**Titre du protocole : BPCO**

**Thème listé sur annexe 3 de l’ACI oui**

**Lequel** : Affections sévères compliquées ou décompensées

Maison de santé de XXX

**Date de la création initiale du protocole par l’équipe :** XX/XX/XXXX

**Délai prévu avant l’évaluation du protocole par l’équipe de la MSP :** 12 mois

**Date(s) de modification(s) effectives(s) du protocole :** selon besoin ou demande de l’équipe

**Dernière date de validation par l’équipe du protocole en cours :** XX/XX/XXXX

**Membres du groupe de travail ayant participé à l’élaboration (écriture) de ce protocole**

**Référent de ce protocole, personnes ressources**

**Liste des professionnels de la MSP adhérant à la prise en charge**

**Liste éventuelle du(es) professionnel(s) extérieur(s) à la MSP mais signataire(s) du projet de santé et/ou adhérant à la prise en charge après information et consentement du patient sur le partage des données médicales nécessaires**.

**Problématique**

La BPCO est une maladie respiratoire chronique dont la prévalence est estimée à 7,5 % dans une population de plus de 40 ans. En 2009, 40 763 personnes étaient en ALD pour bronchite chronique sans précision. En 2006, les taux bruts de mortalité par BPCO étaient de 41/100 000 chez les hommes et 17/100 000 chez les femmes âgées de 45 ans et plus.

**Objectif général**

Dépister les BPCO

Améliorer le confort de vie des patients atteints

Réduire les consommations des antibiotiques

Aider au sevrage tabagique

**Objectifs secondaires (opérationnels)**

Compter les patients identifiés

Suivre le nombre de sevrage tabagiques

**Patients concernés**

**Femmes** : > 40 ans, > 15 paquets-années, Symptomatique : toux/crachat plus de 2 mois/an ou dyspnée.

**Hommes :** > 40 ans, > 20 paquets-années, Symptomatique : toux/crachat plus de 2 mois/an ou dyspnée.

**Rôle de chaque intervenant et coordination des intervenants impliquant plusieurs catégories de PS de l’équipe**

***•* MG : consultation d’identification** : sur tabagisme et/ou symptômes. Proposition de spirométrie.

**• IDE : consultation 1 :** spirométrie.

**• IDE : consultation ETP :** bilan, info, explications, remise de documents, et proposition suivi aide au sevrage tabagique.

**• Pharmacien** : rappels, contrôle observance et utilisation aérosols.

**• Kinésithérapeute** : si besoin de drainage quand surinfection.

**Echanges entre professionnels et/ou en réunions de concertation pluriprofessionnelles**

Le dossier de chaque patient est traité en RCP réunissant les acteurs concernés.

**Fréquence des réunions**

Une fois par an

**EVALUATION** *(avec chiffres de 20XX)*

- Nombre de patient BPCO au sein de la patientèle en 20XX : **XX**

- Nombre d’EFR pratiquée en 20XX pour suivi BPCO à la MSP :  **XX**

**Bibliographie, références scientifiques**

Haute Autorité de Santé / Service des maladies chroniques et des dispositifs d’accompagnement des malades/ Février 2012, Guide parcours de soins « Bronchopneumopathie chronique obstructive »

Antibiotics for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 12. Art. No.: CD010257. DOI:10.1002/14651858.CD010257

Aaron SD,Vandemheen KL, Hebert P et al. Outpatient oral prednisone after emergency treatment of chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med 2003;348:2618-25.

Chong J, Karner C, Poole P.Tiotropium versus long-acting beta-agonists for stable chronic obstructive pulmonary disease.Cochrane Database of Systematic Reviews 2012.

Karner C, Cates CJ.Long-acting beta2-agonist in addition to tiotropium versus either tiotropium or long-acting beta2-agonist alone for chronic obstructive pulmonary disease.Cochrane Database of Systematic Reviews 2012.

Nannini LJ, Lasserson TJ, Poole P.Combined corticosteroid and long-acting beta2-agonist in one inhaler versus long-acting beta2-agonists for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012.

**Annexes avec la liste des documents associés**

Liste des actions

**Lieu de consultation du protocole pluriprofessionnel, des annexes**

Fichier informatique sur le serveur sécurisé de la MSP

**PROTOCOLE BPCO**

**MSP XXX**

1. **Consultation médicale d’identification**

**Dépistage du patient** :

* Homme de plus de 40 ans
  + 20 paquets années ou +
  + Symptomatique : toux/crachat plus de 2 mois/an ou dyspnée
* Femme de plus de 40 ans
  + 15 paquets années ou + par an
  + Symptomatique : toux/crachat plus de 2 mois/an ou dyspnée

***A faire :***

1. Proposer une spirométrie
2. Remettre le papier d’invitation
3. Inscrire le diagnostic dans Pathologie en cours en codage CIM 10 (J449)
4. Ecrire le diagnostic en texte libre dans le pavé de synthèse
5. **Spirométrie chez l’IDE**

***A faire :***

1. La spirométrie
2. Transmettre l’info au médecin
3. **Consultation chez le MG (si BPCO confirmée)**

Critères de diagnostic de BPCO : rapport VEMS/CVF < 70 % après administration d’un bronchodilatateur

***A faire :***

1. Expliquer le diagnostic avec des schémas
2. Evaluer le stade GOLD et la sévérité
3. Examen clinique complet : poids, TA, cœur, vasculaire
4. Prescription RP et NFP
5. Rappel des dangers du tabac
6. Contrôler le statut vaccinal grippe et pneumocoque
7. Contrôler le traitement éventuel
8. Demander une ALD s’il y a lieu
9. Mettre l’indicateur **J449** dans le dossier
10. Proposer une consultation chez l’IDE Asalée
11. **Consultation chez l’IDE, et aide au Sevrage tabagique**

***A faire :***

1. Bilan de ce qui a été compris
2. Compléter les infos
3. Expliquer les éléments à surveiller et les signes d’alerte
4. Aide au sevrage tabagique
5. Remise des documentations
6. Recueil de l’accord sur le traitement et sur le suivi
7. **Délivrance à la pharmacie**

Lors des passages pour délivrance de médicaments ou en automédication

***A faire :***

1. Effectuer l'observance du traitement, la bonne prise des aérosols
2. Evaluation de l’apprentissage à 3 mois
3. Eventuelle alerte
4. **Consultation chez le médecin généraliste**

Toutes consultations ultérieures

***A faire :***

1. Surveillance de l’observance des traitements
2. Renforcement du discours pour sevrage tabagique si non accompli
3. Recueil de satisfaction concernant le suivi
4. **En cas de surinfection bronchopulmonaire**

***A faire :***

1. Majoration des B2 mimétique et éventuellement antibiothérapie selon les recommandations HAS 2012 et Antibioclic
2. Prescription de kinésithérapie drainage : kinésithérapeute
3. **Orientation vers le pneumologue**

* Formes sévères (stades Gold 3, 4)
* Présence de complications (distension, lésions emphysémateuses, d’un syndrome restrictif associé ou SAS suspecté)
* ***Transmission de dossier en téléexpertise***

***A faire :***

1. Editer un VMS
2. ***Téléexpertise***