



Guide de poche BPCO

Diagnostic et soutien à la gestion – Guide pratique pour les professionnels de santé



Universität
ZürichTM

Institut für Epidemiologie,
Biostatistik und Prävention



KHM CMPR CMB
KOLLEG FÜR KLINISCHE MEDIZIN
COLLEGE OF MEDICINE OF PRINCE OF MONTE
COLLEGE OF MEDICINE OF BASEL



SGAIM SSMIG SSGIM
Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin
Société Suisse de Médecine Générale
Società Svizzera di Medicina Generale
British Society of General & Family Medicine

Avant-propos

Une gestion efficace de la BPCO suppose des mesures thérapeutiques personnalisées basées sur l'évaluation des symptômes et le risque d'exacerbation. Les ressources des domaines de la vie pertinents doivent également être prises en considération. Une attention particulière est aussi portée à une aide concrète pour les entretiens, l'arrêt du tabagisme, l'activité physique régulière et la communication. Cette édition est complétée par deux autres thèmes essentiels pour une prise en charge globale : la sexualité et les soins palliatifs.

Les possibilités de traitement pharmacologiques et non pharmacologiques peuvent avoir un impact positif sur l'évolution et le pronostic de la BPCO. Le nihilisme thérapeutique n'est par conséquent pas plus justifié qu'une thérapie médicamenteuse inadéquate. L'essentiel des recommandations importantes concernant le diagnostic et la gestion de la BPCO est listé de façon claire et pratique dans cette version mise à jour du Guide de poche BPCO.

Le Guide de poche BPCO est pensé comme un outil vous assistant dans votre travail quotidien en termes de soins factuels, de qualité, bénéfiques et centrés sur la personne.

Autrices

Prof. Dr méd. Claudia Steurer-Stey
Kaba Dalla Lana

Organisations contributrices

Ligue pulmonaire suisse
Société Suisse de Pneumologie (SSP)
Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG)
Collège de Médecine de Premier Recours (CMPR) / Institut de médecine de famille (IHAMZ)

Éléments clés pour une gestion efficace de la BPCO

Confirm diagnosis

Confirmer le diagnostic

Optimize symptoms

Atténuer les symptômes

Prevent deterioration

Prévenir une dégradation

Develop network

Établir et exploiter un réseau

Diagnostic

- 4 Y réfléchir, confirmer le diagnostic et répartir le risque
- 5 Questionnaire sur l'objectivation de la gêne respiratoire et la qualité de vie

Management

- 6 Recueil global des contraintes et des ressources d'une personne atteinte d'une BPCO
- 8 Renforcer la motivation pour l'arrêt du tabagisme
- 9 Produits à base de tabac et de nicotine alternatifs
- 10 Vaccinations
- 12 Entretien et motivation pour une activité physique régulière
- 15 Thérapie médicamenteuse
- 16 Préparations pour le traitement de la BPCO disponibles en Suisse
- 18 Inhaler efficacement
- 19 Identifier et traiter l'exacerbation aiguë (AECOPD)
- 20 BPCO et maladies cardiovasculaires
- 22 Coaching pour mieux vivre avec une BPCO
- 24 BPCO et sexualité
- 25 BPCO et soins palliatifs

Réseau

- 26 Prise en charge coordonnées, intégrée dans l'environnement médical et non médical
- 28 Liens
- 29 Références

Y penser, confirmer le diagnostic et répartir le risque^{1, 2}

Fumeur ou ancien fumeur > 10py, âge > 40 et l'un des 3 symptômes principaux « ETE » (expectorations, toux, essoufflement)

Diagnostic confirmé par spirométrie
VEMS/FVC < 0.7 après bronchodilatation

Identification de la gravité de l'obstruction des voies respiratoires

	GOLD 1	GOLD 2	GOLD 3	GOLD 4
VEMS (% de la valeur consigne)	≥ 80 moyen	50–79 modéré	30–49 aiguë	< 30 très aiguë

Identification des symptômes/risque d'exacerbation

Anamnèse d'exacerbation	Symptômes	
	peu mMRC 0–1 CAT < 10	nombreux mMRC ≥ 2 CAT ≥ 10
≥ 2 exacerbations ou ≥ 1 exacerbation, ayant entraîné une hospitalisation	E	
0–1 exacerbation (sans hospitalisation)	A	B

La classification de la BPCO par catégorie de risque ABE se base sur les symptômes respiratoires et le nombre d'exacerbations dans l'anamnèse, indépendamment du VEMS. La recommandation thérapeutique médicamenteuse est définie sur la base de ces catégories de risques ABE.

Questionnaire sur l'objectivation de la gêne respiratoire et de la qualité de vie

Échelle de dyspnée mMRC¹ (Modified Medical Research Council Dyspnea Scale)

Degré	Description
①	Jamais de gêne respiratoire, sauf en cas d'efforts intenses
②	Gêne respiratoire en cas de marche rapide ou de la montée d'une pente légère
③	Marche plus lentement sur un terrain plat que des gens du même âge en raison d'une gêne respiratoire ou a besoin de faire des pauses en marchant à son propre rythme.
④	A besoin de faire une pause en raison d'une gêne respiratoire après avoir marché 100 m env. ou quelques minutes sur un terrain plat
⑤	Est trop essoufflé(e) pour sortir de chez soi, ou ressent une gêne respiratoire en s'habillant ou se déshabillant

COPD Assessment Test (CATTM)²

	Échelle (veuillez cocher)		points
Je ne tousse jamais.	① ② ③ ④ ⑤	Je tousse tout le temps.	
Je n'ai pas du tout de glaires dans les poumons.	① ② ③ ④ ⑤	J'ai les poumons entièrement encombrés de glaires.	
Je n'ai pas du tout de sensation d'étroitesse dans la poitrine.	① ② ③ ④ ⑤	Je ressens une forte étroitesse dans la poitrine.	
Je ne suis pas essoufflé(e) lorsque je monte une côte ou un escalier.	① ② ③ ④ ⑤	Je suis très essoufflé(e) lorsque je monte une côte ou un escalier.	
Je ne suis pas limité(e) dans mes activités à domicile.	① ② ③ ④ ⑤	Je suis très limité(e) dans mes activités à domicile.	
Je ne crains pas de sortir de chez moi en dépit de ma maladie pulmonaire.	① ② ③ ④ ⑤	Je crains fortement de sortir de chez moi du fait de ma maladie pulmonaire.	
Je dors bien.	① ② ③ ④ ⑤	Je dors mal à cause de ma maladie pulmonaire.	
Je suis plein(e) d'énergie.	① ② ③ ④ ⑤	Je n'ai aucune énergie.	

Total de points

10 points et plus indiquent une charge symptomatique élevée.

COPD Assessment Test (CATTM) est une marque de GlaxoSmithKline UK Ltd.

Identification globale des contraintes et des ressources d'une personne atteinte d'une BPCO



Aspect physique

Exercice physique/Fitness
Inhalation
Tabagisme
Exacerbations
Vaccinations
Sommeil/Détente



Aspect psychique

Humeur générale
Peur
Mélancolie
Stress
Énergie
Joie/Passion





Aspect social

Proches

Contacts sociaux

Sexualité/Intimité

Loisirs

Habitat

Animaux

Finances



Aspect spirituel

Croyance

Connaissances/Sagesse

Méditation

Empathie/Tolérance

Musique/Culture

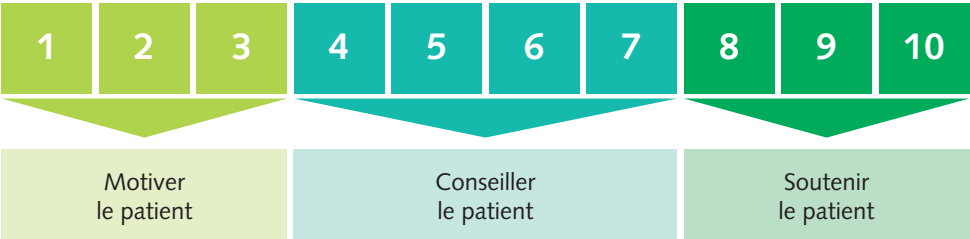
Nature

Renforcer la motivation pour l'arrêt du tabagisme³

Une intervention brève double le taux d'arrêt du tabagisme

ASK (Interroger)	Statut de fumeur, anamnèse du fumeur « Fumez-vous ? »
ASSESS (Relever)	Motivation, comportement, connaissances, résultats d'analyses « Avez-vous déjà songé à arrêter ? »
ADVISE (Conseiller)	Informations spécifiques, avantages d'un changement de comportement « Quels pourraient être les bénéfices d'un arrêt du tabagisme ? »
ASSIST (Soutenir)	Aide et accompagnement « Accepteriez-vous une consultation et un accompagnement dédiés au sevrage tabagique ? »
ARRANGE (Convenir)	Convenir d'un suivi, adresser à un spécialiste le cas échéant

Merci d'indiquer, sur une échelle de 1 à 10, la motivation de la personne concernée à arrêter de fumer.



Produits à base de tabac et de nicotine alternatifs^{4, 5, 6}

Les produits alternatifs à base de tabac et de nicotine, tels que les cigarettes électroniques, sont des produits utilisés dans des cas individuels pour aider l'arrêt au tabagisme.

Cigarettes électroniques

La cigarette électronique se compose d'un embout avec cartouche, d'un atomiseur et d'une batterie. Contrairement aux cigarettes traditionnelles, ces appareils ne contiennent pas de tabac. La nicotine provient du liquide contenu dans la cartouche. Celle-ci peut présenter plusieurs arômes et taux de nicotine différents. Le liquide chauffé dégage de la vapeur qui est inhalée.

Les cigarettes électroniques présentent des concentrations inférieures en substances nocives, mais peuvent néanmoins provoquer une dépendance à la nicotine.

Des éléments indiquent que, combinés à un conseil en sevrage tabagique, ces produits améliorent le taux d'abstinence au cours des 6 premiers mois pour un arrêt du tabagisme.⁶

Produits du tabac chauffé

Ces produits du tabac alternatifs sont chauffés à env. 350 °C. Des études indépendantes démontrent que cela entraîne une combustion incomplète (incandescence). La « vapeur » (aérosols) se produisant est inhalée. Ces produits alternatifs contiennent de la nicotine et du tabac, avec tous les composants toxiques et cancérogènes correspondants et à des concentrations différentes de celles des cigarettes classiques.

→ Les fumeurs qui souhaitent arrêter devraient être soutenus et accompagnés à l'aide de méthodes scientifiquement prouvées. Le conseil associé à un soutien médicamenteux (substituts nicotiniques, bupropion, cytisine – la varénicline n'est plus indisponible) reste la méthode la plus efficace pour arrêter de fumer. ipcr.org/desktophelpers ou liguepulmonaire.ch/arreter-de-fumer

Vaccinations^{7, 8, 9}

Les recommandations GOLD et l'OFSP préconisent les vaccinations suivantes pour prévenir les exacerbations ou réduire les risques d'hospitalisation et de mortalité :

Vaccination contre la grippe

Fluarix Tetra®, Vaxigrip Tetra®

Chaque année.

Vaccination SARS-CoV-2

Comirnaty®, Spikevax®

Pour tous les patients à risque, selon les recommandations annuelles de l'OFSP.

RSV Virus

Arexvy®, Abrysvo®

Autorisation délivrée pour les personnes âgées à risque élevé de complications (p. ex. maladies pulmonaires chroniques), tous les 2 ans probablement suffisant.

Vaccination de rappel de coqueluche

Boostrix®, Adacel®

Recommandée par GOLD pour la BPCO, toujours aucune recommandation de l'OFSP pour la BPCO, recommandée pour les adultes en contact avec les nourrissons et les femmes enceintes.

Vaccination anti-pneumococcique

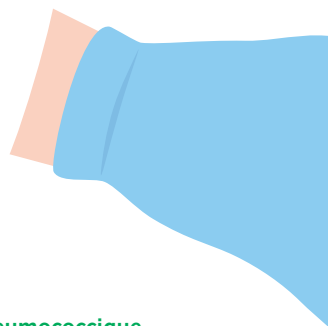
Vaxneuvance®, Prevenar® 20®

Vaccins pneumococciques conjugués PCV 15 et PCV 20, une dose, pour toutes les personnes de 65 ans et plus. Disponible prochainement en Suisse : vaccin PCV 21 pour les personnes de 65 ans et plus.

Herpès zoster

Shingrix®

Pour les personnes de 65 ans et plus – à partir de 50 ans pour les personnes souffrant de BPCO ou d'asthme sévère.





Entretien et motivation pour une activité physique régulière¹⁰⁻¹³

Une activité physique régulière est particulièrement importante pour les personnes atteintes de BPCO, puisqu'elle améliore l'état de santé et prévient une dégradation.

Une attitude bienveillante et de soutien et une écoute active et attentive sont cruciales pour obtenir un changement de comportement efficace et durable.



Accord

« Aujourd'hui, j'aimerais vous parler d'activité physique, si vous êtes d'accord ? »

Prendre au sérieux

« Que savez-vous déjà au sujet de l'activité physique ? »

Connaître la motivation

Importance

« Quelle importance accordez-vous actuellement à l'activité physique ? »

Confiance

« Pensez-vous pratiquer une activité physique suffisante chaque semaine ? »

Disposition

« À quel point êtes-vous disposé(e) à pratiquer une activité physique régulière ? »

Renforcer la motivation

Aucune intention

« Que faudrait-il pour que vous soyez prêt(e) à initier un changement ? »

Ambivalent(e)

« Qu'est-ce qui pourrait vous encourager à pratiquer une activité physique régulière et suffisante ? »

« En a-t-il toujours été ainsi ? Qu'est-ce qui vous a motivé à l'époque ? »

Prêt(e)

« Une activité physique régulière peut prendre des formes variées. Lesquelles connaissez-vous déjà ? Permettez-moi de vous en présenter quelques-unes. »

Actif/ve

« Vous êtes très actif/ve. Pouvez-vous me dire ce que vous faites exactement ? »

Transmettre des connaissances

« Permettez-moi d'enrichir vos connaissances sur l'activité physique. »

Une **activité physique régulière** est particulièrement importante pour les personnes atteintes de BPCO parce qu'elle

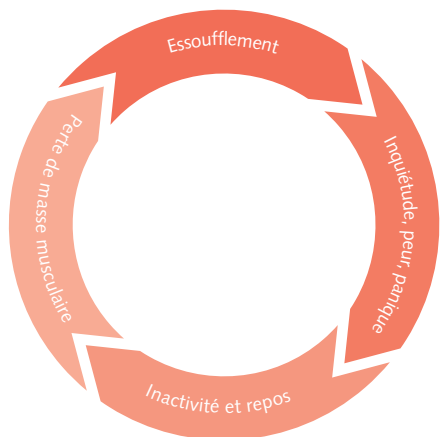
- atténue la gêne respiratoire. L'augmentation de la force musculaire et de l'endurance améliore la condition physique. La fonction pulmonaire ne change pas.
- diminue le risque d'hospitalisation.
- améliore le pronostic/prolonge la durée de vie.
- renforce le sentiment de satisfaction.
- améliore la mémoire.
- renforce l'autonomie et la vie autodéterminée.

Important

- Chaque pas compte !
- Il n'est jamais trop tard !



Outre les offres de réhabilitation pulmonaire ambulatoires et stationnaires accréditées (p. 24), d'autres offres, basées sur l'Internet, accessibles et de proximité, peuvent aider à pratiquer une activité physique à domicile sur le long terme (notamment des programmes communautaires, des offres associatives, des mesures individuelles comme des compteurs de pas, des hometrainers, etc.).

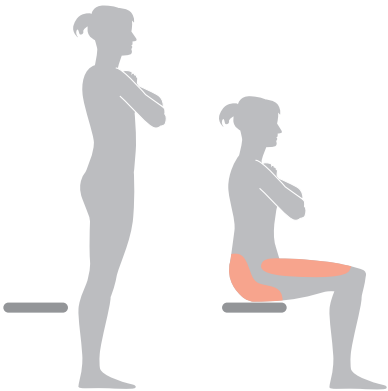


Cercle vicieux de l'inactivité

Les personnes concernées sont peu actives par crainte d'une gêne respiratoire. Moins elles sont actives, moins elles sont en forme et plus elles deviennent craintives. Une activité physique régulière permet de rompre ce cercle vicieux.

Mesurer et documenter la condition physique à l'aide d'un test sit-to-stand d'une minute*

- 1. Prendre une chaise sans accoudoirs.
- 2. Demander au/à la patient(e) de se lever et de se rasseoir autant de fois que possible pendant une minute. Il est interdit de s'aider de ses bras.
Des phases de repos sont permises.
- 3. Le patient décide lui-même de la vitesse.
- 4. Les genoux sont tendus en position debout et fléchis à env. 90 degrés en position assise.
- 5. Noter le nombre de répétitions complètes.



Test sit-to-stand

Valeurs de référence pour des personnes dont les poumons sont en bonne santé¹⁰

Nombre de répétitions en 1 minute

Âge	Femmes	Hommes
41–45 ans	42	45
46–50 ans	40	43
51–55 ans	36	41
56–60 ans	35	38
61–65 ans	33	35
66–70 ans	31	34
71–75 ans	27	30
76–80 ans	24	28
81–85 ans	24	26

→ Plan d'activité physique issu du programme de coaching « Mieux vivre avec une BPCO »

Le planning d'activité physique aide les personnes concernées à atteindre leurs objectifs personnels d'activité physique.

liguepulmonaire.ch/bpcocoaching

* Le test sit-to-stand peut être effectué à la place du test de marche de 6 minutes.¹¹

Thérapie médicamenteuse

Recommandation thérapeutique Groupe de patients

A

peu d'exacerbations,
peu de symptômes

Traitement privilégié

SAMA ou **SABA**
En cas d'efficacité insuffisante° :
LAMA ou **LABA**

Recommandation thérapeutique Groupe de patients

B

peu d'exacerbations,
peu de symptômes

Traitement privilégié

LAMA + LABA

Recommandation thérapeutique Groupe de patients

E

exacerbations fréquentes

et/ou exacerbations sévères avec
hospitalisation

Traitement privilégié

LABA + LAMA
Envisager **LABA + LAMA + ICS**
si Éos. ≥ 100

Considérer
LABA + LAMA + ICS + Biomédicament
si Éos. ≥ 300

* Symptômes persistants et/ou autre(s) exacerbation(s)
Il est probablement plus simple et plus efficace d'utiliser un seul inhalateur que plusieurs.

Préparations autorisées en Suisse pour le traitement de la BPCO^{14, 15}

Classe	Nom du produit	Composant	Début des effets	Durée des effets	Fabricant
SABA	Bricanyl®	Terbutaline	5 min.	6 h	AstraZeneca
	Ventolin®	Salbutamol	5 min.	4–6 h	GlaxoSmithKline
SAMA	Atropair Steri-Nebs®	Ipratropium	15 min.	4–6 h	Teva Pharma
	Atrovent®	Ipratropium	15 min.	4–6 h	Boehringer Ingelheim
SAMA + SABA	Berodual®	Ipratropium/ Fenoterol	15 min.	4–6 h	Boehringer Ingelheim
	Dospir®	Ipratropium/ Salbutamol	15 min.	4–6 h	Boehringer Ingelheim
LAMA	Eklira® Genuair®	Acclidinium	30 min.	12 h	Covis
	Incruse® Ellipta®	Umeclidinium	15 min.	24 h	GlaxoSmithKline
	Seebri® Breezhaler®	Glycopyrronium	5 min.	24 h	Novartis
	Spiriva® Handi-Haler/Respimat®	Tiotropium	30 min.	24 h	Boehringer Ingelheim
LABA	Foradil®	Formotérol	5 min.	12 h	Novartis
	Onbrez® Breezhaler®	Indacatérol	5 min.	24 h	Novartis
	Oxis® Turbuhaler®	Formotérol	5 min.	12 h	AstraZeneca
	Serevent®	Salmétérol	15 min.	12 h	GlaxoSmithKline
	Striverdi® Respimat®	Olodatérol	5 min.	24 h	Boehringer Ingelheim
LAMA + LABA	Anoro® Ellipta®	Vilanterol/ Umeclidinium	15 min.	24 h	GlaxoSmithKline
	Spiolto® Respimat®	Olodatérol/ Tiotropium	5/30 min.	24 h	Boehringer Ingelheim
	Ultibro® Breezhaler®	Indacatérol/ Glycopyrronium	5 min.	24 h	Novartis

SABA
SAMA
LAMA
LABA
LAMA + LABA

β-agoniste à courte durée d'action
Anticholinergique à courte durée d'action
Anticholinergique à longue durée d'action
β-agoniste à longue durée d'action
Double bronchodilatation

Classe	Nom du produit	Composant	Début des effets	Durée des effets	Fabricant
LABA + ICS	Relvar® Ellipta®	Vilanterol/ Fluticasonefuroate	15 min.	24 h	GlaxoSmithKline
	Seretide®	Salmétérol/ Propionate de fluticasone	15 min.	12 h	GlaxoSmithKline
	Symbicort® Turbuhaler®	Formotérol/ Budésonide	1–3 min.	12 h	AstraZeneca
	Vannair™	Formotérol/ Budésonide	1–3 min.	12 h	AstraZeneca
	Foster®	Formotérol/ Béclométasone	1–3 min.	12 h	Chiesi/OM Pharma
ICS	Budenid Steri-Nebs®	Budésonide			Teva Pharma
	Miflonide® Breezhaler®	Budésonide			Novartis
	Pulmicort® Respules®/ Turbuhaler®	Budésonide			AstraZeneca
LABA + LAMA + ICS	Trelegy Ellipta®	Umeclidinum/ Vilantérol/ Fluticasonefuroate	15 min.	24 h	GlaxoSmithKline
	Trimbow® DA	Formotérol/ Glycopyrronium/ Béclométasone	1–3 min.	12 h	Chiesi/OM Pharma
	Trixeo® DA	Formotérol/ Glycopyrronium/ Budésonide	1–3 min.	12 h	AstraZeneca
Inhibiteur PDE4	Daxas®	Roflumilast			AstraZeneca
Inhibiteur PDE4 non sélectif	Aminophyllin Amino	Théophylline			Amino
	Unifyl® Continus®	Théophylline			Mundipharma
Bio-médicament	Dupixent®	Dupilumab	2–7 jours	Toutes les 2 sem. par voie sous-cutanée	Sanofi

LABA + ICS
ICS
LABA + LAMA + ICS
PDE4
Biomédicament Dupilumab

β-agoniste à longue durée d'action et stéroïde inhalé
Stéroïde inhalé
Trithérapie
Phosphodiesterase 4
Anticorps IgG4 monoclonal humain, recombinant

Inhaler efficacement^{16, 17}

Inhalation avec un inhalateur à poudre sèche (DPI)



Breezhaler®

Aucune inspiration forte requise.



Ellipta®

Inspiration moyennement forte requise.



Diskus®

Inspiration moyennement forte requise. Important : ne pas respirer dans l'appareil.



HandiHaler®

Inspiration forte requise.



Turbuhaler®

Inspiration forte requise. Important : ne pas respirer dans l'appareil.

1. Activer l'appareil en fonction du système utilisé
2. Expirer
3. Mettre l'embout dans la bouche et serrer fermement les lèvres autour de l'embout
4. Inspirer plus ou moins fortement pendant 3–5 secondes, selon le système
5. Retenir son souffle pendant 10 secondes à la fin de l'inspiration
6. Retirer l'appareil de la bouche
7. Expirer
8. Se rincer la bouche

Inhalation avec un aérosol-doseur (AD) et Respimat



Aérosol-doseur (spray)

Veiller à la coordination main-bouche. Secouer avant utilisation.



Technologie MODULITE™

En raison de composants

extra-fins présents dans la solution, il est inutile de secouer l'aérosol-doseur avant utilisation. La faible vitesse des particules de composants permet une meilleure coordination main-bouche et leur diamètre minimal un dépôt jusque dans les petites voies respiratoires.



Technologie AEROSPHERE™

Des particules de

phospholipides poreuses et aérodynamiques servent de support. Cette technologie permet une suspension stable et homogène, accompagnée d'une livraison constante de principe actif, avec un dépôt efficace dans les poumons grâce à la taille très fine des particules. Secouer avant utilisation.



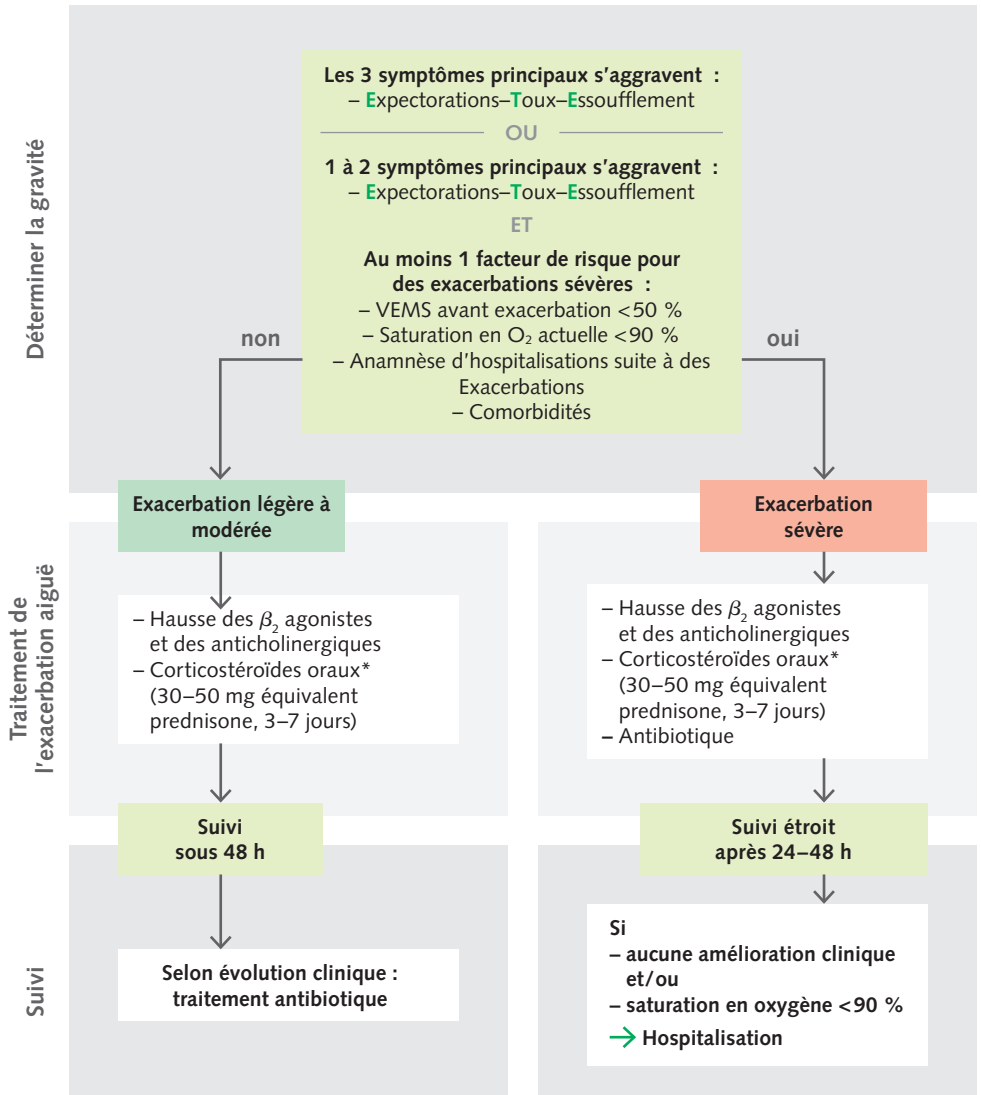
Respimat®

Veiller à la coordination main-

bouche. Pour le Respimat, la substance est contenue dans une cartouche. Avant la première utilisation, insérer la cartouche et activer l'inhalateur Respimat. Le Respimat produit un nuage de particules à diffusion lente.

1. Enlever le capuchon et agiter, en fonction de l'aérosol-doseur
2. Expirer
3. Mettre l'embout dans la bouche
4. Serrer les lèvres autour de l'embout buccal
5. Activer l'inhalateur
6. Inspirer en même temps lentement et profondément
7. Retenir son souffle pendant 10 secondes à la fin de l'inspiration
8. Expirer

Identifier et traiter l'exacerbation aiguë (AECOPD)^{18, 19}



Tenir compte du diagnostic différentiel de l'embolie pulmonaire et d'une maladie coronarienne !

* Aucune réduction graduelle nécessaire en l'absence d'administration de stéroïdes systémiques durant les 4 dernières semaines.

BPCO et maladies cardiovasculaires^{20, 21}

Il est fréquent que BPCO et maladies cardiovasculaires aillent de pair. Les exacerbations de la BPCO accroissent le risque d'événements cardiovasculaires.

BPCO et maladies cardiovasculaires vont souvent de pair et s'accompagnent alors d'un pronostic plus défavorable qu'avec une seule de ces pathologies.

Les trois comorbidités cardiaques les plus fréquentes associées à la BPCO sont l'insuffisance cardiaque, l'ischémie myocardique et la fibrillation atriale.

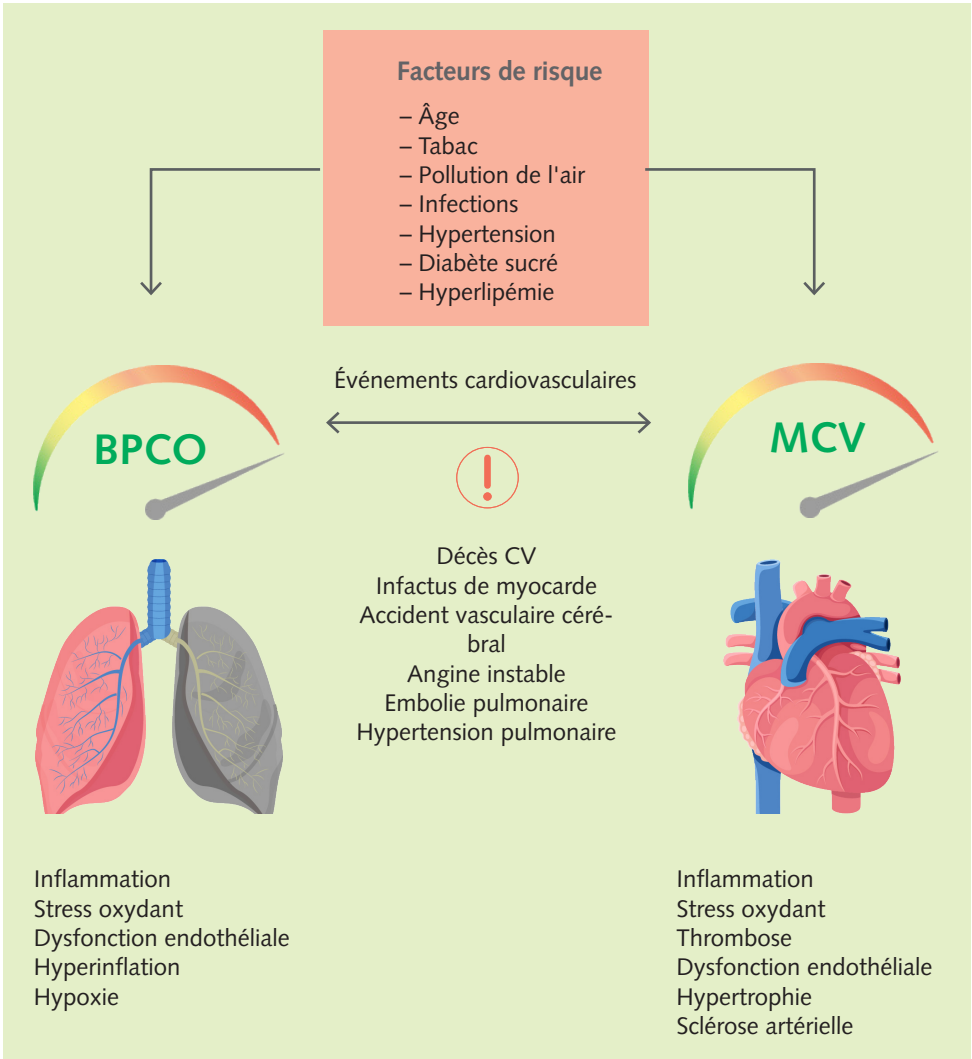
Le dépistage et le traitement adéquat de ces pathologies jouent un rôle crucial dans la morbidité et la mortalité.

Inversement, un traitement non pharmacologique et médicamenteux de la BPCO contribue de même à réduire le risque cardiovasculaire et la mortalité.¹⁹

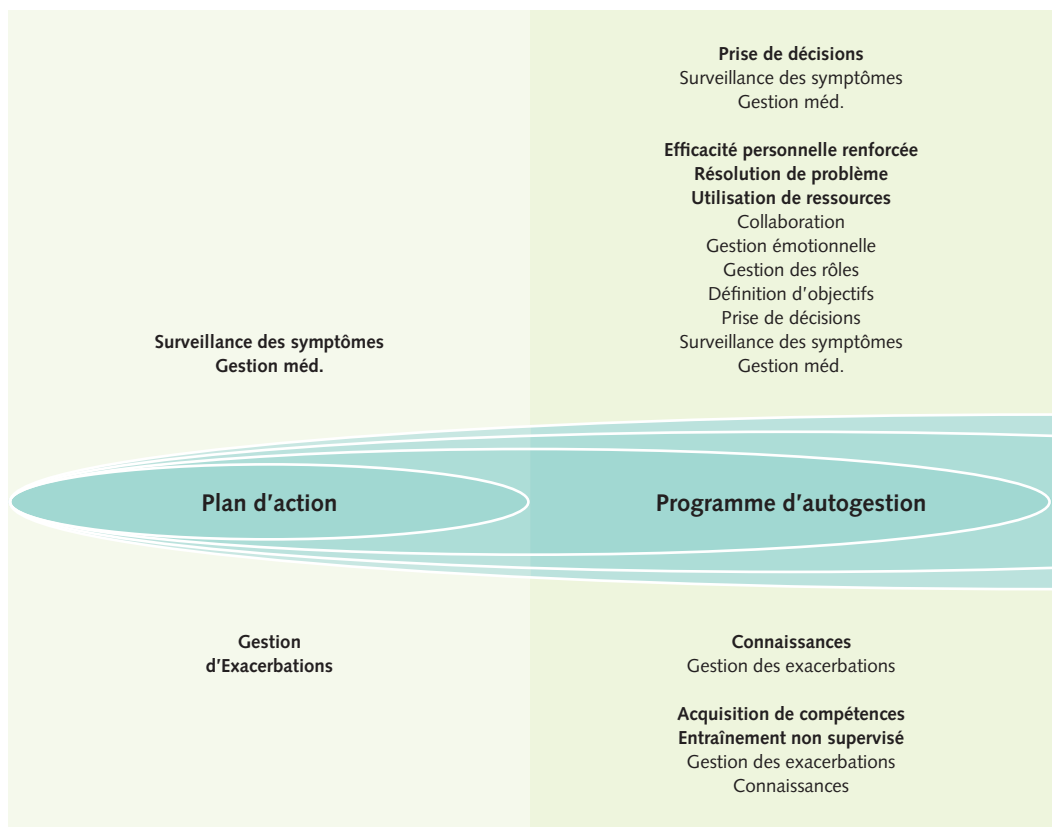
En particulier les exacerbations de la BPCO augmentent fortement le risque d'événements cardiovasculaires et le maintiennent ensuite à un niveau élevé pendant une longue durée.

L'étude²⁰ ETHOS a démontré l'effet de la triple thérapie combinée LAMA / LABA / ISC sur la diminution de la mortalité globale par rapport à une thérapie combinée LAMA / LABA chez les patients souffrant de la BPCO et ayant plus de deux exacerbations, ou hospitalisés à cause d'une exacerbation de la BPCO.

Interactions entre la BPCO et les maladies cardiovasculaires



Coaching pour mieux vivre avec une BPCO²²⁻²⁸

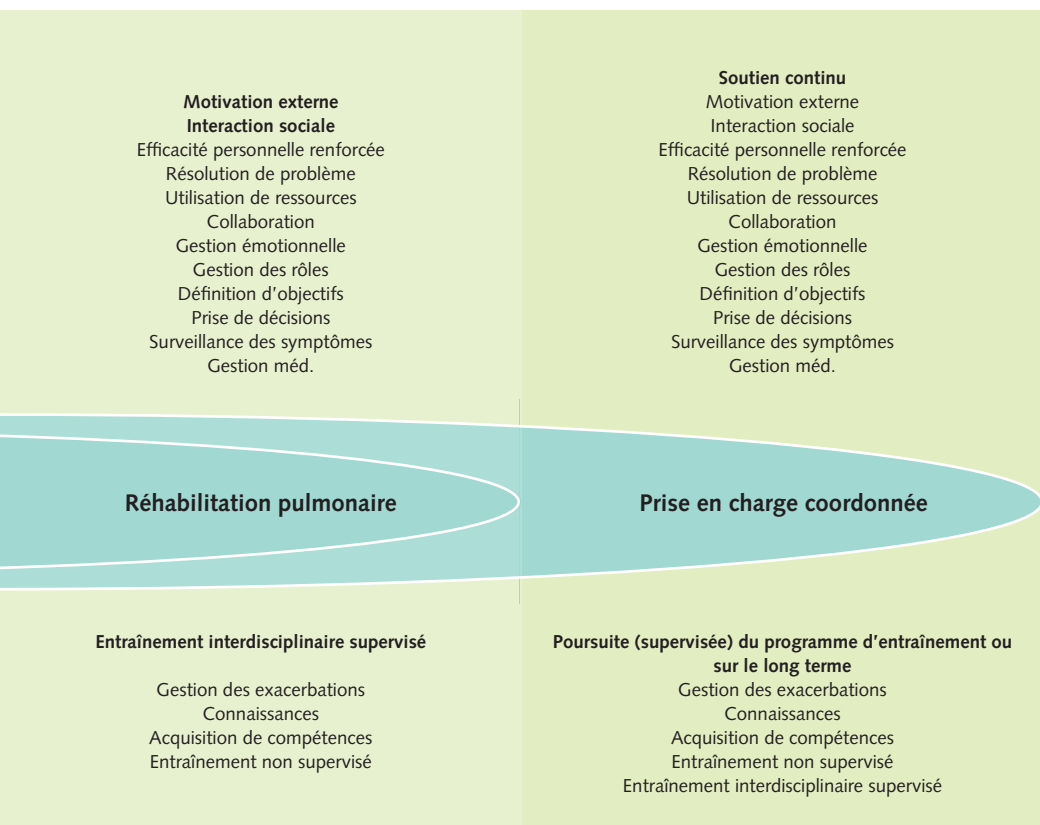


Adapté de : Singh SJ. et al. Learn from the past and create the future : the 2013 ATS/ERS statement on pulmonary rehabilitation. Eur Respir J. 2013 Nov; 42(5) : 1169–74.

L'efficacité du programme d'autogestion

« Mieux vivre avec une BPCO »

- Faible probabilité de détériorations et d'hospitalisations
- Récupération plus rapide en cas de détériorations
- Assurance et confiance renforcées dans la gestion au quotidien des trois symptômes principaux que sont la gêne respiratoire, la toux et l'expectoration
- Compétences plus élevées et meilleure qualité de vie
- Conseils et expériences d'anciens fumeurs
- Échange et apprentissage au sein du groupe



Mieux vivre avec une BPCO

La formation continue Train-the-Trainer pour les coaches BPCO vous aide dans l'accompagnement global des personnes atteintes de BPCO.

liguepulmonaire.ch/formation-continue

Les données du cours et la documentation du programme de coaching « Mieux vivre avec une BPCO » pour les personnes concernées et les proches sont disponibles à l'adresse liguepulmonaire.ch/bpcocoaching

BPCO et sexualité²⁹

Une communication ouverte et sereine autour de la sexualité est une étape importante vers un encadrement global et centré sur la personne.



Le besoin de proximité, de sécurité et d'intimité nous accompagne tout au long de notre vie et est fait partie intégrante de la qualité de vie. Les personnes souffrant d'une maladie entraînant une gêne respiratoire comme la BPCO sont souvent limitées dans leur sexualité.

Interrogez TOUTES les personnes sur d'éventuelles restrictions dans leur sexualité, quels que soient leur âge, leur genre, leur orientation sexuelle et la gravité de la BPCO.

Aide concrète

« Nous n'avons encore jamais parlé de sexualité. D'autres personnes concernées par la maladie me disent être limitées dans leur sexualité en raison de phénomènes de toux, d'expectoration et de gêne respiratoire. Peut-être êtes-vous aussi dans la même situation. »

« Peut-être y a-t-il autre chose vous empêchant d'avoir une sexualité épanouie ? Souhaitez-vous m'en parler ? »

Important

Vous n'avez pas besoin de connaissances approfondies, il vous suffit d'être ouvert à ce sujet.

→ Des instructions pour la communication appliquée (Communication about Sexuality in COPD, COSY) vous aident en ce sens.
liguepulmonaire.ch/cosy

BPCO et soins palliatifs^{30, 31}

Pour les patients atteints de BPCO, il est judicieux, du fait du pronostic difficile et de l'évolution chronique et longue, de mettre en œuvre ou d'envisager le Chronic Care et les aspects de médecine palliative très tôt en accompagnement.

Le **Chronic Care** comprend de nombreuses approches de soins palliatifs qui, dans le cas d'une maladie chronique incurable, se concentrent sur la gestion des symptômes et le maintien d'une qualité de vie globalement satisfaisante aussi longtemps que possible.

Les **soins palliatifs** ne sont pas synonymes d'encadrement en phase terminale. Il s'agit de l'identification précise en temps opportun et d'une thérapie de soutien aux personnes concernées et à leurs proches dans tous les domaines de la vie (physique, psychique, social et spirituel). Ils ne se limitent cependant pas à certaines maladies ni aux dernières semaines ou jours.

Le **End-of-life Care** constitue la dernière phase des soins palliatifs avec toutes les mesures palliatives mises en œuvre dans les 12 derniers mois. Lorsque la maladie est à un stade très avancé, les personnes concernées par la BPCO bénéficient d'une thérapie médicamenteuse souvent insuffisante, et ce malgré un pronostic très réservé, une gêne respiratoire intolérable, une anxiété considérable et une dépression.

Opiacés

De faibles doses de morphine suffisent à réduire efficacement et en toute sécurité la dyspnée réfractaire chez les patients atteints d'une BPCO sévère.

Situation	Morphine : dose de départ
Patients naïfs d'opioïdes	2 mg si nécessaire jusqu'à toutes les heures ou toutes les 4 h augmentation de la dose par paliers d'1 mg jusqu'à atténuation suffisante. Considérer ensuite le passage à une préparation « retard ».
En cas de thérapie aux opiacés préexistante contre les douleurs	1/6 de la dose d'opiacés journalière jusqu'à toutes les heures, puis ajouter la quantité globale par 24 h à la dose d'opiacés actuelle.

Benzodiazépine

Les phénomènes d'anxiété et de gêne respiratoire sont fréquemment étroitement liés. La benzodiazépine agit contre l'anxiété.

Benzodiazépine	Posologie :
Lorazépam	0,5–1,0 mg toutes les 6–8 h. p.o./s.l.
Midazolam	2,5–5 mg/4 h s.c. ou nasal, 10–30 mg/24 h.

Prise en charge coordonnée, intégrée dans l'environnement médical et non médical³²⁻³⁴



Aides de la part de l'entourage

Offres complémentaires des hôpitaux

- Traitement stationnaire de l'exacerbation et des comorbidités
- Consultation dédiée au sevrage tabagique
- Planning d'accompagnement pour le patient
 - Évaluation de fin de programme et planning thérapeutique
- Planning avec le médecin de famille
 - Clarification de mesures interventionnelles et chirurgicales



Agir au lieu de réagir

- Poser un diagnostic précoce
- Encourager les personnes concernées et les proches à l'auto-prise en charge en proposant un conseil, des brochures destinées aux patients ainsi que des adresses et contacts utiles



Offres complémentaires des centres pour une réhabilitation stationnaire ou ambulatoire

- Consultation dédiée au sevrage tabagique
 - Entraînement d'endurance
 - Musculation
- Coaching dédié à la gestion au quotidien
- Plan d'action pour la gestion de l'exacerbation
 - Thérapie diététique
- Évaluation de fin de programme et planning thérapeutique
- Planning avec le médecin de famille
 - Indication et prescription d'oxygène



Prévention & pronostic

- Sevrage tabagique
- Vaccination
- Activité physique
- Coaching pour la gestion du quotidien
- Plan d'action pour la gestion de l'exacerbation

La pratique des soins
le foyer médicalisé

Caring Communities



Offres complémentaires de pneumologues

- Diagnostic, diagnostic différentiel
- Consultation dédiée au sevrage tabagique
- Patients atteints d'une BPCO sévère
- Réhabilitation ambulatoire et stationnaire
- Indication et prescription d'oxygène
- Clarification de mesures interventionnelles et chirurgicales



Structure, utilisation et gestion d'un réseau

- Mettre en place une équipe d'encadrement pour personnes concernées
- Gérer l'« entourage médical » (hôpitaux, centres de réadaptation, pneumologues, Ligue pulmonaire et Spitex)
- Gérer l'entourage non médical (associations, communes, entourage, organisations pour patients)



Traitement médicamenteux

- Thérapie adéquate de la BPCO stable
- Thérapie adéquate d'exacerbations
- Prise en compte de comorbidités et diagnostics différentiels majeurs

Associations



Offres complémentaires de la Ligue pulmonaire

- Test de risque BPCO
- Brochures d'information
- Aide à l'arrêt du tabagisme
- Cours (entraînement physique, groupes sportifs axés sur la respiration)
- Groupes d'entraide BPCO
- Oxygénothérapie
- Soutien psychosocial
- Conseil et prise en charge à domicile

s médicaux de base :
é axé sur l'humain

Liens

Guidelines

goldcopd.org

Formulaires

pneumo.ch/fr > spécialistes

Sevrage tabagique

liguepulmonaire.ch/arreter-de-fumer
at-schweiz.ch/fr

Feuilles d'informations/informations pour professionnels de santé

ipcr.org > Resources > Desktop Helper
4 Helping patients quit tobacco
Cigarette électronique, prise de position SGP :
pneumo.ch/fr > spécialistes > Dokument E-Zigaretten
(uniquement en allemand)
europeanlung.org

Réhabilitation pulmonaire & cours de coaching BPCO

Liste des centres stationnaires et ambulatoires
accrédités :
pneumo.ch > spécialistes
> réhabilitation pulmonaire

Offres des ligues pulmonaires cantonales

liguepulmonaire.ch/cantons
Conseil psychosocial pour personnes concernées
liguepulmonaire.ch/prestations-sociales

Mieux vivre avec une BPCO

liguepulmonaire.ch/bpcocoaching

Physiothérapie respiratoire

Liste des physiothérapeutes pulmonaires spécialisés,
classés par cantons :
igptr.ch/physiotherapie-lunge/fachlicher-austausch-igptr-p

Activité physique à domicile

myhomex.ch

Stations d'oxygène

liguepulmonaire.ch/stations

BPCO et sexualité

liguepulmonaire.ch/cosy

Soins palliatifs

bag.admin.ch/soinspalliatifs
palliative.ch/fr

Feuilles d'informations pour patients et patientes

europeanlung.org/fr/information-hub/

Films sur la bonne technique d'inhalation pour tous les appareils

atemwegsliga.de > Inhalation (uniquement en allemand/anglais)

Groupes d'entraide et d'échanges d'expériences

liguepulmonaire.ch/fr/conseil-et-prise-en-charge/groupes-dentraide.html

Références

- 1 The global strategy for diagnosis, management and prevention of COPD : GOLD (revised 2023)
goldcopd.org
- 2 Jones PW et al. : Development and first validation of the COPD Assessment Test. *Eur Respir J* 2009, 34(3) :648–654
- 3 van Eerd EA et al. : Smoking cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Aug 20;(8) :CD010744. doi :10.1002/14651858.CD010744.pub2
- 4 Kalkhoran S and Glantz SA. : E-cigarettes and smoking cessation in a real - world and clinical settings : a systematic review and metanalysis *Lancet Respir Med* 2016; 4 :116
- 5 Dinakar C et al. : The health effect of electronic cigarettes *N Engl J Med* 2016;375 :1372-81
- 6 Auer R et al. : The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE; Electronic Nicotine-Delivery Systems for Smoking Cessation
- 7 Walters JA et al. : Pneumococcal vaccines for preventing pneumonia in chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jan 24;1 : CD001390. doi :10.1002/14651858.CD001390.pub4
- 8 bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/impfun-gen-prophylaxe/richtlinien-empfehlungen-impfun-gen-prophylaxe.html
- 9 2024 Aertzeverlag medinfo AG, PRAXIS 2024; 113 (11 &12) : 297–307, Vaccination in adult patients with chronic lung diseases
- 10 Strassmann A et al. : Population-based reference values for the 1-min sit-to-stand test. *International J of Public Health*, Dec 2013;58;6 :949–953
- 11 McCarthy B et al. : Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Feb 23;(2) :CD003793. doi :10.1002/14651858.CD003793.pub3
- 12 Waschki B et al. : Physical activity is the strongest predictor of all-cause mortality in patients with COPD : a prospective cohort study. *Chest*. 2011 Aug;140(2) :331-342. doi : 10.1378/chest.10-2521
- 13 Crook S et al. : STAND-UP and RIMTCORE study groups : The validation of the sit-to-stand test for COPD patients. *Eur Respir J*. 2017 Sep 20;50(3). pii : 1701506. doi :10.1183/13993003.01506-2017
- 14 Information sur le médicament de Swissmedic.
swissmedicinfo.ch
- 15 Rabe KF et al. : ETHOS Investigators. Triple Inhaled Therapy at Two Glucocorticoid Doses in Moderate-to-Very-Severe COPD. *N Engl J Med*. 2020 Jul 2;383(1) :35-48
- 16 Sanchis J et al. : Systematic Review of Errors in Inhaler Use. *CHEST* 2016; 150(2) :394-406
- 17 Molimard M et al. : Chronic obstructive pulmonary disease exacerbation and inhaler device handling : real-life assessment of 2935 patients. *Eur Respir J* 2017; 49 : 1601794
- 18 Leuppi JD et al. : Short-term vs conventional glucocorticoid therapy in acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease : the REDUCE randomized clinical trial. *JAMA*. 2013 Jun 5;309(21) :2223-31. doi :10.1001/jama.2013.5023
- 19 Vollenweider DJ et al. : Antibiotics for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Dec 12;12 :CD010257. doi :10.1002/14651858.CD010257
- 20 Rabe KF, Hurst JR, Suissa S. Cardiovascular disease and COPD : dangerous liaisons ? *Eur Respir Rev* 2018;7 : 180057
- 21 Martinez FJ, Rabe K et al 2021 *Am J Respir Crit Care Med* Vol 203, Iss 5, pp 553–564
- 22 Bourbeau J et al. : Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease : a disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med* 2003;163(5) :585–591

- 23 Benzo R et al. : Health Coaching and Chronic Obstructive Pulmonary Disease Rehospitalization. A Randomized Study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2016 Sep 15;194(6) : 672-80. doi :10.1164/rccm.201512-2503OC
- 24 Howcroft M et al. : Action plans with brief patient education for exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Dec 19;12 : CD005074. doi :10.1002/14651858.CD005074.pub4
- 25 Effing TW et al. : Definition of a COPD self-management intervention : International Expert Group consensus. *Eur Respir J*. 2016 Jul;48(1) :46-54. doi :10.1183/13993003.00025-2016
- 26 Lenferink A et al. : Self-management interventions including action plans for exacerbations versus usual care in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 8. Art. No. : CD011682. DOI : 10.1002/14651858.CD011682.pub2
- 27 Steurer-Stey C et al. : Effects of the Living well with COPD intervention in primary care : a comparative study *Eur Respir J* 2017 accepted
- 28 Singh SJ et al. : American Thoracic Society/European Respiratory Society Task Force on Pulmonary Rehabilitation. Learn from the past and create the future : the 2013 ATS/ERS statement on pulmonary rehabilitation. *Eur Respir J*. 2013 Nov;42(5) :1169-74. doi :10.1183/09031936.00207912
- 29 Vincent EE and Singh SJ : Addressing the sexual health of patients with COPD : the needs of the patient and implications for health care professionals *Chronic Respiratory Disease* 2007; 4 : 111-115
- 30 Tavares N, Jarrett N, Hunt K, et al. : Palliative and end-of-life care conversations in COPD : a systematic literature review. *ERJ Open Res* 2017; 3 : 00068-2016 [<https://doi.org/10.1183/23120541.00068-2016>]
- 31 Huntley C, Hakkak F, Ward H : Palliative care for chronic respiratory disease : integrated care in outpatient settings. *British Journal of Community Nursing* March 2020 Vol 25, 3 :132-38.
- 32 Fromer L : Implementing chronic care for COPD : planned visits, care coordination, and patient empowerment for improved outcomes. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2011;6 :605-14. doi :10.2147/COPD.S24692
- 33 Ortiz G et al. : Patient-Centered Medical Home in chronic obstructive pulmonary disease. *J Multidiscip Healthc*. 2011;4 :357-65. doi :10.2147/JMDH.S22811
- 34 Casas A et al. : and members of the CHRONIC Project : Integrated care prevents hospitalisations for exacerbations in COPD patients : *Eur Respir J*. 2006 Jul;28(1) :123-30

Édition et rédaction

Ligue pulmonaire suisse
Sägestrasse 79
3098 Köniz
+41 31 378 20 50
info@lung.ch
liguepulmonaire.ch

Autrices

- Prof. Dr. méd. Claudia Steurer-Stey, spécialiste en pneumologie et en médecine interne, Institut d'épidémiologie, de biostatistique et de prévention, Université de Zurich, mediX Gruppenpraxis, Zurich
- Kaba Dalla Lana, physiothérapeute dipl. HES, PRT

Consultation médicale

- Prof. Dr. méd. Pierre-Olivier Bridevaux

Conception et mise en page

virus Ideenlabor AG, Bienne

Traduction

TEXTRAPLUS AG, Pfäffikon SZ

Impression

Rubmedia, Köniz

2025/3^{ème} édition

Cette brochure a pu être réalisée grâce au généreux soutien de sponsors. Nous tenons à remercier :

AstraZeneca 

GSK



sanofi

REGENERON®

Vous trouverez ici les
adresses, numéros de
téléphone et contacts
d'urgence actuels des
Ligues pulmonaires
cantonales :



liguepulmonaire.ch/lpc

1003.1010.F



Ligue pulmonaire suisse

Sägestrasse 79

3098 Köniz

+41 31 378 20 50

info@lung.ch

liguepulmonaire.ch

Compte de dons

IBAN CH92 0900 0000 3000 0882 0