

La situation mondiale de la BPCO

**SPEAK
UP**
for COPD

Stimuler le changement pour s'attaquer à la crise de la santé pulmonaire



#SpeakUpforCOPD

Speak Up for COPD (S'engager pour la BPCO) est soutenu par une coalition de partenaires du secteur à but non lucratif et de l'industrie pharmaceutique afin de faire de la BPCO une priorité de santé publique. Le financement est assuré par des partenaires de l'industrie pharmaceutique. Tous les partenaires ont contribué à ce document.



À propos de ce rapport

Ce rapport a été élaboré pour mettre en lumière les réponses actuelles à la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) dans le monde, et souligner les principales possibilités d'action politique et de changement de système en présentant des initiatives prometteuses qui sont déjà en cours. Il est basé sur des recherches documentaires et des entretiens avec 26 experts cliniques et patients nationaux, avec un accent particulier sur 10 pays : Australie, Belgique, Brésil, Canada, Chine, Malaisie, Nigeria, Pologne, Arabie Saoudite et Royaume-Uni. Ce rapport n'a pas pour but de fournir une comparaison solide des mérites respectifs des différentes approches de la politique et de la prise en charge de la BPCO, ni de représenter une revue systématique de la littérature.

Des profils autonomes des dix pays sont également disponibles. Ces pays ont été choisis par la coalition Speak Up for COPD afin que tous les continents soient représentés et pour obtenir des perspectives de différents systèmes de santé.

Ce rapport politique non promotionnel et fondé sur des données probantes a été élaboré à l'initiative de Speak Up for COPD. L'analyse et la rédaction ont été dirigées par Laura Habashi, Aditi Karnad, Suzanne Wait et Catherine Whicher, et revues par Madeleine Murphy, Mo Forman et Lisa Hillman, toutes de The Health Policy Partnership. Le rapport a été conçu par Inky Thinking. Les documents provisoires ont été partagés avec les contributeurs experts pour obtenir leurs commentaires et leur approbation finale.

Remerciements

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à toutes les personnes interrogées, en particulier les personnes atteintes de BPCO qui ont partagé leur histoire, pour avoir contribué à l'élaboration de ce rapport :

Dr Bamidele Olaiya Adeniyi, Isle of Wight NHS Trust ; anciennement Federal Medical Centre, Owo, Nigeria

Mohit Bhutani, University of Alberta, Canada

Prof. Joanna Chorostowska-Wynimko, Department of Genetics and Clinical Immunology, National Institute of Tuberculosis and Lung Diseases, Pologne

Prof. Chunhua Chi, Peking University First Hospital ; General Practice Development Research Center, Peking University Health Science Center ; Chinese Alliance for Respiratory Disease in Primary Care, Chine

Peter Deussen, NIHR Oxford Biomedical Research Centre (Patient & Public Involvement member (membre de l'organisation Participation du public et des patients)), Royaume-Uni

Suzanne Edmonds, COPD Canada, Canada

Gregory Erhabor, Department of Medicine, Obafemi Awolowo University, Ile-Ife, Nigeria

Dr Frederico Fernandes, Brazilian Respiratory Society, Brésil

Rita Ferraz une personne atteinte de BPCO, Brésil

Mohammed Al Ghobain, College of Medicine, King Saud bin Abdulaziz University for Health Sciences, King Abdulaziz Medical City, National Guard Health Affairs, Arabie saoudite

Dr Angela Honda, ProAR Foundation, Brésil

John Hurst, University College London, Royaume-Uni

Ahmad Izuanuddin Ismail, Faculty of Medicine, Universiti Teknologi MARA ; Malaysian Thoracic Society, Malaisie

Christine Jenkins, The George Institute for Global health ; UNSW Sydney, Australie

Professeur honoraire Ee Ming Khoo, Faculty of Medicine, Universiti Malaya, Malaisie

Dr Riyag Al-Lehebi, King Fahad Medical City, Arabie saoudite

Dr Christopher Liciskai, Western University, Canada

Eric Marchand, Department of Pneumology, CHU-UCL-Namur, Godinne ; Belgian Respiratory Society COPD Work Group, Belgique

Victor Nevelsteen, Vlaamse COPD Vereniging, (Association flamande de la BPCO), Belgique

Uchenna Ogonnia, Asthma Relief campaign Project, Nigeria

Dr Rudi Peché, CHU Charleroi, Belgique

Ravijyot Saggu, UK Clinical Pharmacy Association Respiratory Committee, Royaume-Uni

Gitta Vanpeborgh ancien membre de la Chambre des représentants de Belgique

Tom Wilkinson, University of Southampton, National Respiratory Audit Programme ; Royaume-Uni

Russell Winwood une personne atteinte de BPCO, Australie

Nous tenons également à remercier le soignant d'une personne atteinte de BPCO en Chine, qui a demandé à rester anonyme.

Avant-propos

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie pulmonaire responsable de millions de décès chaque année, dans le monde entier. Elle a un impact significatif, invalidant et souvent fatal sur les individus. Pourtant, de nombreuses personnes ignorent ce qu'est la BPCO. Dans de trop nombreux pays, les stratégies gouvernementales et les systèmes de santé ne lui accordent pas la priorité et le financement nécessaires.

La BPCO est un problème urgent, et le deviendra encore plus dans les années à venir. La prévalence de la maladie devrait augmenter avec le vieillissement des populations. Le fardeau s'alourdira également si nous ne nous attaquons pas à certains des principaux facteurs de risque, tels que le tabagisme, la mauvaise qualité de l'air et la pollution intérieure et extérieure. La BPCO est l'une des principales causes d'admission à l'hôpital dans de nombreux pays - et les systèmes de santé, déjà surchargés, continueront à prendre du retard si le fardeau de la BPCO n'est pas allégé.

Plus important encore, le tribut payé par les personnes atteintes de BPCO est considérable en matière de qualité de vie et d'indépendance ; de nombreuses personnes atteintes de BPCO et leurs soignants sont contraints de prendre une retraite anticipée en raison de l'impact de vivre avec une fonction pulmonaire réduite. Ce fardeau affecte de manière disproportionnée les populations les plus défavorisées et marginalisées de notre société, qui sont plus susceptibles d'être exposées à des facteurs de risque et de ne pas bénéficier d'un accès adéquat aux soins appropriés.

Mais les choses peuvent être autrement. La BPCO peut être prise en charge. Des interventions efficaces existent. Des études de cas inspirantes provenant du monde entier démontrent qu'il est possible d'améliorer les soins et la vie des personnes atteintes de BPCO. Ce dont nous avons besoin maintenant, c'est d'un engagement commun et cohérent de toutes les parties prenantes pour inverser la trajectoire actuelle et investir nos énergies dans la lutte contre la BPCO proportionnellement à l'énorme fardeau qu'elle fait peser sur nos sociétés.

Ce rapport a été élaboré pour mettre en lumière l'état de la prévention et des soins de la BPCO et pour inspirer les experts en santé respiratoires, les représentants des cliniciens et des patients, et les responsables des systèmes de santé afin d'améliorer les soins de la BPCO et, en fin de compte, la vie des personnes qui vivent avec cette maladie.

Le rapport s'inscrit dans le cadre de l'engagement continu de Speak Up for COPD (S'engager pour la BPCO) à mieux faire connaître la maladie. Rejoignez-nous pour défendre la BPCO en tant que priorité de santé publique afin qu'ensemble, nous puissions améliorer les conditions pour tous ceux qui vivent avec cette maladie.

Ricardo Baptista Leite



Dr Ricardo Baptista Leite
Fondateur et Président, UNITE Parliamentarians Network for Global Health
(Réseau de parlementaires UNITE pour la santé mondiale)

#SpeakUpforCOPD

Pour en savoir plus, suivez le lien
via le code QR.



Sommaire

BPCO : la nécessité d'une action politique immédiate	5
---	----------

Les éléments constitutifs d'un changement significatif	7
---	----------



Protéger la santé de la population : réduire la prévalence et les facteurs de risque	9
--	---



Identification précoce : détection proactive et diagnostic	10
--	----



Faciliter un accès équitable et en temps utile à des soins complets pour la BPCO	11
--	----



Renforcement des stratégies gouvernementales en matière de recherche et de données	12
--	----

Mener le changement : que peuvent faire les décideurs politiques ?	13
---	-----------

Références	15
-------------------	-----------

BPCO : la nécessité d'une action politique immédiate

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une affection pulmonaire souvent mortelle qui touche des millions de personnes dans le monde. Il est difficile d'obtenir des estimations précises du nombre de personnes vivant avec une BPCO, car de nombreuses personnes peuvent ne pas être diagnostiquées.¹ Des données épidémiologiques récentes suggèrent que 213 millions de personnes vivent actuellement avec une BPCO dans le monde, mais d'autres estimations suggèrent que ce chiffre pourrait atteindre 391 millions.^{2,3} La BPCO est la troisième cause de décès dans le monde (hors COVID-19) : chaque heure, 425 personnes en meurent.^{2,4,5} Elle contribue de manière significative à la mortalité prématurée : 90 % des décès dus à la BPCO surviennent chez des personnes âgées de moins de 70 ans et vivant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.⁵



La BPCO est étroitement liée aux inégalités en matière de santé. Les personnes en situation socio-économique défavorisée courent un risque accru de développer une BPCO en raison de facteurs tels que l'exposition aux polluants domestiques et à l'air extérieur, une mauvaise alimentation, des infections et le tabagisme.^{4,5}

L'impact de la BPCO sur la qualité de vie des personnes est tout simplement invalidant. La BPCO est la septième cause de mauvaise santé dans le monde.⁵ La maladie est causée par le rétrécissement progressif des voies respiratoires, ce qui rend la respiration difficile.⁴ Les symptômes s'aggravent progressivement et se manifestent par des exacerbations qui, lorsqu'elles sont graves, nécessitent une hospitalisation d'urgence.⁴ Plus d'une personne sur cinq meurt dans l'année qui suit son hospitalisation pour une exacerbation de BPCO.⁶⁻⁸ Vivre avec une BPCO peut réduire l'indépendance d'une personne (par exemple, elle peut avoir besoin d'aide pour s'habiller et se laver), avoir un impact sur ses relations avec ses amis et sa famille, et limiter sa capacité à voyager.⁹ Elle peut même contraindre les malades à abandonner leur travail ; environ 40 % des personnes atteintes de BPCO doivent réduire leur activité professionnelle ou l'arrêter complètement.^{10,11}

« Vous ne voyez pas ma BPCO, mais je la sens ».

*Rita Ferraz,
une personne vivant avec la
BPCO au Brésil*

« C'est difficile pour ma famille. Mes enfants et moi sommes très proches, et je me sens mal de ne pas pouvoir leur rendre visite et de ne pas pouvoir emmener mon petit-fils au théâtre. »

*Suzanne Edmonds,
une personne vivant avec une BPCO
au Canada*

La pression que la BPCO exerce sur les systèmes de santé est insoutenable. La BPCO est l'une des principales causes d'hospitalisation dans de nombreux pays.¹²⁻¹⁵ Les exacerbations sont 70 à 80 % plus élevées en hiver qu'en été, ce qui met à rude épreuve des systèmes de santé déjà débordés.¹⁶⁻¹⁷ Des données européennes suggèrent que la BPCO coûte aux systèmes de santé jusqu'à 10 000 euros par personne chaque année ;¹⁸ entre 45 % et 70 % de ces coûts peuvent être attribués à la prise en charge des exacerbations.¹⁹ Ces coûts pourraient être réduits si les systèmes de santé passaient d'une stratégie réactive à une stratégie proactive, permettant à tous les individus de bénéficier d'un diagnostic plus précoce et d'un traitement recommandé par les lignes directrices.²⁰

Les coûts humains, de santé publique et sociétaux de la maladie sont tout simplement trop importants ; il est temps de donner la priorité à la BPCO. Le prix de l'inaction est redoutable : si l'on n'investit pas dans des interventions fondées sur des données probantes, la BPCO devrait coûter 4,3 billions de dollars internationaux à l'économie mondiale entre 2020 et 2050.²¹ Pourtant, la sensibilisation et l'attention politique à l'égard de la BPCO restent insuffisantes : un sondage Ipsos réalisé en 2022 dans 14 pays a montré que 45 % du public et 31 % des décideurs politiques ne savaient pas que la BPCO était une maladie pulmonaire, et que seuls 5 % des décideurs politiques considéraient cette maladie comme une priorité.²² Il est impératif de sensibiliser les décideurs du système de santé à la BPCO et de lui donner la priorité : il s'agit là d'un point de départ essentiel pour conduire un changement efficace du système qui améliorera à la fois les issues en matière de santé et, en fin de compte, la vie des gens.

Les gouvernements doivent investir de toute urgence dans la lutte contre la BPCO. Des investissements importants seront également essentiels pour que les pays atteignent les objectifs de développement durable qu'ils se sont engagés à atteindre d'ici 2030, tels que la réduction de la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles,²³⁻²⁴ et pour offrir à toutes les personnes atteintes de BPCO les meilleurs soins de santé possibles et les meilleures conditions possibles.

« Donnez à la personne atteinte de BPCO une voix, un visage. »

Victor Nevelsteen, une personne vivant avec la BPCO en Belgique

Les éléments constitutifs d'un changement significatif

« Nous savons exactement ce que nous devons faire maintenant. Nous devons simplement prendre des mesures. »

Gitta Vanpeborgh, décideur politique en Belgique

Une grande partie du fardeau de la BPCO pourrait être évitée grâce à la prévention et à la gestion de la maladie. Les facteurs de risque sont connus et peuvent être traités par une prévention ciblée et multisectorielle. Les recommandations cliniques mondiales, telles que la Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD (Stratégie mondiale pour la prévention, le diagnostic et la prise en charge de la BPCO) (GOLD),⁴ offrent un consensus clinique clair sur ce qui doit être fait pour offrir aux personnes vivant avec la BPCO les meilleurs soins possibles.^{4 25-27}

Quatre domaines clés offrent aux gouvernements des possibilités communes d'action et de changement de système, en fonction du contexte de leur système de santé et des ressources disponibles. Ce faisant, ils doivent toujours s'assurer que les changements sont mis en œuvre de manière équitable et veiller à prendre en compte les variations sous-jacentes du risque, de l'accès et des issues de la BPCO au sein de la population :



Protéger la santé de la population : réduire la prévalence et les facteurs de risque

La prévention est primordiale pour lutter contre la BPCO :

- ▶ Environ 70 % des cas de BPCO dans les pays à revenu élevé et 30 à 45 % dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) sont attribuables au tabagisme.⁵ Cependant, 25 à 45 % des personnes atteintes de BPCO n'ont jamais fumé.²⁸
- ▶ Jusqu'à 23 % des décès dus à la BPCO dans les pays à revenu faible ou intermédiaire sont associés à la pollution de l'air domestique.²⁹ Dans les pays à faible revenu, les femmes sont particulièrement exposées au risque de développer une BPCO en raison de leur exposition à la fumée de biomasse pendant la cuisson des aliments.³⁰
- ▶ Les taux de vaccination chez les personnes atteintes de BPCO sont faibles, allant d'environ 11 % à 33 % pour le pneumocoque et 24 % à 40 % pour le virus de la grippe.³¹⁻³³ L'exposition à ces virus respiratoires au début de la vie est un facteur de risque connu de développer une BPCO.^{34 35}



Identification précoce de la BPCO : détection proactive et diagnostic

Le dépistage proactif de la BPCO chez les personnes présentant un risque élevé de maladie est essentiel pour optimiser les conditions et réduire les coûts des soins de santé,³⁶ mais de nombreuses personnes reçoivent des soins trop tard :

- ▶ Entre 65 et 80 % des personnes atteintes de BPCO ne sont pas diagnostiquées.³⁷
- ▶ Au Royaume-Uni, certaines personnes disent avoir attendu plus de dix ans avant de recevoir un diagnostic précis de BPCO.³⁸
- ▶ Les personnes dont la BPCO est diagnostiquée tardivement ont près de 70 % de risques supplémentaires de présenter une exacerbation par rapport aux personnes diagnostiquées précocement.³⁹



Faciliter l'accès en temps utile à des soins complets

La prise en charge efficace de la BPCO est cruciale, mais l'accès aux meilleures pratiques de soins (y compris la surveillance continue et le soutien à l'autogestion) reste insuffisant :

- ▶ Les personnes admises à l'hôpital pour une exacerbation de BPCO ne reçoivent que 40 % des soins recommandés par les lignes directrices.⁴⁰
- ▶ Environ 30 % des personnes hospitalisées pour une exacerbation de BPCO sont réadmis dans les 90 jours suivant leur précédente admission.^{41 42} Cela est dû au fait que, souvent, les patients ne bénéficient pas d'un ensemble complet de soins après leur sortie de l'hôpital.⁴³ Une étude a montré que seulement 25 % des personnes vivant avec des exacerbations modérées de BPCO reçoivent des soins de suivi.⁴⁴
- ▶ Des études font état de taux d'orientation inférieurs à 35 % pour la réadaptation pulmonaire.⁴⁵



Renforcement des stratégies gouvernementales en matière de recherche et de données

La BPCO est sous-reconnue et sous-priorisée :

- ▶ Dans une enquête Ipsos réalisée en 2023 auprès de plus de 23 000 adultes dans 31 pays, la BPCO n'était pas considérée comme un problème de santé majeur,⁴⁶ bien qu'elle soit la troisième cause de décès dans le monde (hors COVID-19) en 2021.²
- ▶ En 2019, la BPCO a reçu 96 % de financement en moins que le cancer de la part des Instituts de santé nationaux américains, bien qu'elle soit responsable de 64 % d'années de vie perdues en plus, dues à une mauvaise santé ou un handicap.⁴⁷



Protéger la santé de la population : réduire la prévalence et les facteurs de risque

Quels sont les défis actuels ?

- ▶ **Des taux de tabagisme toujours élevés :** Malgré les politiques mondiales de lutte contre le tabagisme,⁴⁸ la mise en œuvre des services de sevrage tabagique reste inadéquate.⁴⁹ Les professionnels de santé de première ligne ne reçoivent pas de formation proactive pour aider leurs patients à arrêter de fumer.⁵⁰ La stigmatisation, ainsi que la normalisation des symptômes respiratoires liés au tabagisme, peuvent empêcher les gens de chercher une aide médicale.¹³
- ▶ **La couverture vaccinale est insuffisante pour protéger contre les infections respiratoires tout au long de la vie :** Les virus respiratoires ont été associés à environ 30 % des exacerbations de BPCO, et l'exposition aux infections respiratoires (c'est-à-dire la pneumonie) pendant l'enfance peut être un précurseur de la BPCO ; cependant, les taux de vaccination restent sous-optimaux et varient d'un pays à l'autre.^{34 35 51}
- ▶ **Des niveaux élevés d'exposition à une mauvaise qualité de l'air, à l'intérieur et à l'extérieur :** Les émissions de véhicules et les expositions professionnelles à des substances telles que la silice et l'amiante continuent de contribuer au développement de la BPCO.^{53 54} La combustion de biocombustibles à l'intérieur d'habitations est une préoccupation supplémentaire dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.^{29 55}

Au Royaume-Uni, seule une personne sur treize qui fume est orientée vers des services d'aide au sevrage tabagique.⁵⁰

Au Brésil, une étude a montré que seulement 28 % des personnes hospitalisées pour une BPCO déclaraient avoir reçu un vaccin antipneumococcique.⁵²

Au Nigeria, la pollution de l'air (ozone troposphérique) exacerbe les maladies respiratoires chroniques (dont la BPCO), causant environ 2 000 décès par an.⁵⁴

« La plupart des personnes atteintes de BPCO ont des antécédents de tabagisme. Mais certains, en particulier les femmes, n'ont jamais fumé, mais ont été exposés à la biomasse ou à la poussière, ce qui a provoqué leur BPCO. »

Prof. Mohammed Al Ghobain, expert d'Arabie Saoudite

Relever les défis : des inspirations provenant du monde entier



Le gouvernement indien s'attaque à la pollution atmosphérique domestique en fournissant aux personnes vivant au-dessous du seuil de pauvreté du gaz de pétrole liquéfié (GPL) pour la cuisine, en remplacement des combustibles solides (qui sont très polluants à la maison). Dans une étude sur l'impact de ce changement sur les femmes non-fumeuses de la région rurale de Maharashtra, celles qui cuisinaient au GPL avaient une prévalence plus faible de maladies obstructives des voies respiratoires, y compris la BPCO (1,3 %) par rapport au groupe qui utilisait des combustibles solides (7,6 %).⁵⁷



À Sydney, en Australie, un modèle de soins spécialisé basé sur la pharmacie a été testé pour améliorer l'adoption d'activités de prévention, la technique d'inhalation et l'adhésion aux médicaments chez des personnes atteintes de BPCO. Les personnes se sont vu proposer trois visites en pharmacie et deux appels téléphoniques de suivi sur une période de six mois. Le modèle a permis une augmentation significative de l'utilisation du vaccin antipneumococcique, la couverture passant de 40 % à 81 % pendant la durée du projet pilote.⁵⁸



Identification précoce : détection proactive et diagnostic

Quels sont les défis actuels ?

- **Faible sensibilisation du public et des professionnels :** Les connaissances du public et des professionnels sur les symptômes de la BPCO et sur l'importance d'un dépistage rapide sont généralement faibles.⁵⁹⁻⁶³ Cela peut conduire à ce que les personnes ne cherchent pas à se faire soigner et ne soient pas orientées vers des services de soins respiratoires essentiels (par exemple, réadaptation pulmonaire).^{4, 45} La stigmatisation sociale qui entoure la BPCO peut également affecter la volonté des gens à s'engager avec les services de santé.⁶⁴
- **Accès inadéquat aux et utilisation inadéquate d'outils de diagnostic efficaces tels que la spirométrie :** Dans certains pays, le sous-diagnostic de la BPCO est lié à la disponibilité limitée de la spirométrie (un test de diagnostic recommandé au niveau mondial).⁴ Même si elle est disponible, la spirométrie est sous-utilisée dans les soins primaires, souvent en raison de contraintes de temps et d'une formation insuffisante du personnel clinique sur la manière d'interpréter les résultats.⁶⁶⁻⁶⁸ Il y a également une proportion non négligeable de diagnostics erronés de la BPCO, en particulier en cas de pathologies concomitantes telles que l'asthme, ce qui conduit à des traitements inadéquats et inutiles.⁶⁹

En Arabie saoudite, une enquête menée dans la région d'Aseer a révélé que deux tiers des personnes ne connaissaient pas les symptômes de la maladie.⁶⁵

Au Nigeria, moins de 30 % des hôpitaux de soins tertiaires disposent d'un spiromètre et moins de 30 % des cliniciens hospitaliers savent comment évaluer la gravité d'une BPCO.⁶⁷

« Lors de la pandémie [COVID-19], pratiquement tous les laboratoires d'analyses respiratoires ont été fermés, ce qui a entraîné une longue liste d'attente pour les spirométries. Certains établissements n'effectuent que maintenant des tests de spirométrie qui ont été prescrits il y a trois ans. »

Dr Frederico Fernandes, expert brésilien

Relever les défis : des inspirations provenant du monde entier



En France, un bilan de santé préventif est proposé aux personnes âgées de plus de 45 ans ; il comprend l'évaluation des symptômes pouvant indiquer la présence d'une BPCO. Si une BPCO est indiquée, un test de spirométrie permet de la confirmer.⁷⁰



Au Royaume-Uni, des contrôles complets de la santé pulmonaire sont proposés aux personnes considérées comme présentant un risque élevé de cancer du poumon. Les personnes sont soumises à un dépistage du cancer du poumon par tomodensitométrie à faible dose (LDCT) et à des tests de dépistage d'autres affections respiratoires, dont la BPCO, par spirométrie.⁷¹



Afin de rationaliser la détection précoce des maladies respiratoires (y compris la BPCO) au Vietnam, la Société de l'asthme, des allergies et de l'immunologie clinique a mis en place un dépistage des maladies respiratoires dans les groupes à haut risque. L'intervention repose sur cinq questions simples, une radiographie des poumons et un test de spirométrie.⁷² En une matinée à l'hôpital Le Van Thinh, 39 personnes ont participé au dépistage et 11 cas de maladies respiratoires ont été identifiés.⁷³



Le système de téléspirométrie introduit au Brésil est un outil qui permet d'effectuer des tests de spirométrie localement, le résultat étant envoyé à un spécialiste des maladies respiratoires pour interprétation. Il a été mis en œuvre dans des établissements de soins de santé primaires dans des villes à faibles revenus.^{74, 75}



Dans le Piémont, en Italie, des pharmaciens ont été formés pour identifier les personnes présentant un risque élevé de BPCO à l'aide d'un questionnaire et pour tester leur fonction respiratoire à l'aide d'un spiromètre portable. Cette intervention a été testée d'octobre 2017 à février 2018 et a permis de constater que près de la moitié des personnes présentant un risque élevé de BPCO avaient une fonction respiratoire inadéquate. Ces personnes ont ensuite été orientées vers leur médecin traitant.⁷⁶



Faciliter un accès équitable et en temps utile à des soins complets pour la BPCO

Quels sont les défis actuels ?

- **Mise en œuvre insuffisante des directives cliniques :** La mise en œuvre des recommandations globales dans les différents contextes de soins n'est pas optimale, ce qui entraîne des variations dans la qualité des soins.⁷⁷ En particulier, le manque de suivi et de soutien à l'autogestion augmente le risque d'hospitalisations.⁷⁷
- **Manque d'intégration entre les soins primaires et secondaires :** La mauvaise coordination des services de soins de la BPCO entre les différents établissements de santé entraîne une fragmentation de la prestation des soins.^{79 80} Cette situation s'explique notamment par la pénurie de spécialistes des maladies respiratoires et par la nécessité d'améliorer les compétences et de clarifier le rôle du personnel infirmier et des pharmaciens dans la prise en charge de la BPCO.⁸¹⁻⁸³
- **Accès limité et inéquitable aux soins fondés sur des données réelles et remboursement de ces soins :** Le remboursement et le financement de la BPCO varient d'un pays à l'autre, et tous les éléments d'un traitement complet de la BPCO peuvent ne pas être couverts, ce qui entraîne des inégalités dans l'accès aux soins recommandés par les lignes directrices.^{68 84 85} Dans tous les pays, quel que soit le niveau de ressources, il existe des disparités dans l'accès aux médicaments essentiels contre la BPCO, ce qui entraîne une prise en charge inadéquate de la maladie.⁸⁶⁻⁸⁸
- **Accès limité à la réadaptation pulmonaire :** Bien que la réadaptation pulmonaire (une intervention visant à promouvoir l'activité physique)⁴ soit rentable et recommandée dans les guidelines, les orientations sont inadéquates, souvent en raison de la disponibilité limitée du service et du fait que les professionnels de la santé ne sont pas conscients de son bénéfice pour les personnes vivant avec une BPCO.^{45 89}

En Malaisie, selon une étude datant de 2012, des cheminements cliniques incohérents et l'absence d'un cadre clair pour l'application des recommandations en milieu hospitalier ont conduit à une qualité de soins très variable.⁷⁸

En Pologne, il y a un besoin d'une meilleure coordination entre les soins primaires et les spécialistes pour les personnes atteintes de maladies respiratoires (y compris la BPCO).⁸⁰

« Au Nigeria, un inhalateur coûte très cher. C'est trop cher. »

Uchenna Ogbonnia, une personne vivant avec la BPCO au Nigeria

Au Royaume-Uni, seulement 37 % des personnes éligibles atteintes de BPCO ont été orientées vers une réadaptation pulmonaire en 2021 et 2022.³⁸

« Les contacts avec les professionnels de santé spécialisés sont limités dans les hôpitaux, et les familles ont du mal à parler avec les personnes qui peuvent discuter des soins de la personne. »

Aidant d'une personne atteinte de BPCO en Chine

Relever les défis : des inspirations provenant du monde entier



En Égypte, par le biais de l'assurance maladie nationale, le gouvernement a élargi le dépistage de la BPCO, mis à jour les directives de traitement, formé du personnel infirmier à la spirométrie et créé 15 centres d'excellence pour les maladies pulmonaires. Des dossiers médicaux électroniques ont également été instaurés, ce qui permettra d'améliorer la collecte de données et la continuité des soins.⁹⁰



En Espagne, lors de la pandémie de COVID-19, les restrictions ont été levées pour permettre aux médecins de prescrire un seul inhalateur délivrant plusieurs médicaments pour la BPCO (par opposition à plusieurs inhalateurs délivrant le même médicament). Cela a conduit à des améliorations significatives des exacerbations, de la survie et de l'utilisation des ressources de santé ; en conséquence, cela a subsisté après la pandémie.^{91 92}



En Ontario, au Canada, le programme de gestion intégrée des maladies Best Care COPD (Meilleurs soins de la BPCO) a été déployé. Les éducateurs certifiés dans le domaine respiratoire (ECR) sont intégrés aux soins primaires et collaborent avec les cliniciens et les patients pour promouvoir les meilleures pratiques de soins, y compris la confirmation du diagnostic et l'optimisation des schémas thérapeutiques. Le programme a été associé à une réduction significative et progressive des hospitalisations liées à la BPCO.⁹³



Renforcement des stratégies gouvernementales en matière de recherche et de données

Quels sont les défis actuels ?

- **Priorisation politique limitée de la BPCO :** Aucun des dix pays étudiés ne dispose d'un plan national dédié à la BPCO, et moins de la moitié des pays mentionnent la BPCO dans leurs stratégies nationales de santé. Il ne semble pas y avoir de groupes de travail gouvernementaux importants sur la BPCO.
- **Un manque de données fiables sur la BPCO :** Dans de nombreux pays, la collecte de données fiables sur la prévalence, la mortalité, les hospitalisations et issues des patients de la BPCO est mince.^{3 94} Cela peut sérieusement affecter la capacité à surveiller le fardeau de la BPCO et ses facteurs de risque, et à évaluer l'efficacité des stratégies de santé publique, des traitements et des modèles de soins sur les issues des patients.
- **Sous-investissement dans la recherche et l'innovation sur la BPCO :** Dans les dix pays étudiés, il n'y a pas eu de fonds notables de recherche nationaux consacrés à l'étude de traitements et outils de diagnostic et innovants de la BPCO, de stratégies de gestion des soins ou de facteurs de risque.

« La sensibilisation des décideurs politiques à la BPCO est faible par rapport à d'autres maladies chroniques. La plupart des décideurs politiques ne connaissent pas la différence entre l'asthme et la BPCO. »

Prof. Mohammed Al Ghobain, expert d'Arabie Saoudite

« Nous n'avons qu'une idée limitée de la proportion de BPCO en Malaisie qui est due à différents facteurs de risque, car aucune donnée n'a été recueillie à ce sujet. »

Prof. Ee Ming Khoo, experte de Malaisie

« Il y a eu tant d'initiatives autour de certaines maladies, comme le cancer, pour collecter des fonds, ou pour développer des parcours de soins, comme pour le diabète ou les maladies rénales chroniques. Mais ce n'est pas le cas pour la BPCO. »

Prof. Eric Marchand, expert belge

« Les endroits où la BPCO est plus répandue en raison d'un désavantage socio-économique plus important sont également ceux qui disposent de moins d'argent pour les soins, ce qui se traduit par des prestations de soins moins bonnes là où les besoins sont les plus grands. »

Prof. John Hurst, expert du Royaume-Uni

Relever les défis : des inspirations provenant du monde entier



La stratégie nationale de santé du Japon, « Health Japan 21 (third phase) » (Japon Santé (troisième phase)), comprend un objectif clair de réduction des décès dus à la BPCO de 13,3 pour 100 000 personnes à 10 pour 100 000 d'ici 2032.⁹⁵ Pour aider à atteindre cet objectif, la Japanese Respiratory Society (Société japonaise des maladies respiratoires) a lancé le COPD Mortality Reduction Project (Projet de réduction de la mortalité due à la BPCO) en 2032, qui fournit des informations sur les taux de mortalité liés à la BPCO et sur les efforts déployés pour les réduire.⁹⁵



En Allemagne, la Décennie du poumon a été créée sous la forme d'une alliance de professionnels de santé et d'organisations de patients. L'alliance vise à élaborer des recommandations et à faire progresser l'action politique pour réduire la charge des maladies respiratoires chroniques, y compris la BPCO.^{96 97}

Mener le changement : que peuvent faire les décideurs politiques ?

L'état de la prévention et des soins de la BPCO exige une attention urgente.

Des millions de personnes dans le monde voient leur vie affectée de manière significative par la BPCO, et une grande partie de cet impact pourrait être évitée. Il existe des exemples positifs de la manière dont à la fois des pays disposant de ressources importantes et ceux moins favorisés ont contribué à réduire la charge de morbidité liée à la BPCO. D'autres gouvernements devraient s'inspirer de ces exemples et intégrer la BPCO dans leurs politiques et programmes. Nous appelons les gouvernements à

Renforcer la prévention



- ▶ **Élargir la prestation des services de sevrage tabagique** en formant plus de professionnels de santé, tels que du personnel infirmier et pharmaciens d'officine, afin qu'ils interviennent le plus tôt possible.
- ▶ **Investir dans de meilleures mesures de protection de l'environnement**, y compris la planification urbaine, des sources de combustibles plus propres, des appareils de cuisson et de chauffage plus sûrs, et une meilleure ventilation pour réduire l'exposition à la pollution extérieure et intérieure et à la mauvaise qualité de l'air.
- ▶ **Soutenir la mise en œuvre des programmes de vaccination** pour la protection contre les infections respiratoires en simplifiant et en rationalisant le processus et en diversifiant les types de professionnels de santé qui peuvent les mettre en œuvre (y compris les pharmaciens et le personnel infirmier). Cela pourrait inclure l'établissement d'un protocole permettant la vaccination sans la nécessité d'une prescription médicale.

Améliorer la sensibilisation, la détection proactive et le diagnostic



- ▶ **Développer des campagnes de sensibilisation du public** axées sur des symptômes clés tels que l'essoufflement, afin d'encourager les gens à demander des soins cliniques en temps utile.
- ▶ **Améliorer l'accès à la spirométrie**, en développant la formation des professionnels de santé sur la manière de l'administrer et d'interpréter les résultats, et en s'attaquant aux disparités pour l'accès aux services dans les zones mal desservies.
- ▶ **Intégrer la BPCO dans les bilans de santé pulmonaire** pour les populations à haut risque, ainsi que dans les programmes existants de dépistage du cancer du poumon et/ou de la tuberculose.

Améliorer l'accès rapide et équitable aux soins et à la prise en charge



- ▶ **Améliorer les compétences de l'ensemble du personnel de santé** pour améliorer l'identification proactive dans les soins primaires et soutenir la prise en charge à long terme de la BPCO ; définir des rôles clairs pour le personnel infirmier, les pharmaciens et les autres professionnels de santé dans les parcours de soins pluridisciplinaires.
- ▶ **Inciter à la mise en œuvre effective des meilleures pratiques en matière de soins de la BPCO** conformément aux normes de qualité mondiales, en garantissant un accès équitable aux solutions thérapeutiques aussi bien pharmacologiques que non pharmacologiques dans l'ensemble de la population. Pour ce faire, il faut prévoir un financement et un remboursement complets des soins fondés sur des données réelles et la mise en œuvre de modèles et de protocoles d'autogestion éprouvés afin d'éviter de coûteuses réhospitalisations.
- ▶ **Élargir l'accès à la réadaptation pulmonaire** en finançant davantage de services et en encourageant les médecins experts en santé respiratoire à orienter les patients vers ces services. Cet objectif pourrait être atteint grâce à la mise en œuvre d'un ensemble de mesures de sortie d'hôpital incluant la réadaptation pulmonaire. Des indicateurs doivent être suivis pour mesurer le succès de la mise en œuvre et obliger les systèmes à rendre des comptes.

Renforcer les stratégies gouvernementales, la recherche et les données



- ▶ **Élaborer des stratégies nationales globales** pour les maladies respiratoires qui comprennent des objectifs spécifiques et mesurables pour la prévention, le diagnostic précoce et le traitement de la BPCO ; ces stratégies existent déjà pour d'autres maladies non transmissibles courantes.
- ▶ **Créer des bases de données nationales solides sur la BPCO** permettant aux systèmes de santé de calculer avec précision la prévalence et la mortalité, de mieux comprendre les causes des exacerbations, complications, hospitalisations et réadmissions, et de suivre les conditions des patients et l'utilisation des soins de santé.
- ▶ **Investir dans la recherche et l'innovation** pour aider à identifier les stratégies optimales de diagnostic, de traitement et de soins pour la BPCO, en tirant parti des avancées numériques telles que l'intelligence artificielle et l'apprentissage automatique.

Références

1. Ho T, Cusack RP, Chaudhary N, et al. 2019. Under-and over-diagnosis of COPD: a global perspective. *Breathe* 15(1): 24-35
2. Global Burden of Disease Collaborative Network. 2024. Global Burden of Disease Study 2021 (GBD 2021). Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)
3. Adeloye D, Song P, Zhu Y, et al. 2022. Global, regional, and national prevalence of, and risk factors for, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in 2019: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Respir Med* 10(5): 447-58
4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. 2024. *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. Deer Park, TX: GOLD
5. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Disponible sur : [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)) [Consulté le 09/07/24]
6. Ho T-W, Tsai Y-J, Ruan S-Y, et al. 2014. In-Hospital and One-Year Mortality and Their Predictors in Patients Hospitalized for First-Ever Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbations: A Nationwide Population-Based Study. *PLoS ONE* 9(12): e114866
7. García-Sanz MT, Cánive-Gómez JC, Senín-Rial L, et al. 2017. One-year and long-term mortality in patients hospitalized for chronic obstructive pulmonary disease. *J Thorac Dis* 9(3): 636-45
8. Lindenauer PK, Dharmarajan K, Qin L, et al. 2018. Risk Trajectories of Readmission and Death in the First Year after Hospitalization for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med* 197(8): 1009-17
9. National Health Service. Living with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). [Mis à jour le 11/04/23]. Disponible sur : <https://www.nhs.uk/conditions/chronic-obstructive-pulmonary-disease-copd/living-with/> [Consulté le 09/07/24]
10. Fletcher MJ, Upton J, Taylor-Fishwick J, et al. 2011. COPD uncovered: an international survey on the impact of chronic obstructive pulmonary disease [COPD] on a working age population. *BMC Public Health* 11: 612
11. British Lung Foundation. 2021. *Failing on the fundamentals: Insights from those living with chronic obstructive pulmonary disease around the UK*. London: Asthma + Lung UK
12. National Institute for Health and Care Excellence. Chronic obstructive pulmonary disease: how common is it? Disponible sur : <https://cks.nice.org.uk/topics/chronic-obstructive-pulmonary-disease/background-information/prevalence-incidence/> [Consulté le 09/07/24]
13. Lung Foundation Australia. 2022. *Transforming the agenda for COPD: A path towards prevention and lifelong lung health*. Milton: Lung Foundation Australia
14. Canadian Institute for Health Information. Hospital stays in Canada, 2022-2023. [Mis à jour le 22/02/24]. Disponible sur : <https://www.cihi.ca/en/hospital-stays-in-canada-2022-2023> [Consulté le 09/07/24]
15. Salah HM, Minhas AMK, Khan MS, et al. 2021. Causes of hospitalization in the USA between 2005 and 2018. *Eur Heart J Open* 1(1): 10.1093/ehopen/oeab001
16. Donaldson GC, Wedzicha JA. 2014. The causes and consequences of seasonal variation in COPD exacerbations. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 9: 1101-10
17. Jenkins CR, Celli B, Anderson JA, et al. 2012. Seasonality and determinants of moderate and severe COPD exacerbations in the TORCH study. *Eur Respir J* 39(1): 38
18. Ur Rehman A, Hassali MAA, Muhammad SA, et al. 2021. Economic Burden of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients in Malaysia: A Longitudinal Study. *Pharmacoeco Open* 5(1): 35-44
19. Agarwal D. 2023. COPD generates substantial cost for health systems. *Lancet Glob Health* 11(8): e1138-e39
20. Koff PB, Min SJ, Freitag TJ, et al. 2021. Impact of Proactive Integrated Care on Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Chronic Obstr Pulm Dis* 8(1): 100-16
21. Chen S, Kuhn M, Prettnner K, et al. 2023. The global economic burden of chronic obstructive pulmonary disease for 204 countries and territories in 2020-50: a health-augmented macroeconomic modelling study. *Lancet Glob Health* 11(8): e1183-e93
22. AstraZeneca. 2022. *Common, preventable, treatable: has COPD been underprioritised?* Cambridge: AstraZeneca
23. United Nations. Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages: targets and indicators. Disponible sur : https://sdgs.un.org/goals/goal3#targets_and_indicators [Consulté le 09/07/24]
24. Bennett JE, Kontis V, Mathers CD, et al. 2020. NCD Countdown 2030: pathways to achieving Sustainable Development Goal target 3.4. *Lancet* 396(10255): 918-34
25. Stolz D, Mkorombindo T, Schumann DM, et al. 2022. Towards the elimination of chronic obstructive pulmonary disease: a Lancet Commission. *Lancet* 400(10356): 921-72
26. European Lung Health Group. Breathe Vision for 2023. Disponible sur : <https://breathevision.eu/about> [Consulté le 09/07/24]
27. Bhutani M, Price DB, Winders TA, et al. 2022. Quality Standard Position Statements for Health System Policy Changes in Diagnosis and Management of COPD: A Global Perspective. *Adv Ther* 39(6): 2302-22
28. Szalontai K, Gémes N, Furák J, et al. 2021. Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Epidemiology, Biomarkers, and Paving the Way to Lung Cancer. *J Clin Med* 10(13): 29
29. World Health Organization. Household air pollution. [Mis à jour le 09/07/24]. Disponible sur : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/household-air-pollution-and-health> [Consulté le 05/03/24]
30. Gut-Gobert C, Cavallès A, Dixmier A, et al. 2019. Women and COPD: do we need more evidence? *Eur Respir Rev* 28(151): 10.3390/jcm10132889
31. Gogou E, Hatzoglu C, Zargiannis SG, et al. 2022. Are younger COPD patients adequately vaccinated for influenza and pneumococcus? *Respir Med*: 10.1016/j.rmed.2022.106988
32. Fekete M, Pako J, Nemeth AN, et al. 2020. Prevalence of influenza and pneumococcal vaccination in chronic obstructive pulmonary disease patients in association with the occurrence of acute exacerbations. *J Thorac Dis* 12(8): 4233-42
33. Ozlu T, Bulbul Y, Aydin D, et al. 2019. Immunization status in chronic obstructive pulmonary disease: A multicenter study from Turkey. *Ann Thorac Med* 14(1): 75-82
34. Savran O, Ulrik C. 2018. Early life insults as determinants of chronic obstructive pulmonary disease in adult life. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 13: 683-93
35. Simon S, Joean O, Welte T, et al. 2023. The role of vaccination in COPD: influenza, SARS-CoV-2, pneumococcus, pertussis, RSV and varicella zoster virus. *Eur Respir Rev* 32(169): 230034
36. Larsson K, Janson C, Ståhlberg B, et al. 2019. Impact of COPD diagnosis timing on clinical and economic outcomes: the ARCTIC observational cohort study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 14: 995-1008
37. Diab N, Gershon AS, Sin DD, et al. 2018. Underdiagnosis and overdiagnosis of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 198(9): 1130-39
38. Asthma + Lung UK. 2022. *COPD in the UK. Delayed diagnosis and unequal care*. London: Asthma + Lung UK
39. Kostikas K, Price D, Gutzwiller FS, et al. 2020. Clinical Impact and Healthcare Resource Utilization Associated with Early versus Late COPD Diagnosis in Patients from UK CPRD Database. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 15: 1729-38
40. Seys D, Bruyneel L, Decramer M, et al. 2017. An International Study of Adherence to Guidelines for Patients Hospitalized with a COPD Exacerbation. *COPD* 14(2): 156-63
41. Alqahtani JS, Njoku CM, Bereznicki B, et al. 2020. Risk factors for all-cause hospital readmission following exacerbation of COPD: a systematic review and meta-analysis. *Eur Respir Rev* 29(156): 20
42. Li J, Ma X, Zeng X, et al. 2023. Risk Factors of Readmission Within 90 Days for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients with Frailty and Construction of an Early Warning Model. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 18: 975-84
43. Miravittles M, Bhutani M, Hurst JR, et al. 2023. Implementing an Evidence-Based COPD Hospital Discharge Protocol: A Narrative Review and Expert Recommendations. *Adv Ther* 40(10): 4236-63
44. Dalal AA, Shah MB, D'Souza AO, et al. 2012. Observational study of the outcomes and costs of initiating maintenance therapies in patients with moderate exacerbations of COPD. *Respir Res* 13(1): 41
45. Milner S, Boruff J, Beaupaire C, et al. 2018. Rate of, and barriers and enablers to, pulmonary rehabilitation referral in COPD: A systematic scoping review. *Respir Med*: 10.1016/j.rmed.2018.02.021
46. IPSOS. 2023. IPSOS Global Health Service Monitor 2023: a 31-country global survey. Paris: IPSOS
47. Mathioudakis AG, Ananth S, Vestbo J. 2021. Stigma: an unmet public health priority in COPD. *Lancet Respir Med* 9(9): 955-56
48. World Health Organization. 2003. *WHO Framework convention on tobacco control*. Geneva: WHO
49. Pipe AL, Evans W, Papadakis S. 2022. Smoking cessation: health system challenges and opportunities. *Tob Control* 31(2): 340
50. Agarwal S, Mangera Z. 2016. *Smoking cessation policy and practice in NHS hospitals*. London: British Thoracic Society
51. World Health Organization. Immunization coverage. [Mis à jour le 18/07/23]. Disponible sur : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage> [Consulté le 09/07/24]
52. Giacomelli IL, Steidle LJM, Moreira FF, et al. 2014. Hospitalized patients with COPD: analysis of prior treatment. *J Bras Pneumol* 40(3): 229-37
53. Ambrosino N, Bertella E. 2018. Lifestyle interventions in prevention and comprehensive management of COPD. *Breathe (Sheff)* 14(3): 186-94
54. Hsu HT, Wu CD, Chung MC, et al. 2021. The effects of traffic-related air pollutants on chronic obstructive pulmonary disease in the community-based general population. *Respir Res* 22(1): 217
55. Ale B, Ozoh O, Gadanya M, et al. 2022. Estimating the prevalence of COPD in an African country: evidence from southern Nigeria. *J Glob Health Rep*: 10.29392/001c.38200
56. Pona HT, Xiaoli D, Ayantobo OO, et al. 2021. Environmental health situation in Nigeria: current status and future needs. *Heliyon* 7(3): e06330
57. Shah R, Bhalerao A, Agarwal D, et al. Effect of cleaner cooking fuel (LPG) on cardiopulmonary health in women from rural Maharashtra. [Mis à jour le 01/04/24]. Disponible sur : <https://www.ipcrg.org/24071> [Consulté le 09/07/24]
58. Fathima M, Bawa Z, Mitchell B, et al. 2021. COPD Management in Community Pharmacy Results in Improved Inhaler Use, Immunization Rate, COPD Action Plan Ownership, COPD Knowledge, and Reductions in Exacerbation Rates. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 16: 519-33
59. Alqahtani JS, Aldhahir AM, Siraj RA, et al. 2023. A nationwide survey of public COPD knowledge and awareness in Saudi Arabia: A population-based survey of 15,000 adults. *PLoS One*: 10.1371/journal.pone.0287565
60. Wong SSL, Abdullah N, Abdullah A, et al. 2014. Unmet needs of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a qualitative study on patients and doctors. *BMC Fam Pract* 15(1): 67
61. Haroon S, Jordan RE, Fitzmaurice DA, et al. 2015. Case finding for COPD in primary care: a qualitative study of the views of health professionals. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 10: 1711-8
62. Perret J, Yip SWS, Idrose NS, et al. 2023. Undiagnosed and 'overdiagnosed' COPD using postbronchodilator spirometry in primary healthcare settings: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open Respir Res* 10(1): e001478

63. Quan Z, Yan G, Wang Z, et al. 2021. Current status and preventive strategies of chronic obstructive pulmonary disease in China: a literature review. *J Thorac Dis* 13(6): 3865-77
64. Madawala S, Osadnik CR, Warren N, et al. 2023. Healthcare experiences of adults with COPD across community care settings: a meta-ethnography. *ERJ Open Res* 9(1): 00581-2022
65. Al Bshabshe A, Al Shuqayfah N, Alahmari F, et al. 2023. Awareness of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) among the general population in Aseer Region, Kingdom of Saudi Arabia (KSA). *J Family Med Prim Care* 12(6): 1209-13
66. Hurst J. 2024. Entretien avec Aislinn Santoni et Aditi Karnad de The Health Policy Partnership [Vidéoconférence]. 03/04/24
67. Desalu O, Onyedum C, Adeoti A, et al. 2013. Guideline-based COPD management in a resource-limited setting – physicians' understanding, adherence and barriers: a cross-sectional survey of internal and family medicine hospital-based physicians in Nigeria. *Prim Care Respir J* 22(1): 79-85
68. Leemans G, Vissers D, Ides K, et al. 2023. Perspectives and Attitudes of General Practitioners Towards Pharmacological and Non-Pharmacological COPD Management in a Belgian Primary Care Setting: A Qualitative Study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 18: 2105-15
69. Heffler E, Crimi C, Mancuso S, et al. 2018. Misdiagnosis of asthma and COPD and underuse of spirometry in primary care unselected patients. *Respir Med* 142: 48-52
70. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023. *Livret de présentation du dispositif - Mon bilan prévention*. Paris: Ministère de la Santé et de la Prévention
71. Manchester University NHS Foundation Trust. 2022. *Expanding lung cancer screening in Greater Manchester*. Manchester: Manchester University NHS Foundation Trust
72. Thien QVT. 2024. Communication personnelle par e-mail : 18/05/24
73. Hoi Hen - Di Ung - Mien Dich Lam Sang. Chương trình Tầm soát hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease-COPD) tại bệnh viện Lê Văn Thịnh. [Mis à jour le 20/05/24]. Disponible sur : <https://www.hoihendumdslstphcm.org.vn/index.php/hoat-dong/cam-nhan-acocu/842-chuong-trinh-t-m-soat-hen-va-b-nh-ph-i-t-c-ngh-n-m-n-tinh-chronic-obstructive-pulmonary-disease-copd-t-i-b-nh-vi-n-le-van-thinh> [Consulté le 09/07/24]
74. Corrêa RA, Mancuso EV, Rezende CF, et al. 2023. Increasing patient access to spirometry in the Unified Health System in Brazil: no longer a dream but a near reality. *J Bras Pneumol* 49(6):
75. Fernandes F. 2024. Entretien avec Mariana Rodo et Catherine Whicher au nom de The Health Policy Partnership [Téléconférence]. 07/05/24
76. Baratta F, Pignata I, Onorati R, et al. 2023. Monitoring and screening COPD in community pharmacies: experimentation in Italy. *Pharm Pract* 21(3): 1-16
77. Kong CW, Wilkinson TMA. 2020. Predicting and preventing hospital readmission for exacerbations of COPD. *ERJ Open Res* 6(2): 00325-2019
78. Ban A, Ismail A, Harun R, et al. 2012. Impact of clinical pathway on clinical outcomes in the management of COPD exacerbation. *BMC Pulmo Med* 12(1): 27
79. Pierucci P, Santomaso C, Ambrosino N, et al. 2021. Patient's treatment burden related to care coordination in the field of respiratory diseases. *Breathe* 17(1): 210006
80. Chruścińska-Dragan M. Potrzebna strategia dla pulmonologii. "Musimy skoordynować opiekę nad przewlekłymi chorymi". Disponible sur : <https://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Choroby-Pluc/Potrzebna-strategia-dla-pulmonologii-Musimy-skoordynowac-opieke-nad-przewleklo-chorymi,251104,1022.html> [Consulté le 09/07/24]
81. Jankowski M, Bochenek B, Wiecezorek J, et al. 2023. Epidemiological Characteristics of 101,471 Patients Hospitalized with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) in Poland in 2019: Multimorbidity, Duration of Hospitalization, In-Hospital Mortality. *Adv Respir Med* 91(5): 368-82
82. Hudd TR. 2020. Emerging role of pharmacists in managing patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Health Syst Pharm* 77(19): 1625-30
83. Fletcher MJ, Dahl BH. 2013. Expanding nurse practice in COPD: is it key to providing high quality, effective and safe patient care? *Prim Care Respir J* 22(2): 230-3
84. Janssens W, Corhay JL, Bogaerts P, et al. 2019. How resources determine pulmonary rehabilitation programs: A survey among Belgian chest physicians. *Chron Respir Dis* 16: 1479972318767732
85. Spruit MA, Pitta F, Garvey C, et al. 2014. Differences in content and organisational aspects of pulmonary rehabilitation programmes. *Eur Respir J* 43(5): 1326-37
86. Shahaj O, Meiwald A, Puri Sudhir K, et al. 2024. Mapping the Common Barriers to Optimal COPD Care in High and Middle-Income Countries: Qualitative Perspectives from Clinicians. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 19: 1207-23
87. Tabysheva A, Sooronbaev T, Akylbekov A, et al. 2022. Medication availability and economic barriers to adherence in asthma and COPD patients in low-resource settings. *NPJ Prim Care Respir Med*: 10.1038/s41533-022-00281-z
88. Stolbrink M, Thomson H, Hadfield RM, et al. 2022. The availability, cost, and affordability of essential medicines for asthma and COPD in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Lancet Glob Health* 10(10): e1323-e42
89. Vasilopoulou M, Papaioannou AI, Kaltsakas G, et al. 2017. Home-based maintenance tele-rehabilitation reduces the risk for acute exacerbations of COPD, hospitalisations and emergency department visits. *Eur Respir J* 49(5): 10.1183/13993003.02129-2016
90. AstraZeneca. Egypt Health Lung Forum 2.0. AstraZeneca (data on file) [Consulté le 09/07/24]
91. Alcázar-Navarrete B, Jamart L, Sánchez-Covisa J, et al. 2022. Clinical Characteristics, Treatment Persistence, and Outcomes Among Patients With COPD Treated With Single- or Multiple-Inhaler Triple Therapy: A Retrospective Analysis in Spain. *CHEST* 162(5): 1017-29
92. Separ. La retirada del visado en la triple terapia de los pacientes con EPOC, una muy buena noticia. [Mis à jour le 02/10/23]. Disponible sur : <http://www.separcontenidos.es/separvision/2023/10/02/la-retirada-del-visado-en-la-triple-terapia-de-los-pacientes-con-epoc-una-muy-buena-noticia/> [Consulté le 09/07/24]
93. Licskai C, Hussey A, Rowley V, et al. 2023. Sustained health system benefits of primary care based integrated disease management for COPD: an interrupted time series. *Eur Respir J* 62(suppl 67): OA768
94. López-Campos JL, Tan W, Soriano JB. 2016. Global burden of COPD. *Respirology* 21(1): 14-23
95. Japanese Respiratory Society. 健康日本21 (第三次) 日本呼吸器学会プロジェクト「木洩れ陽」COMORE-By2032. Disponible sur : <https://www.jrs.or.jp/kenkou21/old/20230531000000.html> [Consulté le 09/07/24]
96. Jahr-zehnt der Lunge. About the campaign [traduit]. Disponible sur : <https://www.jahrzehntderlunge.de/ueber-die-kampagne> [Consulté le 09/07/24]
97. Jahr-zehnt der Lunge. 2023. *Politischer Kompass -Strukturierte Versorgung*. Berlin: Jahr-zehnt der Lunge

#SpeakUpforCOPD

© The Health Policy Partnership, 2024. Tous droits réservés.

Date de préparation : octobre 2024.
Z4-69554

Veillez citer les références suivantes :

Habashi L, Karnad A, Wait S, et al. 2024. *La situation mondiale de la BPCO : stimuler le changement pour s'attaquer à la crise de la santé pulmonaire*. Londres : The Health Policy Partnership

Speak Up for COPD (S'engager pour la BPCO) est soutenu par une coalition de partenaires du secteur à but non lucratif et de l'industrie pharmaceutique afin de faire de la BPCO une priorité de santé publique. Le financement est assuré par des partenaires de l'industrie pharmaceutique. Tous les partenaires ont contribué à ce document.