

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

17 november 2025

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**betreffende de vroegdetectie
van *chronic obstructive pulmanory
disease* (COPD)
en de verbetering
van de zorg voor COPD-patiënten**

(ingediend door mevrouw Irina De Knop)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

17 novembre 2025

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

**concernant le dépistage précoce
de la broncho-pneumopathie chronique
obstructive (BPCO) et l'amélioration
de la prise en charge
des patients atteints de BPCO**

(déposée par Mme Irina De Knop)

N-VA	: Nieuw-Vlaamse Alliantie
VB	: Vlaams Belang
MR	: Mouvement Réformateur
PS	: Parti Socialiste
PVDA-PTB	: Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique
Les Engagés	: Les Engagés
Vooruit	: Vooruit
cd&v	: Christen-Democratisch en Vlaams
Ecolo-Groen	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
Open Vld	: Open Vlaamse liberalen en democraten
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant
ONAFH/INDÉP	: Onafhankelijk-Indépendant

Afkorting bij de nummering van de publicaties:		Abréviations dans la numérotation des publications:	
DOC 56 0000/000	Parlementair document van de 56 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 56 0000/000	Document de la 56 ^e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi
QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA	Questions et Réponses écrites
CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag	CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral
CRABV	Beknopt Verslag	CRABV	Compte Rendu Analytique
CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toezpraken (met de bijlagen)	CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)
PLEN	Plenum	PLEN	Séance plénière
COM	Commissievergadering	COM	Réunion de commission
MOT	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)	MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

1. Wat is COPD?

Chronic obstructive pulmonary disease (hierna: COPD) is een ongeneeslijke chronische longziekte die wordt gekenmerkt door symptomen zoals kortademigheid, hoesten en frequente exacerbaties of COPD-aanvallen. De aandoening leidt tot een aanhoudende en vaak verergerende luchtwegenobstructie. De ziekte heeft een grote impact op het dagelijks leven van mensen.

Naar schatting treft COPD meer dan 800.000 mensen in België, waarvan bij naar schatting de helft van deze patiënten de diagnose nog niet is gesteld. In 2019 werd 4 % van de volwassen bevolking getroffen door deze ziekte.

In 2050 zal de prevalentie van COPD in België naar schatting 13,7 % van de volwassen bevolking bedragen.¹

België scoort slechter dan het Europees gemiddelde op het vlak van vermijdbare ziekenhuisopnames voor COPD. In 2022 was COPD de derde belangrijkste oorzaak van vroegtijdige sterfte in België na longkanker en coronaire hartziekten.²

Naast de impact op het leven van de patiënt, legt COPD ook een enorme druk op ons zorgsysteem door de hoge zorgkosten, mede door suboptimale eerste-lijnsbehandelingen en vermijdbare ziekenhuisopnames. Daarbij komen nog indirecte kosten voor de maatschappij. Volgens een schatting van de *International Respiratory Coalition* (IRC), bijvoorbeeld, gaat het om een totale maatschappelijke kostprijs van 5 miljard euro.³

COPD gaat gepaard met een verhoogd cardiopulmonaal risico: naast een verhoogd risico op exacerbaties, komen cardiovasculaire complicaties (zoals hartaanval, beroerte, hartfalen, aritmie, ...) bij COPD twee- tot vijfmaal vaker voor dan bij mensen zonder COPD, met een prevalentie van hart- en vaatziekten (hierna: HVZ) rond 20-70 % in de COPD-populatie; dit risico neemt

¹ Benjafeld A, Tellez D, Barrett M. An estimate of the European prevalence of COPD in 2050. *European Respiratory Journal* 2021 58(suppl 65).

² https://www.belgiqueenbonnesante.be/metadata/hspa/2024/HSPA2024_Quality_Effectiveness_EN.pdf

³ <https://international-respiratory-coalition.org/wp-content/uploads/2023/10/Belgium-IRC-One-Pager-290.623.pdf>

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

1. Qu'est-ce que la BPCO?

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (ci-après: BPCO) est une maladie pulmonaire chronique incurable qui se caractérise par des symptômes tels que l'essoufflement, la toux ainsi que des exacerbations ou crises de BPCO fréquentes. Cette affection entraîne une obstruction persistante et souvent aggravée des voies respiratoires. Elle a un impact considérable sur le quotidien des patients concernés.

On estime que la BPCO touche plus de 800.000 personnes en Belgique et qu'elle n'a pas encore été diagnostiquée chez la moitié d'entre elles environ. En 2019, 4 % de la population adulte était atteinte de cette maladie.

En 2050, la prévalence de la BPCO en Belgique atteindra, selon les estimations, 13,7 % de la population adulte.¹

La Belgique obtient des résultats inférieurs à la moyenne européenne en matière d'hospitalisations évitables pour la BPCO. En 2022, la BPCO était la troisième cause principale de décès prématuré en Belgique, après le cancer du poumon et les maladies coronariennes.²

Outre l'incidence sur la vie du patient, la BPCO exerce une pression énorme sur notre système de soins en raison de coûts élevés, notamment liés à des traitements de première ligne loin d'être optimaux et à des hospitalisations évitables. À cela s'ajoutent des coûts indirects pour la société. Selon une estimation de l'*International Respiratory Coalition* (IRC), par exemple, il s'agit d'un coût sociétal total de 5 milliards d'euros.³

La BPCO s'accompagne d'un risque cardiopulmonaire accru: outre un risque plus élevé d'exacerbations, certaines complications cardiovasculaires (crise cardiaque, insuffisance cérébrovasculaire, insuffisance cardiaque, arythmie, ...) surviennent deux à cinq fois plus souvent chez les personnes atteintes de BPCO que dans le reste de la population, avec une prévalence des maladies

¹ Benjafeld A, Tellez D, Barrett M. An estimate of the European prevalence of COPD in 2050. *European Respiratory Journal* 2021 58(suppl 65).

² https://www.belgiqueenbonnesante.be/metadata/hspa/2024/HSPA2024_Quality_Effectiveness_FR.pdf

³ <https://international-respiratory-coalition.org/wp-content/uploads/2023/10/Belgium-IRC-One-Pager-290.623.pdf>

toe rondom exacerbaties en draagt substantieel bij aan heropnames en kosten.

België scoort slecht (31/34) op de COPD-index, ontwikkeld door het *Copenhagen Institute for Future Studies*, dat de aanpak van 34 landen ten aanzien van COPD vergelijkt en rangschikt op basis van een reeks parameters. Van de Europese landen scoort alleen Litouwen slechter dan België. Het instituut wijst daarvoor, onder meer, op de problematiek van laattijdige diagnoses van COPD-patiënten in ons land en de gebrekkige samenwerking tussen de zorgverleners tijdens het behandeltraject. Op het vlak van COPD-beleid scoren we nog slechter (32/34).

2. De vorige resolutie met betrekking tot COPD

Op 22 juni 2022 werd de resolutie betreffende een doeltreffende en integrale aanpak van *chronic obstructive pulmonary disease* of COPD in de plenaire vergadering van de Kamer van volksvertegenwoordigers aangenomen.⁴

De resolutie vroeg:

“a) met betrekking tot bewustwording en preventie:

i. versterkt werk te maken van de ambitie om tot een rookvrije generatie te komen, zoals het regeerakkoord voorschrijft;

ii. het risico op COPD of “rokerslong”, en in het bijzonder de niet-geneesbaarheid van deze ziekte alsook de belangrijkste preventieve maatregelen, de nodige aandacht te geven binnen de “De Alliantie voor een Rookvrije Samenleving”;

iii. wetenschappelijk onderzoek te laten uitvoeren naar de impact van fijnstof luchtvervuiling en andere vormen van luchtvervuiling op enerzijds het risico op het ontwikkelen van COPD en anderzijds de toename in ernst en frequentie van de symptomen van COPD; iv. in samenspraak met de deelstaten zorgverleners, patiënten alsook de samenleving bewust te maken van het verband tussen luchtverontreinigende stoffen en COPD door te waarschuwen voor overschrijdingen van concentraties via media en via diverse zorgverlenerskanalen;

iv. in concertation avec les entités fédérées, [à] sensibiliser les prestataires de soins, les patients et la société

cardiovasculaires (ci-après: MCV) comprise entre 20 et 70 % parmi les patients souffrant de BPCO; ce risque augmente lors des exacerbations et contribue de manière substantielle aux réhospitalisations et aux coûts.

La Belgique obtient un mauvais score (31/34) à l'index élaboré en la matière par le *Copenhagen Institute for Future Studies (COPD Index)*, qui compare et classe la gestion de la BPCO dans 34 pays sur la base d'une série de paramètres. Parmi les pays européens, seule la Lituanie obtient un score inférieur à celui de la Belgique. L'institut souligne notamment la problématique du diagnostic tardif des patients atteints de BPCO dans notre pays et le manque de collaboration entre les prestataires de soins durant le parcours thérapeutique. En ce qui concerne la politique en matière de BPCO, notre score est encore plus mauvais (32/34).

2. La résolution précédente relative à la BPCO

Le 22 juin 2022, la résolution relative à une approche efficace et intégrale de lutte contre la broncho-pneumopathie chronique obstructive, ou BPCO, a été adoptée en séance plénière de la Chambre des représentants.⁴

Cette résolution demandait au gouvernement fédéral de s'engager:

“a) en ce qui concerne la sensibilisation et la prévention:

i. à intensifier ses efforts afin de concrétiser l'ambition de créer une génération sans tabac, en exécution de l'accord de gouvernement;

ii. à accorder, au sein de l'Alliance pour une Société sans Tabac, l'attention nécessaire au risque de BPCO ou de “poumon du fumeur” et en particulier au caractère incurable de cette maladie, ainsi qu'aux principales mesures pour la prévenir;

iii. à commander des études scientifiques sur l'impact de la pollution de l'air par les particules fines et d'autres formes de pollution atmosphérique sur, d'une part, le risque de développer la BPCO et, d'autre part, l'augmentation de la gravité et de la fréquence des symptômes de cette maladie;

iv. en concertation avec les entités fédérées, [à] sensibiliser les prestataires de soins, les patients et la société

⁴ Parl.St., Kamer, 2021-2022, DOC 55 2259/007.

⁴ Doc. parl., Chambre, 2021-2022, DOC 55 2259/007.

aux liens existant entre les polluants atmosphériques et la BPCO en signalant les dépassements des concentrations par le biais des médias et de divers canaux de prestataires de soins;

b) met betrekking tot de screening en vroegtijdige detectie:

i. in samenspraak met actoren uit de eerstelijnszorg te onderzoeken of regelmatige leeftijds- en risicogebonden systematische check-ups met behulp van de spirometrie bij de huisarts en/of pneumoloog mogelijk en aangewezen zijn;

c) met betrekking tot de follow-up en behandeling:

i. de zorgnoden van vroeg gedetecteerde COPD patiënten in kaart te brengen en te onderzoeken op welke manier zij de juiste zorg krijgen en hoe die zorg best wordt gefinancierd;

ii. huisartsen en huisapothekers, in casu COPDpatiënten, ertoe aan te zetten om extra aandacht te hebben voor de opvolging van hun vaccinatiestatus (COVID-19, griep, pneumokokken);

iii. de noodzaak van een door het RIZIV terugbetaald GGGgesprek met de huisapotheker voor COPD te onderzoeken, na evaluatie van het bestaande GGG astma en rekening houdend met andere noden in de gezondheidszorg;

iv. de deelstaten te vragen om de netwerkopbouw tussen de medische hulp van de eerste lijn en de tabakologen en het inschakelen van laatstgenoemden door eerstgenoemden te stimuleren;

d) met betrekking tot de pulmonaire revalidatie:

i. te onderzoeken of een uitbreiding van en een betere spreiding van het aantal multidisciplinaire centra voor ambulante pulmonaire revalidatie mogelijk is waarbij centra antennes zouden kunnen uitbouwen in bestaande revalidatie-instellingen die gespecialiseerd zijn in longziekten;

ii. de eerste lijn te betrekken in een follow-up en een continue extramurale opvolging na het doorlopen van een multidisciplinair programma;

e) de mogelijkheid van een vergoeding voor transport van en naar het revalidatieziekenhuis te onderzoeken voor patiënten in een later stadium van de ziekte."

aux liens existant entre les polluants atmosphériques et la BPCO en signalant les dépassements des concentrations par le biais des médias et de divers canaux de prestataires de soins;

b) en ce qui concerne la screening et le dépistage précoce:

i. à examiner, en concertation avec les acteurs de la première ligne de soins, s'il serait envisageable et indiqué de prévoir, pour les catégories d'âge à risque, des check-ups réguliers systématiques réalisés à l'aide d'un spiromètre chez le médecin généraliste et/ou le pneumologue;

c) en ce qui concerne le suivi et le traitement des patients:

i. [à] identifier les besoins en soins des patients atteints de BPCO détectés précocement et [à] examiner la meilleure manière de leur donner des soins appropriés et de financer ces soins;

ii. à inciter les médecins généralistes et les pharmaciens de famille à accorder davantage d'attention au suivi du statut vaccinal (COVID-19, grippe, pneumocoques) des patients souffrant de BPCO;

iii. à examiner avec le pharmacien la nécessité d'un entretien BUM, remboursé par l'INAMI, pour les patients souffrant de BPCO, après évaluation de l'entretien BUM existant pour l'asthme et en tenant compte des autres besoins en matière de soins de santé;

iv. à demander aux entités fédérées [de] stimuler le réseautage entre les acteurs de l'aide médicale de première ligne et les tabacologues, afin que les premiers fassent davantage appel aux seconds;

d) en ce qui concerne la revalidation pulmonaire:

i. à examiner s'il serait envisageable d'augmenter le nombre de centres multidisciplinaires de revalidation pulmonaire ambulatoire et de mieux les répartir sur le territoire, ces centres pouvant mettre en place des antennes dans des institutions de revalidation spécialisées dans les maladies pulmonaires;

ii. à associer la première ligne dans le suivi et dans un suivi extra-muros continu à l'issue d'un programme multidisciplinaire;

e) à étudier la possibilité d'indemniser le transport vers et depuis l'hôpital de revalidation pour les patients à un stade ultérieur de la maladie."

3. Prioriteiten

De resolutie was belangrijk met het oog op een geïntegreerde aanpak van de aandoening, maar er is nog veel ruimte voor verbetering. België staat op het vlak van de COPD-index op de 31^e plaats op 34 landen. Het *Copenhagen Institute for Future Studies* wijst daarvoor, onder meer, op de problematiek van laattijdige diagnoses van COPD-patiënten in ons land en de gebrekkige samenwerking tussen zorgverleners tijdens het behandeltraject.

Op het vlak van beleid voor COPD scoren we nog slechter (32^e plaats).⁵ Die score is slecht te noemen. In deze resolutie focussen we op drie pijnpunten waarop we kunnen inzetten om ons COPD-beleid te verbeteren.

1. De link tussen COPD en cardiovasculaire aandoeningen

COPD en HVZ komen vaak samen voor, met gedeelde risicofactoren en pathofysiologische mechanismen.⁶ COPD verhoogt op zichzelf het risico op meerdere hart- en vaatziekten, waaronder coronaire hartziekte, hartfalen, pulmonale hypertensie, atriumfibrilleren en aorta-aneurysma's. Ondanks het toenemende bewustzijn van hun co-existentie, wordt de wisselwerking tussen COPD en HVZ vaak ondergewaardeerd en suboptimaal behandeld.⁷ Beide aandoeningen kunnen elkaar versterken door hun gedeelde pathofysiologische mechanismen. Deze wisselwerking benadrukt het belang van een geïntegreerd beheer waarbij zowel de pulmonale als cardiovasculaire aspecten van de ziekte worden aangepakt. Ook vanuit kostenperspectief valt er iets te zeggen voor een geïntegreerd beheer. Ernstige cardiale voorvallen die optreden tijdens exacerbaties zijn namelijk een belangrijke oorzaak van (dure) heropnames in het ziekenhuis bij COPD-patiënten.⁸

We vragen daarom dat er bij de uitwerking van het Belgisch plan voor cardiovasculaire aandoeningen aandacht is voor een geïntegreerde aanpak, waarbij COPD

⁵ <https://respiratoryhealth.org/copd/country/belgium>

⁶ [https://www.escardio.org/Councils/Council-for-Cardiology-Practice-\(CCP\)/Cardiopactice/cardiovascular-risk-in-chronic-obstructive-pulmonary-disease#THM1](https://www.escardio.org/Councils/Council-for-Cardiology-Practice-(CCP)/Cardiopactice/cardiovascular-risk-in-chronic-obstructive-pulmonary-disease#THM1)

⁷ [https://www.escardio.org/Councils/Council-for-Cardiology-Practice-\(CCP\)/Cardiopactice/cardiovascular-risk-in-chronic-obstructive-pulmonary-disease#THM1](https://www.escardio.org/Councils/Council-for-Cardiology-Practice-(CCP)/Cardiopactice/cardiovascular-risk-in-chronic-obstructive-pulmonary-disease#THM1)

⁸ Njoku, C.M., et al. (2020). Risk factors and associated outcomes of hospital readmission in COPD: A systematic review. *Respiratory Medicine*, 173, p. 105.988.

3. Priorités

Cette résolution a constitué une étape importante dans la mise en place d'une approche intégrée de la maladie, mais il subsiste une grande marge d'amélioration. La Belgique occupe la 31^e place sur 34 pays dans le *COPD Index*, une classification établie par le *Copenhagen Institute for Future Studies*. L'institut en question pointe, entre autres, le problème du diagnostic tardif des patients atteints de BPCO dans notre pays, ainsi que le manque de coopération entre les prestataires de soins durant le trajet de traitement.

La Belgique est encore plus mal classée (32^e) en ce qui concerne plus précisément la politique en matière de BPCO⁵. Afin d'améliorer ce mauvais résultat, la présente proposition de résolution se concentre sur trois axes à développer.

1. Le lien entre la BPCO et les maladies cardiovasculaires

La BPCO et les MCV vont souvent de pair, avec des facteurs de risque et des mécanismes pathophysiologiques communs⁶. La BPCO augmente le risque d'apparition de plusieurs MCV, dont la maladie coronarienne, l'insuffisance cardiaque, l'hypertension pulmonaire, la fibrillation auriculaire et les anévrismes aortiques. Bien que l'on prenne de plus en plus conscience de la coexistence de la BPCO et des MCV, les interactions entre celles-ci sont souvent sous-estimées et ne sont pas traitées de manière optimale⁷. Or, ces affections peuvent se renforcer réciproquement en raison de leurs mécanismes pathophysiologiques communs. Ces interactions soulignent l'importance d'une politique intégrée abordant à la fois les aspects pulmonaires et cardiovasculaires de la maladie. Une approche intégrée serait aussi intéressante en termes de coûts. En effet, les accidents cardiaques graves qui surviennent en cas d'exacerbation de BPCO sont une cause importante de réhospitalisation (entraînant des coûts élevés) chez les patients atteints de BPCO⁸.

Nous demandons dès lors que le plan belge de lutte contre les maladies cardiovasculaires prévoie une approche intégrée qui reconnaisse la BPCO comme

⁵ <https://respiratoryhealth.org/copd/country/belgium>

⁶ [https://www.escardio.org/Councils/Council-for-Cardiology-Practice-\(CCP\)/Cardiopactice/cardiovascular-risk-in-chronic-obstructive-pulmonary-disease#THM1](https://www.escardio.org/Councils/Council-for-Cardiology-Practice-(CCP)/Cardiopactice/cardiovascular-risk-in-chronic-obstructive-pulmonary-disease#THM1)

⁷ [https://www.escardio.org/Councils/Council-for-Cardiology-Practice-\(CCP\)/Cardiopactice/cardiovascular-risk-in-chronic-obstructive-pulmonary-disease#THM1](https://www.escardio.org/Councils/Council-for-Cardiology-Practice-(CCP)/Cardiopactice/cardiovascular-risk-in-chronic-obstructive-pulmonary-disease#THM1)

⁸ Njoku, C.M., et al. (2020). Risk factors and associated outcomes of hospital readmission in COPD: A systematic review. *Respiratory Medicine*, 173, p. 105.988.

als een belangrijke risicofactor voor cardiovasculaire aandoeningen wordt erkend.

2. Het gebruik van spirometrie

Vandaag wordt door de eerstelijnszorg nog altijd te weinig spirometrie uitgevoerd. Nochtans is de spirometrie het eerste onderzoek dat moet gebeuren om COPD te diagnosticeren.

Vandaag zien we dat huisartsen 81,1 % van de opstartende medicatie voorschrijven maar slechts instaan voor 5,1 % van alle spirometrietesten die worden uitgevoerd.

Spirometrie is de gouden standaard voor het stellen van de diagnose COPD. Longfunctietesten kunnen ook helpen bij de beoordeling van de ernst van de ziekte en bij de behandeling van de ziekte zodra de diagnose is gesteld. Het is belangrijk om te focussen op vroegtijdige toegang tot spirometrie om in een vroeg stadium van de ziekte de juiste inhalatiemedicatie te garanderen en zo exacerbaties, ziekenhuisopnames en cardiovasculaire voorvallen te voorkomen, die allemaal gepaard gaan met hoge economische kosten.

Vandaag zijn er drempels voor (een snelle) toegang tot spirometrie. Dit heeft, onder meer, te maken met een gebrek aan tijd en middelen bij de huisartsen. Verder zijn er ook lange wachtlijsten bij de specialisten. We moeten dus een Belgische omgeving creëren waarbij een gemakkelijker en snellere toegang tot spirometrie wordt gegarandeerd.

Er zijn veel open spirometrielaboratoria in ziekenhuizen waarnaar huisartsen patiënten kunnen doorverwijzen voor een spirometrie zonder dat ze een specialist hoeven te raadplegen. De resultaten van deze spirometrie kunnen dan worden besproken op het niveau van de eerstelijnszorg.

Helaas zijn slechts weinig huisartsen op de hoogte van het bestaan van een open spirometrielaboratorium in hun buurt. Het open spirolab van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA) bijvoorbeeld, telt slechts ongeveer 60 patiënten per jaar die worden doorgestuurd door een huisarts.

De doorverwijzing naar open spirometrielaboratoria is cruciaal om een snelle toegang tot spirometrie te verzekeren. Daarom lijkt het ons aangewezen om een lijst op te stellen van spirometrielaboratoria in België en de huisartsen te sensibiliseren over het bestaan ervan. Dit kan huisartsen helpen die geen eigen middelen en/

un facteur de risque important pour les maladies cardiovasculaires.

2. Le recours à la spirométrie

La spirométrie est encore trop peu utilisée de nos jours dans le cadre des soins de première ligne. Elle constitue pourtant le premier examen à réaliser pour diagnostiquer la BPCO.

Dans 81,1 % des cas, ce sont les médecins généralistes qui prescrivent le démarrage d'une médication, mais ils ne réalisent actuellement que 5,1 % de l'ensemble des tests spirométriques.

La spirométrie est le test de référence pour diagnostiquer la BPCO. Les tests de la fonction pulmonaire peuvent aussi être utiles pour évaluer la gravité de la maladie et pour traiter celle-ci une fois le diagnostic posé. Il est important de promouvoir un accès rapide à la spirométrie afin de garantir l'administration du bon médicament à inhaler à un stade précoce de la maladie, de manière à éviter les exacerbations, les hospitalisations et les accidents cardiovasculaires, qui ont toutes et tous un coût élevé pour la société.

À l'heure actuelle, l'accès (rapide) à la spirométrie est entravé, notamment en raison du manque de temps et de moyens à disposition des médecins généralistes. En outre, il y a de longues listes d'attente chez les spécialistes. Il faut donc créer un environnement belge garantissant un accès plus aisé et plus rapide à la spirométrie.

Il existe de nombreux laboratoires de spirométrie accessibles au public dans les hôpitaux, et les médecins généralistes peuvent y envoyer des patients en vue de passer un examen spirométrique sans devoir consulter un spécialiste. Les résultats de la spirométrie peuvent ensuite être analysés au niveau des soins de première ligne.

Hélas, rares sont les médecins généralistes qui connaissent l'existence de ces laboratoires dans leur région. Ainsi, on constate que parmi les patients pris en charge chaque année par le laboratoire de spirométrie accessible au public de l'hôpital universitaire d'Anvers (UZA), une soixantaine seulement ont été orientés vers ce service par un médecin généraliste.

Le renvoi vers un tel laboratoire est crucial pour assurer un accès rapide à la spirométrie. Par conséquent, il nous semble opportun d'établir une liste des laboratoires de spirométrie en Belgique et d'informer les médecins généralistes de l'existence de ces laboratoires. Les médecins généralistes qui ne disposent pas des équipements et/

of ervaring met spirometrie hebben om de patiënt snel door te verwijzen. Deze lijst dient als naslagwerk, om de huisartsen in staat te stellen patiënten correct door te verwijzen voor spirometrietests, indien zij dit zelf niet uitvoeren.

Daarnaast vragen we ook aan de regering om in een voldoende spreiding te voorzien van de plaatsen waar men een spirometrietest kan laten uitvoeren, zodat mensen in hun eigen regio of buurt gemakkelijk toegang hebben tot deze belangrijke diagnostische test. Dit draagt bij tot een tijdige detectie en een laagdrempelige zorg. Verder is het belangrijk dat ook de doorverwijzing naar spirometrie sterker wordt verankerd in de medische praktijk indien de huisarts zelf geen kwaliteitsvolle test kan uitvoeren. We vragen daarom aan de regering om aan te dringen op de handhaving van de internationale richtlijnen inzake astma en COPD door de wetenschappelijke verenigingen.

3. Multidisciplinaire samenwerking

Bij de behandeling van COPD is het cruciaal om de samenwerking en de communicatie tussen gezondheidswerkers te verbeteren. Een multidisciplinaire samenwerking is cruciaal gelet op de multimorbide aard van COPD. Dit vraagt een betere interactie tussen de huisartsen, de specialisten (onder andere pneumologen en cardiologen), de paramedici, de kinesisten, de apothekers en alle andere betrokken gezondheidswerkers.

Het efficiënter beheren en uitwisselen van data tussen de verschillende zorgverleners is nodig om de multidisciplinaire samenwerking te bevorderen. De huidige realiteit omtrent het Goed Gebruik van Geneesmiddelen (hierna: GGG) bijvoorbeeld, illustreert deze problematiek. Het is belangrijk voor de pneumologen om te weten hoe het GGG-gesprek is verlopen en of er überhaupt één is geweest en hoe vaak er één is geweest. De correcte inhalatietechniek is immers een belangrijk onderdeel van de behandeling. Het is ook belangrijk om te weten of de patiënt de voorgeschreven inhalatoren op tijd heeft aangekocht in de apotheek. De pneumoloog heeft echter vaak geen zicht op deze gegevens. Daarom is het nuttig dat apothekers hierover verslag uitbrengen en dat verslag opslaan via CoZo⁹ waardoor dit raadpleegbaar is voor de pneumoloog die dan met een volledige kennis van zaken de therapie al dan niet kan bijsturen.

⁹ CoZo is het Collaboratief Zorgplatform, een digitaal samenwerkingsplatform dat patiënten, zorgverleners en zorginstellingen toelaat om snel en veilig medische gegevens uit te wisselen.

ou de l'expérience nécessaires pour réaliser eux-mêmes une spirométrie pourront ainsi consulter cette liste pour orienter rapidement leurs patients vers un laboratoire approprié.

Par ailleurs, nous demandons au gouvernement d'assurer une répartition suffisante des lieux où les patients peuvent passer un test de spirométrie, afin qu'ils aient facilement accès à ce test diagnostique important près de chez eux. Cette proximité favorisera la détection précoce et l'accessibilité des soins. De plus, il importe que la prescription d'un test de spirométrie soit davantage ancrée dans la pratique médicale pour faire face aux cas dans lesquels le médecin généraliste n'est pas en mesure de réaliser lui-même un test de qualité. Nous invitons dès lors le gouvernement à insister auprès des associations scientifiques pour qu'elles appliquent les directives internationales en matière d'asthme et de BPCO.

3. Coopération pluridisciplinaire

Il est essentiel d'améliorer la coopération et la communication entre les professionnels de la santé dans le traitement de la BPCO. Compte tenu de la multimorbidité de la BPCO, une coopération pluridisciplinaire est cruciale, et celle-ci nécessite de meilleures interactions entre les médecins généralistes, les spécialistes (notamment les pneumologues et les cardiologues), le personnel paramédical, les kinésithérapeutes, les pharmaciens et tous les autres professionnels de la santé concernés.

Pour favoriser la coopération pluridisciplinaire, il convient de renforcer l'efficacité de la gestion et de l'échange des données entre les prestataires de soins, comme l'indique, par exemple, la pratique actuelle de l'entretien d'accompagnement de bon usage des médicaments ("BUM" ci-après). Il est important que le pneumologue sache si son patient a eu un entretien ou plusieurs entretiens BUM et, le cas échéant, comment ces entretiens éventuels se sont déroulés. En effet, l'adoption de la technique d'inhalation correcte est un élément important du traitement. Il importe également qu'il sache si le patient s'est procuré les inhalateurs prescrits à temps en pharmacie. Or, souvent, le pneumologue n'a pas accès à ces informations. C'est pourquoi il serait utile que les pharmaciens en fassent rapport et enregistrent leurs rapports sur une plateforme telle que CoZo⁹ afin que le pneumologue puisse les consulter et, au besoin, ajuster la thérapie en pleine connaissance de cause.

⁹ La plateforme CoZo (Collaboratief Zorgplatform) est une plateforme collaborative numérique qui permet aux patients, aux prestataires de soins et aux établissements de soins d'échanger rapidement des données médicales en toute sécurité.

Daarnaast beschikt België momenteel over onvoldoende data over patiënten met astma en COPD in de eerste lijn. Enkel de ziekenhuisopnames worden gecodeerd, waardoor de ambulante gegevens ontbreken. Daardoor blijft de kwaliteit van de zorg moeilijk te meten en kunnen beleidsbeslissingen niet op objectieve gegevens worden gebaseerd. In verschillende andere landen bestaan wel succesvolle voorbeelden van dataverzameling, zoals het Deense KOL-register, waarin jaarlijks alle COPD-patiënten worden geregistreerd en dat wordt gebruikt voor kwaliteitsbewaking, *value-based medicine* en beleidsopvolging. Een Belgisch COPD-register, gekoppeld aan de voorschrijf- en medicatiegegevens, zou een belangrijke stap zijn om de zorgkwaliteit, de therapietrouw en de doeltreffendheid van behandelingen beter op te volgen.

Effectief informatie uitwisselen is essentieel voor geïntegreerde zorgtrajecten en langdurige revalidatie, in de eerstelijnszorg of via een multidisciplinaire aanpak. Om hiaten in de communicatie te vermijden na het voorschrijven van medicatie tussen specialisten en de interactie met thuisverpleegkundigen aan te pakken, is een medisch-farmaceutische samenwerking van het grootste belang.

Ten slotte dient een uitgebreid inzicht in de medische voorgeschiedenis van een patiënt en de begeleiding een gezamenlijk doel te zijn van alle gezondheidswerkers die bij de zorg voor COPD-patiënten betrokken zijn.

Kortom, er is nood aan gedeelde elektronische medische dossiers die toegankelijk zijn voor de relevante zorginstellingen en zorgverleners – waarin de dossiers van huisartsen, apothekers, specialisten en ziekenhuizen aan elkaar worden gekoppeld – om de continuïteit van de zorg te waarborgen (met name na exacerbaties) en om datagestuurde beslissingen in het hele zorgtraject te ondersteunen.

Daarnaast moet men onderzoeken of een multidisciplinair geïntegreerd zorgtraject voor COPD – naar analogie met de bestaande zorgtrajecten voor chronisch nierfalen en type 2-diabetes – de zorg en de uitkomsten voor COPD-patiënten kan verbeteren op een budget-neutrale manier.

Aangezien COPD een belangrijke oorzaak is van vroegtijdig overlijden, moet men bekijken of COPD een

En outre, les données relatives aux patients souffrant d'asthme et de BPCO disponibles en première ligne sont insuffisantes en Belgique. Seules les hospitalisations étant encodées, les données relatives aux soins ambulatoires sont inconnues. En conséquence, il est difficile de mesurer la qualité des soins et les décisions politiques ne peuvent pas se fonder sur des données objectives. Il existe toutefois plusieurs exemples de collectes de données réussies, comme le registre danois KOL, où tous les patients atteints de BPCO sont enregistrés et qui est utilisé pour contrôler la qualité des soins, pratiquer une médecine basée sur la valeur thérapeutique et assurer le suivi des politiques. La création d'un registre belge des patients atteints de BPCO qui serait relié aux données relatives à la prescription et à la médication constituerait une étape importante en vue de l'amélioration du suivi de la qualité des soins, de l'observance thérapeutique et de l'efficacité des traitements.

L'efficacité de l'échange d'informations est essentielle dans le cadre des trajets de soins intégrés et de la revalidation de longue durée, que ce soit dans les soins de première ligne ou au travers d'une approche pluridisciplinaire. La coopération entre les médecins et les pharmaciens est essentielle pour éviter les problèmes de communication entre les spécialistes après la prescription de médicaments et pour améliorer les interactions avec les infirmiers à domicile.

Enfin, la compréhension approfondie des antécédents médicaux du patient et son accompagnement doivent être un objectif commun à tous les professionnels de la santé associés à la prise en charge des patients atteints de BPCO.

En conclusion, il conviendrait de disposer de dossiers médicaux électroniques partagés auxquels pourraient accéder les établissements et les prestataires de soins concernés – et qui relieraient les dossiers constitués par les médecins généralistes, les pharmaciens, les spécialistes et les hôpitaux – pour garantir la continuité des soins (notamment après les exacerbations) et étayer les décisions fondées sur des données tout au long du trajet de soins.

Il convient par ailleurs d'examiner la question de savoir si un trajet de soins intégrés pluridisciplinaire pour le traitement de la BPCO – analogue aux trajets de soins existants pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique et du diabète de type 2 – permettrait d'améliorer la qualité des soins et les résultats pour les patients atteints de BPCO sans grever le budget.

La BPCO étant une cause importante de décès prématuré, il convient d'examiner si elle peut faire l'objet d'un

specifiek programma kan worden binnen het gezamenlijke plan voor geïntegreerde zorg van de federale en regionale overheden.

4. *Het inzetten van COPD-verpleegkundigen*

Waarover niet in de resolutie werd gesproken is de inzet van COPD-verpleegkundigen. We vinden ze terug in het Verenigd Koninkrijk en in Nederland. Ze kunnen heel wat taken van de pneumoloog overnemen die essentieel zijn in het kader van een goede behandeling van COPD: voorlichting en informatieverstrekking aan de patiënt en zijn naasten, werken aan een goede therapietrouw en inhalatietechniek, helpen bij een betere acceptatie van bepaalde beperkingen, patiënten helpen meer grip te krijgen op handelingen van het dagelijkse leven.

Het is ook belangrijk dat ze, binnen de grenzen aangegeven door de pneumoloog, de therapie ook zouden moeten kunnen aanpassen indien de resultaten van de patiënt verslechteren.

Ten slotte zou de COPD-verpleegkundige ook als schakel en coördinator kunnen fungeren tussen de eerste en tweede lijn, alsook tussen de verschillende departementen in de tweede lijn (cardio en pneumo).

We denken dat het interessant is voor de overheid om na te gaan welke rol een COPD-verpleegkundige zou kunnen vervullen in ons gezondheidszorgstelsel en welke belemmeringen moeten worden weggewerkt om deze verpleegkundige voldoende bevoegdheden te geven.

Irina De Knop (Open Vld)

programme spécifique dans le cadre du Plan interfédéral pour des soins intégrés.

4. *Recours à des infirmiers BPCO*

La résolution ne mentionne pas le recours à des infirmiers BPCO. Il existe des infirmiers BPCO au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, où ils peuvent se charger de nombreuses tâches pour soulager les pneumologues et en vue d'un traitement efficace de la BPCO: informer le patient et ses proches, promouvoir l'observance thérapeutique et l'application des techniques d'inhalation adéquates, contribuer à l'acceptation de certaines limitations, ou encore aider le patient à mieux maîtriser certains gestes du quotidien.

Il importe également que ces infirmiers puissent ajuster le traitement du patient, sans excéder le cadre fixé par le pneumologue, si son état se détériore.

Enfin, l'infirmier BPCO pourrait aussi servir de relais et assurer la coordination entre les soins de la première ligne et de la deuxième ligne, ainsi qu'entre les différents départements de la deuxième ligne (cardiologie et pneumologie).

Nous estimons qu'il serait utile que les pouvoirs publics examinent la question du rôle que les infirmiers BPCO pourraient jouer dans notre système de soins de santé, et identifient les obstacles qu'il faudra surmonter pour pouvoir donner des compétences suffisantes à ces infirmiers.

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

A. gelet op de slechte score van ons land op de COPD-index waar we op de 32^e plaats staan van de 34 landen voor wat betreft het COPD-beleid;

B. gelet op het feit dat COPD in België de derde belangrijkste oorzaak van vroegtijdige sterfte is;

C. gelet op het feit dat in ons land vermoedelijk 800.000 Belgen lijden aan COPD waarvan de helft zich daarvan niet bewust is;

D. gelet op het feit dat COPD, naast de impact op het leven van de patiënt, ook een enorme druk legt op ons zorgsysteem door de hoge zorgkosten, mede door suboptimale eerstelijnsbehandelingen en vermijdbare ziekenhuisopnames;

E. gelet op het feit dat België momenteel over onvoldoende data beschikt over patiënten met astma en COPD in de eerste lijn;

F. gelet op de op 22 juni 2022 in de plenaire vergadering van de Kamer van volksvertegenwoordigers goedgekeurde resolutie betreffende een doeltreffende en integrale aanpak van *chronic obstructive pulmonary disease* of COPD;

G. overwegende dat er nog verbeterpunten zijn op het vlak van de toegang tot de spirometrie, het delen van informatie tussen de gezondheidszorgverleners en de bijdrage die COPD-verpleegkundigen zouden kunnen leveren in de zorg voor COPD-patiënten;

H. overwegende dat een betere regionale spreiding van testlocaties voor spirometrie bijdraagt aan een snellere en meer toegankelijke diagnose voor alle patiënten;

I. overwegende dat duidelijke richtlijnen over de aanpak van astma en COPD kunnen bijdragen tot een meer systematische doorverwijzing naar spirometrie en een rationeel gebruik van inhalatiemedicatie;

J. overwegende dat een geïntegreerde aanpak van COPD en cardiovasculaire aandoeningen de uitkomsten voor patiënten verbetert, de kosten voor de gezondheidszorg verlaagt en de levenskwaliteit verbetert voor personen die aan beide aandoeningen lijden;

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

A. vu la piètre performance de la Belgique au *COPD Index*, sa politique en matière de BPCO la reléguant à la 32^e position de ce classement de 34 pays;

B. considérant que la BPCO constitue la troisième cause principale de décès prématuré en Belgique;

C. considérant que, dans notre pays, 800.000 personnes souffriraient de BPCO, la moitié d'entre elles n'en étant pas conscientes;

D. considérant qu'outre son incidence sur la vie des patients, la BPCO exerce aussi une pression considérable sur notre système de soins de santé en raison des coûts élevés qu'elle entraîne, induits notamment par des traitements de première ligne loin d'être optimaux et des hospitalisations évitables;

E. considérant qu'en Belgique, la première ligne de soins dispose actuellement de trop peu de données sur les patients souffrant d'asthme et de BPCO;

F. considérant que, le 22 juin 2022, la Chambre des représentants a adopté en séance plénière la résolution relative à une approche efficace et intégrale de lutte contre la broncho-pneumopathie chronique obstructive;

G. considérant que l'accès à la spirométrie, le partage d'informations entre les prestataires de soins et la contribution que les infirmiers BPCO pourraient apporter dans les soins destinés aux patients BPCO peuvent encore être améliorés;

H. considérant qu'une meilleure répartition régionale des lieux dédiés à la réalisation des tests de spirométrie contribuerait à des diagnostics plus rapides et plus accessibles pour tous les patients;

I. considérant que des directives claires sur la prise en charge de l'asthme et de la BPCO pourraient contribuer à une prescription plus systématique de tests de spirométrie et à un usage rationnel des médicaments à inhaler;

J. considérant qu'une approche intégrée de la BPCO et des maladies cardio-vasculaires améliorerait les résultats pour les patients, diminuerait les coûts de ces deux maladies pour les soins de santé et améliorerait la qualité de vie des patients qui en souffrent;

VERZOEKT DE FEDERALE REGERING:

1. COPD als risicofactor voor cardiovasculaire ziekten op te nemen in het Belgisch plan voor cardiovasculaire aandoeningen en een meer doeltreffende aanpak van COPD te realiseren (preventie, vroegdetectie, behandeling en follow-up) zodat we – in overeenstemming met onze verbintenis bij de *World Health Organisation* (WHO) – de vroegtijdige sterfte door *cardiovascular disease* (CVD) vóór de leeftijd van 75 jaar met 30 % kunnen verminderen tussen 2020 en 2030;

2. een snelle toegang tot spirometrie te bewerkstelligen door:

2.1. een lijst op te stellen van open spirometrielaboratoria in België en de huisartsen te sensibiliseren over het bestaan ervan wat hen – gelet op hun gebrek aan eigen middelen en/of ervaring met spirometrie – in staat zal stellen om de patiënt snel door te verwijzen;

2.2. een uitgebreide training in spirometrietests op te nemen in het opleidingsprogramma voor gezondheidswerkers, waaronder verpleegkundigen en huisartsen, dat deel kan uitmaken van een platform waarin de spirolabo's worden gemapt;

2.3. ervoor te zorgen dat er een voldoende geografische spreiding komt van plaatsen waar spirometrietesten kunnen worden uitgevoerd, zodat elke patiënt toegang heeft tot een testlocatie binnen een redelijke afstand van zijn woonplaats;

3. een praktische implementatie van de internationale richtlijnen te bewerkstelligen door:

3.1. de handhaving/implementatie van internationale richtlijnen rond COPD (GOLD) te stimuleren wat bijvoorbeeld mogelijk is door de ontwikkeling/opscaling van een COPD-barometer in de huisartsenpraktijk alsmede een sensibilisering voor de optimale benutting ervan;

3.2. er bij de wetenschappelijke verenigingen op aan te dringen om duidelijke richtlijnen over de diagnose van astma en COPD op te stellen, met een specifieke aandacht voor een snelle doorverwijzing naar spirometrie zodat patiënten zo snel mogelijk de (aan)gepaste behandeling kunnen krijgen;

4. een multidisciplinaire samenwerking te bewerkstelligen door:

DEMANDE AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL:

1. de repertorier la BPCO comme facteur de risque des maladies cardio-vasculaires dans le plan belge de lutte contre les maladies cardio-vasculaires, et d'améliorer la prise en charge de la BPCO (prévention, dépistage précoce, traitement et suivi), pour que notre pays parvienne, entre 2020 et 2030, à réduire de 30 % le nombre de décès prématurés, avant l'âge de 75 ans, dus aux maladies cardio-vasculaires, conformément à l'engagement qu'il a pris dans le cadre de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS);

2. de permettre un accès rapide à la spirométrie:

2.1. en établissant une liste des laboratoires de spirométrie ouverts en Belgique et en informant les médecins généralistes de l'existence de ces laboratoires, ce qui, compte tenu du manque d'équipements personnels et/ou d'expérience de ces médecins pour réaliser une spirométrie, leur permettra d'orienter rapidement leurs patients vers un laboratoire;

2.2. en prévoyant une formation approfondie sur la réalisation des tests de spirométrie dans le programme de formation des professionnels de la santé, y compris des infirmiers et des médecins généralistes, qui pourrait être intégrée à une plate-forme répertoriant les laboratoires de spirométrie;

2.3. en veillant à une répartition géographique suffisante des lieux où les tests de spirométrie peuvent être réalisés, afin de permettre à chaque patient d'accéder à un lieu de test à une distance raisonnable de son domicile;

3. de procéder à la mise en œuvre pratique des directives internationales:

3.1. en encourageant l'application/la mise en œuvre des directives internationales en matière de BPCO (directives GOLD), par exemple en développant ou généralisant un baromètre BPCO à l'attention des cabinets des médecins généralistes, ainsi qu'en sensibilisant à l'utilisation optimale de ce baromètre;

3.2. en demandant aux associations scientifiques d'établir des directives claires pour le diagnostic de l'asthme et de la BPCO, en accordant une attention spécifique à un renvoi rapidement à la spirométrie, afin de permettre aux patients de bénéficier aussi vite que possible du traitement adéquat (ou d'un traitement adapté);

4. de mettre en place une coopération pluridisciplinaire:

4.1. interdisciplinaire samenwerking te stimuleren en te investeren in informatie-uitwisselende platforms, zoals CoZo, om de zorg voor COPD-patiënten te verbeteren en een naadloze communicatie tussen alle gezondheidswerkers te faciliteren alsmede ervoor te zorgen dat deze platforms voor alle betrokken gezondheidswerkers toegankelijk zijn;

4.2. tegelijkertijd de bestaande initiatieven uit te breiden, zoals het medisch-farmaceutisch overleg, om de communicatie tussen kinesisten, apothekers, eerste lijnsartsen en specialisten te verbeteren, ter stimulering van een omgeving met gedeelde kennis die cruciaal is voor de behandeling van COPD;

4.3. te bekijken of COPD een specifiek programma kan worden binnen het gezamenlijke plan voor geïntegreerde zorg van de federale en regionale overheden;

4.4. te onderzoeken of een multidisciplinair geïntegreerd zorgtraject voor COPD – naar analogie met de bestaande zorgtrajecten voor chronisch nierfalen en type 2-diabetes – de zorg en uitkomsten voor COPD-patiënten kan verbeteren op een budgetneutrale manier;

4.5. te onderzoeken hoe een nationaal COPD-register kan worden opgezet, gekoppeld aan voorschrijf- en medicatiegegevens, naar het voorbeeld van het Deense KOL-register, zodat de zorgkwaliteit, de therapietrouw en de beleidsopvolging structureel kunnen worden gemonitord;

5. het inzetten van een COPD-verpleegkundige te onderzoeken door na te gaan waar een dergelijke verpleegkundige nuttig kan zijn in ons gezondheidszorgstelsel en wie die rol onder welke voorwaarden kan opnemen alsmede na te gaan welke wettelijke belemmeringen moeten worden weggewerkt opdat deze verpleegkundige voldoende bevoegdheden kan krijgen om haar rol in te vullen.

7 november 2025

Irina De Knop (Open Vld)

4.1. en encourageant la coopération interdisciplinaire et en investissant dans des plates-formes d'échange d'informations, comme CoZo, pour améliorer les soins prodigués aux patients souffrant de BPCO et faciliter la communication entre tous les professionnels de la santé, tout en veillant à ce que ces plates-formes soient accessibles à l'ensemble des professionnels de la santé concernés;

4.2. en élargissant, dans le même temps, les initiatives actuelles, comme la concertation médico-pharmaceutique, pour améliorer la communication entre les kinésithérapeutes, les pharmaciens, les médecins de la première ligne et les spécialistes, en vue de stimuler le développement d'un environnement de partage des connaissances cruciales pour le traitement de la BPCO;

4.3. d'examiner si la BPCO pourrait faire l'objet d'un programme spécifique dans le cadre du plan commun pour des soins intégrés de l'autorité fédérale et des autorités régionales;

4.4. d'examiner la question de savoir si un trajet de soins intégrés pluridisciplinaire pour le traitement de la BPCO – analogue aux trajets de soins existants pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique et du diabète de type 2 – permettrait d'améliorer la qualité des soins et les résultats pour les patients atteints de BPCO sans grever le budget;

4.5. d'examiner la possibilité de créer un registre national des patients atteints de BPCO, qui serait relié aux données relatives à la prescription et à la médication, sur l'exemple du registre danois KOL, pour permettre un suivi structurel de la qualité des soins, de l'observance thérapeutique et de la politique mise en œuvre;

5. d'analyser l'opportunité de recourir à des infirmiers BPCO en examinant où ces infirmiers pourraient être utiles dans notre système de soins de santé et quelles sont les personnes qui pourraient remplir cette fonction, et sous quelles conditions, ainsi que d'identifier les obstacles juridiques à éliminer pour permettre à ces infirmiers de disposer des compétences suffisantes pour assurer leur fonction.

7 novembre 2025