



Guide de poche BPCO

Diagnostic et soutien à la gestion pour professionnels de santé



Universität
Zürich

Institut für Epidemiologie,
Biostatistik und Prävention



KHM CMPR CMB
COLLEGE DE MÉDECINE DE PREMIER RECOURS
COLLEGIO DI MEDICINA DI BASE



SGAIM SSMIG SSGIM
Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin & Familienmedizin
Societate Suisse de Medicina Generală și Familie
Società Svizzera di Medicina Generale e Famiglia
Società Italiana di Medicina Generale e Famiglia

SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT
FÜR **PNEUMOLOGIE**
SOCIÉTÉ SUISSE DE **PNEUMOLOGIE**
SOCIETÀ SVIZZERA DI **PNEUMOLOGIA**



LIGUE **PULMONAIRE**



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

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

Optimize symptoms

Atténuer les symptômes

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
- 9 Vaccinations
- 10 Entretien et motivation pour une activité physique régulière
- 13 Thérapie médicamenteuse
- 14 Préparations pour le traitement de la BPCO disponibles en Suisse
- 16 Inhaler efficacement
- 17 Identifier et traiter l'exacerbation aiguë (AECOPD)
- 18 Coaching pour mieux vivre avec une BPCO
- 20 BPCO et sexualité
- 21 BPCO et soins palliatifs

Develop network

Établir et exploiter un réseau

Réseau

- 22 Prise en charge coordonnée, intégrée dans l'environnement médical et non médical
- 24 Liens
- 25 Références

Y penser, confirmer le diagnostic et répartir le risque¹

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

VEMS (% de la valeur consigne)	GOLD 1 ≥80 moyen	GOLD 2 50-79 modéré	GOLD 3 30-49 aiguë	GOLD 4 <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	C	D
0-1 exacerbation (sans hospitalisation)	A	C

La classification de la BPCO par catégorie de risque ABCD 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 ABCD.

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
0	Jamais de gêne respiratoire, sauf en cas d'efforts intenses
1	Gêne respiratoire en cas de marche rapide ou de la montée d'une pente légère
2	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.
3	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
4	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.	0 1 2 3 4 5	Je tousse tout le temps.	
Je n'ai pas du tout de glaires dans les poumons.	0 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.	0 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.	0 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.	0 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.	0 1 2 3 4 5	Je crains fortement de sortir de chez moi du fait de ma maladie pulmonaire.	
Je dors bien.	0 1 2 3 4 5	Je dors mal à cause de ma maladie pulmonaire.	
Je suis plein(e) d'énergie.	0 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



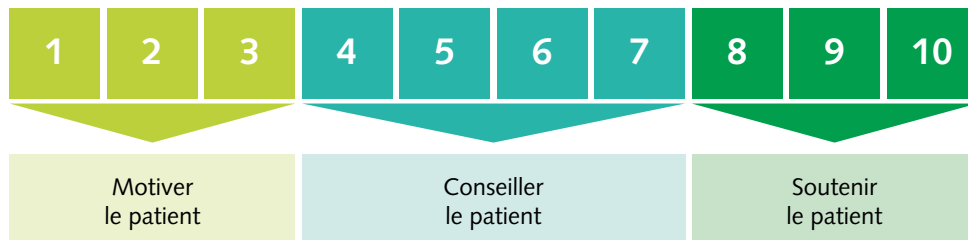
Renforcer la motivation pour l'arrêt du tabagisme³



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}

Les produits à base de tabac et de nicotine alternatifs comme les cigarettes électroniques sont des médicaments pour sevrage tabagique non reconnus. Leur efficacité en ce sens n'est pas prouvée. Ces produits ne sont pas une alternative à l'arrêt du tabagisme pour les personnes souffrant d'une maladie des voies respiratoires.

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 avoir plusieurs arômes et taux de nicotine. Le liquide chauffé dégage de la vapeur qui est inhalée.

Les cigarettes électroniques peuvent entraîner une dépendance à la nicotine. Des motifs raisonnables laissent en outre soupçonner qu'elles encouragent le tabagisme conventionnel.

Produits du tabac à chauffer (IQOS, p. ex.)

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 du tabac, avec tous les composants toxiques et cancérigènes correspondants à des concentrations différentes de celles des cigarettes classiques, ainsi que de la nicotine. Ils ne sont pas indiqués pour un arrêt du tabagisme.

→ 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, varénicline) reste la méthode la plus efficace pour arrêter de fumer. www.ipcrg.org/desktophelpers ou www.liguepulmonaire.ch/arreter-de-fumer

Vaccinations^{6,7}

Vaccination contre la grippe

L'OFSP et les directives GOLD recommandent la vaccination annuelle contre la grippe, étant donné qu'elle réduit le risque d'hospitalisation et de mortalité.

Vaccination anti-pneumococcique

Les données du vaccin conjugué 13-valent Prevenar laissent supposer une meilleure efficacité. La vaccination de personnes à risques atteintes de BPCO se traduit par une vaccination unique, aucun rappel n'est nécessaire.

Entretien et motivation pour une activité physique régulière⁸⁻¹¹

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?»



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 homotrainers, etc.).

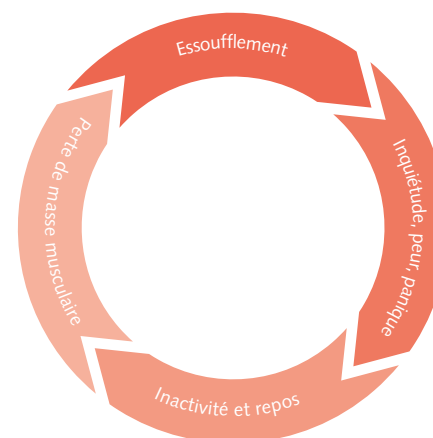
Transmettre des connaissances

«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.

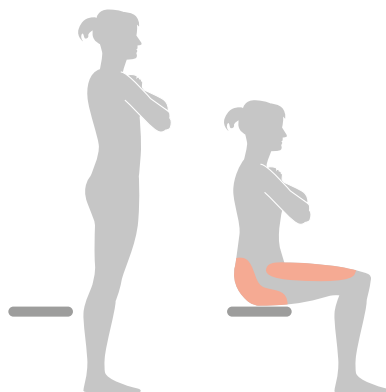


Cercle vicieux de l'inactivité

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 santé⁸

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.
www.liguepulmonaire.ch/bpcocoaching

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

Thérapie médicamenteuse

<p>Recommandation thérapeutique Groupe de patients</p> <p>(peu d'exacerbations, peu de symptômes)</p> <p style="text-align: right; font-size: 2em;">A</p>	<p>Traitement privilégié</p> <p>SAMA ou SABA En cas d'efficacité insuffisante°: LAMA ou LABA</p>
<p>Recommandation thérapeutique Groupe de patients</p> <p>(peu d'exacerbations, peu de symptômes)</p> <p style="text-align: right; font-size: 2em;">C</p>	<p>Traitement privilégié</p> <p>LAMA ou LABA En cas d'efficacité insuffisante°: LAMA + LABA</p>
<p>Recommandation thérapeutique Groupe de patients</p> <p>(exacerbations fréquentes, peu de symptômes)</p> <p style="text-align: right; font-size: 2em;">C</p>	<p>Traitement privilégié</p> <p>LAMA En cas d'efficacité insuffisante°: LAMA + LABA</p> <hr/> Alternative: LABA + ICS*
<p>Recommandation thérapeutique Groupe de patients</p> <p>(exacerbations fréquentes, nombreux symptômes)</p> <p style="text-align: right; font-size: 2em;">D</p>	<p>Traitement privilégié</p> <p>LAMA + LABA</p> <hr/> Alternative: LAMA ou LABA + ICS* <hr/> En cas d'efficacité insuffisante°: LAMA + LABA + ICS* Considérer une augmentation du traitement.#

° Symptômes persistants et/ou autres exacerbations
 * Éosinophiles dans le sang: envisager des ICS à ≥300 ou ≥150 ET ≥2 exacerbations modérées ou 1 exacerbation avec hospitalisation l'année précédente
 # Autres exacerbations: envisager le Roflumilast en cas de VEMS < 50% de la valeur consigne et de bronchite chronique. Envisager l'azithromycine chez les anciens fumeurs.

Préparations pour le traitement de la BPCO disponibles en Suisse¹²

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	5 min.	4–6 h	Boehringer Ingelheim
LAMA	Eklira® Genuair®	Aclidinium	30 min.	12 h	AstraZeneca
	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

Classe	Nom du produit	Composant	Début des effets	Durée des effets	Fabricant
LABA + ICS	Relvar® Ellipta®	Vilanterol/ Fluticasonefuroat	15 min.	24 h	GlaxoSmithKline
	Seretide®	Salmétérol/ Propionate de fluticasone	15 min.	12 h	GlaxoSmithKline
	Symbicort® Turbuhaler®	Formotérol/ Budésonide	5 min.	12 h	AstraZeneca
	Vannair™	Formotérol/ Budésonide	5 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®	Umeclidinium/ Vilanterol/ Fluticasonefuroat	15 min.	24 h	GlaxoSmithKline
	Trimbow® DA	Glycopyrronium/ Formotérol/ Béclométasone	1–3 min.	12 h	Chiesi/OM Pharma
Inhibiteur PDE4	Daxas®	Roflumilast			AstraZeneca
Inhibiteur PDE4 non sélectif	Aminophyllin Amino	Théophylline			Amino
	Unifyl® Continus®	Théophylline			Mundipharma

SAMA Anticholinergique à courte durée d'action
SABA β -agoniste à courte durée d'action
LAMA Anticholinergique à longue durée d'action
LABA β -agoniste à longue durée d'action

LAMA + LABA Double bronchodilatation
ICS Stéroïde inhalé
LABA + ICS β -agoniste à longue durée d'action et stéroïde inhalé
LABA + LABA + ICS Trithérapie
PDE4 Phosphodiesterase 4

Inhaler efficacement^{13,14}

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.



GenuairAb®
Force d'inspiration et durée correctes, lorsque le clic est audible.



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.



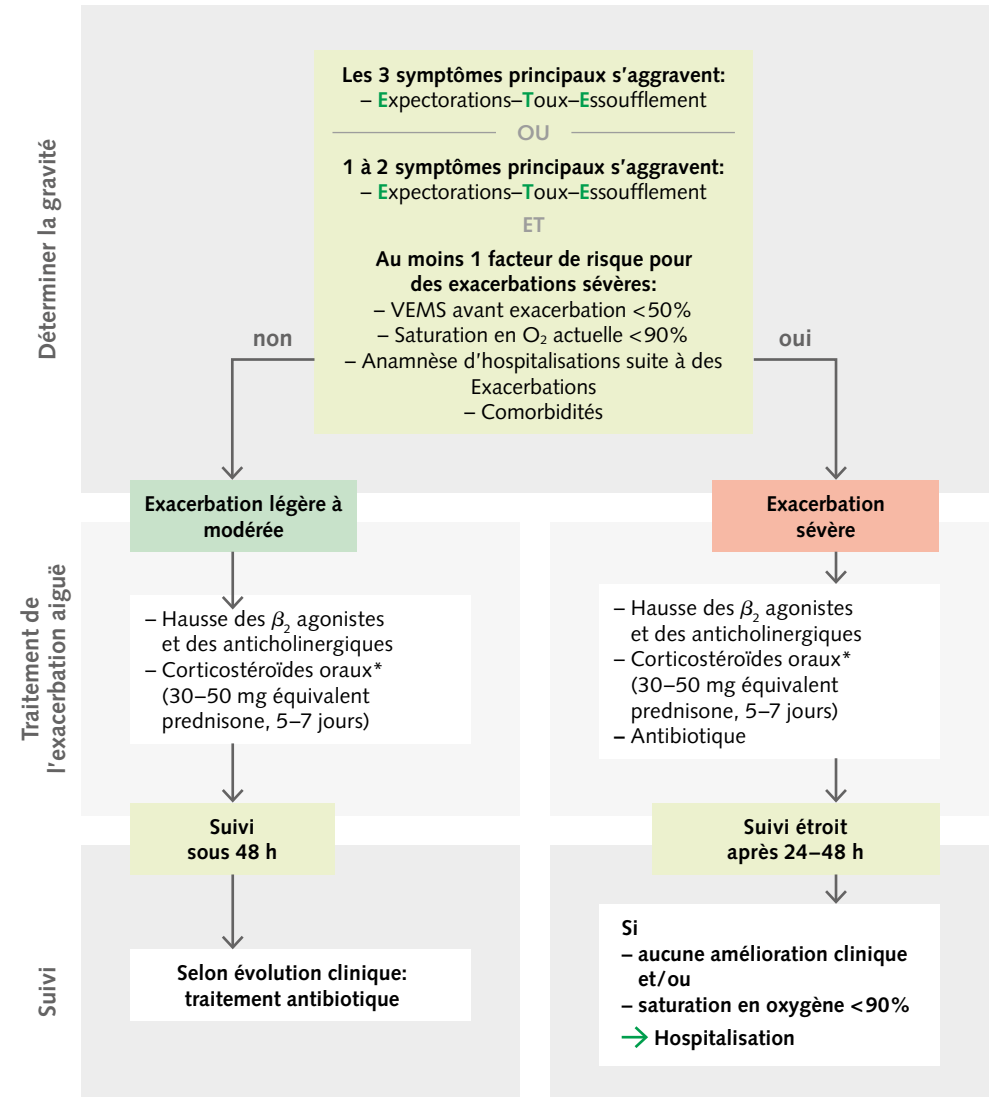
Aérosol-doseur moderne (AD)
En raison de composants extrafins présents dans la solution, il est inutile de secouer l'aérosol-doseur avant utilisation. La faible vitesse des particules de composants permet une meilleure coordination main-bouche et leur diamètre minimal un dépôt jusque dans les petites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



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

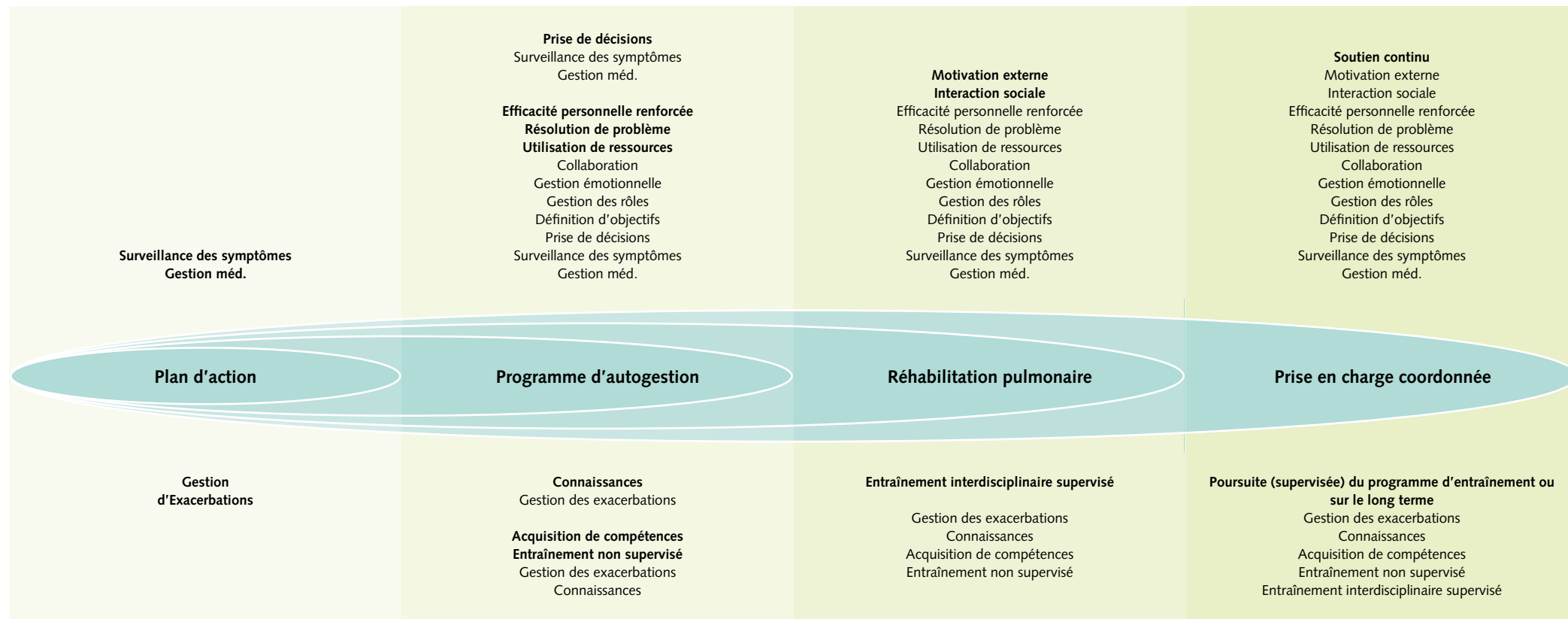
Identifier et traiter l'exacerbation aiguë (AECOPD)^{15, 16}



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.

Coaching pour mieux vivre avec une BPCO¹⁷⁻²⁴



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.

www.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 www.liguepulmonaire.ch/bpcocoaching



BPCO et sexualité²⁵

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.

Important

Il s'agit avant tout d'ABORDER LE SUJET. Vous n'avez nullement besoin de connaissances approfondies sur la sexualité.

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?*»

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

BPCO et soins palliatifs^{26,27}

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.

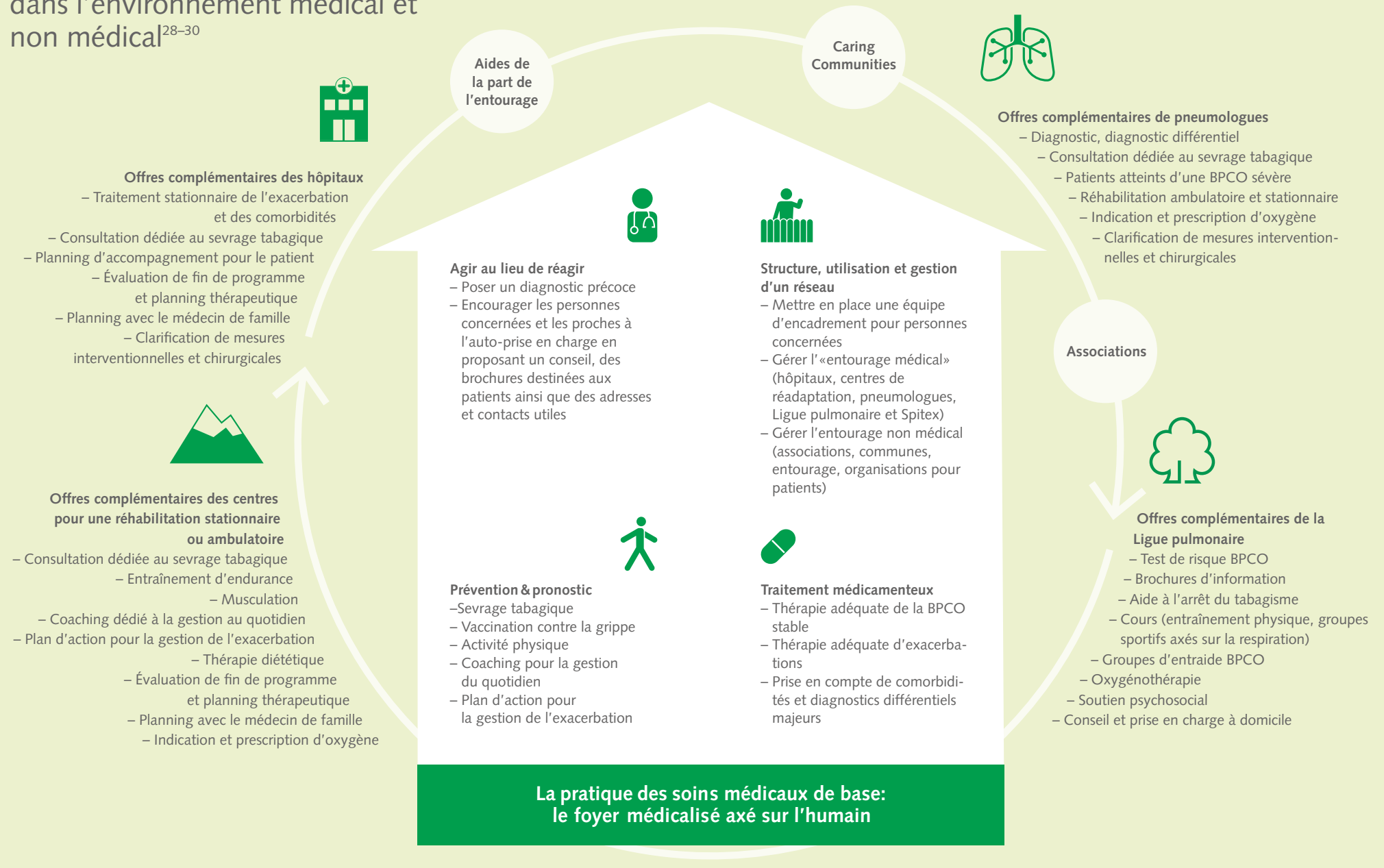
Situation	Morphine: dose de départ
Patients naïfs d'opioïdes	2 mg si nécessaire jusqu'à toutes les heures ou toutes les 4 h augmentation de la dose par paliers d'1 mg jusqu'à atténuation suffisante. Considérer ensuite le passage à une préparation «retard».
En cas de thérapie aux opiacés préexistante 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 médical²⁸⁻³⁰



Liens

Guidelines

www.goldcopd.org

Formulaires

www.pneumo.ch/fr > spécialistes

Sevrage tabagique

www.liguepulmonaire.ch/arreter-de-fumer
www.stopsmoking.ch
www.at-schweiz.ch/fr > arrêt du tabagisme > aides au sevrage

Feuilles d'informations/informations pour professionnels de santé

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

Réhabilitation pulmonaire & cours de coaching BPCO

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

Offres des ligues pulmonaires cantonales

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

Mieux vivre avec une BPCO

www.liguepulmonaire.ch/bpcocoaching

Physiothérapie respiratoire

Liste des physiothérapeutes pulmonaires spécialisés, classés par cantons:
www.igptr.ch > IGPTR-P > Pulmonare Rehabilitation
> PRT TherapeutInnen

Activité physique à domicile

www.myhomex.ch

Stations d'oxygène

www.liguepulmonaire.ch/stations

BPCO et sexualité

www.liguepulmonaire.ch/cosy

Soins palliatifs

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

Feuilles d'informations pour patients

www.europeanlung.org > maladies pulmonaires & informations > fiches d'information

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

www.atemwegsliga.de > Correct inhalation
(uniquement en allemand/anglais)

Groupes d'entraide et d'échanges d'expériences

www.liguepulmonaire.ch > Conseil & prise en charge
> Groupes d'entraide

Références

- 1 The global strategy for diagnosis, management and prevention of COPD: GOLD (revised 2020) www.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 metaanalysis *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 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.
- 7 www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/impfungen-prophylaxe/richtlinien-empfehlungen-impfungen-prophylaxe.html
- 8 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.
- 9 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.
- 10 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.
- 11 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.
- 12 Information sur le médicament de Swissmedic. www.swissmedicinfo.ch
- 13 Sanchis J et al.: Systematic Review of Errors in Inhaler Use. *CHEST* 2016; 150(2):394-406
- 14 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
- 15 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.
- 16 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.
- 17 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.
- 18 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.
- 19 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.
- 20 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
- 21 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.

- 22 Steurer-Stey C et al.: Effects of the Living well with COPD intervention in primary care: a comparative study Eur Respir J 2017 accepted
- 23 Carron Tania, Bridevaux Pierre-Olivier et al.: Feasibility, acceptability and effectiveness of integrated care for COPD patients: a mixed methods evaluation of a pilot community-based programme, Swiss Med Wkly. 2017;147:w14567.
- 24 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.
- 25 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
- 26 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].
- 27 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.
- 28 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.
- 29 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.
- 30 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
Chutzenstrasse 10
3007 Berne
Tél. 031 378 20 50
Fax 031 378 20 51
info@lung.ch
liguepulmonaire.ch

Autrices

– Kaba Dalla Lana,
physiothérapeute dipl. HES, PRT
– 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

Consultation médicale

– Prof. Dr. méd. Pierre-Olivier Bridevaux

Conception et mise en page

virus Ideenlabor AG, Bienne

Traduction

TEXTRAPLUS AG, Pfäffikon SZ

Impression

OK Druck, Zurich

Février 2021/1^{re} édition

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

AstraZeneca 





Ligue pulmonaire suisse

Chutzenstrasse 10

3007 Berne

Tél. 031 378 20 50

Fax 031 378 20 51

info@lung.ch

www.liguepulmonaire.ch

Compte de dons CP 30-882-0