patients reconnus en affection de longue durée (ALD)³⁶.

Ces initiatives doivent être saluées. Elles demeurent néanmoins limitées - par exemple le bilan prévention aux âges clés de la vie n'intègre pas la possibilité de réaliser des spirométries³⁷. Il est essentiel de les approfondir et les compléter dans le cadre d'un plan d'action global pour obtenir un réel impact sur la santé et la qualité de vie des patients.



Alors que 96% des patients souhaitent une campagne d'information sur la BPCO auprès des Français et que 66% d'entre eux déclarent qu'ils auraient changé de mode de vie s'ils avaient su qu'il était un facteur de risque de la BPCO³⁸, la FFAAIR appelle les pouvoirs publics à changer d'échelle et à agir à la hauteur des impacts massifs provoqués par la maladie, dans les mois à venir et sur le prochain quinquennat.

¹¹ Les exacerbations sont des aggravations des symptômes respiratoires dont la toux, la dyspnée, les expectorations, nécessitant l'ajout d'un traitement supplémentaire selon la définition GOLD de 2022.

¹² EFA, 2023

¹³ INSERM, 2021

¹⁴ INSERM, 2021

¹⁵ Assurance maladie, 2024

¹⁶ HAS, 2020

¹⁷ Assurance maladie, 2024

¹⁸ HAS, 2020

¹⁹ GOLD, 2024

²⁰ Issu du document de plaidoyer de l'Association Josiane Salone – données de Destination Santé, 2026

²¹ Santé Publique France, 2019

²² Santé publique France, 2019

²³ Cour des comptes, 2024

²⁴ ANSES, 2019

²⁵ Assurance Maladie, 2024

²⁶ Drees et Santé Publique France, 2017

²⁷ Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2024

²⁸ Zysman, 2025.

²⁹ HAS, 2019

³⁰ Hamidfar-Roy et Potton, 2014

³¹ Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006

³² Cour des comptes, 2024

³³ Cour des comptes, 2024

³⁴ Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006

³⁵ OMNIPrat, 2025

³⁶ MG France, 2025

³⁷ Cour des comptes, 2024

³⁸ BVA Xsight, 2024

Nos 4 propositions pour une politique de lutte contre la BPCO ambitieuse, concrète et équitable

La BPCO constitue un enjeu majeur de santé publique, d'équité de soins et de soutenabilité du système de santé mais reste insuffisamment traitée comme tel. La FFAAIR a formalisé quatre propositions pour placer la pathologie au centre des priorités de politiques et obtenir des avancées concrètes en matière de prévention, diagnostic et prise en soins des patients.

1

PROPOSITION 1

Reconnaître et faire connaître la BPCO comme enjeu de santé publique prioritaire

CONSTATS

Malgré son poids sanitaire et social, **la BPCO demeure largement méconnue**, ce qui alimente la **forte stigmatisation des patients**. La banalisation des symptômes, notamment l'essoufflement progressif, **retarde le diagnostic et le recours aux soins, affaiblissant considérablement l'efficacité de la prise en charge**.

L'absence de communication politique, sur la BPCO et les maladies respiratoires de manière générale, participe à cette méconnaissance. Il n'existe pas, à ce jour, de plan spécifique à la santé respiratoire mis en place par les pouvoirs publics. Il s'agit pourtant d'une demande forte de la part des patients et des professionnels de santé, qui ont déjà élaboré des propositions à ce sujet. Cette position a été également relayée par la Cour des comptes dans son rapport d'enquête sur la santé respiratoire, appelant au développement d'une politique de santé respiratoire et déplorant l'absence de plan BPCO³⁹.

Ce manque de communication et de sensibilisation autour de la BPCO et des maladies respiratoires concerne **également les publics les plus jeunes**. La BPCO reste également largement absente des messages de prévention destinés aux adolescents et aux jeunes adultes. Cette invisibilisation contribue à la banalisation de comportements à risque, notamment le tabagisme, mais aussi l'essor de nouvelles formes de consommation de nicotine chez les jeunes, telles que le vapotage, qui peuvent favoriser l'apparition précoce de pathologies respiratoires.

Faute de reconnaissance publique et d'une communication claire, les patients restent insuffisamment identifiés, insuffisamment dépistés et insuffisamment accompagnés.

Pistes d'actions

ACTION 1 Adopter un plan national santé respiratoire, incluant la BPCO.

L'objectif serait d'inscrire la santé respiratoire dans une approche globale de prévention structurée autour de trois niveaux complémentaires : prévention primaire, secondaire et tertiaire. Une telle feuille de route doit être coconstruite avec l'ensemble des parties prenantes, à commencer par les associations de patients, dans une trajectoire pluriannuelle 2026-2030, contenir un plan d'action concret, avec des indicateurs de suivi, et être soutenu par des moyens financiers dédiés, publics voire privés

ACTEURS PILOTES

Ministère de la Santé /
DGS

ACTEURS ASSOCIÉS

Associations de patients, sociétés savantes et professionnels de santé, DGS / DGOS / CNAM, entreprises de santé

ACTION 2 Coconstruire, avec l'ensemble des parties prenantes – à commencer par les associations de patients, une campagne de communication annuelle sur la BPCO et les autres maladies respiratoires, incluant la création d'un temps fort annuel à l'image du mois d'octobre Rose.

Cette campagne multicanale pourrait être déclinée sur le plan national (spots TV et radio dédié) et territorial, relayées par les CPAM (via la diffusion de prospectus et d'affiche dans les cabinets de consultations et chez les professionnels de santé par exemple) avec un message centré sur les signes précoces, la mesure du souffle et la déstigmatisation des patients.

De manière générale, la BPCO et l'ensemble des maladies respiratoires devraient faire l'objet d'une communication systématique dans le cadre des campagnes existantes, en particulier celles dédiées à la pollution de l'air et le Mois sans tabac, en évitant tout message stigmatisant.

ACTEURS PILOTES

Ministère de la Santé

ACTEURS ASSOCIÉS

Santé Publique France, CNAM/CPAM, FFAAIR et associations de patients engagées contre les pathologies respiratoires, SPLF

ACTION 3

Déployer des actions de prévention ciblant spécifiquement les publics les plus jeunes afin de renforcer la sensibilisation aux risques pour la santé respiratoire, en particulier ceux liés au tabagisme et à ses alternatives – tels que le vapotage.

Cette initiative pourrait s'appuyer sur le renforcement des programmes de prévention déjà déployés dans les établissements scolaires, notamment par des associations de patients. Elle viserait à généraliser des interventions pédagogiques et d'aller-vers auprès des collégiens et des lycéens, afin de mieux faire comprendre le fonctionnement du souffle, les facteurs de risque respiratoires et les conséquences à long terme des comportements à risque. À titre d'exemple, le programme de prévention du tabagisme « Tabado », déployé dans plus de 500 lycées partenaires en France, propose des sessions d'information en classe, des actions de sensibilisation aux méthodes de sevrage tabagique, ainsi que des consultations individuelles pour les jeunes fumeurs, complétées par des ateliers motivationnels en petits groupes⁴⁰.

ACTEURS PILOTES

Ministère de la Santé

ACTEURS ASSOCIÉS

ARS, CNAM, FFAAIR, Associations de patients

³⁹ Cour des comptes, 2024

⁴⁰ TABADO, 2024

2

PROPOSITION 2

Développer la spirométrie pour renforcer le diagnostic des patients

CONSTATS

Le diagnostic précoce constitue la clé d'une prise en charge adaptée et efficace de la BPCO, conditionnant à la fois l'évolution de la maladie, la qualité de vie des patients et la réduction des hospitalisations évitables. C'est aussi **une opportunité stratégique pour dépister et prendre en charge d'autres comorbidités, dans le cadre d'une approche plus globale. Pourtant, la BPCO demeure largement sous diagnostiquée en France. Au moins 30% des personnes atteintes ne bénéficient pas d'un diagnostic⁴¹.**

Si la spirométrie constitue l'examen de référence pour poser le diagnostic et assurer le suivi, **elle n'est pas encore intégrée comme un réflexe dans les pratiques de soins courantes.** Selon la Cour des comptes, seuls 21 % des patients éligibles⁴² bénéficient d'une spirométrie diagnostique. Plusieurs raisons expliquent ces insuffisances : seul un nombre restreint de professionnels de santé, principalement les pneumologues et les médecins généralistes, et dans certains cas des infirmiers formés, sont habilités à réaliser une spirométrie. Or, leur démographie reste faible et inégale au regard des besoins.

La convention médicale 2023, bien que non conclue, a ouvert la voie à des indicateurs de prévention pour la rémunération des médecins traitants. Depuis le 1er janvier 2026, les médecins généralistes peuvent facturer la réalisation d'une spirométrie en plus de la consultation, levant un obstacle financier. Pour s'assurer que cette avancée soit suivie d'effets, **il est maintenant indispensable d'outiller cette dynamique par un indicateur de suivi spécifique**, et la soutenir via des mesures dédiées : programmes de formation, mise à disposition des équipements de spirométries, etc.

Les bonnes pratiques mises en place par d'autres Etats européens constituent également des pistes intéressantes pour soutenir les actions de dépistage. En Croatie, la spirométrie est incluse de manière obligatoire dans plusieurs examens administratifs et professionnel (en médecine du travail, pour certaines aptitudes sportives et militaires), permettant un repérage systématique des troubles respiratoires indépendamment du parcours de soins. D'autres examens de prévention sont également déjà réalisés de manière régulière dans différents contextes, notamment l'électrocardiogramme (ECG) lors de certificats d'aptitude à la pratique sportive ou dans le cadre de certains bilans médicaux. Dans ce contexte, coupler la réalisation d'une spirométrie à ces examens existants pourrait constituer une opportunité simple et efficace de

renforcer le dépistage des troubles respiratoires chez les populations à risque, sans créer de nouveau parcours de soins.

Pistes d'actions

ACTION 4

Donner aux professionnels de santé de premier recours, sous condition de formation, la possibilité et les moyens de réaliser des spirométries auprès des patients de plus de quarante ans présentant des facteurs de risques.

Plus concrètement, **s'assurer de la mise en œuvre rapide de la proposition de la CNAM visant à ouvrir la spirométrie aux IDE – infirmiers diplômés d'Etat - et d'étendre à d'autres professionnels de santé de proximité** (pharmaciens, kinésithérapeutes, etc.).

Cette mesure permettrait de mobiliser des points de contact aujourd'hui sous-exploités, d'encourager et de renforcer le dépistage opportuniste et de réduire l'errance diagnostique, notamment dans les territoires sous-dotés en médecins. Elle doit s'accompagner de la mobilisation de moyens nécessaires à la réalisation de spirométries dans un cadre sécurisé et de qualité : d'une part, via la proposition de formations adaptés aux professionnels de santé concernés via des modules de formation dédiés (DPC, formations courtes certifiantes), d'autre part, via le déploiement d'un plan d'équipement national en spiromètres en ville (cofinancé par l' Assurance Maladie) ; enfin par la valorisation de l'acte de spirométrie, à l'image du dispositif mis en place pour les médecins généralistes.

Cette évolution s'inscrit dans la continuité des adaptations organisationnelles observées pendant la crise Covid-19, où l'élargissement des compétences de certains professionnels de santé a pu être mis en œuvre rapidement.

ACTEURS PILOTES

DGOS, CNAM

ACTEURS ASSOCIÉS

Ordres professionnels, syndicats de professionnels de santé – pharmaciens, kinésithérapeutes, IDE- URPS, ARS, centres de formation

ACTION 5

Mettre en place un indicateur de prévention BPCO pour optimiser le diagnostic et l'orientation des patients par le médecin généraliste

Il serait souhaitable d'instaurer un indicateur de prévention BPCO au sein du forfait santé publique, qui a remplacé la ROSP - patients. Cet indicateur, qui devra être pertinent et mesurable, pourra être construit via une méthodologie partagée par les partenaires conventionnels (syndicats et CNAM), pourrait **reconnaître deux modalités de prise en charge** : la **réalisation d'une spirométrie annuelle par le médecin traitant** ou **l'orientation tracée vers un professionnel habilité** (pneumologue ou structure réalisant des EFR).

Cet indicateur s'inscrit dans la continuité des **recommandations internationales (GOLD)** qui préconisent une spirométrie annuelle pour le suivi des patients BPCO. Il doit s'accompagner :

- d'une formation pratique des médecins généralistes et des équipes de soins primaires à la réalisation et/ou à l'interprétation de la spirométrie ;
- d'un plan d'équipement en spiromètres pour les structures de soins coordonnés, en priorisant les territoires sous-dotés ;
- d'une valorisation complémentaire de l'accompagnement des patients BPCO par les pneumologues libéraux, sur le modèle de l'insuffisance cardiaque (article 65, convention 2024-2029).

En mettant en place cet indicateur de prévention BPCO, les partenaires conventionnels peuvent réduire les retards diagnostiques, limiter les exacerbations évitables et harmoniser les pratiques de suivi, pour un bénéfice tangible : moins d'hospitalisations, une meilleure qualité de vie et une prise en charge plus équitable sur tout le territoire.

ACTEURS PILOTES

CNAM

ACTEURS ASSOCIÉS

syndicats représentatifs de médecins généralistes et pneumologues

ACTION 6

Intégrer la spirométrie pour les personnes à risque dans les dispositifs et examens de santé existants et pertinents.

La spirométrie aux patients présentant des facteurs de risques devrait être systématiquement proposée lors des bilans de prévention aux âges clés de la vie (après 45 ans). Elle pourrait également faire partie des examens **prévus à l'occasion de rendez-vous médicaux** existant, avec **la médecine du travail** (surtout pour les personnes présentant des facteurs de risques et issus des catégories socio-professionnelles particulièrement exposés) ou les rendez-vous d'aptitude à la pratique sportive, en couplant la spirométrie à un ECG.

ACTEURS PILOTES

ACTEURS ASSOCIÉS

⁴¹ Cour des comptes, 2024

⁴² HAS, 2020. A savoir patients de plus de 40 ans ayant dans sa vie fumé, patients ayant répondu au questionnaire HAS : deux réponses OUI constituent un signal d'alerte qui doit conduire à une mesure du souffle

3

PROPOSITION 3

Garantir la continuité du parcours de soins

CONSTATS

La BPCO se caractérise par des ruptures du parcours patient, freinent considérablement l'efficacité de la prise en charge, générant une aggravation de la maladie, une perte d'autonomie accrue, une dégradation de la qualité de vie et un coût évitable pour le système de santé.

Cette situation préoccupante présente notamment des insuffisances dans le suivi des patients post-hospitalisation. Le partage d'informations entre l'hôpital et la médecine de ville gagnerait à être davantage structuré et les responsabilités en termes de suivi du patient pourraient être clarifiées. Les professionnels de santé sont également confrontés à des contraintes organisationnelles et de temps qui complexifient la prise en charge, en particulier dans les déserts médicaux. En 2022, seuls 41,9% des patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO bénéficiait d'un suivi médical dans les 7 jours après hospitalisation⁴³ ; de même, seuls 30,9% de ces patients étaient reçus en consultation par le pneumologue pour réévaluer les besoins du patient et ajuster le traitement à moyen terme⁴⁴.

Plusieurs dispositifs sont aujourd'hui proposés pour améliorer le suivi du patient et son maintien dans le parcours, tel que le **PRADO** (Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile), dont le **déploiement reste aujourd'hui hétérogène et son fonctionnement parfois insuffisamment effectif dans la pratique**. D'autres initiatives, s'appuyant sur les solutions numériques, ont également démontré leur intérêt pour améliorer la continuité des soins, faciliter le suivi à distance et optimiser l'organisation des parcours, en particulier dans des territoires sous-dotés. C'est par exemple le cas du programme E-Meuse Santé⁴⁵ qui vise à structurer un suivi coordonné des patients chroniques, en s'appuyant sur des outils de télésurveillance et une collaboration renforcée entre professionnels de santé.

Au-delà des problématiques de coordination des acteurs de santé, **la mobilisation et l'observance des patients est un enjeu clé** : à titre d'exemple, seulement 34 % des patients atteints de BPCO réalisent leur spirométrie annuelle de suivi⁴⁶, pourtant essentielle pour adapter les traitements et prévenir les exacerbations.

A ce titre, **l'éducation thérapeutique du patient (ETP) peut constituer un levier majeur** pour améliorer la compréhension de la maladie, favoriser l'observance des traitements et permettre aux patients de mieux reconnaître et gérer les exacerbations.

Elle contribue également à renforcer l'autonomie des patients et leur capacité à devenir acteurs de leur parcours de soins. Pourtant, l'accès aux programmes d'ETP demeure encore aujourd'hui limité et très inégal selon les territoires, en raison d'une offre encore insuffisante, d'un manque d'information des patients et d'une intégration encore partielle de ces dispositifs dans les parcours de soins.

Pistes d'actions

ACTION 7

Consolider et améliorer le dispositif PRADO afin d'en garantir l'effectivité dans le parcours de soins post-hospitalisation.

Cela implique notamment de **renforcer la coordination entre les acteurs** du parcours de soins (équipes hospitalières, médecins traitants, professionnels de santé de ville, structures de réhabilitation), afin de garantir une continuité effective de la prise en charge post-hospitalisation. Le dispositif gagnerait à être consolidé par la mise en place d'indicateurs de suivi et d'évaluation, permettant de s'assurer de sa bonne mise en œuvre sur l'ensemble du territoire, de mesurer la coordination entre les acteurs et d'identifier les marges d'amélioration dans l'accompagnement des patients.

Cette évolution doit également s'accompagner d'une **meilleure information des patients**, via des supports pédagogiques clairs et accessibles, permettant de faciliter l'appropriation du parcours de soins, la compréhension des traitements et l'identification des interlocuteurs de référence.

ACTEURS PILOTES

ministère de la Santé,
CNAM, ARS

ACTEURS ASSOCIÉS

Établissements de santé, CPTS, médecins traitants, structure de réhabilitation respiratoire et associations de patients

ACTION 8

Renforcer et généraliser les dispositifs et programmes numériques et outils de télésurveillance existants et ayant démontré leur efficacité.

Il s'agirait de faciliter leur déploiement sur l'ensemble du territoire et leur intégration dans les pratiques de soins, en vue d'améliorer le suivi des patients, d'anticiper les exacerbations et de renforcer la coordination entre les professionnels.

Ces outils pourraient faire l'objet d'une intégration progressive dans le droit commun, via les dispositifs de prise en charge de la télésurveillance.

ACTEURS PILOTES

ministère de la Santé,
CNAM, ARS

ACTEURS ASSOCIÉS

Établissements de santé, CPTS, médecins traitants, structure
de réhabilitation respiratoire et associations de patients

ACTION 9**Développer l'accès aux programmes d'Education
thérapeutique (ETP), incluant les programmes en
visioconférence.**

Afin d'en faciliter l'accès, il apparaît nécessaire de soutenir le déploiement de programmes d'ETP en ville pour renforcer l'offre (au sein des CPTS, MSP ou structures de réhabilitation respiratoire), de développer des formats à distance ou hybrides (visioconférence) pour les patients éloignés des structures hospitalières, et de renforcer l'orientation des patients vers ces programmes par les professionnels de santé de premier recours (médecins généralistes, pneumologues, pharmaciens).

Cela passe également par le soutien à la formation des professionnels de santé de premier recours à l'éducation thérapeutique du patient, en s'appuyant sur le développement de modules de formation dédiés dans le cadre du Développement professionnel continu (DPC), ainsi que par des formations courtes certifiantes et valorisées.

ACTEURS PILOTES

CNAM, ministère de la
Santé

ACTEURS ASSOCIÉS

Pharmaciens, MG, pneumologues, HAS, CPTS, MSP, centres de
réhabilitation respiratoire

⁴³ HAS, 2022

⁴⁴ HAS, 2022

⁴⁵ Département de la Meuse, 2024

⁴⁶ Cour des comptes, 2024

4

PROPOSITION 4

Assurer à tous les patients un accès équitable aux meilleurs traitements

CONSTATS

A ce jour, la prise en charge de la BPCO s'appuie sur plusieurs traitements -médicamenteux et non médicamenteux- dont l'efficacité a été démontrée.

La **réhabilitation respiratoire** fait notamment l'objet d'un consensus scientifique quant à ses bénéfices. Il en va de même pour **l'activité physique adaptée (APA)**, qui permet de réduire les symptômes et d'améliorer la qualité de vie des patients⁴⁷. Après une exacerbation ayant conduit à une hospitalisation, la poursuite d'une activité physique, même modérée (moins de deux heures par semaine de marche ou de vélo), réduit significativement le risque de ré-hospitalisation et la mortalité à un an⁴⁸. Elle contribue également à rompre la spirale du déconditionnement, de la sédentarité et du repli social.

Pourtant, **l'accès à ces dispositifs demeure insuffisant**. L'offre est limitée et inégalement répartie sur le territoire, avec des capacités d'accueil contraintes et des délais d'attente prolongés. L'éloignement géographique des structures, les contraintes de transport et les restes à charge – notamment pour l'activité physique adaptée, non remboursée dans la BPCO – constituent autant de freins supplémentaires, accentuant les inégalités d'accès.

Des travaux sont actuellement menés **pour renforcer l'accès des patients la réhabilitation respiratoire**, en particulier dans les territoires en tension. Un nouveau parcours coordonné renforcé, qui vise à améliorer le recours des patients atteints de BPCO aux structures de soins médicaux et de réadaptation, devrait être lancé en juin⁴⁹. De telles dynamiques doivent être poursuivies, encouragées et étendues à tous les patients insuffisants respiratoires éligibles à ces thérapies.

Ces **difficultés d'accès concernent également les traitements médicamenteux**. Leur diffusion reste limitée, en raison d'une application encore insuffisante des recommandations, malgré des bénéfices cliniques et médico-économiques démontrés. C'est notamment le cas des trithérapies fixes dans la BPCO, dont l'utilisation est recommandée par GOLD : selon l'étude PROMETHEUS France (2025-2034)⁵⁰, un recours plus large à ces traitements permettrait d'éviter un nombre significatif d'exacerbations et de décès, tout en générant des économies substantielles pour le système de santé.

De manière plus générale, il convient de faciliter l'accès des patients aux innovations

dans la maladie se développent, en particulier dans le cadre des essais cliniques. Une meilleure visibilité des études en cours, notamment via des plateformes nationales ou des outils numériques, permettrait d'améliorer le recrutement des patients et de faciliter leur participation. Cet enjeu est d'autant plus important que les patients français restent sous-représentés dans les essais internationaux, notamment en raison de la barrière linguistique lorsque les études sont conduites principalement en anglais.

Pistes d'actions

ACTION 10

Concrétiser le déploiement et la généralisation du parcours coordonné renforcé dédié à la BPCO et à l'insuffisance respiratoire.

Ce déploiement permettrait de sécuriser un accès équitable à la réhabilitation respiratoire sur l'ensemble du territoire, en réduisant les inégalités géographiques et organisationnelles. Il est indispensable que tous les patients atteints d'insuffisance respiratoires puissent en bénéficier, au nom du principe d'équité d'accès. Ce déploiement pourrait s'accompagner de la mise en place d'un annuaire national des structures et professionnels proposant ces prises en charge, sur la base des travaux déjà engagés par le groupe ALVEOLE de la Société de pneumologie de langue française (SPLF)⁵¹ et avec l'appui des Agences Régionales de Santé -ARS. Il sera également très important d'évaluer les impacts générés par la mise en place de ce parcours en temps réel pour objectiver les gains, identifier les potentiels points de progression et y répondre, afin de consolider le modèle dans le temps.

En complément, il convient d'étendre la prise en charge de l'activité physique adaptée aux patients atteints de BPCO et d'insuffisance respiratoire, afin de lever les freins financiers et de favoriser le recours à cette composante essentielle du traitement.

ACTEURS PILOTES

CNAM, DGOS

ACTEURS ASSOCIÉS

HAS, ARS, professionnels de santé (médecins généralistes, pneumologues, kinésithérapeutes, enseignants en APA), établissements de santé, associations de patients

ACTION 11

Créer un environnement favorable aux innovations en France, via le soutien au développement des essais cliniques.

Cela implique notamment de simplifier et d'accélérer les procédures d'autorisation et

de mise en place des études, tout en renforçant l'accompagnement des établissements et des équipes de recherche impliquées.

Le développement de la recherche clinique pourrait également s'appuyer davantage sur les structures de soins de proximité, telles que les centres hospitaliers, les maisons de santé pluriprofessionnelles ou les réseaux de soins spécialisés, afin d'élargir l'accès des patients aux essais et de mieux représenter la diversité des profils de patients atteints de BPCO.

Par ailleurs, **un renforcement des dispositifs d'information et d'orientation vers les essais cliniques, adaptés aux réalités et contraintes des patients vers les essais cliniques apparaît essentiel.**

ACTEURS PILOTES

ministère de la Santé et
ministère de la
Recherche et de
l'enseignement
supérieur, industries de
santé

ACTEURS ASSOCIÉS

Associations de patients et sociétés savantes

⁴⁷ HAS, 2022

⁴⁸ HAS, 2022

⁴⁹ APMNews, 2026

⁵⁰ G Deslee et al, 2023

⁵¹ SPLF, 2021. Voir la carte de la réadaptation respiratoire : <https://splf.fr/la-carte-de-la-readaptation-respiratoire/>



Ce plaidoyer a été rédigé par la Fédération Française des Associations et Amicales d'Insuffisants Respiratoires (FFAAIR) en avril 2026, disponible au téléphone au 01.55.42.50.40, par mail à l'adresse ffaair-asso@ffaair.org ou par courrier au 68 Bd St Michel, 75006 PARIS

Il a été réalisé avec le soutien institutionnel d'AstraZeneca.

Bibliographie :

- Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES). (2019). *BPCO : une maladie respiratoire au lien avéré avec de multiples expositions professionnelles*. <https://www.anses.fr/fr/content/bpco-une-maladie-respiratoire-au-lien-avere-avec-de-multiples-expositions-professionnelles>
- APMNews. (2026). *Un parcours coordonné renforcé pour les insuffisants respiratoires prévu pour juin*. <https://www.apmnews.com/story?objet=434725&uid=210747>
- Association Josiane Salone. (2025). *Plaidoyer pour la généralisation du dépistage de la bronchopneumopathie chronique obstructive par la mesure du souffle*.
- Assurance Maladie. (2024). *Charges et produits pour 2025 – Rapport propositions pour 2025*. CNAM. https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2024-07_rapport-propositions-pour-2025_assurance-maladie.pdf
- BVA Xsight. (2024). *Perceptions et attentes des patients atteints de BPCO*.
- Collectif santé respiratoire. (2024). *Maladies respiratoires : prévention et prise en charge précoce, une urgence de santé publique – Pour un plan national de santé respiratoire*.
- Corrado, D., Basso, C., Pavei, A., Michieli, P., Schiavon, M., & Thiene, G. (2006). *Trends in sudden cardiovascular death in young competitive athletes after implementation of a preparticipation screening program*. Journal of the American Medical Association, 296(13), 1593–1601. <https://doi.org/10.1001/jama.296.13.1593>
- Cour des comptes. (2024). *La santé respiratoire*. <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-sante-respiratoire>
- Destination Santé. (2026). *BPCO : cette maladie respiratoire ignorée dont la toux peut être le premier indice*. <https://destinationsante.com/bpco-cette-maladie-respiratoire-ignoree-dont-la-toux-peut-etre-le-premier-indice.html>
- Département de la Meuse. (2024). *E-Meuse Santé : un programme de coordination des soins*. <https://www.meuse.fr>
- Deslee, G., et al. (2023). *Impact de l'augmentation de l'utilisation des triples thérapies inhalées sur les exacerbations et les hospitalisations pour BPCO : étude Prométhéus*. Revue des Maladies Respiratoires. <https://www.em-consulte.com/article/1713610>
- ERJ Open Research. (2025). *Comorbidities in COPD patients and associated risks*.
- European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients' Associations (EFA). (2023). *Early diagnosis*

of COPD. <https://copd.efanet.org>

Fondation de France & CRÉDOC. (2018). *Maladie ou handicap et isolement relationnel : la double peine*.

GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2024). *Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD*. <https://goldcopd.org>

Hamidfar-Roy, R., & Potton, L. (2014). *Profil psychologique et qualité de vie des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive*. *Réanimation*, 23(S1), S511–S516. <https://doi.org/10.1007/s13546-013-0820-6>

Haute Autorité de Santé (HAS). (2014). *Prévenir les exacerbations de la BPCO*.

Haute Autorité de Santé (HAS). (2019). *Guide du parcours de soins – Bronchopneumopathie chronique obstructive*.

Haute Autorité de Santé (HAS). (2020). *Détecter et diagnostiquer la BPCO, même sans symptôme apparent*. http://www.has-sante.fr/jcms/p_3118475

Haute Autorité de Santé (HAS). (2022). *Indicateurs de qualité pour évaluer le parcours de soins des patients atteints de BPCO*. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3329428

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). (2020). *Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)*. <https://www.inserm.fr/dossier/bronchopneumopathie-chronique-obstructive-bpc/>

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). (2021). *Pesticides et effets sur la santé*.

MG France. (2025). *Cotation des actes médicaux : spirométrie et actes associés*.

Ministère de la Santé et des Solidarités. (2006). *Programme d'actions en faveur de la BPCO (2005–2010)*.

Ministère de la Santé de la République de Croatie. (2020). *Organisation du dépistage respiratoire et intégration de la spirométrie dans les examens réglementaires*.

OMNIPrat. (2025). *Spirométrie – Aide à la cotation*.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2024). *Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)*. [http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))

Santé publique France. (2019). *BPCO et insuffisance respiratoire chronique – Données*. <https://www.santepubliquefrance.fr>

Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF). (2021). *Les Français face aux enjeux de santé respiratoire – Enquête IPSOS*. <https://splf.fr>

TABADO. (2024). *Programme de prévention du tabagisme chez les jeunes*. <https://www.tabado.fr>

Zysman, M. (2025). *Impact des exacerbations de la BPCO sur la mortalité et les événements cardiovasculaires*. DOI : 10.1016/j.rmra.2024.11.070