

Pertinence des soins

Bronchopneumopathie chronique obstructive

Rapport d'élaboration



STSS

Construction du parcours

Ce rapport est téléchargeable sur :

www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé

Service communication - information

5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Abréviations	5
1. Introduction.....	6
2. Épidémiologie.....	6
3. Résumé de la physiopathologie et des aspects cliniques de la BPCO	7
3.1. Physiopathologie	7
3.2. Facteurs de risque.....	7
3.3. Conséquences cliniques.....	7
3.4. Comorbidités	7
4. Prise en charge	8
4.1. Prévention primaire	8
4.2. Diagnostic et évaluation initiale	8
4.3. Prise en charge thérapeutique.....	9
5. Problématique	12
5.1. Sous-diagnostic de la BPCO	12
5.2. La réadaptation respiratoire est insuffisamment prescrite	12
5.3. Traitement médicamenteux	13
5.4. Démarche palliative	13
5.5. Conclusion.....	13
6. Objectifs et champ du projet.....	14
7. Méthode de travail.....	15
8. Messages courts et données bibliographiques.....	16
8.1. Thème « Repérage ».....	16
8.2. Thème « Diagnostic ».....	17
8.3. Thème « Traitement »	17
8.4. Thème « Démarche palliative et fin de vie ».....	23
9. Avis des parties prenantes	25

9.1. Parties prenantes sollicitées	25
9.2. Commentaires des parties prenantes	25
10. Participants au groupe de travail	40
11. Bibliographie.....	41
Annexe. Stratégie de recherche documentaire	43
Fiche descriptive	45

Abréviations

ALD	affection de longue durée
AMM	autorisation de mise sur le marché
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
BC	<i>British Columbia</i>
BPCO	bronchopneumopathie chronique obstructive
CSI	corticostéroïde inhalé
EABPCO	exacerbation de BPCO
EFR	exploration fonctionnelle respiratoire
ETP	éducation thérapeutique du patient
FFAAIR	Fédération française des associations et amicales d'insuffisants respiratoires
HAS	Haute Autorité de santé
IRC	insuffisance respiratoire chronique
MPR	médecin physique et de réadaptation
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
OLD	oxygénothérapie de longue durée
PaO ₂	pression artérielle en oxygène
RR	réadaptation respiratoire
SFAP	Société française d'accompagnement et de soins palliatifs
SpO ₂	saturation pulsée de l'hémoglobine en oxygène
SPLF	Société de pneumologie de langue française
STSS	stratégie de transformation du système de santé
VEMS	volume expiratoire maximal à la première seconde

1. Introduction

La bronchopneumopathie chronique obstructive (ou BPCO) est une **maladie chronique inflammatoire** des bronches qui se caractérise par un rétrécissement progressif et une obstruction permanente des voies aériennes. Elle est due le plus souvent au tabac et est associée dans plus de la moitié des cas à des comorbidités.

La prise en charge thérapeutique de la BPCO est multifactorielle et nécessite le traitement des facteurs déclenchants ou favorisants, la vaccination antigrippale et antipneumococcique, la pratique de l'activité physique, et selon la gravité de la maladie, la réadaptation respiratoire et les médicaments voire l'oxygénothérapie, ainsi que la prévention et le traitement des exacerbations.

La BPCO est un problème de santé publique avec plus de 3 millions de patients en France : elle fait partie des maladies chroniques retenues dans la stratégie de transformation du système de santé (STSS) pour préparer « Ma santé 2022 ». Dans le cadre du chantier de la STSS « Inscrire la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques », des indicateurs de qualité du parcours de soins des patients souffrant de BPCO ont été développés et le guide parcours de soins publié en 2014 a été actualisé. Les autres missions de ce chantier sont de « développer la qualité et la sécurité des soins et promouvoir et diffuser les programmes d'amélioration de la pertinence des soins en lien avec les conseils nationaux professionnels (CNP) ».

Ce travail sur la pertinence des actes et prestations pour les patients ayant une BPCO est d'autant plus important que les recommandations institutionnelles et professionnelles identifiées semblent insuffisamment connues ou appliquées par les professionnels de santé. Cela peut entraîner une sur ou sous-utilisation des soins voire une mauvaise utilisation aux différentes étapes du parcours de la personne.

Dans le cadre du programme d'amélioration de la pertinence des soins, la HAS se focalise sur les indications et les non indications des soins au sens large : il peut s'agir d'un acte, d'un médicament, d'un dispositif, d'un séjour (ex : Soins de Suite et Réadaptation), d'un mode de prise en charge ou même d'une séquence de parcours. Il s'agit de réduire le recours à des soins inutiles qui pourraient être plus délétères que bénéfiques pour le patient (surutilisation) mais aussi de réduire la sous-utilisation de soins lorsqu'ils sont indispensables pour éviter une perte de chances pour le patient.

Dans ce cadre de ces travaux, la HAS s'appuie sur les recommandations de bonne pratique lorsqu'elles existent afin de rappeler certains messages clés pour lesquels une hétérogénéité de pratique est supposée ou constatée. L'objectif est d'aider les professionnels dans la prise de décision et d'encourager un dialogue entre le médecin et son patient afin de choisir les examens et les traitements les plus appropriés.

2. Épidémiologie

Les données épidémiologiques sont peu nombreuses : la prévalence est difficile à estimer en raison du sous-diagnostic et de la difficulté à réaliser des épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR) dans le cadre d'études épidémiologiques. Elle est estimée à 7,5 % dans une population de plus de 45 ans, l'incidence semble se stabiliser chez l'homme et augmenter chez la femme (1). Par ailleurs, en 2018, 25,4 % des patients adultes avaient une consommation quotidienne de tabac (SPF 2019). En 2014, 81 600 personnes étaient en affection de longue durée (ALD) pour bronchite chronique sans précision.

Le rapport 2017 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2) sur l'état de santé de la population en France montre que :

- en 2013 environ 19 000 décès étaient liés à la BPCO, dont 48 % en cause initiale ; les taux bruts de mortalité liés à la BPCO étaient de 96/100 000 adultes de 45 ans ou plus chez les hommes et 41/100 000 chez les femmes ;
- en 2014, le nombre annuel d'hospitalisations pour exacerbation de BPCO se situait entre 100 000 et 160 000, en augmentation depuis 2010, surtout chez la femme ; les taux bruts d'hospitalisation étaient de 31/10 000 chez

l'homme et 15,4/10 000 chez la femme, les taux les plus élevés (> 20 %) étant observés dans les régions du nord et de l'est de la France et à la Réunion.

3. Résumé de la physiopathologie et des aspects cliniques de la BPCO

3.1. Physiopathologie

Les malades atteints de BPCO ont une hyperplasie des cellules productrices de mucines dans l'épithélium bronchique et des glandes sous-muqueuses. Cette hyperproduction de mucus dans les voies aériennes proximales conduirait aux symptômes de bronchite chronique et, dans les voies aériennes distales, entraîne une obstruction des bronchioles, déterminant majeur de l'obstruction bronchique de la BPCO (3).

Il existe par ailleurs une dégradation des fibres élastiques alvéolaires et bronchiques qui résulte d'un déséquilibre de la balance protéases-antiprotéases. Macrophages et neutrophiles sécrètent de multiples responsables de la dégradation du parenchyme pulmonaire. La destruction progressive des alvéoles conduit à un emphysème.

3.2. Facteurs de risque

Le principal facteur de risque de BPCO est le tabagisme (actif ou passif) responsable de plus de 80 % des cas. Mais d'autres facteurs augmentent également le risque de développer la maladie (4) :

- la consommation de cannabis ;
- les facteurs environnementaux : pollution atmosphérique et pollution intérieure (chauffage au bois ou charbon) ;
- une exposition professionnelle à des toxiques ou des irritants : particules minérales (silice, charbon) ou organiques (végétales, moisissures), gaz, vapeurs et fumées ;
- les antécédents d'infections des voies respiratoires inférieures dans l'enfance ;
- une composante génétique.

3.3. Conséquences cliniques

Les premiers signes de la BPCO sont une toux matinale et des expectorations qui deviennent chroniques, une dyspnée lors d'efforts importants. La maladie passe souvent longtemps inaperçue car elle se développe de façon insidieuse, les personnes atteintes ayant tendance à banaliser leurs symptômes.

En l'absence d'arrêt de l'exposition aux facteurs de risque, la maladie évolue de façon progressive avec une obstruction non complètement réversible, associée à des conséquences systémiques. Dans certains cas, les lésions évoluent vers un emphysème et peuvent conduire à une insuffisance respiratoire chronique.

L'évolution de la maladie est ponctuée par des exacerbations qui ont un impact sur la survie lorsqu'elles sont sévères, sur la qualité de vie, sur la survenue ultérieure d'exacerbations (phénotype « exacerbateur fréquent »), sur l'activité physique et sur certaines comorbidités (dégradation de l'état nutritionnel et musculaire, dépression voire risque cardio-vasculaire).

3.4. Comorbidités

En raison des facteurs de risque communs (âge, tabac, faible activité physique), de la composante inflammatoire de la maladie et de la présence possible d'une hypoxémie, de nombreuses comorbidités sont fréquemment associées à la BPCO (4). Elles peuvent affecter différents organes et des fonctions diverses : métaboliques, musculaires, cardiaques, gastro-intestinales, psychiques.

La BPCO est une maladie isolée dans seulement 30 à 40 % des cas : certains décrivent le « comorbidome » en citant en moyenne cinq comorbidités pour un patient atteint de BPCO¹:

- des pathologies cardio-vasculaires : athérosclérose, maladie coronarienne, insuffisance cardiaque, HTA, troubles du rythme, présentes chez 20 à 70 % des patients ayant une BPCO selon l'atteinte cardio-vasculaire et les études ;
- un cancer du poumon ;
- un syndrome d'apnées du sommeil ;
- une dénutrition, une fonte musculaire ;
- une ostéoporose ;
- une dépression et/ou une anxiété (idées suicidaires, tentatives de suicide) ;
- des co-addictions, alcool, cannabis ;
- une anémie ;
- un diabète ;
- un reflux gastro-œsophagien.

4. Prise en charge

Elle est détaillée dans le guide parcours de soins des patients ayant une BPCO.

4.1. Prévention primaire

La cause la plus fréquente de BPCO étant la consommation de tabac, la prévention primaire de la maladie repose sur le dépistage individuel de cette consommation et sa prise en charge :

- **tous les professionnels de santé** en contact avec la population devraient s'impliquer dans l'aide à l'arrêt du tabac ;
- il est recommandé que **tous les patients** soient questionnés sur leur consommation de tabac de façon systématique et que leur statut de consommation soit renseigné de façon régulière ;
- toute l'aide doit être apportée pour que le patient arrête de fumer avant l'apparition des premiers symptômes de la maladie.

4.2. Diagnostic et évaluation initiale

Il est essentiel de repérer la BPCO en recherchant les facteurs de risque chez toute personne de plus de 40 ans qui présente au moins un symptôme ou une comorbidité.

Le diagnostic de la BPCO devrait être le plus précoce possible afin de prendre en charge les facteurs de risque de la maladie et les premiers symptômes. Il repose sur la spirométrie avec test de réversibilité qui, associée à la symptomatologie clinique, permet le plus souvent d'éliminer un asthme et les autres causes de dyspnée et/ou de toux.

Le diagnostic de BPCO doit conduire à :

- évaluer la sévérité de la maladie ;
- rechercher des comorbidités ;
- évaluer les besoins médicaux et psychosociaux du patient ;

¹ <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/bronchopneumopathie-chronique-obstructive-bpc>

- et selon les cas, déclarer une maladie professionnelle et/ou faire une demande d'admission en ALD.

L'avis du pneumologue sera sollicité :

- pour confirmer le diagnostic si nécessaire ;
- pour évaluer la sévérité de la maladie et son contrôle (si dissociation entre la clinique et les signes fonctionnels, suspicion de forme sévère ou très sévère, déclin rapide du VEMS) : pléthysmographie, capacité de transfert du CO, gaz du sang seront indiqués selon la situation ;
- en cas d'exacerbations fréquentes (2/an) ou d'exacerbation sévère (exacerbation ayant entraîné une hospitalisation dans l'année) ou de comorbidités ;
- pour réaliser des examens non systématiques avant traitement, selon l'histoire de la maladie et le tableau clinique : test d'exercice, endoscopie bronchique, enregistrement polygraphique ou polysomnographique (...) ;
- en cas d'insuffisance d'efficacité du traitement.

4.3. Prise en charge thérapeutique

4.3.1. L'arrêt du tabac est l'objectif prioritaire quel que soit le stade de la maladie

L'arrêt du tabac est le principal traitement susceptible de ralentir le déclin du VEMS d'un sujet fumeur ayant une BPCO. Ces patients ont une dépendance tabagique qu'il importe de traiter car les arrêts du tabac sont souvent suivis de rechute.

Il est donc essentiel de :

- penser à l'arrêt du tabac systématiquement et en parler au bon moment ;
- intervenir à chaque occasion pour favoriser et maintenir le sevrage tabagique à l'aide de tous les moyens disponibles :
 - accompagnement,
 - traitement médicamenteux,
 - soutien téléphonique,
 - éducation thérapeutique,
 - incluant l'information sur les outils disponibles auprès de l'Assurance maladie, Tabac Info Service, les applications sur téléphone mobile, etc. ;
- signaler au patient la possibilité d'aide au sevrage pour les personnes de son entourage (conjoint notamment).

4.3.2. L'arrêt ou la réduction de l'exposition aux autres facteurs de risque le cas échéant

La prise en charge des addictions ou d'une exposition professionnelle à des toxiques ou irritants peut nécessiter de prendre l'avis d'un médecin ayant une compétence en addictologie ou du service de santé au travail.

4.3.3. La vaccination antigrippale et antipneumococcique

La vaccination antigrippale peut diminuer la gravité de la maladie (infections respiratoires basses nécessitant une hospitalisation par exemple) et la mortalité (grade B) des patients souffrant d'une BPCO. Le vaccin non conjugué 23-valent (VPP 23) diminue l'incidence des pneumonies communautaires et le vaccin conjugué 13-valent celle des infections invasives à pneumocoque.

Toute consultation doit être une occasion de promouvoir la vaccination :

- vaccination antigrippale tous les ans ;
- vaccination antipneumococcique selon les recommandations du calendrier vaccinal en vigueur.

4.3.4. Encourager l'activité physique chez tous les patients

L'inactivité physique est un facteur de risque d'aggravation de la maladie. L'activité physique a des effets bénéfiques sur la dyspnée, la sensation de fatigue, la tolérance à l'exercice et la qualité de vie, l'objectif pour le patient étant un changement de comportement à long terme.

Encourager l'activité physique dans la vie quotidienne et réduire les temps de sédentarité repose sur des conseils réguliers et éventuellement la prescription d'activité physique adaptée.

4.3.5. La prise en charge nutritionnelle

L'évaluation, le suivi nutritionnel et la prise en charge des troubles nutritionnels sont essentiels à tous les stades de la maladie car la dénutrition, la maigreur ou la perte de poids ont un impact pronostique négatif quel que soit le stade de la BPCO.

4.3.6. La réadaptation respiratoire

La réadaptation respiratoire (RR) a des effets bénéfiques sur la dyspnée, la tolérance à l'exercice, la qualité de vie et la diminution du risque de réhospitalisation.

Ses deux composantes essentielles sont le réentraînement à l'exercice et l'éducation thérapeutique auxquels sont associés l'aide au sevrage tabagique, le bilan et le suivi nutritionnels et la prise en charge psychosociale.

Elle peut être proposée dans un établissement de santé, dans une structure de proximité ou au domicile du patient. Ces différents lieux ou modalités de réadaptation sont équivalents en termes d'efficacité : le choix se fait en fonction de la sévérité de la maladie, de l'autonomie et de la disponibilité des structures pour répondre aux souhaits et disponibilités du patient. Ils peuvent être utilisés à la suite l'un de l'autre.

La RR doit être proposée à tout patient symptomatique :

- proposer la RR dès la présence d'une dyspnée, d'une intolérance à l'exercice ou d'une diminution des activités quotidiennes ;
- établir un programme personnalisé ;
- impliquer le patient : construction d'un programme personnalisé avec des objectifs discutés avec le patient parmi lesquels l'arrêt du tabac, la poursuite ou le développement d'activités physiques, une alimentation adaptée, la gestion du stress ;
- partager les informations entre professionnels, ce qui nécessite en ambulatoire une coordination par un professionnel ou un réseau ;
- maintenir les acquis à court et long terme (rôle de tous les professionnels et intervenants incluant les associations de patients).

4.3.7. Le traitement pharmacologique

- Le traitement symptomatique est constitué par les bronchodilatateurs bêta-2 agonistes et anticholinergiques administrés par voie inhalée : de courte durée d'action puis de longue durée d'action en monothérapie et si échec en association.
- Le bon maniement du dispositif d'inhalation et l'observance sont essentiels.
- Il n'y a pas d'indication aux corticoïdes inhalés en monothérapie : ils ne sont indiqués qu'en association à un bêta-2 agoniste de longue durée d'action en cas d'antécédents d'exacerbations répétées et de symptômes significatifs malgré un traitement bronchodilatateur continu et selon l'indication de l'AMM (VEMS).
- L'information et l'éducation du patient en s'assurant de sa compréhension sont essentielles : adhésion et prise régulière du traitement médicamenteux, maniement des dispositifs d'inhalation, reconnaissance des symptômes précoces d'exacerbation et mise en œuvre du plan d'action personnalisé.

Tous les professionnels (médecins, pharmacien, infirmier(ère), masseur-kinésithérapeute) interviennent dans la surveillance de l'observance et de la bonne utilisation du dispositif d'inhalation.

4.3.8. Les autres traitements des malades très sévères (stade IV) relèvent de la compétence du pneumologue : oxygénothérapie de longue durée (OLD), ventilation mécanique non invasive ou invasive

Il est nécessaire :

- d'apporter toute l'aide nécessaire au patient pour qu'il s'arrête de fumer (accompagnement, traitement médicamenteux, soutien téléphonique, etc.) afin de bénéficier de l'oxygénothérapie de longue durée (OLD) en toute sécurité ;
- de faire comprendre au patient que l'oxygène est un médicament à administrer au moins 15 h par jour ; le but est d'obtenir une PaO₂ au repos > 60 mmHg et/ou une SpO₂ > 90 % ;
- de favoriser la mobilité du patient sous OLD en le motivant pour utiliser un dispositif d'oxygénothérapie portable ;
- de favoriser le maintien d'une activité physique adaptée ;
- de veiller au respect des précautions de sécurité.

4.3.9. La prise en charge des comorbidités

Le traitement de la BPCO est identique qu'il existe ou non des comorbidités et le traitement des comorbidités n'est pas modifié par la présence de la BPCO.

L'avis d'un cardiologue sera systématique et celui des autres spécialistes selon la situation.

4.3.10. Impliquer le patient dans sa prise en charge

Impliquer le patient dans sa prise en charge repose sur deux actions : l'information et l'éducation thérapeutique pour le conduire à l'autogestion de sa maladie.

L'information du patient portera sur la maladie, ses traitements et son évolution ; la planification des soins futurs sera abordée lorsqu'il est prêt.

Une feuille de route sera remise au patient avec les éléments essentiels de sa prise en charge.

L'éducation thérapeutique est essentielle à tous les stades de la maladie : elle s'inscrit dans le parcours de soins du patient et fait partie intégrante de la stratégie thérapeutique. Les objectifs sont de :

- rendre le patient autonome ;
- diminuer le risque d'exacerbation ;
- contribuer à améliorer sa qualité de vie.

Elle est intégrée ou non dans un programme de réadaptation respiratoire et est réalisée en pratique collective ou individuelle.

4.3.11. La prise en charge médico-sociale

L'évaluation des besoins médico-sociaux du patient doit être accompagnée d'une évaluation de la(des) personne(s) aidante(s).

Le patient est informé sur ses droits et contacte le cas échéant les services sociaux, compétents pour l'informer, le conseiller et l'orienter en fonction de ses besoins.

Le soutien et l'accompagnement des personnes aidantes sont indispensables.

4.3.12. La prise en charge des exacerbations

L'exacerbation est trop souvent révélatrice de la BPCO (EABPCO) et le diagnostic peut être difficile lorsque des comorbidités sont associées : il faut différencier l'EABPCO d'un syndrome coronarien aigu, d'une aggravation de l'insuffisance cardiaque, d'une embolie pulmonaire ou d'une pneumonie communautaire.

Il est essentiel d'évaluer la gravité et le besoin d'une hospitalisation.

Le traitement repose sur les bronchodilatateurs et, selon les cas, les corticoïdes systémiques et les antibiotiques.

À l'hôpital, l'oxygénothérapie et la ventilation sont du domaine du spécialiste.

À la sortie de l'hôpital, un traitement par bronchodilatateur de longue durée d'action est repris ou débuté. La réadaptation respiratoire dans les suites de l'exacerbation diminue la mortalité et le risque de réhospitalisation.

La sortie de l'hôpital sera organisée pour qu'il n'y ait pas de rupture du parcours de soins du patient.

5. Problématique

5.1. Sous-diagnostic de la BPCO

Les études sont unanimes en France (5, 6) et à l'étranger (7) pour décrire un sous-diagnostic de la BPCO.

Dans une revue de la littérature (8), parmi les freins au dépistage/diagnostic, ont été identifiés les points suivants :

- dépistage perçu comme inutile [pas d'amélioration du pronostic (3 études), absence de traitement efficace (4 études)] ;
- spirométrie inutile car le diagnostic est clinique (6 études) ;
- patients réticents (5 études) ;
- diagnostic délétère car anxiogène et culpabilisant (3 études) ;
- médecins généralistes ayant des difficultés avec les conseils de sevrage tabagique (inutile et nuisant à la relation médecin patient) (2 études) ;
- maladie considérée comme masculine (4 études) ;
- symptômes banalisés (3 études) et sous-déclarés (4 études).

Mais la qualité de ces études le plus souvent qualitatives n'est pas détaillée.

Conséquences : cette absence de spirométrie conduit le médecin généraliste à prescrire des bronchodilatateurs en l'absence même de diagnostic.

5.2. La réadaptation respiratoire est insuffisamment prescrite

Lors de la rédaction de la fiche points clés « Comment mettre en œuvre la réhabilitation respiratoire pour les patients ayant une BPCO », des obstacles potentiels à la mise en œuvre d'un programme de RR ont été décrits (9).

► Du point de vue du patient :

- manque de motivation et d'observance ;
- antécédents de faible exercice ;
- faible confiance dans la possibilité d'acquiescer de nouveaux comportements vis-à-vis de sa santé et d'obtenir des résultats suffisants ;
- éloignement des structures, rythme et horaires incompatibles avec une vie professionnelle.

► Du point de vue des professionnels :

- nécessité d'une formation sur les bénéfices, le contenu et les modalités de la réhabilitation respiratoire (accord professionnel) ;
- formation des médecins généralistes pour repérer, motiver et adresser le patient ;
- formation des masseurs-kinésithérapeutes : réentraînement à l'exercice et désencombrement bronchique
- formation pluriprofessionnelle ;
- investissement pour les masseurs-kinésithérapeutes afin d'acquérir un plateau technique onéreux (bicyclette ergométrique, tapis de marche, stepper, etc.).

Dans une étude semi-quantitative menée auprès de 30 médecins généralistes, seuls 20 % des médecins citaient la réadaptation respiratoire dans les principes de traitement de la BPCO et 97 % déclaraient ne pas connaître les programmes de réadaptation respiratoire dans leur région (10).

5.3. Traitement médicamenteux

On ne dispose pas d'étude des pratiques mais certaines publications font état d'une sur-prescription de corticoïdes inhalés (CSI) dans la BPCO (11, 12).

L'*European Medicines Agency* a fait en 2016 une évaluation du risque connu de pneumonie des différents médicaments contenant des CSI. Si 1 à 10 malades sur 100 prenant des CSI développent une pneumonie, il n'y a pas de preuve concluante sur des différences de risque entre les différents produits.

5.4. Démarche palliative

Plusieurs publications font état d'un défaut de communication sur la planification anticipée des soins chez les patients ayant une BPCO, notamment par rapport à ceux ayant un cancer (13, 14). Cela est dû au fait que :

- la trajectoire de fin de vie des patients ayant une BPCO est imprévisible avec des épisodes aigus suivis d'amélioration ;
- les professionnels et les patients ne reconnaissent pas que la BPCO est une maladie engageant le pronostic vital ;
- certains professionnels ont des difficultés à engager une discussion sur le pronostic ;
- ils négligent les soins palliatifs précoces.

5.5. Conclusion

Des enquêtes de pratiques et publications montrent que différents points de la prise en charge des patients ayant une BPCO peuvent être améliorés tant du point de vue du diagnostic que du traitement et de de la prise en charge en fin de vie.

Au regard des recommandations françaises et internationales, il apparaît nécessaire de rappeler certains messages de bonne pratique relatifs à la BPCO.

6. Objectifs et champ du projet

Objectifs et enjeux du projet

L'objectif de ce projet est de proposer des messages simples de bonne pratique sur la prise en charge de la BPCO, pouvant éventuellement être implémentés dans des logiciels adaptés, visant à améliorer la qualité des soins.

Développés en coproduction avec les professionnels et les associations de patients, ces messages courts visent à inciter les médecins à renforcer le dialogue avec les personnes suspectes/atteintes de BPCO au sujet de leur vécu de cette pathologie, des examens cliniques ou complémentaires, de discuter avec eux des traitements et des interventions les mieux indiqués dans leur cas et d'identifier ceux qui ne sont pas nécessaires.

Les enjeux de cette fiche pertinence sont :

- pour les professionnels de santé : connaître et mettre en œuvre les recommandations sur le diagnostic et le traitement de la BPCO ;
- pour les personnes dont le diagnostic est en cours ou vivant avec une BPCO : avoir un diagnostic de BPCO puis un traitement adapté à leurs besoins après une évaluation du rapport bénéfices risques, recevoir des prescriptions au long cours et en cas d'exacerbation en accord avec les recommandations, et engager des conversations de fin de vie de manière anticipée ;
- pour les pouvoirs publics : assurer que toutes les personnes suspectes/atteintes de BPCO ont accès à des soins de qualité et supprimer des coûts résultant d'actes inutiles ou dangereux ou symétriquement ceux liés à des retards préjudiciables de diagnostic et de traitement.

Productions liées au projet

Une fiche pertinence contenant des messages courts est mise à disposition des professionnels de santé. Basée sur les recommandations existantes, son objectif est de répondre aux divergences de pratiques identifiées et de diffuser les recommandations.

Population concernée

La fiche concerne les personnes adultes atteintes ou suspectes d'une BPCO.

Professionnels concernés

Les principaux professionnels concernés sont : médecins généralistes, pneumologues, cardiologues, professionnels ayant une compétence en addictologie, service de santé au travail, pharmaciens, infirmier(ère)s, masseurs-kinésithérapeutes, enseignants en activité physique adaptée, diététicien(ne)s, psychologues.

7. Méthode de travail

La méthode retenue pour l'élaboration des messages clés est adaptée de la méthode HAS « Méthode d'élaboration des fiches mémo et des fiches pertinence » (HAS, 2016). L'existence de recommandations françaises et internationales récentes sur le thème permet l'utilisation de cette méthode. Les recommandations identifiées pour actualiser le guide parcours de soins « Bronchopneumopathie chronique obstructive » ont servi de base à l'élaboration de cette fiche pertinence des soins.

La méthode a comporté plusieurs étapes :

- identification des éléments du diagnostic et du traitement de la BPCO faisant l'objet de pratiques non pertinentes ;
- recherche bibliographique et identification des recommandations de bonne pratique françaises et internationales sur ces éléments (voir stratégie de recherche documentaire complète en annexe) ;
- rédaction avec l'aide d'un groupe de travail d'une version initiale de la fiche pertinence comportant les messages courts basés sur des recommandations consensuelles et sans controverse. Le groupe de travail, constitué d'experts professionnels de santé et de deux experts associatifs, était celui qui avait actualisé le guide parcours de soins BPCO;
- envoi de la fiche pertinence aux parties prenantes ;
- analyse des avis des parties prenantes et finalisation de la fiche pertinence : précisions ou modifications des différents messages initialement proposés.

8. Messages courts et données bibliographiques

8.1. Thème « Repérage »

Message 1

Penser à la BPCO devant un patient de plus de 40 ans à risque (tabagisme, profession exposée, etc.) et/ou symptomatique (dyspnée, toux et/ou expectoration chroniques, etc.)

Il existe un sous-diagnostic majeur de la BPCO : « En France, on estime que deux tiers des cas de BPCO ne sont pas diagnostiqués. »

Il est recommandé que tous les patients soient questionnés sur leur consommation de tabac de façon systématique et que leur statut de consommation soit renseigné de façon régulière.

Chez les fumeurs, il est recommandé de dépister d'éventuelles pathologies associées à la consommation de tabac : BPCO, insuffisance respiratoire, insuffisance coronarienne, pathologie vasculaire.

► Données bibliographiques

- *Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours*, HAS 2014 (15)
 - ▶ Tous les professionnels de santé en contact avec la population devraient s'impliquer dans l'aide à l'arrêt du tabac.
 - ▶ Il est recommandé que tous les patients soient questionnés sur leur consommation de tabac de façon systématique et que leur statut de consommation soit renseigné de façon régulière.
- *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2018 (7)* : la recommandation internationale GOLD a confirmé dans son actualisation 2018 que :
 - ▶ le diagnostic devrait être évoqué chez tout patient qui présente une dyspnée, une toux chronique ou des expectorations et/ou une exposition à des facteurs de risque ;
 - ▶ le facteur de risque principal est le tabagisme ; mais des expositions environnementales telles qu'une exposition aux biomasses du fuel ou la pollution atmosphérique peuvent contribuer à développer la maladie. Des facteurs liés à l'hôte prédisposent la personne à développer une BPCO.
- *Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management*, NICE 2018 (16)
 - ▶ « *The diagnosis is suspected on the basis of symptoms and signs and is supported by spirometry.* »
 - ▶ Le diagnostic doit être évoqué chez les personnes de plus de 35 ans qui ont un facteur de risque (généralement le tabagisme) et un ou plusieurs symptômes : dyspnée d'effort, toux chronique, expectorations répétées, « bronchites » hivernales fréquentes, sifflement.

8.2. Thème « Diagnostic »

Message 2

La spirométrie est nécessaire pour faire le diagnostic de BPCO

Devant une suspicion de BPCO sur des signes fonctionnels chez un patient à risque (fumeur ou exposition professionnelle ou domestique à des toxiques ou irritants), il est recommandé de pratiquer une spirométrie avec test de réversibilité au bronchodilatateur chez un patient à l'état stable.

Tout professionnel formé peut la réaliser, l'interprétation revenant au médecin. **Le médecin généraliste doit prévoir une consultation dédiée. Une confirmation par un pneumologue** est souhaitable en cas de doute.

Prescrire un traitement bronchodilatateur sans effectuer un test diagnostique dans des délais rapides peut exposer le patient à un traitement inefficace, avec son risque d'effets indésirables et son coût, et retarder le diagnostic de BPCO.

► Données bibliographiques

- *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, GOLD 2018 (7)* : la recommandation internationale GOLD a confirmé dans son actualisation 2018 que :
 - la spirométrie est nécessaire pour faire le diagnostic ; la présence d'un VEMS/CVF < 0,70 après un bronchodilatateur confirme la présence d'une obstruction bronchique ;
 - les symptômes décrits doivent faire évoquer le diagnostic chez les personnes de plus de 40 ans puis la spirométrie est nécessaire pour affirmer le diagnostic.
- *Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management, NICE 2018 (16)*
 - « *The diagnosis is suspected on the basis of symptoms and signs and is supported by spirometry.* »
 - La spirométrie doit être faite au moment du diagnostic avec une mesure après bronchodilatateur.

8.3. Thème « Traitement »

Message 3

Le sevrage tabagique, le maintien ou le développement de l'activité physique et la vaccination antigrippale et anti-pneumococcique sont indispensables pour la prise en charge de la BPCO. Les bronchodilatateurs peuvent améliorer les symptômes ;

Le sevrage tabagique est le seul traitement susceptible de ralentir le déclin du volume expiratoire maximal à la première seconde (VEMS). La pratique de l'activité physique améliore la dyspnée, la tolérance à l'exercice et la qualité de vie. La vaccination contre la grippe et le pneumocoque prévient les exacerbations. Les bronchodilatateurs soulagent la dyspnée et peuvent réduire les exacerbations chez les patients répondeurs.

► Données bibliographiques

- *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, GOLD 2018 (7)*
 - « *Smoking cessation has the greatest capacity to influence the natural history of COPD.* »
 - Vaccination :
 - la vaccination contre la grippe peut diminuer la gravité de la maladie (telle que les infections respiratoires basses nécessitant une hospitalisation) et le risque de décès (grade B) ;
 - le vaccin pneumococcique conjugué 13-valent (VPC 13) et le vaccin pneumococcique polysaccharidique non conjugué 23-valent (VPP 23) sont recommandés pour tous les patients de 65 ans et plus. Le

VPP 23 est également recommandé chez les patients ayant une BPCO plus jeunes, s'ils ont des comorbidités telles que insuffisance cardiaque ou maladie pulmonaire ;

- le VPP 23 diminue l'incidence des pneumonies communautaires chez les patients de moins de 65 ans qui ont un VEMS < 40 % et chez les patients qui ont des comorbidités ;
- le VPC 13, dans la population générale d'adultes de 65 ans et plus diminue les bactériémies et les maladies pulmonaires invasives.

- ▶ La baisse de l'activité physique chez les patients ayant une BPCO conduit à une spirale d'inactivité qui prédispose les patients à une diminution de leur qualité de vie, une augmentation du taux d'hospitalisation et de la mortalité ; il y a donc un intérêt majeur à mettre en place des interventions pour améliorer l'activité physique.
- ▶ Le traitement pharmacologique peut réduire les symptômes de la BPCO, diminuer la fréquence et la sévérité des exacerbations et améliorer l'état de santé et la tolérance à l'exercice.
- *Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management*, NICE 2018 (16)
 - ▶ Il est recommandé de conseiller et d'encourager chaque personne ayant une BPCO et continuant de fumer à s'arrêter, de lui offrir de l'aide pour le faire, et cela à chaque occasion.
 - ▶ Il est recommandé de vacciner toute personne ayant une BPCO contre la grippe et le pneumocoque, selon les recommandations du *Chief Medical Officer*.
 - ▶ Une équipe multidisciplinaire doit prendre en charge ces patients afin de proposer les soins et traitements suivants : réadaptation respiratoire, exercice (...).
 - ▶ L'évaluation de l'efficacité des bronchodilatateurs repose sur plusieurs mesures qui incluent une amélioration des symptômes, des activités de la vie quotidienne, la capacité d'exercice et la rapidité de disparition des symptômes.
- *Calendrier vaccinal 2018* (17)
 - « À partir de l'âge de 2 ans, la vaccination est recommandée pour les patients à risque ; elle est effectuée avec un vaccin conjugué 13-valent, ainsi qu'avec un vaccin non conjugué 23-valent (VPP 23) selon les modalités figurant dans le schéma vaccinal mentionné plus bas : elle s'adresse aux personnes suivantes :
 - (...)
 - insuffisance respiratoire chronique, bronchopneumopathie obstructive, emphysème. »
- Haute Autorité de santé
 - ▶ *Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours*, HAS 2014 (15) : « (...) Ces patients nécessitent un conseil et une prise en charge renforcés dès le diagnostic de BPCO » (accord d'experts).
 - ▶ *Promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé*, HAS 2018 (18) :
 - l'activité physique chez les personnes ayant une BPCO entraîne un meilleur contrôle des symptômes de la maladie ;
 - l'AP d'endurance augmente la capacité cardio-respiratoire. Elle réduit la fréquence respiratoire, la fréquence cardiaque, la dyspnée et les niveaux de lactate dans le sang pour un même exercice ;
 - l'AP en renforcement musculaire améliore la force et l'endurance musculaires (en particulier des membres inférieurs), ainsi que la capacité cardio-respiratoire ;
 - les AP combinées d'endurance et en renforcement musculaire améliorent encore plus la force musculaire et la capacité cardio-respiratoire du patient atteint de BPCO.
 - ▶ *Quelle place pour les associations fixes corticoïde / bêta-2 mimétique de longue durée d'action, dans le traitement de la bronchopneumopathie chronique obstructive*, HAS 2016 (19) : en dehors des exacerbations, les médicaments utilisés visent à diminuer les symptômes et réduire la fréquence et la gravité des complications. Les bronchodilatateurs, pris à la demande ou en continu, sont le principal traitement symptomatique

de la BPCO. Les associations de bronchodilatateurs sont uniquement symptomatiques et n'ont pas d'effet sur la mortalité. Ils permettent de réduire la fréquence des exacerbations modérées et/ou sévères.

Message 4

La réadaptation respiratoire doit être proposée à tout patient dyspnéique.

Toutes les recommandations sont unanimes sur les indications de la réadaptation respiratoire, chez tout patient qui présente une dyspnée, une diminution de la tolérance à l'exercice ou des limitations d'activités et restrictions de participation d'origine respiratoire (diminution des activités sociales, professionnelles ou personnelles).

Les bénéfices de la réadaptation respiratoire sont en effet clairement démontrés sur la dyspnée, la tolérance à l'exercice, la qualité de vie et la diminution du risque de réhospitalisation pour une exacerbation.

► Données bibliographiques

- *Réhabilitation du patient atteint de BPCO*, SPLF 2010 (20)
 - La réadaptation respiratoire doit être proposée à tout patient atteint d'une BPCO et présentant une incapacité respiratoire ou un handicap respiratoire évaluables.
 - Elle est particulièrement indiquée chez les patients qui présentent, malgré une prise en charge optimale de leur maladie :
 - une dyspnée ou une intolérance à l'exercice (G1+) ;
 - une réduction de leurs activités sociales en rapport avec l'altération de leur état de santé (G1+).
- *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*, GOLD 2018 (7)
 - La réadaptation respiratoire améliore la dyspnée, l'état de santé et la tolérance à l'exercice chez les patients stables (grade A).
 - La réadaptation respiratoire diminue les réhospitalisations chez les patients qui ont eu une exacerbation récente (dans les 4 semaines qui suivent une hospitalisation).
 - La réadaptation respiratoire est indiquée chez la plupart des patients qui ont une BPCO : l'amélioration de la capacité d'exercice et de la qualité de vie a été démontrée chez les patients à tous les stades de sévérité de BPCO mais les preuves sont les plus élevées chez les patients avec une BPCO modérée à sévère. Un bénéfice a été montré également chez les patients qui ont une insuffisance respiratoire chronique.
 - La réadaptation respiratoire est l'une des stratégies thérapeutiques le plus coût-efficace.
- *BTS guideline on pulmonary rehabilitation in adults*, BTS 2013 (21).

La réadaptation respiratoire doit être proposée à tous les patients atteints de BPCO dans le but d'améliorer la capacité d'exercice (grade A), d'améliorer la dyspnée et l'état de santé de manière cliniquement significative (grade A), d'améliorer le bien-être psychologique (grade A).

Message 5

Le maniement du dispositif d'inhalation doit être expliqué au patient puis vérifié à chaque occasion par tout professionnel de santé, par une démonstration du patient lui-même.

La qualité du maniement du dispositif d'inhalation est essentielle pour que le traitement soit efficace. Le choix du dispositif d'inhalation est adapté aux capacités et à la préférence du patient qui doit être formé à son utilisation. En cas de difficulté d'apprentissage, d'autres dispositifs peuvent être disponibles et, selon besoin, un accompagnement ou des séances d'éducation thérapeutique peuvent être dédiés au maniement du dispositif d'inhalation.

► Données bibliographiques

- *Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management*, NICE 2018 (16)

La plupart des patients ayant une BPCO, quel que soit leur âge, peuvent acquérir une technique d'inhalation acceptable s'ils sont formés. Une approche pragmatique basée sur une évaluation individuelle du patient est nécessaire pour choisir le dispositif : le *Nice* formule des recommandations pour chacun des dispositifs.

- *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*, GOLD 2018 (7)

Il est essentiel de donner des instructions et de faire la démonstration de la bonne technique d'inhalation quand un dispositif d'inhalation est prescrit, de s'assurer que la technique est acceptable et de vérifier à chaque consultation que le patient continue de l'utiliser correctement.

La technique d'inhalation et l'observance doivent être vérifiées avant de conclure à une inefficacité du traitement prescrit.

Des études d'observation ont montré une relation significative entre la mauvaise utilisation des dispositifs d'inhalation et le contrôle des symptômes. Les déterminants d'une mauvaise technique sont l'âge, l'utilisation de dispositifs d'inhalation multiples, le manque d'éducation à la technique d'inhalation. L'éducation améliore la technique chez certains de ces patients.

- *Quelle place pour les associations fixes corticoïde / bêta-2 mimétique de longue durée d'action, dans le traitement de la bronchopneumopathie chronique obstructive ?* HAS 2016 (19)

« Tous les médicaments inhalés imposent d'enseigner au patient les modalités du dispositif d'inhalation et de vérifier que ces modalités sont bien comprises pour que le traitement soit efficace. Il est bon de rappeler au patient de se rincer la bouche après l'inhalation. »

Message 6

Ne pas traiter les patients ayant une BPCO par des corticostéroïdes inhalés en monothérapie.

La plupart des études ont montré que les corticostéroïdes inhalés seuls n'avaient pas d'effet sur le déclin du VEMS ni sur la mortalité.

Prescrits au long cours, ils augmentent le risque de pneumonie.

Ils peuvent être indiqués en seconde intention, associés à un bêta-2 mimétique de longue durée d'action, en cas d'exacerbations répétées malgré un traitement bronchodilatateur de longue durée d'action.

► Données bibliographiques

Les corticoïdes inhalés n'ont pas d'autorisation de mise sur le marché dans la BPCO. Les seules indications concernent l'asthme.

Aucune recommandation ne les propose en monothérapie.

- *Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management*, NICE 2018 (16)

« *Be aware of, and be prepared to discuss with the person, the risk of side effects (including pneumonia) in people who take inhaled corticosteroids for COPD*[1]. [2010, amended 2018]. »

- *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*, GOLD 2018 (7)

Un traitement répété par corticoïde inhalé augmente le risque de pneumonie, en particulier chez les patients qui ont une forme sévère (grade A).

- *Quelle place pour les associations fixes corticoïde / bêta-2 mimétique de longue durée d'action, dans le traitement de la bronchopneumopathie chronique obstructive ?* HAS 2016 :

- les corticoïdes inhalés ne doivent être employés que conjointement à un bronchodilatateur de longue durée d'action et seulement chez les patients atteints de BPCO modérée à sévère, c'est-à-dire avec un VEMS < 50 % de sa valeur théorique et des exacerbations répétées malgré un traitement bronchodilatateur continu ;
- ils augmentent le risque de survenue d'infections respiratoires basses, en particulier de pneumonies, chez des patients déjà à risque d'infections ;
- le risque de survenue de pneumonie lors d'un traitement par corticoïde inhalé chez les patients atteints de BPCO est connu.

Message 7

Ne pas traiter les patients ayant une BPCO par des corticostéroïdes oraux au long cours.

Les corticoïdes oraux peuvent, dans certaines situations, être indiqués en cas d'exacerbation car ils peuvent améliorer la fonction pulmonaire et la dyspnée, raccourcir la durée de guérison et d'hospitalisation. Mais le traitement doit être réservé aux exacerbations sévères et prescrit sur une courte durée (5 jours en général selon les recommandations), en raison d'un rapport bénéfices/risques négatif sur le long terme : absence de bénéfice démontré et nombreux effets indésirables.

► **Données bibliographiques**

- *Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management*, NICE 2018 (16)

L'utilisation au long cours des corticoïdes oraux n'est habituellement pas recommandée. Quelques personnes ayant une BPCO à un stade avancé peuvent avoir besoin de corticoïdes oraux lorsque ceux-ci ne peuvent pas être arrêtés au décours d'une exacerbation. Dans ce cas, la dose doit être la plus faible possible.

- *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*, GOLD2018 (7)

Les corticoïdes oraux ont de nombreux effets secondaires (grade A) sans preuve de leurs bénéfices (grade C).

- *Quelle place pour les associations fixes corticoïde / bêta-2 mimétique de longue durée d'action, dans le traitement de la bronchopneumopathie chronique obstructive ?* HAS 2016

Les corticoïdes par voie générale ne sont pas recommandés, sauf lors d'exacerbations modérées à sévères, pendant une courte période.

Message 8

Ne pas prescrire systématiquement un antibiotique pour une exacerbation de BPCO mais uniquement s'il y a une augmentation de la purulence et/ou du volume de l'expectoration.

Toutes les exacerbations de BPCO ne sont pas déclenchées par une infection bactérienne mais elles peuvent l'être par une infection virale, le tabagisme, une pollution environnementale ou l'arrêt des traitements de fond.

► **Données bibliographiques**

- *Prise en charge des exacerbations de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)*, SPLF 2017 (22)

En ville, les antibiotiques ne sont recommandés qu'en cas de changement de couleur de l'expectoration, d'augmentation de son volume ou de son épaisseur.

À l'hôpital, l'antibiothérapie est proposée en cas de purulence de l'expectoration, de signes de gravité ou pour les terrains à risque : BPCO sévère (VEMS < 30 % de la théorique) ou comorbidité pouvant menacer le pronostic vital.

- *Chronic obstructive pulmonary disease (acute exacerbation): antimicrobial prescribing, NICE guideline 2018 (23)*
 - ▶ De nombreuses exacerbations, y compris des formes sévères, ne sont pas dues à une infection bactérienne mais peuvent être provoquées par une infection virale, le tabac ou d'autres facteurs.
 - ▶ L'antibiothérapie peut être envisagée après avoir pris en compte :
 - la sévérité des symptômes, en particulier les changements de couleur de l'expectoration, l'augmentation de son volume, de son épaisseur, au-delà des variations quotidiennes habituelles pour la personne ;
 - la nécessité ou non d'une hospitalisation ;
 - les antécédents d'exacerbation et d'hospitalisation, et le risque de développer des complications ;
 - les examens bactériologiques de l'expectoration ;
 - le risque de résistance bactérienne en cas de cures répétées d'antibiotiques.
- *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, GOLD 2018 (7)*
 - ▶ L'utilisation des antibiotiques est controversée. Il y a des preuves de l'intérêt des antibiotiques quand les patients ont des signes cliniques d'infection bactérienne, *ie* une augmentation de la purulence de l'expectoration.
 - ▶ Selon la revue de la littérature, les antibiotiques devraient être prescrits chez les patients qui ont les trois signes cardinaux : augmentation de la dyspnée, du volume de l'expectoration et de la purulence de l'expectoration.

8.3.1. Message 9

Ne pas renouveler systématiquement la prescription d'oxygène sans évaluer l'hypoxémie ;

Les recommandations internationales ont montré qu'il n'y avait pas d'avantage clinique de l'oxygénothérapie chez les patients qui n'avaient pas d'hypoxémie sévère (< 60 mmHg). Celle-ci est associée à des risques à domicile (incendie, chute), des effets secondaires (irritation nasale, saignement de nez) ; elle peut freiner l'activité physique ou les activités sociales du patient et engendrer un coût élevé.

La mesure de la saturation pulsée de l'hémoglobine en oxygène (SpO₂) mesurée par l'oxymètre de pouls ou saturimètre doit être systématique à chaque consultation.

▶ **Données bibliographiques**

- *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, GOLD 2018 (7)*
 - ▶ L'administration d'oxygène au long cours augmente la survie chez les patients avec une hypoxémie sévère au repos (grade A).
 - ▶ Chez les patients avec une BPCO stable et une désaturation artérielle au repos modérée ou provoquée par l'exercice, la prescription d'une oxygénothérapie de longue durée n'augmente pas la durée de vie ou le délai de la première hospitalisation, n'améliore pas l'état de santé ou la fonction pulmonaire au test de marche de 6 minutes (grade A).

8.4. Thème « Démarche palliative et fin de vie »

Message 10

Aborder la question de la personne de confiance, des directives anticipées et des soins palliatifs suffisamment tôt dans le parcours de soins.

Les patients qui ont une BPCO reçoivent des soins palliatifs moins souvent et/ou plus tardivement que les patients qui ont un cancer.

Or, la planification des soins futurs permet de limiter les souffrances du patient en évitant les traitements de maintien en vie non souhaités et déraisonnables.

Parler avec le patient de l'évolution de sa maladie, en particulier en cas d'exacerbation aiguë, des événements futurs (...) permet de construire avec lui et à l'avance un projet de soins. Lui expliquer les possibilités thérapeutiques de la maladie et des symptômes, lui faire savoir qu'il peut donner ses objectifs et préférences pour sa fin de vie peut le rassurer.

Ces échanges seront adaptés à sa demande et à son état psychologique ; ils seront conduits en particulier après une exacerbation sévère ou en cas d'exacerbations répétées ou au stade d'insuffisance respiratoire.

► **Données bibliographiques.**

- *L'essentiel de la démarche palliative*, HAS 2016 (24)

Le travail sur la démarche palliative de la Haute Autorité de santé a fait le point sur les travaux publiés et la conduite à tenir chez les personnes ayant une maladie chronique engageant le pronostic vital :

- ▶ la démarche palliative s'inscrit dans la durée : elle accompagne le patient tout au long de sa maladie, s'adapte aux améliorations et aux complications jusqu'au décès ;
- ▶ elle est centrée sur les besoins, les attentes et les projets du patient, de sa famille et de ses proches ;
- ▶ elle a pour objectif d'offrir la meilleure qualité de vie possible au patient et à ses proches dans une approche globale et individualisée ;
- ▶ tout au long de la maladie, elle nécessite une information du patient afin de faciliter son autonomie et l'expression de ses choix ;
- ▶ elle respecte la dignité du patient tout au long de la maladie et pendant la phase terminale ;
- ▶ elle cherche à éviter l'obstination déraisonnable et à respecter la volonté et les priorités du patient, exprimées le cas échéant dans ses directives anticipées ;
- ▶ le médecin et les professionnels concernés seront vigilants aux points suivants :
 - savoir ce que la personne peut et veut entendre, quelles sont ses attentes,
 - ne pas retarder cette information : informations sur sa maladie, sur les traitements spécifiques de la maladie (finalité, effets indésirables), les soins et traitements palliatifs, les réponses possibles à ces traitements, la prise en charge des symptômes,
 - faciliter l'implication du patient dans la prise de décision ; la planification des soins futurs permet de construire un projet de soins, de traitement et d'accompagnement adapté aux souhaits du patient pour sa fin de vie et éventuellement d'aborder les directives anticipées,
 - ne pas faire perdre tout espoir au patient sans pour autant entretenir ou favoriser des attentes irréalistes.

Cette démarche s'inscrit plus largement dans les principes de la résolution « Soins palliatifs » adoptée par l'OMS en 2014 (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21454fr/s21454fr.pdf>).

- *Directives anticipées, HAS 2016*

Le travail sur les directives anticipées a identifié des publications sur la planification des soins futurs.

La planification anticipée des soins doit être proposée à tous les patients qui ont une maladie chronique et dont le pronostic est engagé. Il est nécessaire de procéder en plusieurs étapes :

- ▶ proposer au patient d'y réfléchir ;
- ▶ s'il accepte, lui donner les éléments de réflexion : explication de la loi, importance des valeurs et des préférences pour faire ses choix ;
- ▶ avoir autant de conversations que nécessaire pour répondre à ses questions et le cas échéant évoquer les scénarios possible en fonction de sa maladie ;
- ▶ lui conseiller d'en parler avec ses proches, famille, ami, personne de confiance, un conseiller spirituel le cas échéant ;
- ▶ lui proposer de l'aider à rédiger ses directives anticipées ;
- ▶ réviser régulièrement cette planification anticipée des soins (notamment en cas de changement important du pronostic) pour revoir les objectifs et préférences du patient et actualiser selon besoin ses directives anticipées.

9. Avis des parties prenantes

9.1. Parties prenantes sollicitées

- Collège de la médecine générale
- Fédération française de pneumologie
- FEDMER-CNP de médecine physique et réadaptation
- Société française de tabacologie
- Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière
- Collège de la masso-kinésithérapie
- Collège infirmier français
- Fondation du Souffle
- Fédération française des associations et amicales d'insuffisants respiratoires

9.2. Commentaires des parties prenantes

COMMENTAIRES FORME

Éléments (+)

Partie prenante	Commentaire
Collège de la médecine générale	–
Fédération française de pneumologie	–
FEDMER-CNP de médecine physique et réadaptation	
Société française de tabacologie	Clarté de la présentation et des messages +++ Nombre de messages pas trop important Textes des messages assez courts, donc percutants et facilement et rapidement lus pour toucher le plus grand nombre des personnes ciblées Belle présentation et mise en forme de la plaquette : très agréable à lire
Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière	Rapport structuré et didactique
Collège de la masso-kinésithérapie	Bon ciblage des messages
Collège infirmier français	
Fondation du Souffle	–
FFAAIR	

Éléments (-)

Partie prenante	Commentaire
Collège de la médecine générale	–
Fédération française de pneumologie	–

Partie prenante	Commentaire
FEDMER-CNP de médecine physique et réadaptation	<p>(Très) petit point de détail : Utilisation de termes médicaux (ex : « dyspnée ») <i>versus</i> terme utilisé par les patients = « essoufflement » Parfois : termes du langage courant (ex : « saignement de nez » <i>versus</i> terme médical « épistaxis ») Tout dépend à qui s'adressent ces messages ? Si pour les professionnels = termes médicaux + Si c'est pour les patients = termes courants + Si c'est pour les deux catégories = citer les 2 termes (épistaxis [saignement de nez] ou l'inverse) ?</p>
Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière	<p>Dans le rapport, plusieurs abréviations ne sont pas définies au préalable : EABPCO p9 ; LA p17 : SPF p9</p>
Collège de la masso-kinésithérapie	-
Collège infirmier français	<p>Sur la forme : parler de patient « souffrant » de maladie/BPCO au lieu de « a » une maladie/BPCO</p>
FFAAIR	

COMMENTAIRES « MESSAGE 1 – DIAGNOSTIC »

PENSER À LA BPCO DEVANT UN PATIENT DE PLUS DE 40 ANS À RISQUE (TABAGISME, PROFESSION EXPOSÉE, ...) ET/OU SYMPTOMATIQUE (DYSPNÉE, TOUX...)

NE PAS COMMENCER UN TRAITEMENT BRONCHODILATATEUR SANS AVOIR CONFIRMÉ LE DIAGNOSTIC PAR UNE SPIROMÉTRIE AVEC TEST DE RÉVERSIBILITÉ AU BRONCHODILATATEUR

Il existe un sous-diagnostic majeur de la BPCO. Celui-ci repose sur la spirométrie

« En France, on estime que deux-tiers des cas de BPCO ne sont pas diagnostiqués. »

Devant une suspicion de BPCO sur des signes fonctionnels chez un patient à risque (fumeur ou exposition professionnelle ou domestique à des toxiques ou irritants) il est recommandé de pratiquer une spirométrie avec test de réversibilité aux bronchodilatateurs chez un patient à l'état stable.

Débuter le traitement bronchodilatateur sans test diagnostique expose le patient à un traitement inefficace, avec son risque d'effets indésirables et son coût, et retarde le diagnostic.

Partie prenante	Commentaire
Collège de la médecine générale	–
Fédération française de pneumologie	<p>Il est souhaitable que le diagnostic soit confirmé par un pneumologue.</p> <p>C'est le diagnostic (et non le sous-diagnostic) qui repose sur la spirométrie.</p> <p>Il est extrêmement délétère de recommander de ne pas débiter un traitement sans spirométrie, celle-ci pouvant ne pas être immédiatement accessible. Cela revient à recommander une « perte de chances » de soulagement des symptômes et de réduction du risque d'exacerbations chez les patients ayant un accès limité au système de santé pour des raisons géographiques, sociales. Avec le risque d'accentuation des conséquences des inégalités d'accès aux soins.</p> <p>Chez un patient dyspnéique handicapé et/ou exacerbateur fréquent, il est parfaitement licite de débiter en soins primaires un traitement bronchodilatateur (+/- corticoïde inhalé en cas de doute avec un asthme associé) POURVU QUE le diagnostic soit rapidement confirmé ou infirmé par une spirométrie avec test de réversibilité, et avis spécialisé (systématiquement ou, au minimum, si symptômes disproportionnés, insuffisance d'efficacité du traitement, doute diagnostique, comorbidités, sévérité clinique et/ou spirométrique). C'est ce que préconisent les recommandations.</p> <p>Il n'a jamais été montré de risque lié à l'institution d'un traitement bronchodilatateur sans maladie obstructive bronchique, à partir du moment où le diagnostic est rapidement confirmé.</p> <p>Un indicateur simple peut être la réalisation d'une spirométrie à +/- 6 mois de la prescription d'un bronchodilatateur.</p> <p>Dans la fiche, il faudrait ainsi remplacer :</p> <p>« Débiter le traitement bronchodilatateur sans test diagnostique expose le patient à un traitement inefficace, avec son risque d'effets indésirables et son cout, et retarde le diagnostic. »</p> <p>Par :</p> <p>« Débiter le traitement bronchodilatateur sans effectuer un test diagnostique dans des délais rapides peut exposer le patient à un traitement inefficace, avec son risque d'effets indésirables et son cout, et retarder le diagnostic. »</p> <p>Il faut préciser les critères symptomatiques de suspicion : toux et/ou expectoration chroniques, dyspnée d'exercice, bronchites/infections respiratoires basses récurrentes et/ou traînantes.</p> <p>À discuter : Préciser un délai pour le bilan diagnostique après traitement d'épreuve ? (par exemple 3-4 mois, 6 mois serait probablement trop long avec le risque de ne plus jamais le réaliser, ...).</p> <p>Les symptômes (toux, expectoration et dyspnée), en particulier chez un fumeur de plus de 40 ans, doivent faire rechercher une BPCO. Cependant, ils ne sont pas pathognomoniques et doivent faire rechercher d'autres diagnostics également fréquents comme le cancer bronchique, parfois associés à la BPCO.</p>
FEDMER-CNP de médecine physique et réadaptation	
Société française de tabacologie	Simple suggestion : Après « toux »... : ajouter « expectoration » ?

Partie prenante	Commentaire
Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière	Aucun
Collège de la masso- kinésithérapie	-
Collège infirmier français	
Fondation du Souffle	Remplacer bronchodilatateur par beta 2 mimétiques. Ajouter dans le commentaire que : - une confirmation par un pneumologue est souhaitable en cas de doute - une fois le diagnostic confirmé, une recherche de comorbidités associées est nécessaire.
FFAAIR	

COMMENTAIRES « MESSAGE 2 – TRAITEMENT »

LES TROIS PRINCIPAUX TRAITEMENTS D'UN PATIENT QUI A UNE BPCO SONT LE SEVRAGE TABAGIQUE, LE MAINTIEN OU LE DÉVELOPPEMENT DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET LA VACCINATION ANTIGRIPPALE ET ANTI PNEUMOCOCCIQUE

Le sevrage tabagique est le seul traitement susceptible d'arrêter le déclin du vems. Le maintien de l'activité physique améliore la dyspnée, la tolérance à l'exercice et la qualité de vie et la vaccination contre la grippe et le pneumocoque prévient les exacerbations

Partie prenante	Commentaire
Collège de la médecine générale	-
Fédération française de pneumologie	<p>Pourquoi faire si peu de place aux traitements pharmacologiques (en les excluant des « principaux traitements »), alors qu'ils peuvent être réellement utiles chez les patients « répondeurs » ?</p> <p>Il est vrai que l'efficacité des médicaments inhalés dans la BPCO est souvent incomplète et d'amplitude limitée. Toutefois, cette exclusion est potentiellement délétère car peut suggérer à tort l'absence générale d'efficacité significative (au sens clinique du terme) de ces traitements. Et de ce fait l'absence de nécessité d'un diagnostic précis, puisque les traitements qualifiés ici de « principaux » sont finalement indiqués chez tous les sujets à risque (à l'exception éventuellement des vaccinations). Autrement dit, cela donnerait l'impression d'une maladie « non traitable ».</p> <p>Il faudrait souligner que le sevrage tabagique, l'activité physique et la vaccination sont les traitements communs (plutôt que « principaux ») à tous les malades BPCO. Mais sans occulter le fait que, chez un patient dont la dyspnée est soulagée de manière cliniquement pertinente ou dont les exacerbations sont réduites par un traitement médicamenteux, celui-ci peut clairement être considéré comme faisant partie des « principaux » traitements du patient. Ainsi, il existe des patients modérés améliorés de manière tout à fait satisfaisante par un traitement bronchodilatateur auquel ils sont répondeurs.</p>
FEDMER-CNP de médecine physique et réadaptation	
Société française de tabacologie	<p>Dans ce chapitre « Traitement » les bronchodilatateurs ne sont pas mentionnés ; est-ce volontairement ?</p> <p>Il est vrai que hélas beaucoup se contentent des BD +/- vaccins et oublient les 2 premiers Tt cités ici.</p> <p>C'est vrai aussi que les BD ne sont qu'un « complément » au 3 Tt cités et pas le Tt principal de cette maladie.</p> <p>Couper la 2^e phrase du commentaire.</p>
Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière	<p>Le terme « traitement » entend un médicament. Changer éventuellement la formule par : les trois axes de prise en charge d'un patient qui a une BPCO sont ...</p>
Collège de la masso-kinésithérapie	-
Collège infirmier français	
Fondation du Souffle	<p>- Forme : « À l'efficacité démontrée » à la place de « susceptible d'arrêter »</p>
FFAAIR	

COMMENTAIRES « MESSAGE 3 – TRAITEMENT »

LA RÉADAPTATION RESPIRATOIRE DOIT ÊTRE PROPOSÉE À TOUT PATIENT DYSPNÉIQUE

Toutes les recommandations sont unanimes sur les indications de la réadaptation respiratoire, chez tout patient qui présente une dyspnée, une diminution de la tolérance à l'exercice ou un handicap d'origine respiratoire (diminution des activités sociales, professionnelles ou personnelles). Ses bénéfices sont en effet clairement démontrés sur la dyspnée, la tolérance à l'exercice, la qualité de vie et la diminution du risque de ré-hospitalisation.

Partie prenante	Commentaire
Collège de la médecine générale	Quelles possibilités et disponibilités dans les territoires pour la réadaptation respi ?
Fédération française de pneumologie	Exact mais il faut insister sur l'importance : - du renforcement musculaire et du ré-entraînement à l'exercice associés à la kinésithérapie respiratoire - du maintien ou du développement de l'activité physique qui doit être quotidienne. La nature de cette activité, pratiquée en sus de la réadaptation respiratoire, doit être choisie (marche ou autre) en accord avec le patient
FEDMER-CNP de médecine physique et réadaptation	
Société française de tabacologie	Très bien – rien à ajouter.
Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière	aucun
Collège de la masso-kinésithérapie	- Les kinésithérapeutes de ville hésitent à s'équiper d'un plateau technique onéreux pour une prise en charge hypothétique de ce type de patients, car sous prescrit comme souligné dans le rapport. - Il faut que de son côté le collège de la masso-kinésithérapie insiste sur la prise en charge des patients porteurs d'une BPCO auprès des kinésithérapeutes libéraux, en réexpliquant le schéma et les guidelines de cette prise en charge. - il faut inciter les kinésithérapeutes qui ont ce type de compétence et le plateau technique ad-hoc à communiquer auprès des médecins généralistes (MG). - ATTENTION : toute prise en charge en ambulatoire doit faire l'objet au minimum d'une prescription d'un test à l'effort (recos HAS) (ce qui parfois limite la prescription par le MG).
Collège infirmier français	
Fondation du Souffle	- Pourquoi réadaptation au lieu de réhabilitation ?
FFAAIR	

COMMENTAIRES « MESSAGE 4 – TRAITEMENT »

LE MANIEMENT DU DISPOSITIF D'INHALATION DOIT ÊTRE EXPLIQUÉ AU PATIENT PUIS VÉRIFIÉ À CHAQUE OCCASION PAR TOUT PROFESSIONNEL DE SANTÉ

La qualité du maniement du dispositif d'inhalation est essentielle pour que le traitement soit efficace. Le choix du dispositif d'inhalation est adapté aux capacités et à la préférence du patient qui doit être formé à leur utilisation. En cas de difficulté d'apprentissage, d'autres dispositifs peuvent être disponibles voire une chambre d'inhalation

Partie prenante	Commentaire
Collège de la médecine générale	–
Fédération française de pneumologie	Formulation à réviser : la chambre d'inhalation fait partie des « autres dispositifs. » (« voire une chambre d'inhalation » est inutile et peut prêter à confusion). Tous les intervenants du parcours doivent contribuer à l'éducation à la technique d'utilisation et la vérification de celle-ci, et donc y être formés : soins primaires, pneumologue, pharmacien, kinésithérapeute, IDE.
FEDMER-CNP de médecine physique et réadaptation	
Société française de tabacologie	Message très important – Parfait.
Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière	Le patient doit être éduqué au maniement du dispositif d'inhalation. Dans le titre, compléter par « .puis vérifié à chaque occasion par une démonstration du patient lui-même. » Compléter par « En cas de difficulté d'apprentissage, d'autres dispositifs peuvent être disponibles, voire une chambre d'inhalation. En parallèle, si nécessaire, un accompagnement renforcé à la bonne utilisation des dispositifs et à l'adhésion au traitement par des entretiens dédiés ou des séances d'éducation thérapeutiques sont à proposer. » Au 4.2.10, les objectifs de l'éducation thérapeutique sont de : « ... » à la place de rendre le patient autonome, il serait plus explicite de mettre – permettre une compréhension de ce que le patient vit – motiver le patient à mettre en place des changements dans ses habitudes de vie pour être moins essoufflé. À ajouter : « de préférence » devant en pratique collective.
Collège de la masso-kinésithérapie	–
Collège infirmier français	
Fondation du Souffle	Ne pas mentionner la chambre d'inhalation.
FFAAIR	

COMMENTAIRES « MESSAGE 5 – TRAITEMENT »

NE PAS TRAITER LES PATIENTS AYANT UNE BPCO PAR DES CORTICOSTÉROÏDES INHALÉS EN MONOTHÉRAPIE

La plupart des études ont montré que les corticostéroïdes inhalés seuls n'avaient pas d'effet sur le déclin du VEMS ni sur la mortalité. Prescrits au long cours, ils augmentent le risque de pneumonie. Ils peuvent être associés en seconde intention à un bronchodilatateur de longue durée d'action en cas d'exacerbations répétées

Partie prenante	Commentaire
Collège de la médecine générale	–
Fédération française de pneumologie	<p>Préciser que, s'il existe un asthme associé, documenté après avis spécialisé, la corticothérapie inhalée est indiquée en association au traitement bronchodilatateur longue durée.</p> <p>Dans la BPCO, les CSI sont indiqués en association aux bêta2 agonistes chez les patients ayant des exacerbations répétées malgré un traitement bronchodilatateur longue durée, mais sans dyspnée d'exercice marquée. Associés aux deux classes de bronchodilatateurs inhalés de longue durée d'action, ils peuvent être envisagés en 3^e intention en cas d'exacerbations et/ou dyspnée d'exercice persistantes après une mono puis une bi-thérapie de broncho-dilatateurs inhalés.</p>
FEDMER-CNP de médecine physique et réadaptation	
Société française de tabacologie	Message très important – Parfait.
Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière	Aucun
Collège de la masso-kinésithérapie	–
Collège infirmier français	
Fondation du Souffle	Forme : – La plupart des études ont montré que les corticostéroïdes inhalés seuls n'avaient <u>n'ont en règle pas d'effet sur</u>
FFAAIR	

COMMENTAIRES « MESSAGE 6 – TRAITEMENT »

NE PAS TRAITER LES PATIENTS AYANT UNE BPCO PAR DES CORTICOSTÉROÏDES ORAUX AU LONG COURS

Les corticoïdes oraux peuvent être indiqués en cas d'exacerbation aiguë car ils améliorent la fonction pulmonaire et la dyspnée, raccourcissent la durée de guérison et d'hospitalisation. Mais le traitement doit être réservé aux exacerbations sévères et de courte durée en raison d'un rapport bénéfices/risques négatif sur le long terme : absence de bénéfice démontré et nombreux effets indésirables

Partie prenante	Commentaire
Collège de la médecine générale	–
Fédération française de pneumologie	Ajouter après « courte durée » : «, une durée de 5 jours étant en général recommandée, »
FEDMER-CNP de médecine physique et réadaptation	
Société française de tabacologie	Sur le fond : parfait.
Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière	Aucun
Collège de la masso-kinésithérapie	–
Collège infirmier français	
Fondation du Souffle	Les corticoïdes oraux peuvent <u>parfois</u> être indiqués en cas d'exacerbation aiguë car ils <u>peuvent</u> améliorer la fonction pulmonaire et la dyspnée, raccourcir la durée de guérison et d'hospitalisation. Mais le traitement doit être réservé aux exacerbations sévères et <u>prescrit sur une</u> de courte durée.
FFAAIR	

COMMENTAIRES « MESSAGE 7 – TRAITEMENT »

NE PAS PRESCRIRE SYSTÉMATIQUEMENT UN ANTIBIOTIQUE POUR UNE EXACERBATION DE BPCO MAIS UNIQUEMENT S'IL Y A UNE AUGMENTATION DE LA PURULENCE ET/OU DU VOLUME DE L'EXPECTORATION

Toutes les exacerbations de BPCO ne sont pas déclenchées par une infection bactérienne mais elles peuvent l'être par une infection virale, le tabagisme, une pollution environnementale

Partie prenante	Commentaire
Collège de la médecine générale	ABthérapie selon terrain : vulnérabilités, comorbidités, etc.
Fédération française de pneumologie	Ok
FEDMER-CNP de médecine physique et réadaptation	
Société française de tabacologie	Fond : parfait.
Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière	Aucun
Collège de la masso-kinésithérapie	-
Collège infirmier français	
Fondation du Souffle	Uniquement <u>en cas d'exacerbation sévère et/ou s'il y a une</u> d'augmentation de la purulence. et/ou du volume de l'expectoration
FFAAIR	

COMMENTAIRES « MESSAGE 8 – TRAITEMENT »

NE PAS RENOUELER SYSTÉMATIQUEMENT LA PRESCRIPTION D'OXYGÈNE SANS ÉVALUER L'HYPOXÉMIE

Les recommandations internationales ont montré qu'il n'y avait pas d'avantage clinique de l'oxygénothérapie chez les patients qui n'avaient pas d'hypoxémie sévère (< 60 mm Hg). Celle-ci présente des risques à domicile (incendie, chute), des effets secondaires (irritation nasale, saignement de nez), peut freiner l'activité physique ou les activités sociales du patient et engendre un coût supplémentaire

Partie prenante	Commentaire
Collège de la médecine générale	–
Fédération française de pneumologie	OK Coût élevé plus que supplémentaire.
FEDMER-CNP de médecine physique et réadaptation	
Société française de tabacologie	Fond : parfait.
Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière	Aucun.
Collège de la masso-kinésithérapie	-
Collège infirmier français	
Fondation du Souffle	Celle-ci présente <u>est associée à</u> des risques à domicile.
FFAAIR	

COMMENTAIRES « MESSAGE 9 – TRAITEMENT »

ABORDER LA QUESTION DES DIRECTIVES ANTICIPÉES, DE LA PERSONNE DE CONFIANCE ET DES SOINS PALLIATIFS SUFFISAMMENT TÔT DANS LE PARCOURS DE SOINS

Les patients qui ont une BPCO reçoivent des soins palliatifs moins souvent et/ou plus tardivement que les patients qui ont un cancer.

Or, la planification des soins futurs permet de limiter les souffrances du patient en évitant les traitements de maintien en vie non souhaités et déraisonnables.

Parler avec le patient de l'évolution de sa maladie, des événements futurs en cas d'exacerbation (...) permet de construire avec lui et à l'avance un projet de soins. Lui expliquer les possibilités thérapeutiques de la maladie et des symptômes, lui faire savoir qu'il peut donner ses objectifs et préférences pour sa fin de vie doivent le rassurer. Ces échanges seront adaptés à sa demande et à son état psychologique.

Partie prenante	Commentaire
Collège de la médecine générale	Oui oui.
Fédération française de pneumologie	« doivent le rassurer » paraît inadapté, car se mettant à la place de l'ensemble des patients. « peuvent » serait plus adapté. Il peut également être mentionné (dans un objectif de réassurance) que la prise en charge de la dyspnée fait partie des objectifs des soins palliatifs.
FEDMER-CNP de médecine physique et réadaptation	
Société française de tabacologie	Fond : parfait.
Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière	Aucun
Collège de la masso-kinésithérapie	-
Collège infirmier français	
Fondation du Souffle	Enlever « à l'avance. »
FFAAIR	

AUTRES COMMENTAIRES

Partie prenante	Commentaire
Collège de la médecine générale	-
Fédération française de pneumologie	<ul style="list-style-type: none">- Suggestion pour la phrase : Parler avec le patient de l'évolution de sa maladie en particulier après une exacerbation aiguë.- Parler de soins de support plutôt que de soins palliatifs.- Mettre dans un ordre différent : aborder la question de la personne de confiance, des soins de support et des directives anticipées, en particulier après une exacerbation sévère, nécessitant une hospitalisation et/ou chez un patient présentant une BPCO très sévère, compliquée d'insuffisance respiratoire chronique.- Il paraît difficile d'aborder ces sujets chez un patient qui ne présente pas un handicap respiratoire important.
FEDMER-CNP de médecine physique et réadaptation	
Société française de tabacologie	Non
Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière	<p>Partie 3.2 du rapport général : facteurs de risque, il est difficile de faire la différence entre :</p> <ul style="list-style-type: none">- la pollution de l'air intérieur et extérieur,- les facteurs environnementaux (qui reprennent la pollution atmosphérique et la pollution intérieure). <p>À détailler un peu plus la différence (ou à fusionner)</p> <p>Il nous semble plus judicieux p7 d'indiquer en 4.2.1 « Favoriser » l'arrêt du tabac et en 4.2.2 mettre le paragraphe Encourager l'activité physiques qui est seulement en 4.2.</p>
Collège de la masso-kinésithérapie	<p>Comme signalé, le problème de la prise en charge du BPCO dans un programme de RR repose sur plusieurs points critiques :</p> <ul style="list-style-type: none">- la faible disponibilité des SSR spécialisés, avec des délais importants,- la méconnaissance des MG des solutions alternatives aux SSR, en particulier en ambulatoire,- la frilosité des MG à devoir prescrire un test à l'effort, ou à envoyer son patient chez le pneumologue pour effectuer un test à l'exercice dans le but d'une RR,- la frilosité des kinésithérapeutes libéraux à se former et à s'équiper pour prendre en charge ce type de patients alors que les prescriptions ne suivent pas, d'où une offre en ambulatoire assez pauvre,- le manque de communication entre les acteurs de santé, et en particulier MG-kinésithérapeute.
Collège infirmier français	
Fondation du Souffle	-
FFAAIR	

10. Participants au groupe de travail

- Dr Caroline Latapy, chef de projet au service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours, HAS
- Dr Stéphanie Schramm, adjointe à la cheffe du service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours, HAS
- Dr Marie-Alix Alix, pharmacienne d'officine, Strasbourg
- Dr Agnès Bellocq, pneumologue, présidente du réseau de réadaptation respiratoire Ile de France, Pitié-Salpêtrière, Paris
- M. Anthony Bender, masseur-kinésithérapeute, Mont-Saint-Martin
- Mme Karine Bernezet, cadre de santé, Dunkerque
- Mme Ilham Boukerche, patiente-expert, Toulouse
- Mme Blandine Chapel, enseignante activités physiques adaptées, Montpellier
- Dr Anthony Chapron, médecin généraliste, Quévert
- M. Yann Claret, diététicien, Saint-Martin-d'Hères
- Dr Catherine de Bournonville, tabacologue, Rennes
- Dr Christian Delafosse, pneumologue, Eaubonne
- Dr Florence de Roquefeuil, cardiologue, Paris
- Mme Anais Gauthier, assistante sociale, Tarbes
- Mme Rita Ghoufle, infirmière, Saint-Amarin
- Dr Aurélie Hervé-Carrega, pneumologue responsable SSR HDJ réadaptation respiratoire, Montfermeil
- Mme Christiane Pochulu, patiente-expert, Marseille
- Dr Amandine Rapin, MPR, Reims
- Dr Jean-Laurent Thébault, médecin généraliste, Paris
- Dr Vincent Van Bockstael, ARS, Lille
- Dr Claude Zabbe, pneumologue, Brest

11. Bibliographie

1. Fuhrman C, Delmas M. Épidémiologie descriptive de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France. *Rev Mal Resp* 2010;27(2).
<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rmr.2009.08.003>
2. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Paris: DREES; 2017.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
3. Société de pneumologie de langue française, Société française d'anesthésie-réanimation, Société française de cardiologie, Société française de médecine du travail, Société française d'ORL, Société de physiologie, *et al.* Syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil de l'adulte. Recommandations pour la pratique clinique. Texte Court. *Rev Mal Resp* 2010;27(7):806-33.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rmr.2010.05.011>
4. Haute Autorité de santé. Bronchopneumopathie chronique obstructive. Guide parcours de soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parours_de_soins_bpc0_finale.pdf
5. Quach A, Giovannelli J, Cherot-Kornobis N, Ciuchete A, Clement G, Matran R, *et al.* Prevalence and underdiagnosis of airway obstruction among middle-aged adults in northern France: The ELISABET study 2011-2013. *Respir Med* 2015;109(12):1553-61.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2015.10.012>
6. Bernard-Maerten C. Le médecin généraliste et la BPCO: état des lieux des connaissances et des pratiques dans les Hauts-de-France en 2016. [Doctorat en médecine]. Amiens: université de Picardie Jules Verne; 2016.
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01497315/document>
7. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Geneva: GOLD; 2018.
https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf
8. Mien I, Piellard P. Freins au dépistage de la BPCO par le médecin généraliste : une revue systématique de littérature [Doctorat en médecine]. Grenoble: université Grenoble Alpes; 2017.
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01616251/document>
9. Haute Autorité de santé. Comment mettre en œuvre la réhabilitation respiratoire pour les patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive. Note méthodologique et de synthèse documentaire. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/note_methodologique_bpc0_rehabilitation_respiratoire_web.pdf
10. Galera O, Grimal G, Bajon D, Darolles Y. Identification des freins à la prescription de la réhabilitation respiratoire pour les patients atteints de BPCO en médecine générale. *Rev Pneumol Clin* 2017;73(3):115-9.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pneumo.2017.03.002>
11. Jebrak G, Honore I, Serrier P, Dumoulin J, Terrioux P, Soyez F, *et al.* Impact du sevrage des corticostéroïdes inhalés dans la BPCO. *Rev Mal Respir* 2017;34(8):820-33.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rmr.2016.10.880>
12. Chinet T, Dumoulin J, Honore I, Braun JM, Couderc LJ, Febvre M, *et al.* Place des corticostéroïdes inhalés dans la BPCO. *Rev Mal Respir* 2016;33(10):877-91.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rmr.2015.11.009>
13. Taylor DR, Murray SA. Improving quality of care for end-stage respiratory disease: Changes in attitude, changes in service. *Chron Respir Dis* 2018;15(1):19-25.
<http://dx.doi.org/10.1177/1479972317707654>
14. Andreas S, Alt-Epping B. Advance care planning in severe COPD: it is time to engage with the future. *ERJ Open Res* 2018;4(1).
<http://dx.doi.org/10.1183/23120541.00009-2018>
15. Haute Autorité de santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2014.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf
16. National Institute for Health and Care Excellence. Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management. London: NICE; 2018.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng115/resources/chronic-obstructive-pulmonary-disease-in-over-16s-diagnosis-and-management-pdf-66141600098245>
17. Ministère des Solidarités et de la Santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2018. Paris: ministère des Solidarités et de la Santé; 2018.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2018.pdf
18. Haute Autorité de santé. Promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la

santé. Organisation des parcours [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante

19. Haute Autorité de santé. Quelle place pour les associations fixes corticoïde / bêta-2 mimétique de longue durée d'action, dans le traitement de la bronchopneumopathie chronique obstructive ? Saint-Denis la Plaine: HAS; 2016.

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2630429/fr/quelle-place-pour-les-associations-fixes-corticoide--beta-2-mimetique-de-longue-duree-d-action-dans-le-traitement-de-la-bronchopneumopathie-chronique-obstructive

20. Société de pneumologie de langue française. Réhabilitation du patient atteint de BPCO. Rev Mal Respir 2010;27:S36-69.

[http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/s0761-8425\(10\)70005-x](http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/s0761-8425(10)70005-x)

21. British Thoracic Society, Bolton CE, Bevan-Smith EF, Blakey JD, Crowe P, Elkin SL, *et al.* British Thoracic

Society guideline on pulmonary rehabilitation in adults. Thorax 2013;68 (Suppl 2):ii1-30.

<http://dx.doi.org/10.1136/thoraxjnl-2013-203808>

22. Société de pneumologie de langue française, Jouneau S, Roche N. Prise en charge des exacerbations de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Recommandations de la Société de pneumologie de langue française (Argumentaire). Rev Mal Respir 2017;34(4):323-6.

<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rmr.2017.03.001>

23. National Institute for Health and Care Excellence. Chronic obstructive pulmonary disease (acute exacerbation): antimicrobial prescribing, NICE guideline. London: NICE; 2018.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng114/resources/chronic-obstructive-pulmonary-disease-acute-exacerbation-antimicrobial-prescribing-pdf-66141598418629>

24. Haute Autorité de santé. L'essentiel de la démarche palliative. Organisation des parcours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2730546/fr/l-essentiel-de-la-demarche-palliative

Annexe. Stratégie de recherche documentaire

► Source d'informations

Bases de données bibliographiques automatisées

- Medline (*National Library of Medicine*, États-Unis) ;
- *The Cochrane Library* (Wiley Interscience, États-Unis) ;
- Science direct ;
- Cairn.

► Stratégie de recherche

Type d'étude/sujet		Période de recherche	Nombre de références
	Termes utilisés		
Recommandations BPCO		01/2009-06/2019	
Étape 1	(COPD OR <i>chronic obstructive pulmonary disease [title]</i> OR " <i>Pulmonary Disease, Chronic Obstructive</i> "[Mesh])		
ET			
Étape 2	<i>Guideline* Or guidance Or consensus OR recommend*[title]</i>		319

Toutes les publications de la Haute Autorité de santé susceptibles d'alimenter le guide ont été retenues et analysées.

En complément, les recommandations de bonnes pratiques internationales ont été recherchées sur les sites Internet des agences d'évaluation et des sociétés savantes pertinentes depuis 2009 :

Agency for Healthcare Research and Quality
Alberta Heritage Foundation for Medical Research
American College of Physicians
Australian Government - Department of Health and Ageing
 Bibliothèque médicale Lemanissier
British Columbia Medical Association
British Lung Foundation
British Thoracic Society
Canadian Thoracic Society
Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health
Centers for Disease Control and Prevention
California Technology Assessment Forum
 Centre fédéral d'expertise des soins de santé
 CISMeF
 CMAInfobase
 Collège des médecins du Québec
Cochrane Library Database
Centre for Review and Dissemination databases
Department of Health (UK)
 Évaluation des technologies de santé pour l'aide à la décision
GIN (Guidelines International Network)
Global Initiative for chronic obstructive Lung Disease

Haute Autorité de santé
Healthcare Improvement Scotland
Health Information and Quality Authority
Health Quality Ontario
Horizon Scanning
Institute for Clinical Systems Improvement
Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux
Instituto de Salud Carlos III / Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
Iowa Healthcare collaborative
National Coordinating Centre for Health Technology Assessment
National Horizon Scanning Centre
National Health and Medical Research Council
National Health committee
National Institute for Health and Clinical Excellence
National Institutes of Health
New Zealand Guidelines Group
Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias OSTEBA
Ontario Health Technology Advisory Committee
Scottish Intercollegiate Guidelines Network
Singapore Ministry of Health
Société de pneumologie de langue française
West Midlands Health Technology Assessment Collaboration
World Health Organization

Fiche descriptive

Titre	Fiche pertinence Bronchopneumopathie chronique obstructive
Méthode de travail	Méthode d'élaboration des fiches mémo et des fiches pertinence (HAS, 2016)
Objectif(s)	Améliorer la qualité des soins par la prescription appropriée de spirométrie et des traitements de la BPCO et par la communication sur les directives anticipées et la personne de confiance
Patients ou usagers concernés	La fiche concerne les personnes adultes suspectes ou atteintes de BPCO.
Professionnel(s) concerné(s)	Principalement médecins généralistes, pneumologues, cardiologues, professionnels ayant une compétence en addictologie, pharmaciens, infirmier(ère)s, masseurs-kinésithérapeutes, enseignants en activité physique adaptée, diététicien(ne)s, psychologues
Demandeur	Haute Autorité de santé
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS), service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : C. LATAPY (chef de projet, HAS, service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours) (cheffe de service : MH. RODDE-DUNET, adjointe : S. SCHRAMM, V. ERTEL-PAU) Secrétariat : I. LE PUIL
Recherche documentaire	De janvier 2009 à juin 2019 (cf. stratégie de recherche documentaire décrite en annexe) Réalisée par E. BLONDET, avec l'aide de J. CHAZARENG (cheffe du service documentation – veille : F. PAGES)
Auteurs du rapport d'élaboration	C. LATAPY (chef de projet, HAS, service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours)
Participants	Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail, parties prenantes consultées : cf. liste des participants
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur https://dpi.sante.gouv.fr
Validation	Adoption par le Collège de la HAS en novembre 2019
Autres formats	-
Documents d'accompagnement	



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr