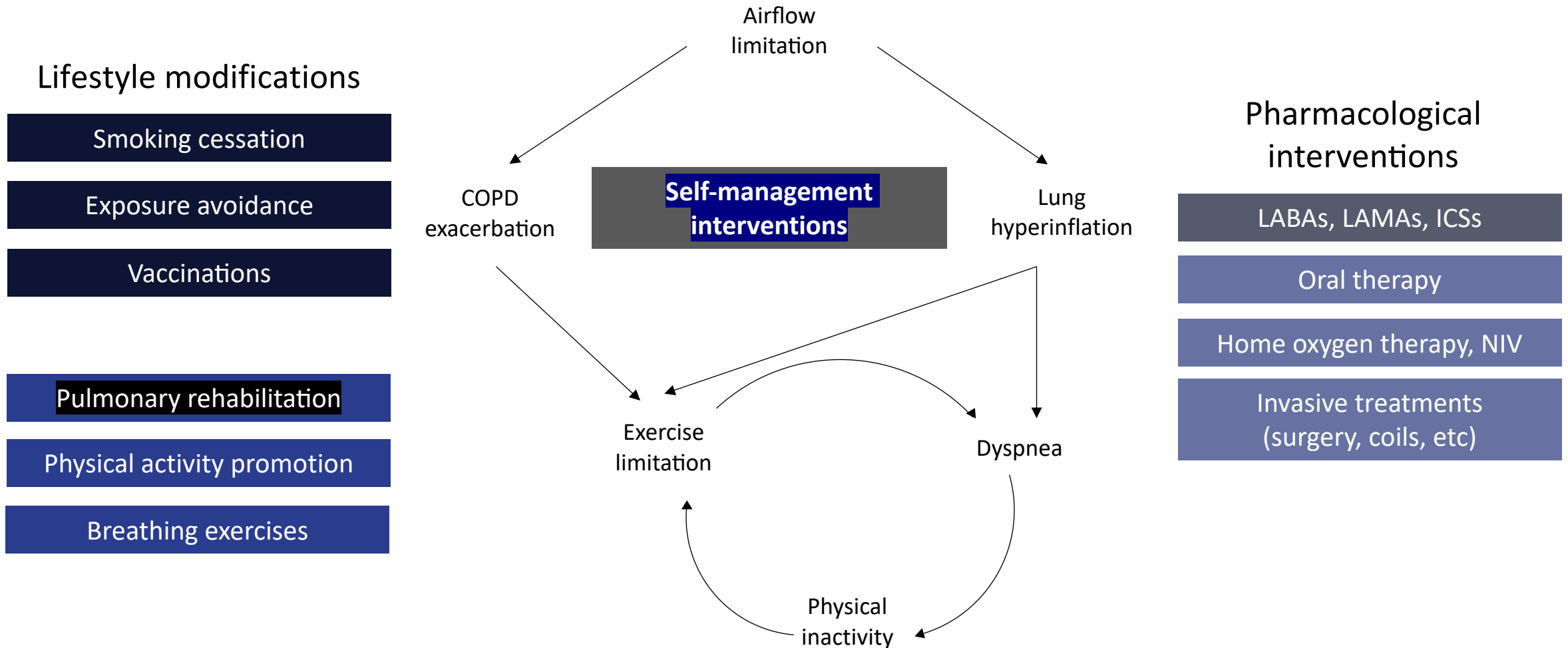


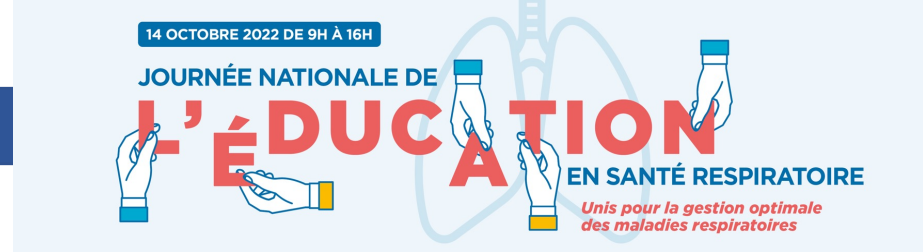
Carte blanche en MPOC

Dr Jean Bourbeau MD M.Sc FRCPC

The Vicious Circle in COPD

The potential for multiple treatment targets¹





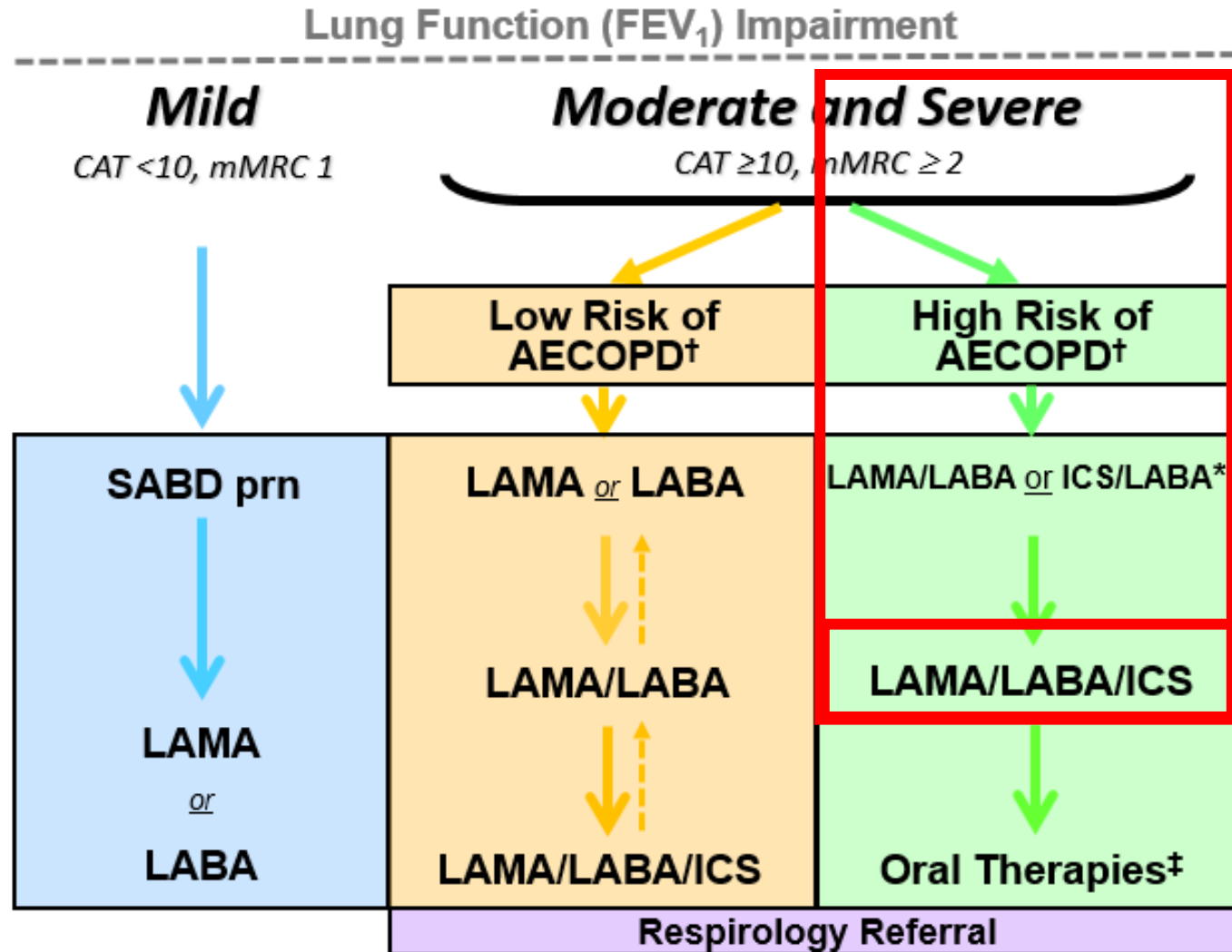
Traitements pharmacologiques

Révision des algorithmes de traitements
Nouvelles médications disponibles
Nouvelles avenues de traitements



Quand devrions-nous envisager d'utiliser la
Thérapie combinée triple?

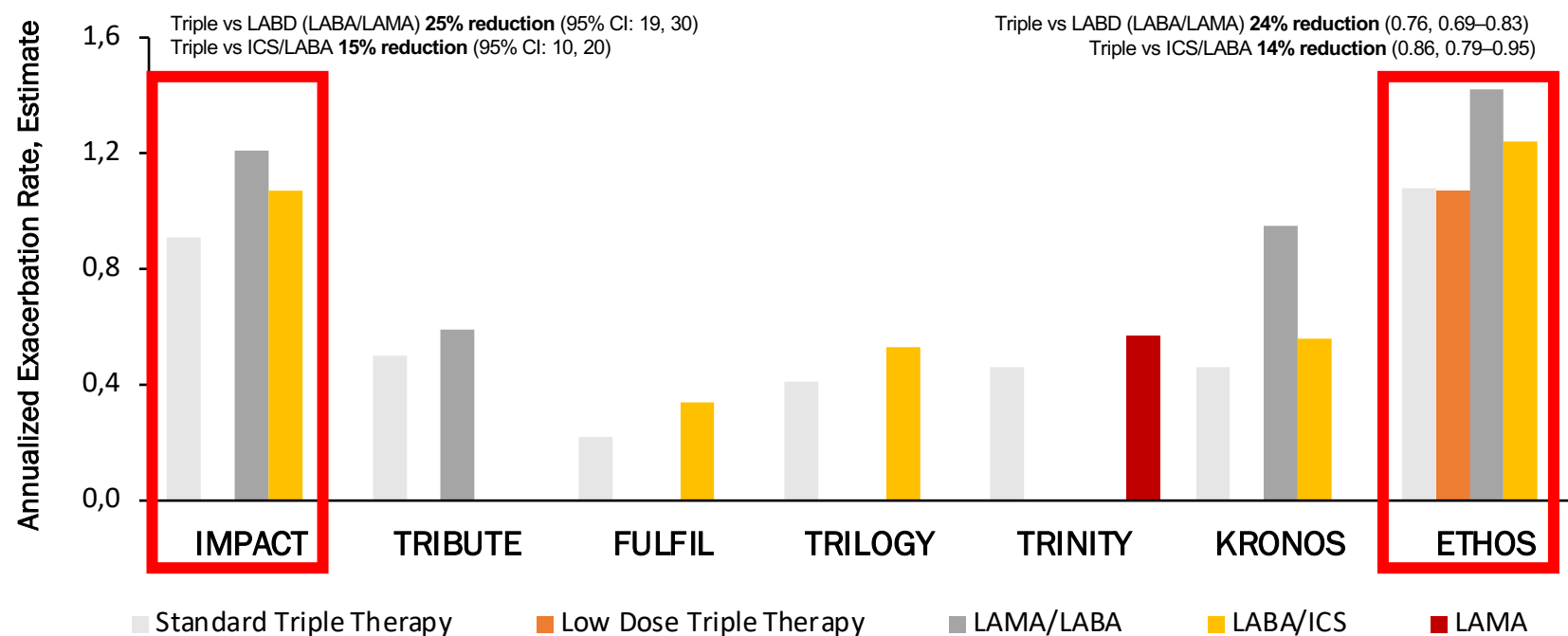
Figure 2 – MPOC Pharmacothérapie



Quand devrions-nous envisager d'utiliser la Thérapie combinée triple?

Taux annuel d'exacerbations modérées et graves

Trithérapie vs bronchodilatateur(s)



a. Lipson DA et al. Am J Respir Crit Care Med. 2020;201:1508-1516; b. Papi A et al. Lancet. 2018;391:1076-1084; c. Lipson DA, et al. Am J Respir Crit Care Med. 2017;196:438-446; d. Singh D, et al. Lancet. 2016;388:963-973; e. Vestbo J, et al. Lancet. 2017;389:1919-1929; f. Ferguson GT, et al. Lancet Respir Med. 2018;6:747-758; g. Rabe KF, et al. N Engl J Med. 2020;383:35-48.

IMPACT et ETHOS: caractéristiques des patients

	IMPACT ¹ (N = 10,355)	ETHOS ² (N = 8,509)
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostic antérieur d'asthme autorisé, mais pas d'asthme courant Recevoir ≥2 thérapies inhalées de maintien au screening (ETHOS) BPCO symptomatique (CAT≥10) Soit: <ul style="list-style-type: none"> VEMS <50% de la valeur prédite normale avec ≥ 1 exacerbation modérée or sévère dans l'année précédente VEMS 50–80% (IMPACT) ou 50–65% (ETHOS) de la valeur prédite normale avec ≥ 2 exacerbations modérées ou ≥ 1 exacerbation sévère dans l'année précédente. 	
Patients inclus	Groupes à risque: <ul style="list-style-type: none"> Risque faible ≈ 30% Risque élevé ≈ 70% 	Groupes à risque: <ul style="list-style-type: none"> Risque faible ≈ 30% Risque élevé ≈ 70%
Comparateurs	Randomisation 2:2:1 <ul style="list-style-type: none"> FF/UMEC/VI ▼ FF/VI UMEC/VI ▼ Tous les traitements en une fois par jour Même dispositif (Ellipta)	Randomisation 1:1:1:1 <ul style="list-style-type: none"> BUD 320 et 160 µg/GLY/FOR BUD/GLY GLY/FOR

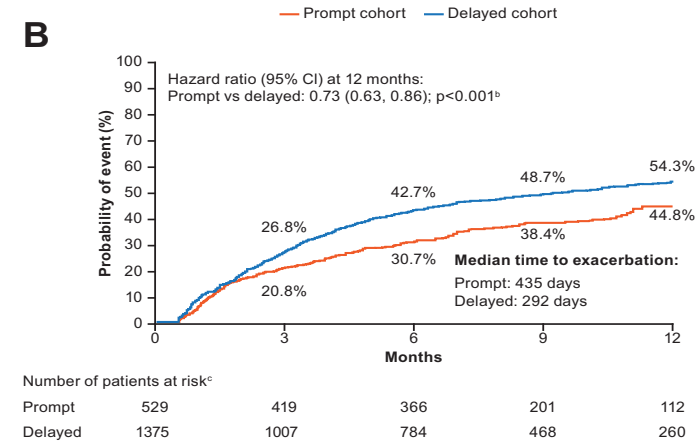
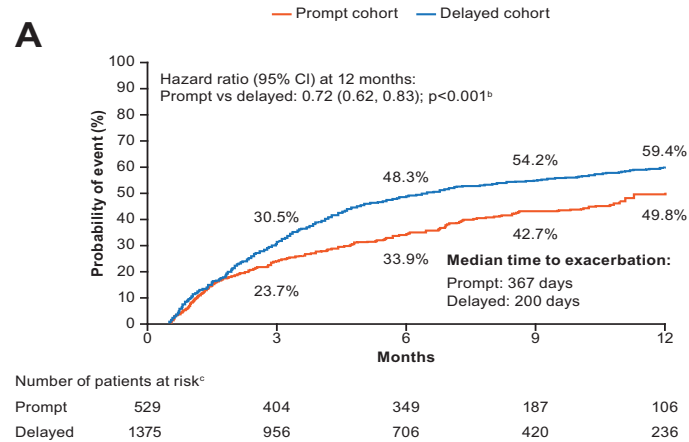
1. Lipson DA, et al. *N Engl J Med.* 2018; 378: 1671–1680

2. Rabe KF, et al. *N Engl J Med.* 2020;383:35-48

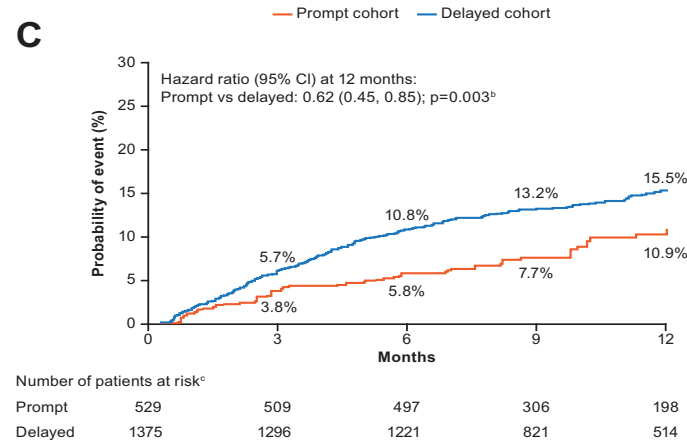
Avantage de l'utilisation rapide par rapport à différée des SITT

Rapide= Dans les 30 jours suivant l'index

Différée= 31–180 jours suivant l'index



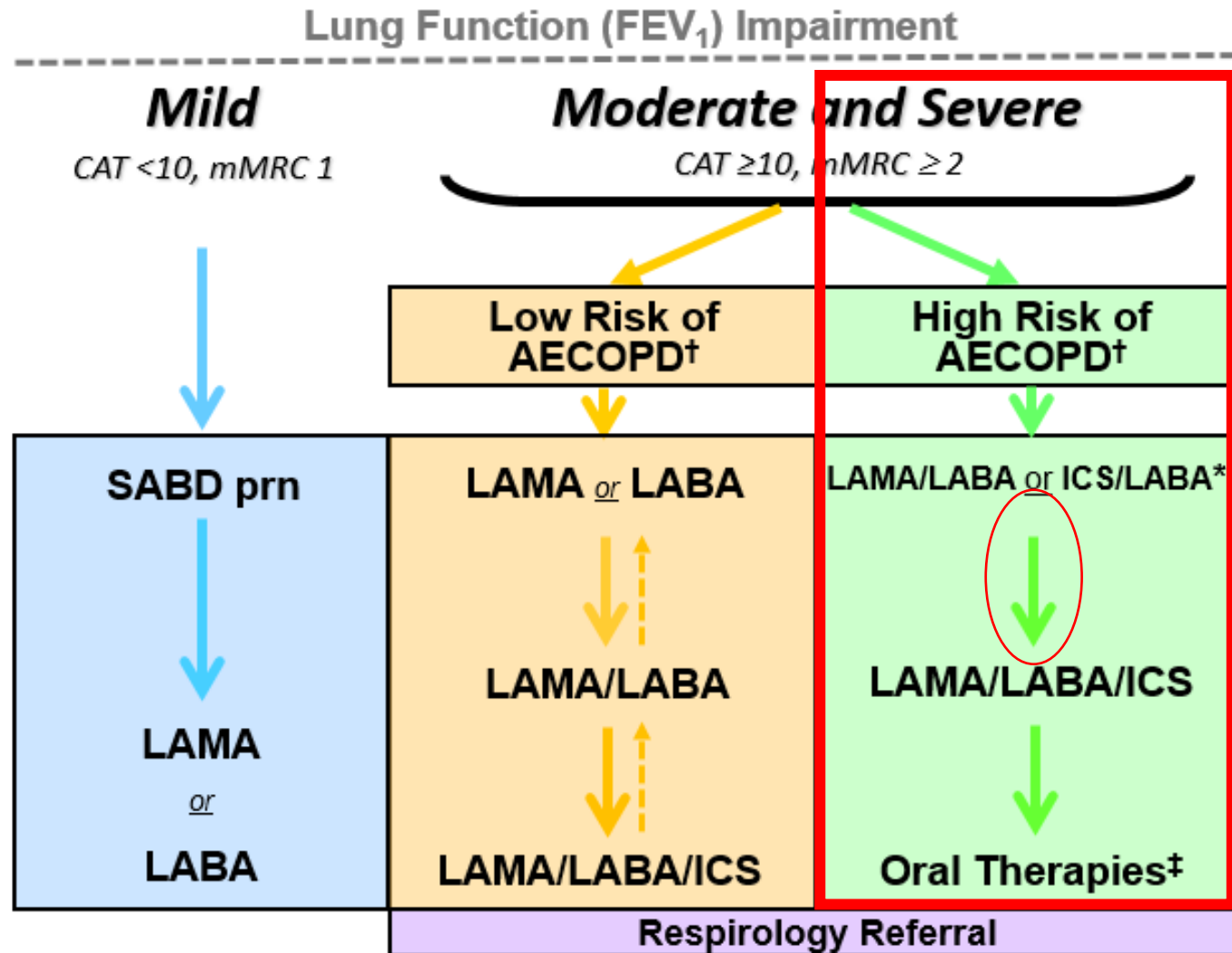
- A. Exacerbation globale**
- B. Exacerbations modérées**
- C. Exacerbation sévère**





Devrions-nous désescalader les médicaments
chez les patients à haut risque d'EAMPOC?

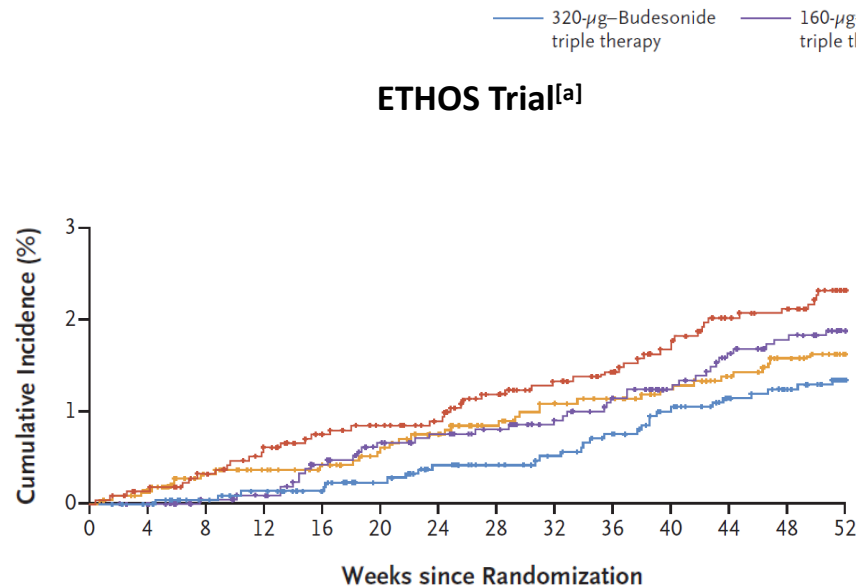
Figure 2 – MPOC Pharmacothérapie



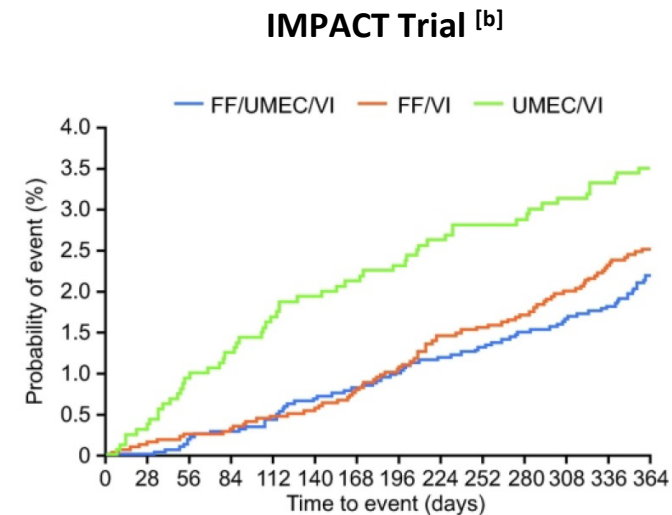
Pourquoi la
désescalade
n'est pas
recommandée
chez les
patients
présentant un
risque élevé
d'EAMPOC?

Triple thérapie

Décès de toute cause dans la population ITT



- Magnitude of benefit with BUD/GLY/FORM vs GLY/FORM increased over time
- Benefit of LAMA seen in comparison of BUD/GLY/FORM vs ICS/LABA



- Early benefit with FF/UMEC/VI vs UMEC/VI
- FF/UMEC/VI and FF/VI have similar benefit

IMPACT et ETHOS: qu'en est-il de la réduction “absolue” de la mortalité?

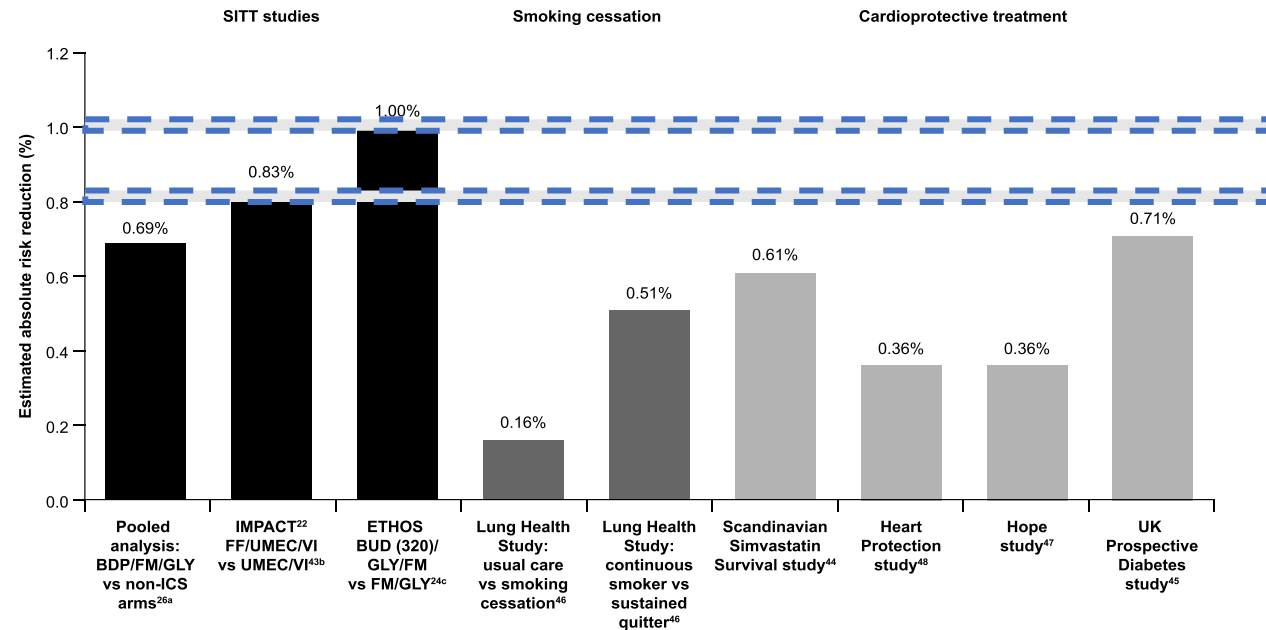


Figure 2 All-cause mortality benefits with SITT are similar to, or better than, smoking cessation and cardioprotective treatments. ^aPooled analysis of AEs leading to a fatal outcome (safety population); ^bon- and off-treatment deaths in post hoc analysis with additional vital status follow-up (vital status available for 99.6% of patients at nominal Week 52); ^canalysis included all observed data regardless of whether patients continued to receive their assigned treatment.

Abbreviations: BDP, beclomethasone dipropionate; BUD, budesonide; FF, fluticasone furoate; FM, formoterol; GLY, glycopyrronium; ICS, inhaled corticosteroid; IND, indacaterol; SITT, single-inhaler triple therapy; UMEC, umeclidinium; VI, vilanterol. The graph has been independently created from the original data.

Bourbeau J, Bafadhel M, Barnes N. et al. Benefit/Risk Profile of Single-Inhaler Triple Therapy in COPD International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2021:16



Qu'en est-il des CSI et du risque de pneumonie?

ICS n'est pas le détenteur du record du risque de pneumonie dans la MPOC

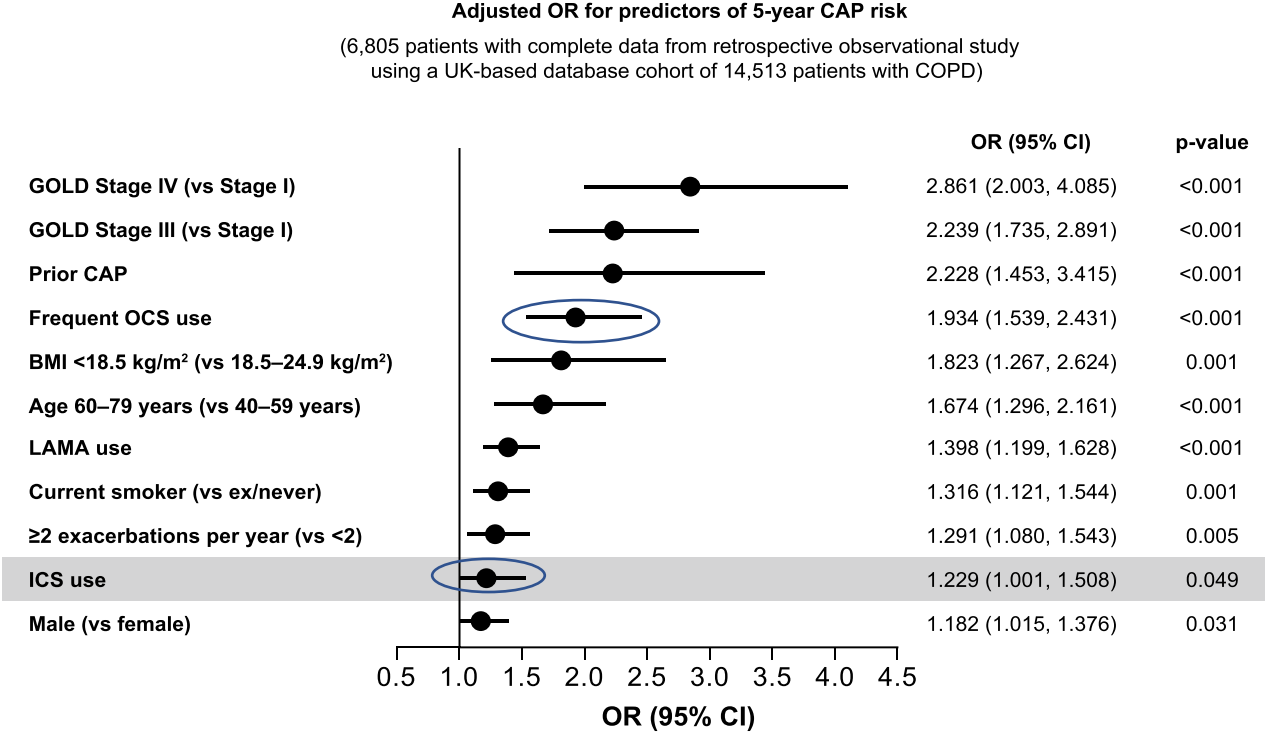
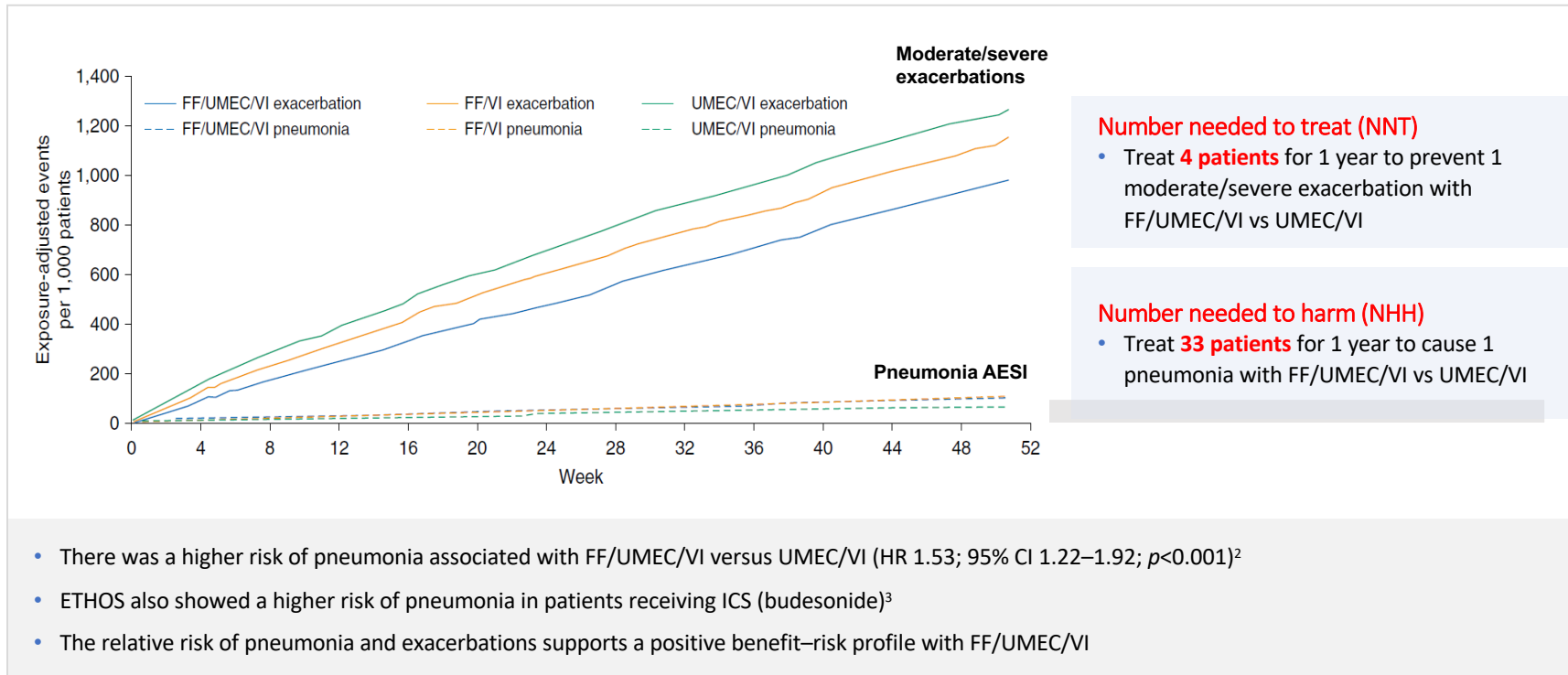


Figure 1 Disease severity and exacerbation history are strongly correlated with pneumonia risk whereas ICS only adds a small additional risk.
Abbreviations: BMI, body mass index; CAP, community-acquired pneumonia; CI, confidence interval; COPD, chronic obstructive pulmonary disease; GOLD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease; ICS, inhaled corticosteroid; LAMA, long-acting muscarinic antagonist; OCS, oral corticosteroid; OR, odds ratio. The graph has been independently created from the original data.⁴⁹

Williams NP, Coombs NA, Johnson MJ, et al. Seasonality, risk factors and burden of community-acquired pneumonia in COPD patients: a population database study using linked health care records. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2017;12:313–322

IMPACT: Pneumonies^{1,2}



- 1. Dransfield MT, et al. *Ann Am Thorac Soc* 2021;18:788–98;
- 2. Lipson DA, et al. *N Engl J Med* 2018; 378:1671–80; 3. Rabe KF, et al. *N Engl J Med*. 2020;383:35–48.

Mortalité due à la pneumonie pour les utilisateurs de CSI en MPOC

TABLE 1 Pneumonia mortality in randomised clinical trials

Studies	Drug	Patients			Pneumonia mortality	
		Total	ICS	Non-ICS	ICS	Non-ICS
Included in meta-analysis [3]						
Calverley, 2011 (INSPIRE) [10]	Fluticasone propionate	1323	658	665	3	0
Crim, 2009 (TORCH) [11]	Fluticasone propionate	6112	3067	3045	21	16
Dransfield, 2013 [12]	Fluticasone furoate	3255	2437	818	8	0
Kardos, 2007 [13]	Fluticasone propionate	792	408	384	1	1
SC040041 [14]	Fluticasone propionate	186	92	94	2	1
Sharafkhaneh, 2012 [15]	Budesonide	1218	815	403	1	0
Total		12886				
Not included in meta-analysis						
Ferguson, 2017 (RISE) [16]	Budesonide	1219	606	613	0	0
Vestbo, 2016 (SUMMIT) [4]	Fluticasone furoate	16485	8256	8229	0	0
Papi, 2018 (TRIBUTE) [5]	Beclometasone	1532	764	768	0	0
Vestbo, 2017 (TRINITY) [17]	Beclometasone	2691	1616	1705	0	0
Lipson, 2018 (IMPACT) [18]	Fluticasone furoate	10355	8285	2070	19	9
Ferguson, 2018 (KRONOS) [6]	Budesonide	1896	1271	625	1	0
Siler, 2017 [19]	Fluticasone furoate	1620	806	814	0	0
Wedzicha, 2016 (FLAME) [20]	Fluticasone propionate	3362	1682	1680	2	6
Zongh, 2015 (LANTERN) [21]	Fluticasone propionate	741	369	372	0	0
Vogelmeier, 2013 (ILLUMINATE) [22]	Fluticasone propionate	523	264	259	0	0
Total		40424	31396	22544	58	33

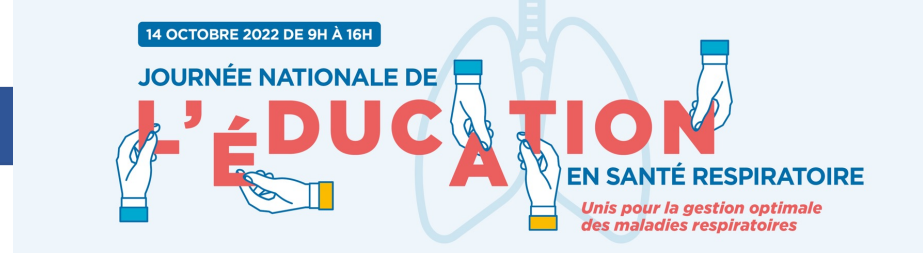
Mortalité par pneumonie –

58/31396 pour les utilisateurs ICS et
33/22544 pour les non-ICS

(RR 0,97, IC à 95 % 0,58–1,60 ; p = 0,89, I² = 7,8 %).

Ces données renforcent l'idée que les décès liés à la pneumonie sont très peu fréquents dans les ECR et, compte tenu du nombre de patients inclus, la pertinence clinique des CSI dans la mortalité par pneumonie est douteuse

Almagro P, Martinez-Camblor P, Soriano JB. Inhaled corticosteroids and pneumonia mortality in COPD patients. *Eur Respir J* 2019; 54: 1901035 [<https://doi.org/10.1183/13993003.01035-2019>].



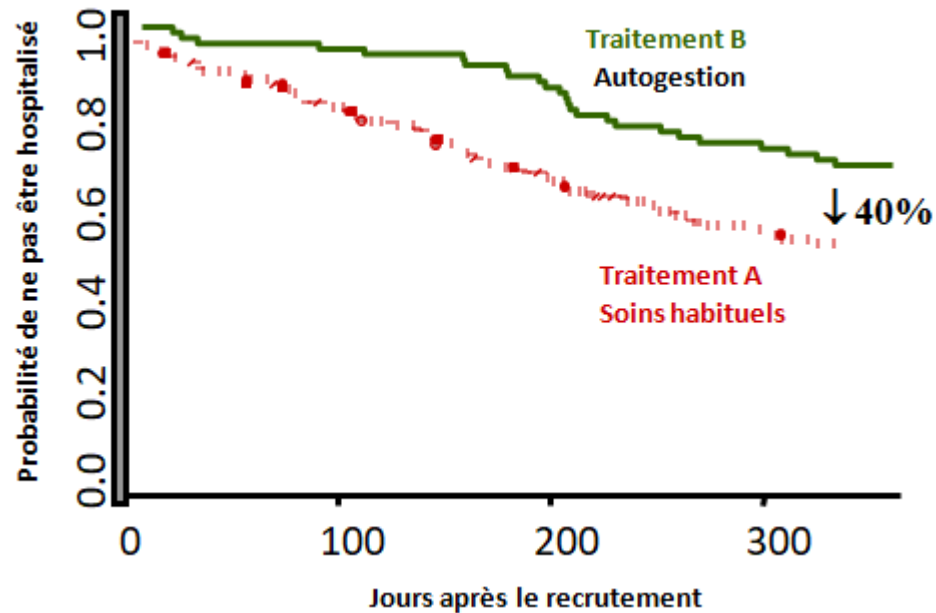
Traitements non pharmacologiques

Autogestion et son importance

Réadaptation pulmonaire et télé-réadaptation pulmonaire

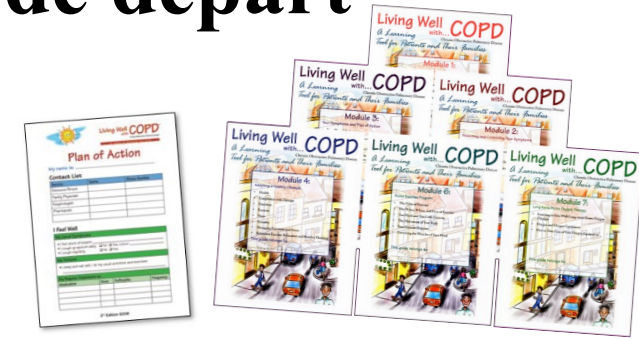
Autres avenues

Ce que nous savons sur l'intervention en matière d'autogestion : le point de départ

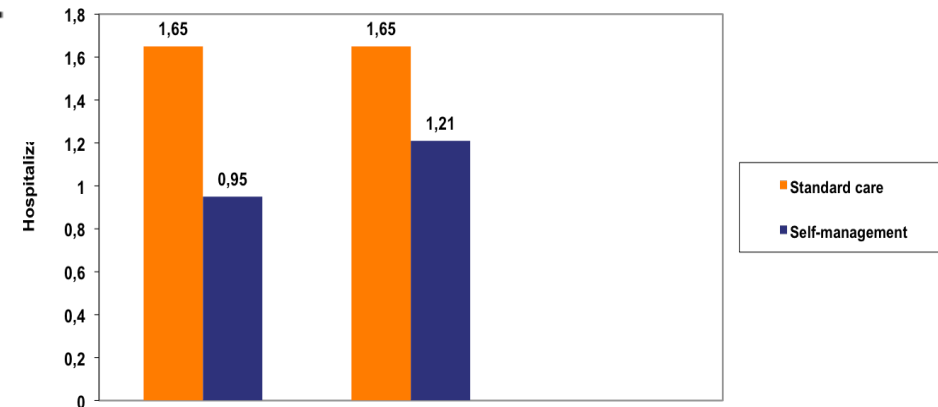


Le **premier essai contrôlé** visant à évaluer l'efficacité d'une intervention obtenant des compétences en matière d'autogestion et un changement de comportement chez les patients atteints de la MPOC a été publié en 1996.

Bourbeau J, et al. Arch Intern Med 2003. 163(5):585-91



Difference in all-cause hospitalizations
(standard care vs IDM LWWCOPD)



Gadoury et al. Eur Respir J 2005. 26(5):853-7

Que savons-nous de l'intervention en matière d'autogestion : ...et des données supplémentaires

À la suite du premier article de Cochrane résumant l'efficacité des interventions en matière d'autogestion de la MPOC en 2003, puis en 2007, en 2014, 2017 et 2022:

Les interventions d'autogestion pour les personnes atteintes de MPOC sont associées à

- des **améliorations de la qualité de vie**, telle que mesurée avec le SGRQ (-2.86), et
- une **probabilité plus faible d'hospitalisations** (réduction 25%+)
 - NNT: 15 patients (ceux à haut risque) et
 - NNT: 26 patients (ceux à faible risque)

[Click here to access program materials](#)



A plan of action for life

Do you believe it is possible for anyone with COPD to live a healthy and full life? We certainly do, and this is why we have...

[LEARN MORE](#)



News

Get access to all the news about the program, the disease and its treatment, training programs, etc.

[LEARN MORE](#)



Do you think you have COPD?

If you have symptoms of COPD, see your doctor. Take now the 30-second lung health test.

[LEARN MORE](#)

Click here to learn more about the Living Well with COPD program and the learning materials that we have developed for you.



What is Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)?

Do you want to learn more about COPD, its symptoms and treatment?

Living Well with COPD is a self-management education program developed to help you achieve better control and improve your quality of life.

Sign up for FREE to learn how to take charge of your COPD on a day-to-day basis with the new [COPD Online Course](#).

Video - Living Well with COPD



[See more videos](#)

Objectifs du programme Mieux vivre avec une MPOC

1. Accompagner les patients à développer des compétences pour mieux gérer eux-mêmes leur maladie au quotidien Fournissez l'éducation nécessaire à vos patients
2. Mieux contrôler la maladie et améliorer les chances de succès

Efficacité de la réadaptation pulmonaire : Capacité d'exercice et HRQoL

Outcomes	Illustrative comparative effects* (95% CI)		Number of participants (studies)	Quality of the evidence (GRADE)	Comments
	Response on control	Treatment effect			
	Usual care	Rehabilitation versus usual care			
Change in functional exercise capacity (6MWT)) Distance metres Follow-up: median 12 weeks	Median change = 3.4 metres	Mean functional exercise capacity (6MWT)) in the intervention groups was 43.93 metres higher (32.64 to 55.21 higher)	1879 (38 studies)	⊕○○○ Very low ^{2,3,6,7}	
QoL - Change in CRQ (dyspnoea) CRQ Questionnaire. Scale from 1 to 7 (Higher is better and 0.5 unit is an important difference) Follow-up: median 12 weeks	Median change = 0 units	Mean QoL - change in CRQ (Dyspnoea) in the intervention groups was 0.79 units higher (0.56 to 1.03 higher)	1283 (19 studies)	⊕⊕⊕○ Moderate ^{1,2,3}	Sensitivity analysis from studies at lower risk of bias was similar (MD 0.99, 95% CI 0.64 to 1.34; participants = 384; studies = 5; I ² = 34%)
QoL - Change in SGRQ (total) Scale from 0 to 100 (Lower is better and 4 units is an important difference) Follow-up: median 12 weeks	Median change = 0.42 units	Mean QoL - change in SGRQ (total) in the intervention groups was 6.89 units lower (9.26 to 4.52 lower)	1146 (19 studies)	⊕⊕⊕○ Moderate ^{2,3,4}	Sensitivity analysis from studies at lower risk of bias was similar (MD -5.15, 95% CI -7.95 to -2.36; participants = 572; studies = 7; I ² = 51%)

HRQoL : Health Related Quality of Life

McCarthy B. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015; (2):CD003793

Cochrane review (RCTs)

Across multiple trials performed

- in virtual groups and individuals (at home)
- with a **large variety of tele-rehabilitation delivery platforms**
 - videoconferencing, telephone only, website with telephone support, mobile application with feedback, centralized “hub” for people to come together

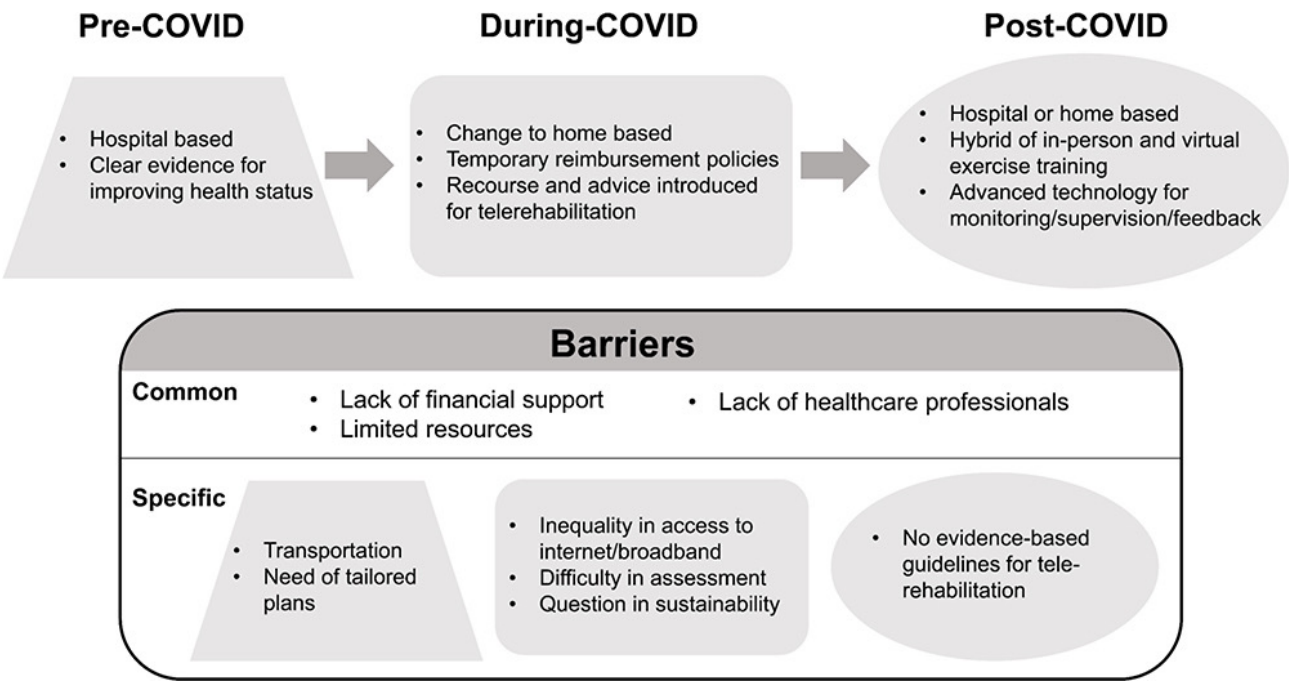
Results from the Cochrane review and updated RCTs suggest that telerehabilitation has similar benefits to those of centre-based PR across a range of outcomes.

Delivering pulmonary rehabilitation during the COVID-19 pandemic: A Canadian Thoracic Society position statement

Gail Dechman , Raymond Acheron , Marla Beauchamp , Mohit Bhutani , Jean Bourbeau , Dina Brooks , Roger Goldstein , Donna Goodridge , Paul Hernandez , Tania Janaudis-Ferreira , Didier Saey , Darcy Marciniuk , Sharla-Rae Olsen , Erika Penz , Chris Ryerson , Joshua Wald , Jason Weatherald & Michael K. Stickland

New opportunities:
“Hybrid models that include in-person assessment and exercise testing, and a combination of in-person and virtual training, education and self-management can be used to optimize exercise safety and training effectiveness while decreasing disease transmission and infection rates”

Tsutsui M. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2021;16:379-391



It has revealed the **long-standing structural barriers of PR**, such as **lack of i) financial support, ii) resources, and iii) HCP**, which have been exacerbated during the COVID pandemic

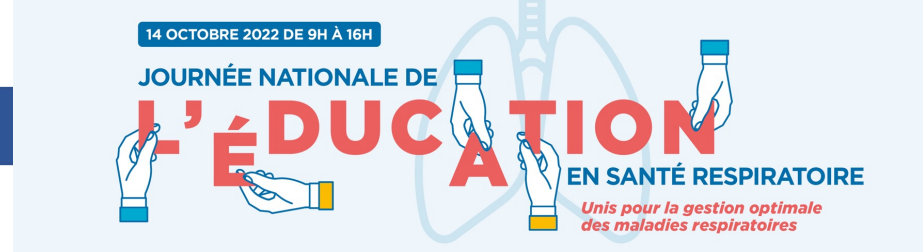
GOLD statement on Tele rehab in COPD and guiding future research

Tele rehab in COPD:

- Delivered via different models likely beneficial/safe in patients with stable condition;
- Potential for increase access in low or medium income countries and patients in remote areas.

Evidence base still evolving and best practice are not yet established :

- i) lack of standardization of delivery platform, e.g., no one single best mode of tele-rehab delivery;
- ii) variations in the tests suitable to prescription of exercises and outcome assessment;
- iii) variations in timing of intervention in the disease course of patients (no data regarding post exacerbation rehab);
- iv) duration of benefit (limited data beyond immediate post PR); and
- v) unclear what types of patients (the optimal candidates to participate in tele-rehab are not yet certain and barriers may be unique to tele rehab).



Identification/gestion des comorbidités

Maladies cardiovasculaires

Diabète

Troubles anxieux et de l'humeur

Perturbations des fonctions cognitives

Bronchiectasies

Hypertension pulmonaire

Asthme

Apnée du sommeil

Cas 1 – Mme B

- Femme de 67 ans **MPOC, GOLD2, dyspnée mMRC 2/4**
- Arrêt tabagique en 2000, 30 pqts-années
- **Traitement pour sa MPOC**
 - Tiotropium Respimat 2.5 mcg 2 inh die et BACA PRN
- **Connue pour insuffisance cardiaque systolique**
 - Sous Diltiazem 240 mg die, Nitroglycerine 0.6 mg/hr, Furosemide 80 mg die
 - Hospitalisation il y a 1 an pour surcharge
- Une polygraphie cardiorespiratoire du sommeil a démontré
 - **Une apnée du sommeil avec une hypoxémie nocturne significative**

Cas 1 – Questions

- **Ses inhalateurs sont-ils adéquats** pour sa dyspnée?
 - Elle mentionne utiliser son AMLA (bonne technique) et aussi occasionnellement un BACA (pas tous les jours)
- De quelle façon traitera-t-on les **comorbidités (insuffisance cardiaque et apnée du sommeil)**?
 - Et qu'elle influence à la MPOC sur le traitement de ces comorbidités

Notre patient – Insuffisance cardiaque

- **Aucune preuve que l'insuffisance cardiaque chronique devrait être traitée différemment en présence de la MPOC**
- Le traitement par β -1 bloquants améliore la survie en cas d'insuffisance cardiaque et est recommandé
- **Des β -1 bloquants sélectifs doivent être utilisés***

**Lipworth B et al. Eur Respir J. 2016;48(3):880-8*

Notre patient – Apnée obstructive du sommeil

- Le «syndrome de chevauchement» a été utilisé pour décrire l'association des deux conditions chez un même patient*
- Les patients atteints du syndrome de chevauchement **ont un pronostic moins bon** par rapport à la MPOC ou AOS
- Les épisodes apnéiques chez les patients atteints d'AOS et de MPOC combinés **ont une hypoxémie plus profonde et plus d'arythmies cardiaques**[†]
- Les patients atteints de MPOC et d'AOS combinés sont plus **susceptibles de développer une hypertension pulmonaire diurne**[‡]

* Flenley DC. *Clin Chest Med* 1985;6(4):651-61

† Shepard JW, Jr et al. *Am J Med* 1985;78(1):28-34

‡ Bradley TD, et al. *Am Rev Respir Dis* 1985;131(6):835-9, Weitzenblum E et al. *Am Rev Respir Dis* 1988; 138(2):345-9

Cas 2 – Mme L

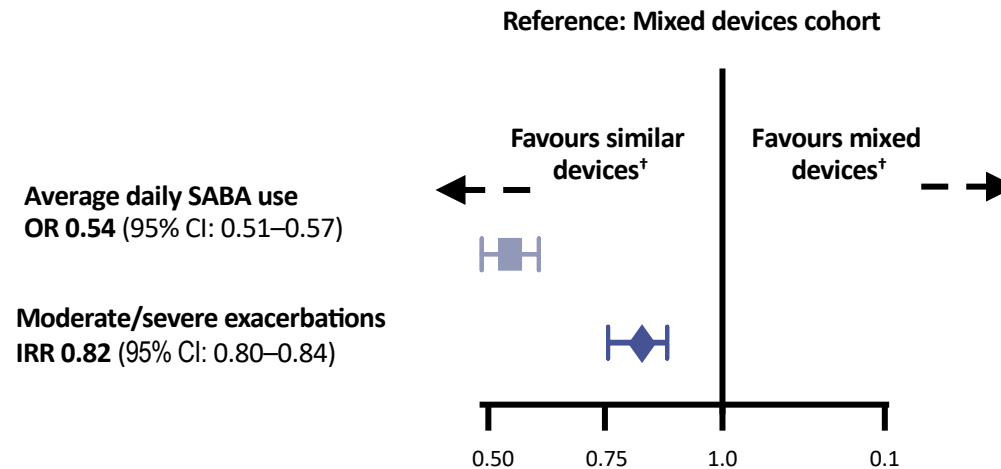
- Femme de 48 ans, **ACO, GOLD 3, dyspnée mMRC 3/4 et exacerbations**
- Tabagisme de longue date, 1 pqt/jr
 - Arrêt difficile malgré timbre ou Champix
- **Asthmatique depuis le jeune âge**
 - Mais apparition d'un profil plutôt MPOC depuis quelques années
 - Sous Tiotropium Respimat 2.5 mcg 2 inh die, Formotérol-Budésonide 6+200 mcg 2inh bid et Salbutamol PRN
 - Aurait même déjà été porteuse d'O2 à domicile, avant d'être cessé et d'obtenir congé de son suivi en pneumologie
- **Reflux gastro œsophagien (RGO)**
- **Trouble d'anxiété généralisé**

Cas 2 – Questions

- **Ses inhalateurs sont-ils optimaux** (multiple vs inhalateurs similaires)?
- De quelle façon traitera-t-on les **comorbidités** ou devons nous les prendre en **considération** (RGO, anxiété)

Dispositifs multiples : techniques d'inhalation similaires par rapport aux techniques mixtes

Les patients qui utilisent plusieurs appareils avec une technique d'inhalation similaire ont de meilleurs résultats cliniques que les patients utilisant des appareils qui nécessitent une variété de techniques d'inhalation



Notre patient – Reflux gastro-œsophagien(RGO)

- Le RGO est un facteur de risque indépendant d'exacerbations et est associé à une détérioration de l'état de la santé*
- **Les inhibiteurs de la pompe à protons sont souvent utilisés pour le traitement du RGO.** Une essai en simple aveugle a suggéré que ces agents réduisent le risque d'exacerbation†

* Hurst JR et al. *N Engl J Med* 2010;363(12):1128-38, Martinez CH, *Respir Res* 2014;15:62, Ingebrigtsen TS et al. *Respirology* 2015;20(1):101-7

† Sasaki T et al. *J AM Geriatr Soc* 2009;57(8):1453-7

Notre patient – Anxiété et dépression

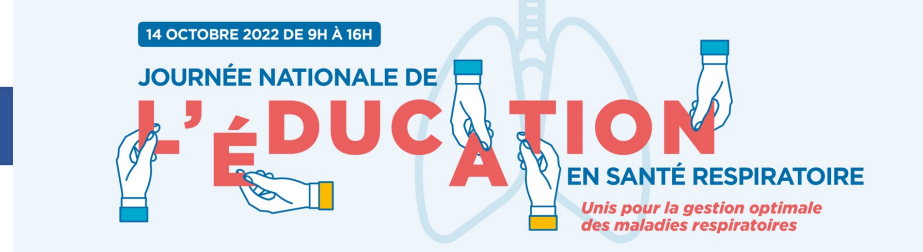
- L'anxiété et la dépression sont des comorbidités importantes dans la MPOC*
- **Il n'y a aucune preuve que l'anxiété et la dépression doivent être traitées différemment en présence de MPOC**
- Il faut souligner **l'impact potentiel de la réadaptation pulmonaire** car des études ont démontré que l'exercice physique a un effet bénéfique sur la dépression en général †

* Hanania NA et al. *Am J Respir Crit Care Med* 2011;183(5):604-11, Kunik ME et al, *Chest* 2005; 127(4):1205-11, Ng TP et al, *Arch Intern Med* 2007;167(1):60-7, Maurer J et al. *Chest* 2008; 134(4 Suppl): 43S-56S

† Bolton CE et al. *Thorax* 2013;68 Suppl2:ii1-30, Coventry PA et al. *PLoS One* 2013;8(4): e60532

Message à emporter: MPOC et comorbidités

- La **MPOC coexiste souvent avec d'autres maladies (comorbidités)** qui peuvent avoir un impact significatif sur l'évolution de la maladie
- La présence de comorbidités ne doit généralement pas modifier le traitement de la MPOC et **les comorbidités doivent être traitées selon les normes habituelles** indépendamment de la présence de la MPOC
- Lorsque la MPOC fait partie d'un plan de soins de multimorbidité, **il faut veiller à garantir la simplicité du traitement et à minimiser la polypharmacie**



La MPOC et la COVID-19

Impacts de la pandémie sur les patients
À surveiller

Réponse à la COVID-19 SCT

Asthma and COPD Mitigation Strategies



CTS Position Statements

Delivering Pulmonary Rehabilitation during the COVID-19 Pandemic

September 2020, 'In Press' CTS Journal

Addressing Therapeutic Questions to Optimize COPD Management for patients during the COVID-19 Pandemic

May 2020, CTS Journal

Wh

Deliv
Sept

[https](https://)

Section 3: Chronic obstructive pulmonary disease

Contributors: Mohit Bhutani, Jane Batt, Jean Bourbeau, Kenneth R. Chapman, Andrea Gershon, Paul Hernandez, Nicholas T. Vozoris, Joshua Wald

Background

Patients with COPD are at an increased risk of developing severe complications of a SARS-CoV-2 infection.¹ Reports suggest that COPD patients admitted to hospital with a SARS-CoV-2 infection are more likely to require ICU support and to have increased mortality as compared to non-COPD patients.^{2,3} For a clinician attempting to triage a patient with a history of COPD, classifying them into one of the three levels proposed in this document is challenging and fraught with uncertainty. There are many factors contributing to the complexity of this clinical decision when it involves COPD patients.

Position statement from the Canadian Thoracic Society



Clinical triage thresholds in respiratory disease patients in the event of a major surge during the COVID-19 pandemic

[READ NOW](#)



**POSITION STATEMENT FROM THE CANADIAN THORACIC SOCIETY (CTS)
COPD ASSEMBLY STEERING COMMITTEE**

**ADDRESSING THERAPEUTIC QUESTIONS TO HELP CANADIAN HEALTH CARE PROFESSIONALS
OPTIMIZE COPD MANAGEMENT FOR THEIR PATIENTS DURING THE COVID-19 PANDEMIC**

Mohit Bhutani^a, Paul Hernandez^b, Jean Bourbeau^c, Gail Dechman^d, Erika Penz^e, Raymond Acheron^f, Marla Beauchamp^g, Joshua Wald^h, Michael Sticklandⁱ, Sharla-Rae Olsen^j, Donna Goodridge^k

CHAPTER 7 COVID-19 & COPD

A new chapter on COPD and COVID-19 has been added including new tables (Table 7.1 & Table 7.2) and a new figure (Figure 7.1) and 168 new references.

Remote COPD patient follow-up during COVID-19 pandemic restrictions

A new section on remote patient follow-up has been added including a comprehensive follow-up checklist.

REMOTE COPD PATIENT FOLLOW-UP DURING COVID-19 PANDEMIC RESTRICTIONS

Triage and prioritizing process

The process of triage should help decide: a.) whether to offer an in-person as opposed to a remote (telephone or virtual/online) consultation, and b.) who to prioritize.

Remote follow-up could be considered in the following situations:

- ▶ Patient or caregiver can understand the process and provide information clearly;
- ▶ Regular COPD follow-up or patient followed for a known condition;
- ▶ Medical records and laboratory test results are accessible to the healthcare professionals;
- ▶ Prescription and access to medication is possible and follow-up to the prescription can be arranged if necessary.
- In-person follow-up should be prioritized in these situations:
 - ▶ Patient and caregiver have difficulty providing information;
 - ▶ Patient needs immediate attention due to the presence of severe medical symptoms;
 - ▶ Changes in patient's symptoms require a differential diagnosis work-up with the need for a physical exam and/or laboratory testing;
 - ▶ Patient treatment can only be given in person and cannot be given at home.

GOLD 2021: Chapter 7

Consideration and instruction for remote COPD follow-up

Ensure documentation of the whole visit (in writing) as you would normally do for an in-person follow-up. The documentation should reflect that this is a remote follow-up (telephone or virtual/online) and should be specific about how the information was obtained.

1. Start the call by

1. Introducing yourself and, if necessary, any other health care professional(s) who may be with you (e.g., case manager, student, resident, etc.);
2. Verifying who you are speaking with (patient name and date of birth), and patient consent to receive remote follow-up;
3. If applicable, informing patient that the speakerphone is on;

2. Welcome the patient to the call

1. Verify technical issues;
2. Ask the patient if (s)he can hear you well;
3. Describe what to do if the connection fails;

3. Explain that this is a remote visit and give the reason why;

4. Check if there are others listening to the conversation, and if patient consents to all those present;

5. Set the agenda (agree on elements to be discussed, time allotted, etc.);

6. Conduct the follow-up visit using the instructions below in the COPD Follow-up Checklist and remember to keep the focus on the main issues raised by the patient;

7. End and summarize the visit

1. Ask the patient to summarize what the discussion and main issues have been, reinforce any action plan or intervention you have agreed upon (if any homework);
2. Set up a date for follow-up;
3. Agree upon ending the meeting.

COPD Follow-Up Checklist

In-person Follow-up ☐ **Phone Follow-up** ☐ **Virtual/online Follow-up** ☐

Date: YYYY / MM / DD **Diagnosis:**

1. BASELINE SYMPTOMS – Breathlessness on a regular day: mMRC /4
Daily sputum production: ☐ no ☐ yes, color: Regular cough ☐ no ☐ yes

Recent change in symptoms ☐ no ☐ yes
If yes, since when:

☐ Sputum color: ☐ Sputum volume ↑ = ↓
☐ Dyspnea ↑ = ↓ ☐ Fatigue ↑ = ↓
☐ Cough ↑ = ↓ ☐ Other
☐ Signs of hypercapnia CAT: /40

Maintenance Medication and adherence:
☐ SABA ☐ LABA/LAMA
☐ LABA ☐ LABA/ICS
☐ LAMA ☐ ICS/LABA/LAMA
☐ Other
Non pharmacological Rx:
O2: CPAP: BIPAP:

2. COVID-19 – If patient is feeling unwell, check other symptoms: ☐ Fever ☐ Sore throat ☐ Anosmia ☐ Others
Contact with someone COVID-19 positive? ☐ no ☐ yes Tested for COVID-19? ☐ no ☐ yes If yes ☐ positive ☐ negative

3. WRITTEN ACTION PLAN – no ☐ yes ☐
Instruction and any additional treatment: _____
Last time it has been used (date): _____

4. RECENT ADMISSIONS AND EMERGENCY VISITS **Comments:**

Hospital/ER	Where	Date	Length	Reason (Dx)

5. COPD Self-management (healthy behaviors) – Integrated (patient has used it in his daily life)?

Smoke-free environment	yes	no	cannot tell
Medication adherence	yes	no	cannot tell
Prevention/management of exacerbations	yes	no	cannot tell
Breathing control	yes	no	cannot tell
Stress management	yes	no	cannot tell
Physical activity and exercise	yes	no	cannot tell
Other	yes	no	cannot tell

Comments and what patient should prioritize based on his/her need:

6. MAIN ISSUES

1.	2.	3.

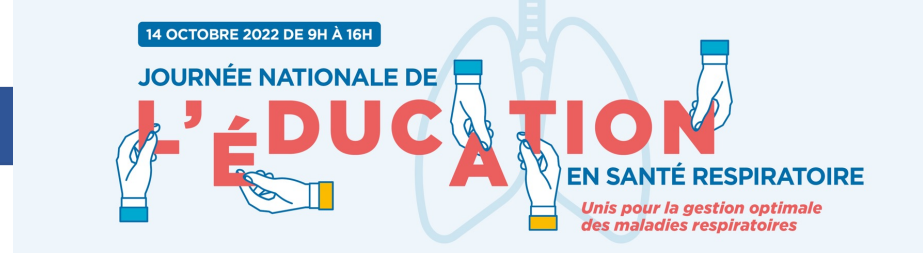
7. SUMMARY, INTERVENTIONS & PLAN

(healthcare professional name & signature)

GOLD 2021: Chapter 7

Dr. Bourbeau – Remote Patient Follow-Up (English)
[GOLD – goldcopd.org](https://goldcopd.org) · [Podcast #7 Remote Patient Follow Up – Bourbeau \(English\)](#)

Dr. Bourbeau – Remote Patient Follow-up (French)
[GOLD – goldcopd.org](https://goldcopd.org) · [Podcast #6 Remote Patient Follow Up – Bourbeau \(French\)](#)



“Take home message”

La prise en charge: personnaliser en réévaluant périodiquement

Évaluer périodiquement les patients pour assurer un contrôle optimal de la maladie :

examiner, évaluer, ajuster

les comorbidités peuvent influencer le contrôle de la maladie

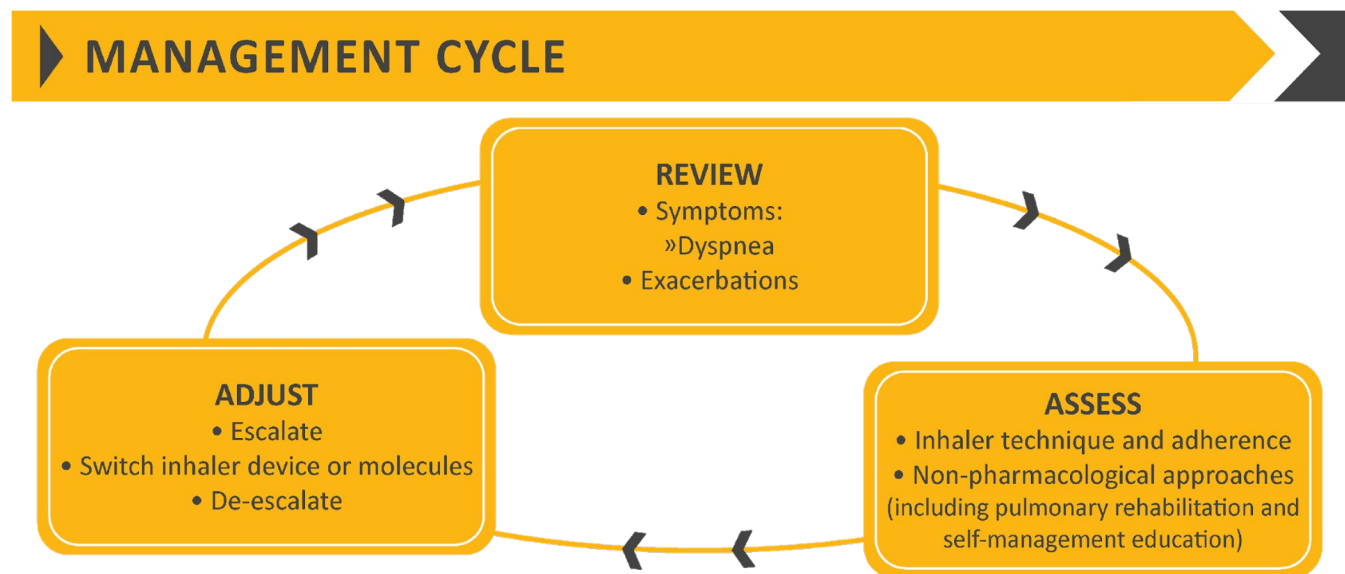


FIGURE 4.2

La prise en charge globale: personnaliser et optimiser le traitement “pharma et non pharma”

Évaluer périodiquement les patients pour assurer un contrôle optimal de la maladie :
examiner, évaluer, ajuster les comorbidités peuvent influencer le contrôle de la maladie

Optimiser:

La thérapie pharmacologique ‘targeted case-finding strategies’ et le traitement ne doit pas seulement viser à réduire les symptômes et garder le patient hors de l’hôpital
MAIS AUSSI À RÉDUIRE LA MORTALITÉ

La thérapie non pharmacologique est complémentaire aux médicaments et devrait être un aspect fondamental de la prise en charge globale de la MPOC.

Techniques d'inhalation et observance réhabilitation pulmonaire éducation/autogestion
« Mieux vivre avec une MPOC »

Questions / Discussions

