

3 juillet 2007 / n° 27-28

Numéro thématique - La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) *Special issue - Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*

p.241 **Éditorial - La BPCO, une forteresse assiégée, une maladie qui peut se prévenir et se traiter**
Editorial - COPD: A disease under attack, a preventable disease which can be treated

p.242 **Mortalité liée à la BPCO en France métropolitaine, 1979-2003**
Chronic obstructive pulmonary disease deaths in metropolitan France, 1979-2003

p.245 **Données récentes sur la prévalence de la bronchopneumopathie chronique obstructive en France**
Recent data on the prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in France

p.248 **Rôle du médecin généraliste dans la détection précoce de la BPCO**
Early detection of chronic obstructive pulmonary disease in general practice

p.250 **Facteurs de risque professionnels de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et prévention**
Chronic obstructive pulmonary disease (COPD): occupational risk factors and prevention

Coordination scientifique du numéro / *Scientific coordination of the issue*: Claire Fuhrman, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France
et pour le comité de rédaction : Rachel Haus Cheymol, Service de santé des Armées, Saint-Mandé, France

Éditorial

La BPCO, une forteresse assiégée, une maladie qui peut se prévenir et se traiter *COPD: A disease under attack, a preventable disease which can be treated*

Philippe Godard, Président de la société de pneumologie de langue française, Centre hospitalier universitaire Montpellier, France

Comment qualifier la BPCO en 2007 ? C'est indubitablement une maladie qui a acquis ses lettres de noblesse. Ses lettres au sens plein du terme car il n'est plus besoin de les traduire. Même les présentateurs du journal télévisé arrivent à les prononcer sans trop hésiter. La noblesse de cette maladie reste à démontrer cependant, tant elle est prévalente, handicapante et grave [1].

Tout le monde connaît la fausse mais toujours fameuse « blague » : j'ai deux nouvelles, l'une bonne, l'autre mauvaise. Par laquelle commence-t-on ? Pour la mortalité liée à la BPCO, et d'une façon plus générale pour tout ce qui concerne cette maladie, nous pouvons jouer à ce petit jeu, un peu malsain. La bonne nouvelle serait que la mortalité chez l'homme est stable. La mauvaise serait que chez la femme, elle augmente (Fuhrman et coll.). En fait il n'y a pas de bonnes nouvelles, franchement. Il y a urgence à continuer les études épidémiologiques, à comprendre la pathogénie, à développer la prévention (Roche et coll.).

Comme en matière de cancer et des autres maladies liées à la BPCO, la seule mesure efficace est le sevrage tabagique complet et définitif. Une banalité ! Certes, mais toujours utile à répéter.

Les médecins généralistes sont en première ligne dans ce combat, comme ils le sont - par conséquent - dans le diagnostic précoce. Il est évident qu'ils ont là deux étapes à franchir dans la démarche de soins. Il paraît en effet difficile d'envisager le scénario suivant : poser quelques questions sur le tabagisme, le nombre de paquets fumés, la motivation à initier un sevrage, puis d'arrêter la démarche. Il est indispensable de faire un diagnostic, fondé sur l'évaluation du souffle [4]. Celle-ci doit être proposée aux sujets à risque (fumeur, plus de 40 ans).

Pour que les médecins généralistes arrivent à adopter cette démarche, une stratégie doit être mise en place. Elle doit être expliquée dès le début des études médicales. Le collège des enseignants de pneumologie a fixé comme objectif pédagogique pratique la réalisation d'au moins une spirométrie, éventuellement sa propre spirométrie. N'est-ce pas le meilleur moyen de comprendre comment « ça » marche ? En effet tous les étudiants en médecine, toutes les infirmières savent prendre la tension artérielle, mettre des électrodes et réaliser un ECG. Les obstacles matériels pour pratiquer une mesure du souffle tombent peu à peu. Il existe des spiromètres utilisables en cabinet, au prix d'un certain apprentissage (Housset et coll.). Mais la partie n'est pas encore gagnée. Une thèse de médecine vient d'être soutenue, à Lille [2]. L'objectif de ce travail réalisé auprès de médecins généralistes était d'analyser l'utilisation actuelle du Piko 6® et - en cas de non utilisation - le ou les motifs. Sur les 193 réponses, soit 50,13 % de l'effectif de la population choisie, 62 % se déclaraient utilisateurs du Piko 6®. Les motifs principaux de non utilisation étaient le manque de temps (53 %), les difficultés d'utilisation (34 %) et l'intérêt considéré comme restreint par rapport à la clinique (30 %). Il y a donc encore du travail.

Le plan BPCO [3] a insisté sur le diagnostic précoce, voire le dépistage. Des études sont en cours, en milieu du travail (Ameille et coll.), ou encore avec des médecins généralistes. Les réponses seront disponibles dans plusieurs mois.

Mais au fait qu'est-ce que la BPCO ? Vulgairement et classiquement c'est la bronchite du fumeur. Banal en est alors un synonyme. C'est aussi une manière de circonscrire la maladie au tabac (en le considérant comme le seul facteur étiologique), d'en faire réellement une maladie, au sens pasteurien du terme : une cause identifiable ; un mécanisme physiopathologique connu ; un traitement disponible, incluant la prévention ; il est même question désormais d'envisager une vaccination ! Le modèle pasteurien est alors complet.

Mais l'évolution actuelle des concepts tend à privilégier une description phénotypique, plus que nosologique, des maladies bronchiques. L'asthme, que chacun d'entre nous aurait spontanément tendance à décrire comme une maladie, peut en fait être comparé à la fièvre ! Au XIX^e siècle la fièvre était considérée comme une maladie. Cette évocation apporte un sourire condescendant sur nos lèvres, immédiatement. Il en sera de même à n'en pas douter pour l'asthme et la BPCO dans quelques années [4].

La BPCO est une forteresse assiégée. Une mobilisation a été voulue par les pneumologues, mise en place par la Société de pneumologie de langue française, amplifiée et organisée par le plan BPCO. Des publications du genre de celle que nous lisons aujourd'hui en sont un signe évident.

Références

- [1] Rabe KF, Beghé B, Luppi F, Fabbri L. Update in Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2006. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007; 175:1222-32.
- [2] Dumont G, Lepretre S. Évaluation du dépistage précoce de la BPCO en médecine générale au moyen d'un mini spiromètre portable électronique. Thèse Médecine, Lille 2007.
- [3] Programme d'actions en faveur de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) 2005-2010. « Connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO ». http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/bpco/plan_bpco.pdf
- [4] Editorial : A plea to abandon asthma as a disease concept. *The Lancet*. 2006; 368:205.

Mortalité liée à la BPCO en France métropolitaine, 1979-2003

Claire Fuhrman (c.fuhrman@invs.sante.fr)¹, Marie-Christine Delmas¹, Javier Nicolau¹, Éric Jouglas²

1 / Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France 2 / CépIDC-Inserm, Le Vésinet, France

Résumé / Abstract

Objectif – Cette étude décrit la mortalité liée à la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France en utilisant les causes multiples de décès.

Méthodes – L'analyse a porté sur les décès survenus chez des adultes âgés de 45 ans ou plus en France métropolitaine entre 1979 et 2003 et mentionnant une BPCO en cause initiale ou associée (décès liés à la BPCO). Du fait de la mise en place de la CIM-10 en 2000, deux périodes ont été distinguées : 1979-1999 et 2000-2003. Des taux annuels de mortalité standardisés sur l'âge ont été calculés.

Résultats – En 2000-2003, 15 349 décès par an en moyenne comportaient une notion de BPCO, la moitié de ces décès mentionnant la BPCO en cause initiale. Lorsque la BPCO était mentionnée en cause associée, les causes initiales les plus fréquentes étaient les maladies cardio-vasculaires (32 %) et les cancers (24 %). Entre 1979 et 1999, le taux annuel standardisé de mortalité liée à la BPCO a augmenté chez les femmes (+ 1,7 % par an) mais est resté stable depuis 1986 chez les hommes. En 2000-2003, chez les hommes comme chez les femmes, les taux moyens dans le nord et l'est de la France, ainsi qu'en Bretagne, étaient supérieurs au taux moyen national.

Conclusion – La mortalité liée à la BPCO reste sous-estimée compte tenu de l'importance du sous-diagnostic de cette maladie. Elle continuera vraisemblablement à augmenter chez les femmes dans les prochaines années. On observe d'importantes disparités régionales qui reflètent probablement des différences dans les facteurs de risque.

Chronic obstructive pulmonary disease deaths in metropolitan France, 1979-2003

Background – This study describes mortality due to chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in metropolitan France using multiple death causes.

Methods – Data on deaths that occurred in adults aged 45 years or more in France and mentioning COPD as the underlying or an associated cause of death (deaths with COPD) were analysed. Due to the implementation of ICD-10 in 2000, two separate periods were studied: 1979-1999 and 2000-2003. Annual age-standardised rates of death were calculated.

Results – In 2000-2003, COPD was mentioned anywhere on the death certificate for a mean annual number of 15 349 deaths, half of them mentioning COPD as the underlying cause. When COPD was mentioned as an associated cause, the most frequent initial causes reported were cardiovascular diseases (32%) and cancers (24%). Between 1979 and 1999, the annual age standardised rates of death with COPD increased in women (+1.7%/year) but remained stable in men since 1986. In 2000-2003, the mean rates calculated for Northern and Eastern France and for Brittany were higher than the mean overall rate in men and in women.

Conclusion – Mortality linked to COPD remains underestimated, considering the disease is often under diagnosed. It can be assumed that deaths due to COPD will continue to increase among women. Large regional differences in COPD mortality were evidenced, probably reflecting differences in risk factors.

Mots clés / Key words

Bronchopneumopathie chronique obstructive, mortalité, causes de décès, causes multiples / *Chronic obstructive pulmonary disease, mortality, cause of death, multiple-cause*

Introduction

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une cause importante de mortalité dans le monde. Aux États-Unis, elle constituait la 4^e cause de décès en 2002 et était la cause dont les taux de mortalité avaient le plus augmenté en 30 ans (+ 100 %) [1].

L'analyse de l'ensemble des causes rapportées par le médecin sur le certificat de décès (étude en causes multiples) permet, dans le cas de maladies chroniques avec comorbidités, de mieux prendre en compte le poids global d'une cause de décès [2]. Une telle approche utilisée pour la BPCO a montré qu'en France, la mortalité liée à

la BPCO s'était stabilisée entre 1979 et 1999 chez les hommes et avait augmenté chez les femmes [3]. Les principaux résultats de cette analyse sont résumés dans le présent article et sont complétés par une analyse des tendances jusqu'en 2003 et par une étude des disparités régionales.