

JOURNÉES NATIONALES

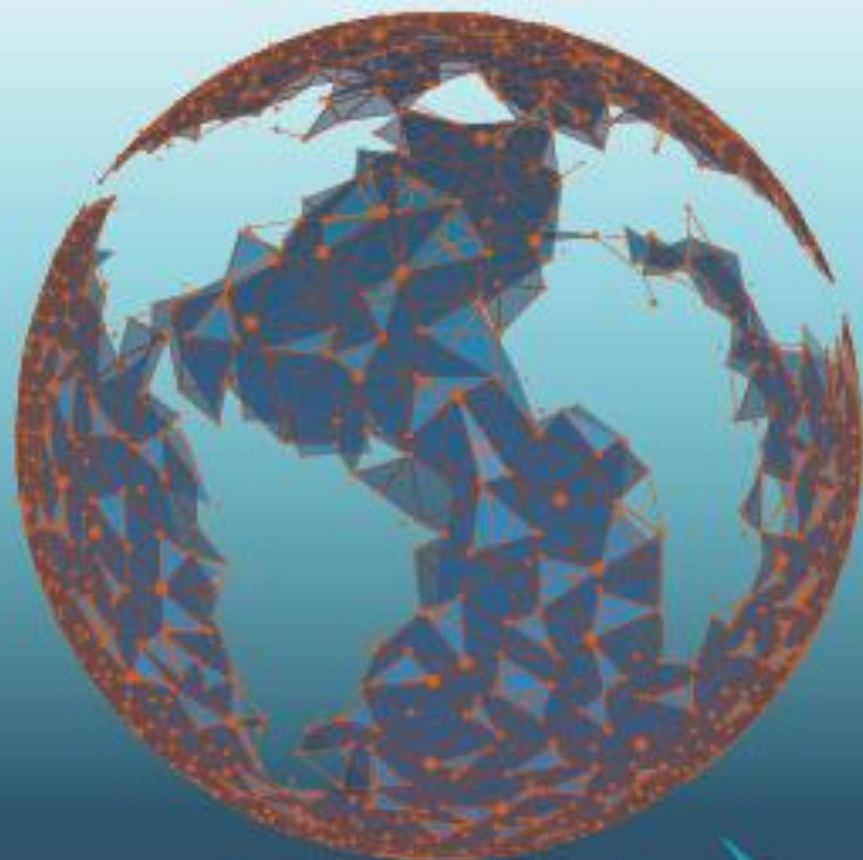
DES INFIRMIER.E.S EN PRATIQUE AVANCÉE



IPA D'ICI ET D'AILLEURS
inspirations, innovations et partages

CITÉ INTERNATIONALE UNIVERSITAIRE DE PARIS
Maison Internationale 17 boulevard Jourdan PARIS 14^E

13-14 NOV
2025



jnipa.fr

ANFIPA
ASSOCIATION
NATIONALE FRANÇAISE
DES INFIRMIER.E.S
EN PRATIQUE AVANCÉE



BPCO

De bonnes pratiques diagnostiques et de suivi GOLD 2025

Mylène BONNAIRE, IPA PCS CHU de Rouen

Déclaration de vos liens d'intérêts

Je soussignée Mylène BONNAIRE, déclare avoir eu au cours des cinq dernières années :

Astrazeneca

Chiesi

GSK

Diagnostic de la BPCO

Le diagnostic de BPCO doit être suspecté (**dépistage**) chez tout patient :

- avec dyspnée d'effort
- toux chronique, sèche ou productive
- antécédant d'infections respiratoires basses à répétition
- exposition à un ou plusieurs facteurs de risque respiratoire (tabac +++)

La présence d'un trouble ventilatoire obstructif **est obligatoire** pour le diagnostic de BPCO :

- Spirométrie et non un outil de dépistage
- VEMS/CVF < 0,7
- idéalement en post-bronchodilatateur
- Il n'y a pas d'intérêt à utiliser la limite inférieure de la normale

Un TVO non réversible n'est pas spécifique d'une BPCO

- L'interrogatoire est obligatoire pour le diagnostic
- Rechercher un diagnostic différentiel : asthme, dilatations des bronches, bronchiolite

Recommandations internationales

- Il est impératif que les centres de soins primaires soient équipés de spiromètres
- Nécessité de former le médecin, infirmière, technicien à fournir des mesures valides

Identifier la sévérité de la BPCO

Une fois le diagnostic confirmé (clinique + spirométrie)

Déterminer le degré d'obstruction bronchique



Stade	VEMS (% théorique)
GOLD 1	≥ 80
GOLD 2	50 - 79
GOLD 3	30 - 49
GOLD 4	< 30



Evaluer symptômes et niveau d'exacerbation



Exacerbations/an		
≥2 exacerbations modérées ou 1 exacerbation avec hospit	E	
0-1 exacerbation modérée	A	B
	mMRC 0-1 CAT<10	mmMRC≥2 CAT≥10

Piège !

Le VEMS peut être diminué pour
d'autres raisons que le trouble
ventilatoire obstructif

Echelle mMRC et Score CAT

Echelle de dyspnée modifiée du Medical Research Council (mMRC) :

Stade 0 : je suis essoufflé uniquement pour un effort important

Stade 1 : je suis essoufflé quand je me dépêche à plat ou quand je monte une pente légère

Stade 2 : je marche moins vite que les gens de mon âge à plat ou je dois m'arrêter quand je marche à mon pas à plat

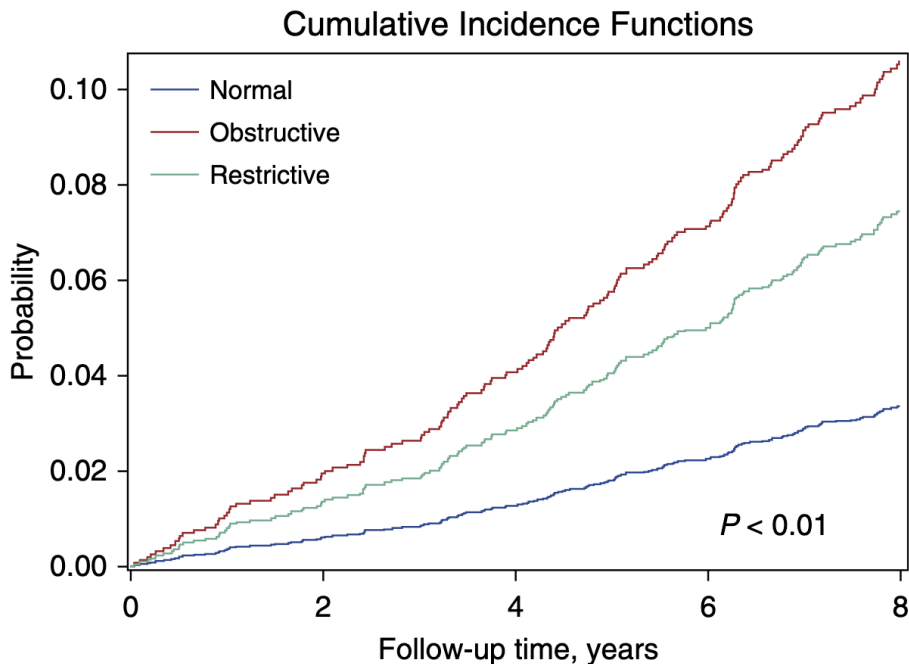
Stade 3 : je m'arrête pour respirer après 90 mètres ou après quelques minutes à plat

Stade 4 : je suis trop essoufflé pour quitter ma maison ou je suis essoufflé rien qu'à m'habiller

Comorbidités ou diagnostics différentiels à évaluer

**Modifient l'interprétation des symptômes cliniques de la BPCO
et/ou modifient l'interprétation de la spirométrie**

Asthme, Dilatations des bronches, Obésité, Insuffisance cardiaque, ...
20-30% des patients insuffisants cardiaques ont une BPCO
20-70% des patients atteints de BPCO ont une insuffisance cardiaque



	BPCO 2 - 4	Obésité restrictive	IC "sèche"	IC congestive
VEMS/CVF	↘	normal	normal	normal
VEMS	↘	↘	normal	↘
CVF	↘	↘	normal	↘
DLCO	↘	normal	normal	↘

Une conduite diagnostique rigoureuse est nécessaire

Sous-diagnostic de la BPCO (faux négatifs)

60 à 86% des patients atteints de BPCO ne sont pas identifiés

Etude en population générale au Danemark (100 000 individus) :

- 34% des individus ont un des éléments cliniques faisant évoquer une BPCO
- Parmi ceux-ci, un tiers ont une BPCO après EFR
- Parmi ceux-ci 78% n'était pas diagnostiqués antérieurement

Facteurs associés au sous-diagnostic

TVO léger ou modéré
Sexe féminin
Âge jeune
Niveau socio-culturel bas
Absence de spirométrie

Patients non diagnostiqués

Charge en soins importante pour le système de santé
Visites médicales non programmées
Passages aux urgences
Hospitalisations
+ 23% de mortalité p/r à la population sans BPCO

Une conduite diagnostique rigoureuse est nécessaire

Sur-diagnostic de la BPCO (faux positifs)

On estime qu'environ 30 à 50% des patients étiquetés BPCO en soins primaires n'ont pas de BPCO.

Etude de population Canada : 58% des patients atteints de BPCO n'ont en réalité pas de BPCO.

Patients surdiagnostiqués BPCO : +89% hospitalisations, + 42% passages aux urgences, +52% visites non programmées p/r à non-BPCO après ajustement âge et sexe

Facteurs associés au sur-diagnostic

Absence de spirométrie, erreurs techniques, fluctuations

Âge jeune

Sexe masculin

Médecin âgé

Niveau socio-culturel faible

Autres pathologies

Patients sur-diagnostiqués

Traitements non nécessaires

Risques iatrogènes

Coûts médicamenteux

On passe à côté d'autre(s) pathologie(s)

Modification des parcours de soins

Identifier des "traits traitables" de la BPCO

Une fois le diagnostic confirmé (clinique + spirométrie) puis la sévérité établie

Phénotype emphysémateux

+ de handicap
ventilatoire
Mortalité accrue
Risque accru de
cancer bronchique
Réduction de
volume pulmonaire
Transplantation

Phénotype exacerbateur

Obstruction
bronchique plus
sévère
+ de comorbidités
DDB
RGO
SAOS
Plus d'éosinophilie
sanguine

Phénotype inflammatoire TH2

Plus d'éosinophilie
sanguine
FeNO élevé
+ d'exacerbations
+ de corticodépendance
Traitements anti-
éosinophiles

La prise en charge non pharmacologique

Groupes GOLD	Indispensable	Recommandé	Vaccinations
GOLD A	Sevrage tabac	Activité physique	Influenza SARS-CoV-2 Pneumococoque Coqueluche Zona (Shingrix) VRS (Abrysvo, Arexvy)
GOLD B et D	Sevrage tabac	Activité physique Réhabilitation respiratoire Conseils nutritionnels	Influenza SARS-CoV-2 Pneumococoque Coqueluche Zona (Shingrix) VRS (Abrysvo, Arexvy)

Traitement pharmacologique initial

Un bronchodilatateur de courte durée d'action

Exacerbations	Groupes	
Plus de 2 exacerbations par an ou au moins 1 avec hospitalisation	E : LABA + LAMA ou LABA + LAMA + CSI Macrolide	
Aucune exacerbation ou 1 par an sans hospitalisation	A : LABA ou LAMA	B : LABA + LAMA
	mMRC < 2 CAT* < 10	mMRC ≥ 2 CAT* ≥ 10

Triple thérapie inhalée dans la BPCO

Éléments à considérer pour ajouter un CSI à une association LABA/LAMA

Pour	Antécédant d'exacerbations sévère sous LABA/LAMA ≥ 2 exacerbations modérées/an sous LABA/LAMA Taux d'éosinophiles ≥ 300/mm ³ (mesuré plusieurs fois) Antécédant d'asthme ou asthme associé
Contre	Absence d'exacerbations Antécédant de pneumopathie Taux d'éosinophiles < 300/mm ³ (mesuré plusieurs fois) Antécédant de mycobactériose

Éléments à considérer pour supprimer le CSI d'une association LABA/LAMA

Pour	Absence d'exacerbations modérées à sévères pendant un an Taux d'éosinophiles < 300/mm ³ (mesuré plusieurs fois) Survenue d'une pneumopathie avant ou après CSI Persistance des exacerbations sous CSI
-------------	---

Bronchite chronique : pas d'indication des traitements inhalés

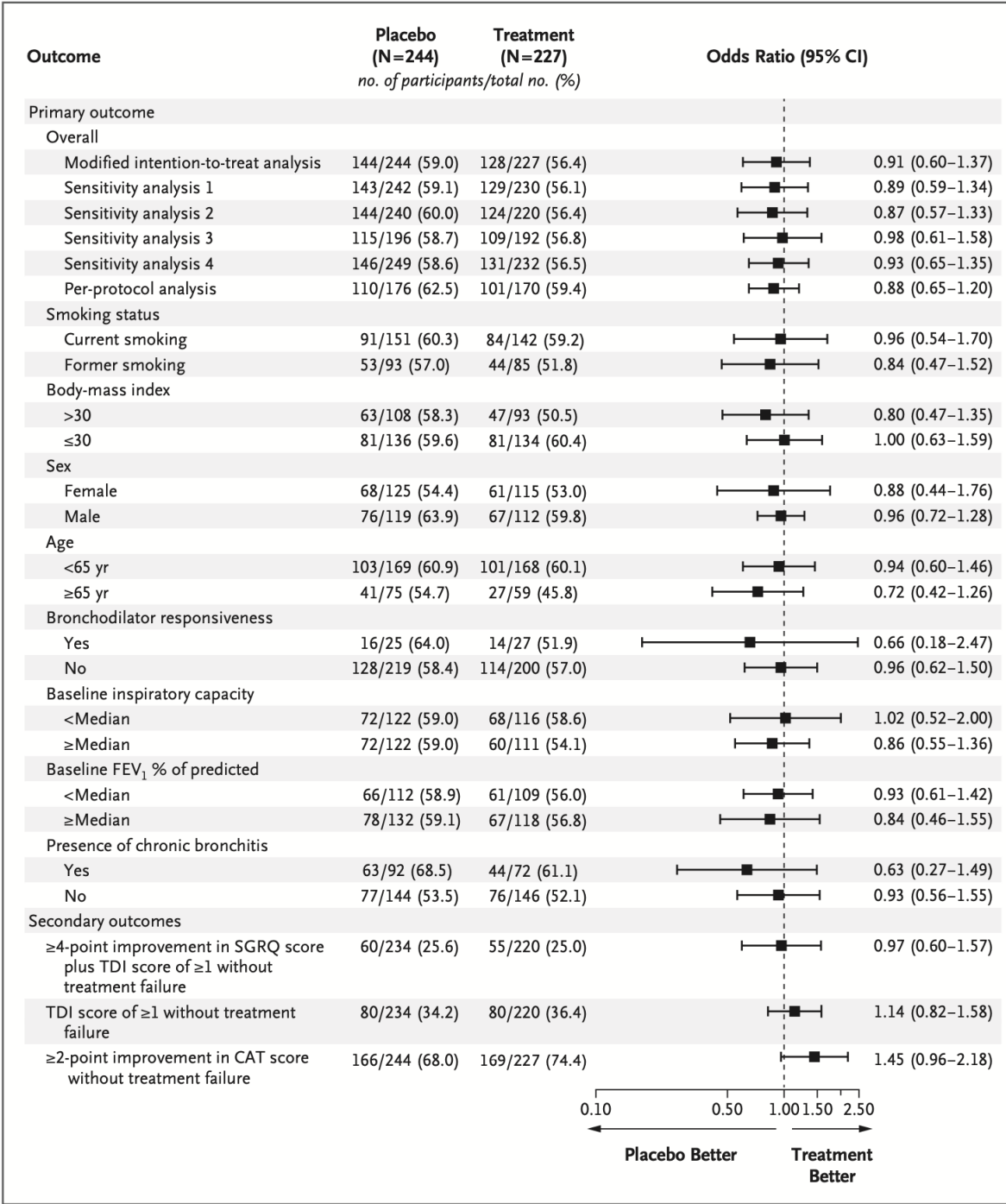
Fumeurs ou ex-fumeurs ≥ 10 p/a (n=535)

Pas de trouble ventilatoire obstructif aux EFR
(VEMS/CVF ≥ 70%)

Score CAT ≥ 10

Traitement pendant 3 mois
LABA+LAMA vs placebo

MK Han et al, New Engl J Med 2022



Aspect pratique du suivi du patient atteint de BPCO

Hospitalisation pour exacerbation de BPCO :

- Réévaluation clinique à 7 jours
- Consultation pneumologue à 2 mois

Efr/ Spirométrie tous les ans

Suivi du patient atteint de BPCO

Réévaluer l'évolution de la maladie

Dyspnée, toux/expectorations

Exacerbations

Comorbidités (toutes)

Capacité à l'exercice, tolérance à l'exercice

Anxiété, dépression

Interrogatoire de sommeil

Revoir la prise en charge de fond

Vaccinations

Sevrage tabagique

Nutrition

Information sur la maladie/éducation

Promotion de l'activité physique

Réhabilitation respiratoire

Prise en charge psycho-sociale

Tolérance des traitements

Technique d'inhalation

Traitement instrumental

Ajuster la prise en charge

Escalade thérapeutique

Désescalade thérapeutique

Adapter le dispositif inhalé

Plans d'action programmés

Avis pneumologique



MERCI POUR VOTRE ATTENTION !

jnipa.fr

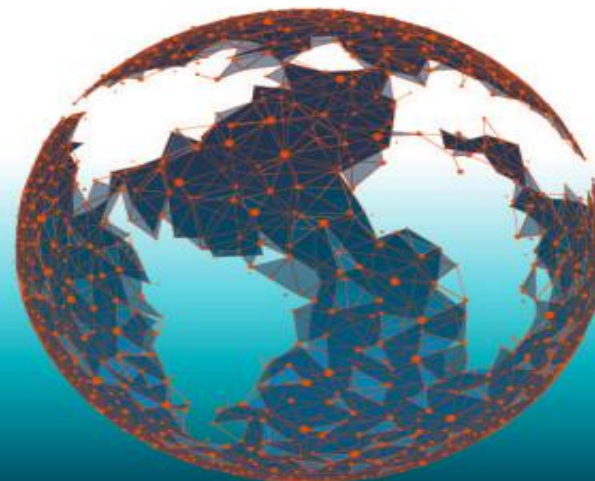
JOURNÉES NATIONALES DES INFIRMIER.E.S EN PRATIQUE AVANCÉE

IPA D'ICI ET D'AILLEURS
inspirations, innovations et partages



13-14 NOVEMBRE 2025

CITÉ INTERNATIONALE UNIVERSITAIRE DE PARIS Maison Internationale 17 boulevard Jourdan PARIS 14^E



jnipa.fr

**VOS ATTENTES COMPTENT :
RÉPONDEZ EN SCANNANT**



Ce questionnaire a pour objectif de recueillir vos attentes et propositions afin d'adapter les actions de l'ANFIPA et les thématiques des webinaires proposés



9^e JNPA

13-14 NOV 2025

CITÉ INTERNATIONALE UNIVERSITAIRE DE PARIS
Maison Internationale 17 boulevard Jourdan PARIS 14^E