

# Prise en charge de la bronchopneumopathie chronique obstructive en milieu libéral

M. BELLAMDANI,  
Pneumologue, Pratique Libérale, Alger



## Résumé

La Bronchopneumopathie chronique obstructive est une maladie : - fréquente de cause connue, évitable pouvant être mortelle souvent sous diagnostiquée car méconnue du grand public et symptômes banaux ou identifiée tardivement. - prise en charge en médecine de ville ou secteur libéral presque totalement sauf lors d'exacerbations nécessitant une hospitalisation et aussi prise en charge totalement pour le traitement pharmacologique pour les assurés sociaux. En plus de la prise en charge du patient BPCO qui est aisée dans la majorité des cas, les professionnels de santé doivent participer au dépistage, à l'éducation thérapeutique des patients et à la lutte anti tabac et établir un parcours de soins entre la médecine de ville, les autres spécialistes (cardiologues, rééducateurs, médecins du travail, psychologues) et les structures hospitalières en cas d'aggravation. Sans un plan national d'urgence BPCO, cette pathologie, déjà problème majeur de santé publique et lourd fardeau socio économique va voir une augmentation de la morbi-mortalité et du handicap respiratoire. La prise en charge par la sécurité sociale doit être élargie aux explorations et au traitement non médicamenteux

### >>> Mots-clés :

BPCO, secteur libéral, parcours de soins, remboursements traitement non pharmacologique, dépistage, sécurité sociale.

La BPCO est un problème et un enjeu majeur de santé publique. Elle est en passe de devenir la 3<sup>ème</sup> cause de mortalité globale dans le monde.

Le secteur médical libéral ou "privé" ou "médecine de ville", fait ou doit faire partie intégrante du système de soins national, au même titre que le secteur public ou parapublic.

Le médecin de ville qu'il soit pneumologue ou médecin généraliste joue un rôle primordial dans le diagnostic précoce de la BPCO et sa prise en charge. D'ailleurs la BPCO et l'asthme constituent la majorité de la patientèle en pneumologie libérale en Algérie.

## Abstract

Chronic Obstructive Pulmonary Disease is a disease - frequent of known cause, avoidable, which can be fatal often underdiagnosed because unknown to the general public and common symptoms or identified late - almost completely covered in city medicine or in the liberal sector except during exacerbations requiring hospitalization and also fully covered for pharmacological treatment for the insured persons. In addition to the management of the COPD patient, which is easy in the majority of cases, health professionals must participate in screening, therapeutic patient education and tobacco control and establish a course of care between medicine city, other specialists (cardiologists, rehabilitators, occupational physicians, psychologists) and hospital structures in the event of aggravation. Without a national COPD emergency plan, this pathology, already a major public health problem and a heavy socio-economic burden, will see an increase in morbidity and mortality and respiratory disability. Social security coverage must be extended to include explorations and non-drug treatment

### >>> Key-words :

COPD, liberal sector, care cours, reimbursements for non-pharmacological treatment, screening, social security

## Définitions

Selon le rapport de la Global Initiative on Obstructive Lung Disease (GOLD), la broncho-pneumopathie chronique obstructive est une maladie fréquente qui peut être prévenue et guérie, caractérisée par des symptômes respiratoires persistants, dyspnée, toux avec ou sans expectoration, et une limitation des débits aériens, secondaire à des anomalies des voies aériennes et/ou des alvéoles résultant d'une exposition importante à des particules ou des gaz nocifs. Cette limitation des débits aériens est la résultante d'une atteinte des voies aériennes et de destruction du parenchyme (emphysème)

dont la participation relative au cours de la BPCO varie d'un sujet à l'autre.

La BPCO a une définition fonctionnelle respiratoire : elle se caractérise par un trouble ventilatoire obstructif (TVO) proximal partiellement ou non réversible sous bronchodilatateurs et d'aggravation progressive à l'exploration fonctionnelle respiratoire par la spirométrie.

La bronchite chronique a une définition clinique : toux productive au moins 3 mois/an sur au moins 2 années consécutives. Elle peut être simple (sans obstruction bronchique) ou obstructive. Seule la forme obstructive fait partie de la BPCO. Ainsi la BPCO a une définition spirométrique caractérisée par un rapport VEMS/CVF post bronchodilatateur < 70%.

La spirométrie est requise pour poser le diagnostic de la BPCO. Il s'agit d'un examen qui peut être effectué dans un laboratoire d'explorations fonctionnelles respiratoires en milieu hospitalier mais surtout chez pratiquement tous les pneumologues libéraux et même certains médecins généralistes initiés.

### Ampleur de la pathologie

Malgré sa fréquence et la précocité des symptômes respiratoires, la BPCO est méconnue du grand public. Les symptômes sont banalisés par les patients et les médecins généralistes.

Elle est sous diagnostiquée à tous les stades de la maladie et souvent les patients ne se présentent en consultation qu'après que leur fonction respiratoire soit bien altérée. Ce retard au diagnostic est lié au fait que les patients attribuent les symptômes au vieillissement ou au tabagisme ou par peur de leur médecin traitant (sevrage tabagique ignoré ou culpabilisation), mais aussi par méconnaissance ou sous-estimation des signes de la BPCO et/ou des difficultés à réaliser une exploration fonctionnelle respiratoire, ou par la prédominance d'autres pathologies associées telles que cardiopathie ou diabète instable, ou cancers.

En conséquence, il existe un sous-diagnostic et un retard au diagnostic de cette maladie. Il est difficile d'évaluer avec précision la proportion de BPCO non diagnostiquée. Certaines études estiment qu'entre 60 et 86% des BPCO ne sont pas diagnostiquées.

Actuellement la BPCO est considérée comme une maladie générale « systémique », avec des signes extra-respiratoires, qui fait intervenir d'autres professionnels de santé, autre que le médecin généraliste ou pneumologue : éducateurs, nutritionnistes ou diététicien, cardiologues, médecins du travail, psychologues cliniciens.

### Parcours de soins

En principe la prise en charge de cette pathologie est facile en milieu libéral, car ce secteur est plus accessible même chez un spécialiste (pas besoin de lettre du médecin préalable en Algérie) ; surtout depuis la généralisation de la carte tiers payant et la prise en charge totale ou presque totale du traitement des maladies chroniques par la sécurité sociale.

La BPCO est principalement prise en charge en médecine de ville en dehors des épisodes d'exacerbation sévère nécessitant une hospitalisation du patient. Les points critiques du parcours BPCO se situent essentiellement hors de l'hôpital : dépistage, sevrage tabagique, prévention et prise en charge des complications respiratoires. Le rôle des médecins libéraux est primordial pour améliorer le parcours des patients à risque ou atteints de BPCO.

Un schéma de la Haute Autorité de Santé (HAS France), montre le parcours de soins du patient fumeur ou exposé chez son médecin traitant ; chez le pneumologue et les explorations ; le recours à l'hospitalisation en cas de complications graves jusqu'à l'évolution terminale au stade d'insuffisance respiratoire grave nécessitant une oxygénothérapie à domicile et ou une ventilation.

En dehors des épisodes d'hospitalisations, la prise en charge est faite à titre ambulatoire et en médecine libérale. Le premier à évoquer ou qui doit penser à cette maladie « BPCO » est le médecin généraliste et

- De faire le bilan initial minimal ;
- Éliminer les autres diagnostics ;
- Demander l'avis du pneumologue ou lui confier le patient pour la prise en charge.

En plus de la spirométrie, certains examens pourront être demandés pour faire une évaluation exhaustive de la maladie en fonction du stade de la maladie

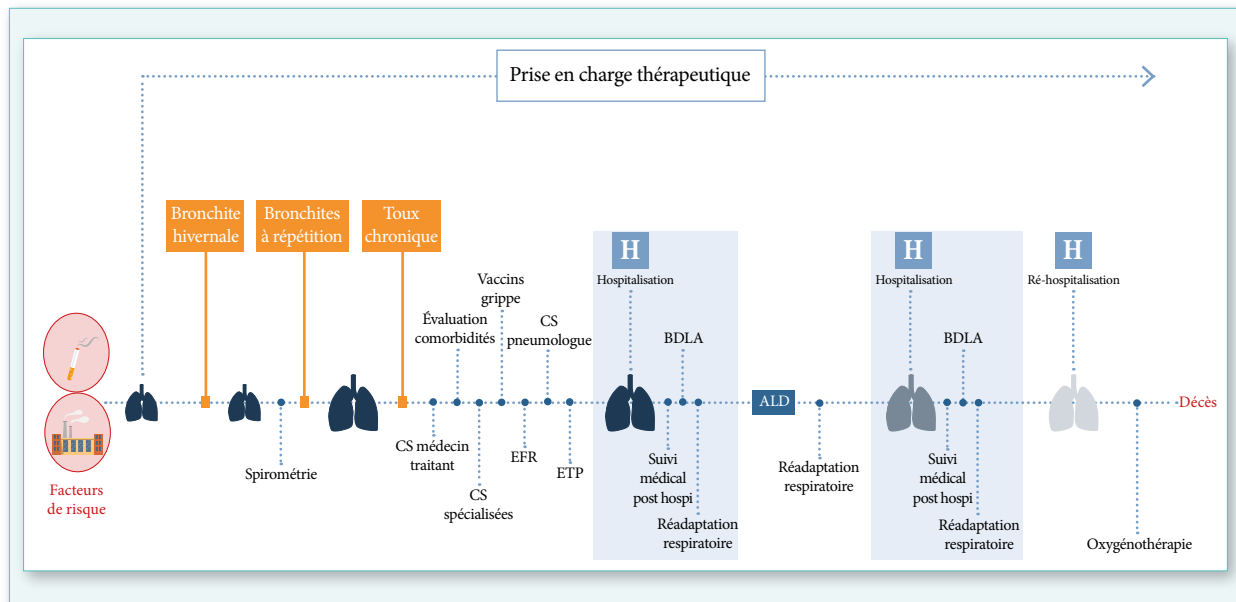
- Bilan radiologique, téléthorax, voire tomodensitométrie thoracique, pour évaluer et rechercher un éventuel emphysème ou lésions associées, et éliminer une pathologie tumorale chez des patients âgés et fumeurs,
- Pléthysmographie : recherche d'une distension, par la mesure du Volume Résiduel (VR), d'un syndrome restrictif associé et si nécessaire dans le cadre de l'évaluation précédant la mise en place d'une réhabilitation respiratoire ;
- Test de diffusion au CO
- Test de marche de 6 minutes, si dyspnée stade 3 ou 4 de l'échelle MMRC,
- Oxymétrie diurne instantanée et nocturne ;
- Gazométrie artérielle pour évaluer l'hypoxie PO<sub>2</sub> et la capnie PCO<sub>2</sub>

- Dosage de l'α-1 antitrypsine si forme d'emphysème évocatrice d'un déficit ;
  - Endoscopie bronchique selon les symptômes et le contexte clinique ou radiologique ;
  - Enregistrement polygraphique ou polysomnographique, si suspicion d'un syndrome d'apnée du sommeil associé à la BPCO (*overlap syndrom*)
- En plus du traitement pharmacologique selon le grade et le stade (GOLD) il faut prescrire :
- La réhabilitation respiratoire si nécessaire, ou l'orientation

vers une structure de réhabilitation respiratoire sans omettre l'éducation thérapeutique du patient

- Un traitement par nébulisation ;
- L'oxygénothérapie et la ventilation non invasive.

Tous ces examens complémentaires, explorations, traitement, sont réalisés de plus en plus dans le secteur libéral par des pneumologues, rééducateurs ou prestataires de soins à domicile (surtout dans les grandes villes) de façon récente, par rapport à un passé pas si lointain, la spirométrie n'était accessible qu'en milieu hospitalier.



## Suggestions

- Afin d'améliorer le dépistage, il est nécessaire de faire appel aux sociétés savantes et à l'industrie pharmaceutique de participer à la formation médicale continue des médecins généralistes motivés et des pneumologues et à des mises à jour régulières, en plus de leur formation universitaire de base.
- Lutte contre le tabagisme et la pollution par des campagnes de sensibilisation
- Éviter de multiplier les questionnaires, scores, classifications inadaptées ou complexes renouvelées trop fréquemment dont la conséquence est la démobilitation du médecin libéral.
- En cas de recueil des données pour évaluation de la pathologie, les données seront ininterprétables
- Si le traitement médical est pris en charge par la sécurité sociale, les pouvoirs publics doivent en faire de même

pour les consultations, les explorations et le traitement non pharmacologique oxygénothérapie, ventilation non invasive, rééducation respiratoire.

## Conclusion

La BPCO est un lourd fardeau socio-économique dont l'incidence va augmenter avec la persistance du tabagisme et le vieillissement de notre population.

Un plan national d'urgence BPCO doit être programmé par le ministère de la santé afin de dépister les BPCO au stade de début, de réduire la morbi-mortalité, et donc réduire le handicap et les coûts socio-économiques.

## Date de soumission

09 Mai 2021

## Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.