



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT

Parcours du patient à risque ou atteint de BPCO : Définition des indicateurs de qualité du parcours de soins

Validé par le Collège le 30 janvier 2020

Mis à jour en mars 2022

Descriptif de la publication

Titre	Parcours du patient à risque ou atteint de BPCO : Définition des indicateurs de qualité du parcours de soins
Type d'indicateurs	Indicateurs de qualité du parcours de soins, de type processus. Source des données : dossier patient (ou équivalent, exemple registre) ou données des bases médico-administratives.
Méthode de travail	Méthode HAS de définition des indicateurs qualité des parcours, basée sur l'analyse de la littérature et le consensus d'un groupe de travail d'experts composé de professionnels de santé impliqués dans la prise en charge, patients et experts du codage et des bases de données médico-administratives.
Objectif(s)	L'objectif de ce projet est de fournir à l'ensemble des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, et aux instances de régulation, impliqués dans le parcours de soins des outils pour s'engager dans une démarche participative d'amélioration de la qualité des parcours, avec les patients, à partir des recommandations et des données de santé disponibles.
Cibles concernées	Offreurs de soins concernés par la prise en charge des patients présentant une BPCO.
Demandeur	Dans le cadre de Ma Santé 2022 et de la stratégie nationale de santé, il a été demandé à la HAS de « mettre en place et de systématiser des indicateurs de qualité des parcours ».
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Marie Erbaut, cheffe de projet au service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins (SEvOQSS), en lien avec la CNAM, Sandrine Morin, adjointe au chef de service, Laetitia May-Michelangeli, Cheffe du service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins (SEvOQSS)
Recherche documentaire	Emmanuelle Blondet (Documentaliste) et Juliette Chazareng (aide documentaliste).
Auteurs	Anaëlle Coquelin, cheffe de projet statisticienne SEvOQSS ; Marie Erbaut, cheffe de projet SEvOQSS ; Nelly Le Guen, cheffe de projet gestionnaire de base de données SEvOQSS ; Agnès Solomiac, cheffe de projet statisticienne SEvOQSS.
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version de janvier 2020
	Présentation au collège de la HAS pour validation de la version actualisée le 31 mars 2022
Actualisation	mars 2022
Autres formats	

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – janvier 2020 – ISBN : 978-2-11-167515-5

Sommaire

Actualisation	5
Introduction	6
1. Les indicateurs de qualité du parcours de soins	7
2. Méthode HAS	8
3. Le parcours pilote : patients à risque ou atteints de BPCO	10
3.1. Introduction	10
3.2. Description du parcours de soins	10
3.3. Identification des points critiques du parcours	11
3.4. Recensement des indicateurs dans la littérature internationale	12
4. Indicateurs de qualité du parcours de soins des patients à risque ou atteints de BPCO	13
4.1. Indicateurs et sources de données	13
4.2. Populations identifiées dans le SNDS (DCIR+PMSI)	14
5. Liste des indicateurs proposés	15
5.1. Indicateurs de qualité retenus	15
5.2. Étapes du parcours de soins	16
6. Fiches descriptives des indicateurs	17
6.1. Parcours des patients à risque de BPCO	17
6.1.1. Dépistage de la BPCO chez tous les patients à risque	18
6.1.2. Aide au sevrage tabagique	20
6.1.3. Diagnostic de BPCO recherché	21
6.2. Parcours des patients ayant une BPCO à l'état stable : prise en charge thérapeutique et suivi hors complication	23
6.2.1. Prescription isolée de cortico stéroïdes inhalés	24
6.2.2. Suivi médical des patients atteints de BPCO	25
6.2.3. Recherche des comorbidités	28
6.2.4. Vaccin contre la grippe	30
6.2.5. EFR ou spirométrie annuelle	31
6.2.6. Réadaptation respiratoire des patients présentant une gêne respiratoire ou un handicap fonctionnel	32
6.2.7. Oxygénothérapie des patients BPCO en insuffisance respiratoire chronique	34
6.2.8. Réadaptation respiratoire après mise en ALD	36
6.2.9. Mesure annuelle des gaz du sang	38
6.3. Parcours des patients présentant une exacerbation de BPCO	39

6.3.1. Suivi en ville des exacerbations de BPCO	40
6.3.2. Suivi médical après hospitalisation pour exacerbation de BPCO	42
6.3.3. Traitement après hospitalisation pour exacerbation de BPCO	43
6.3.4. Réadaptation respiratoire après hospitalisation pour exacerbation de BPCO	44
6.3.5. Ré-hospitalisation pour exacerbation de BPCO dans les 3 mois	46
7. Conclusion	47
Table des annexes	48
Références bibliographiques	56
Participants	57
Abréviations et acronymes	59

Actualisation

Le parcours des patients à risque¹ ou atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) a été retenu comme parcours pilote pour élaborer et tester la méthode d'élaboration des indicateurs de qualité des parcours de soins. Dans la première version (2020) de ce rapport de définition des indicateurs de qualité du parcours, les indicateurs à mesurer à partir du dossier du patient avaient été listés mais ne faisaient pas l'objet d'une fiche descriptive. L'essentiel de l'actualisation porte donc sur l'ajout de ces fiches descriptives.

Le rapport a été étoffé avec :

- L'ajout de la méthode de définition des indicateurs de qualité du parcours. Cette méthode, élaborée à partir des travaux conduits sur le parcours pilote, a été éprouvée sur les parcours des patients atteints de maladie rénale chronique et des patients atteints de maladie coronarienne stable.
- Les fiches descriptives de définition des indicateurs de qualité du parcours à recueillir à partir du dossier du patient afin de permettre leur mesure de façon homogène. Les fiches ont été ajoutées dans l'ordre du parcours en fonction de l'étape de prise en charge concernée.

¹ Le premier rapport parlait de patients suspects. Le Groupe de travail a finalement préféré retenir le terme de patients à risque.

Introduction

Dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé, la Haute Autorité de santé et la CNAM co-pilotent le chantier « Pertinence et qualité ». Ce chantier a notamment pour objectif de construire des parcours de soins assortis d'indicateurs de qualité. Il vise à engager les professionnels, dans une démarche participative d'amélioration de la qualité des parcours, en s'appuyant sur les références professionnelles identifiant les points clefs de la pratique et sur des indicateurs pour la mesure de la qualité des soins.

Depuis 2008, la Haute Autorité de santé développe des indicateurs de qualité et de sécurité des soins recueillis au sein des établissements de santé afin que tous les établissements les utilisent pour le pilotage de leur dispositif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Ces indicateurs validés à partir d'une méthode éprouvée, permettent la comparaison inter-établissements. Ils sont utilisés pour la diffusion publique afin de donner des informations validées aux usagers. Ils sont également utilisés dans les dispositifs de régulation du système de soins par la qualité. Forte de cette expérience la HAS en partenariat avec la CNAM développe maintenant dans le cadre de la stratégie nationale de santé, des indicateurs de qualité des parcours pour certaines maladies chroniques.

Dans le cadre de ces parcours de soins, les indicateurs à construire prioritairement sont ceux pour lesquels les bases de données, notamment médico-administratives, peuvent fournir les données, afin de ne pas alourdir le travail des professionnels de saisies complémentaires. Cependant lorsque les données disponibles ne permettent pas de mesurer des indicateurs sur l'ensemble du parcours, des indicateurs à mesurer à partir du dossier du patient peuvent être définis.

Par ailleurs, il est important de noter que ces indicateurs concernent aussi bien la ville que l'hôpital.

Le parcours des patients à risque ou atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) a été choisi comme parcours pilote, afin de mettre au point la méthode d'élaboration des indicateurs. Les travaux sur d'autres parcours ont été lancés et se dérouleront sur plusieurs années :

- Pour les parcours des patients atteints de maladie rénale chronique, de maladie coronarienne stable, de cancer du sein, de cancer du pancréas, de cancer colorectal ou encore du cancer de l'ovaire, les rapports de définition des indicateurs sont publiés sur le site de la HAS et sur le site de l'INCa pour les parcours de patients atteints de cancer.
- D'autres travaux sur les parcours de patients ayant une maladie chronique sont programmés (ex : insuffisance cardiaque, épilepsie).

Ainsi, pour le parcours de soins des patients à risque ou atteints de BPCO, les travaux de définition des indicateurs de qualité, à mesurer à partir des bases de données ont été menés d'octobre à fin décembre 2018. Des travaux complémentaires ont été conduits en 2021 pour définir des indicateurs de qualité qui jalonnent l'ensemble du parcours BPCO à mesurer à partir du dossier du patient.

Ce document présente l'ensemble des indicateurs définis avec les experts du groupe de travail mesurables à partir des bases de données médico administrative et actualise les indicateurs issus des dossiers des patients.

Ce rapport est destiné à tous les acteurs intéressés par le parcours des patients à risque ou atteints de BPCO : les patients et leurs familles, les professionnels de santé, les structures de soins, les tutelles locales, régionales et nationales. Il présente les indicateurs retenus par le groupe d'experts, estimés pertinents cliniquement et pour lesquels des améliorations sont possibles.

1. Les indicateurs de qualité du parcours de soins

La notion de parcours de soins d'une pathologie chronique couvre une prise en charge par plusieurs professionnels de santé à divers stades de la maladie. L'efficacité de la prise en charge suppose une bonne coordination entre les professionnels exerçant en ville, y compris le domicile, et ceux exerçant en établissement de santé.

Les indicateurs de qualité des parcours portent sur des étapes clés du parcours concerné et sont le reflet de la qualité de la prise en charge. Ils couvrent principalement les six dimensions des parcours définies dans le rapport « STSS - Inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques »² :

- précocité du repérage des patients à risque pour poser le diagnostic ;
- annonce, information, implication du patient ;
- prévention secondaire pour stabiliser la maladie ;
- coordination et multidisciplinarité ;
- aggravation de la maladie et suivi des exacerbations ;
- suivi au long cours.

Ces mesures doivent concerner les offreurs de soins impliqués dans la prise en charge, que ce soit en ville ou en établissement de santé, en évaluant également la coordination inter et intra professionnelle, l'accompagnement et l'implication du patient dans sa prise en charge. Elles permettent aux professionnels d'identifier des pistes d'amélioration et de mettre en place des actions correctives.

Concernant l'ensemble du parcours du patient et tous les acteurs intervenant en ville comme en établissement de santé, ces indicateurs ont donc un périmètre plus large que les indicateurs habituellement développés depuis des années par la HAS pour évaluer la qualité des soins dans les établissements de santé. Aussi les méthodes de définition ont été ajustées pour les indicateurs qualité des parcours

² Stratégie de transformation du système de santé – Rapport final - Inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques

2. Méthode HAS

Les travaux réalisés sur le parcours BPCO ont permis de définir la méthode d'élaboration des indicateurs de qualité des parcours de soins : définition, développement, validation, actualisation. Cette méthode est présentée dans une fiche méthodologique de la HAS publiée en 2021. Pour chaque étape, les acteurs impliqués, les compétences nécessaires et les livrables attendus sont précisés.

La définition des indicateurs de qualité porte sur les critères suivants :

- pertinence clinique de l'indicateur : capacité de l'indicateur à avoir un lien potentiel avec la qualité et la sécurité des soins (exemples : référence professionnelle, organisationnelle et/ou réglementaire) ;
- pertinence pour l'amélioration : capacité de l'indicateur à induire une dynamique d'amélioration de la qualité des soins ;
- validité de contenu (cadre nosologique) : capacité de l'indicateur à représenter les dimensions importantes d'un concept d'intérêt ;
- identification des sources de données disponibles pour le calcul de l'indicateur (dossiers des patients, registres de pratique, observatoires, cohortes, bases de données médico-administratives). Dans le cadre des parcours, lorsque cela est possible, les données issues des bases de données médico administratives (BDMA) sont à privilégier.

La définition des indicateurs de qualité du parcours de soins est réalisée dans une approche collaborative.

Les parties prenantes identifiées pour cette pathologie ont été réunies le 17 septembre 2018 (Cf. Note de [cadrage](#) et Participants). Elles ont été informées des travaux, le projet leur a été présenté et elles ont été sollicitées pour proposer des participants potentiels aux groupes de travail d'experts, en complément de la mise en ligne sur le site de la HAS d'un appel à candidature.

Le groupe de travail (GT) a ensuite été constitué pour la définition d'indicateurs de qualité du parcours.

Le groupe de travail pour la définition des indicateurs de qualité du parcours est composé des professionnels de santé médicaux et paramédicaux concernés par la prise en charge et le suivi des patients présentant une BPCO : médecin généraliste, pneumologue, médecin de santé au travail, tabacologue, médecin nutritionniste, pharmacien, infirmier et infirmier de pratiques avancées, médecin directeur d'un fournisseur de matériel médical, médecin de l'information médicale, d'experts du codage dans les bases de données et de membres d'associations de patients. Le groupe de travail est représentatif du secteur public et privé, réparti sur le territoire national et dénué de conflits d'intérêts sur ces travaux (Cf. Participants).

Deux réunions du groupe de travail ont été organisées le 3 octobre 2018, et le 29 novembre 2018. Les échanges lors des réunions du GT ont permis de :

- partager les travaux HAS sur le guide parcours, ainsi que l'analyse de la littérature, notamment des indicateurs publiés sur la BPCO ;

- valider cliniquement les populations d'étude, patients à risque de BPCO, patients ayant un traitement de référence de BPCO ou patient présentant une BPCO diagnostiquée, et la faisabilité de leur détection dans les bases de données médico-administratives (BDMA) ;
- sélectionner des indicateurs de qualité à partir des points présentant un enjeu de qualité et de sécurité des soins, issus des travaux HAS sur le guide parcours et de l'analyse des indicateurs publiés (Cf. Annexe 1. Analyse des indicateurs publiés) ;
- préciser selon la source des données disponibles, les indicateurs mesurables à partir des BDMA, et ceux qui ne peuvent être mesurés qu'à partir des dossiers des patients ou équivalent (registres ou cohortes par exemple).

Comme pour les autres parcours, la définition d'indicateurs est complétée, par la mise à disposition d'un guide d'utilisation des indicateurs de résultats rapportés par le patient (Patient-reported outcome measures - PROMS) identifiés dans la littérature³. Ce type d'indicateurs n'est pas concerné par ce rapport.

Ce rapport présente les indicateurs de qualité du parcours de soins de la BPCO, définis avec le groupe de travail. Cette version augmentée par rapport à celle de 2020, met en avant les indicateurs dossier patient qui jalonnent le parcours sur des étapes de la prise en charge non mesurables à partir des données présentes dans le SNDS.

Depuis 2020, date de la première publication, le travail a été complété par le développement de 7 indicateurs mesurés à partir du SNDS (DCIR+ PMSI)⁴ qui s'est achevé en 2022 par la mesure de ces 7 indicateurs en population française.

³ Guide PROMs BPCO « Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins (PROMs) pour améliorer la pratique clinique courante - Questionnaires spécifiques pour la prise en charge des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ».

⁴ Parcours du patient à risque ou atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) : 7 indicateurs de qualité développés – HAS 2022

Parcours du patient à risque ou atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive Indicateurs de qualité issus du SNDS Résultats nationaux et régionaux 2017 – HAS 2022

Résultats des indicateurs de qualité du parcours des patients à risque ou atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) – HAS 2022

Outils pour calculer les indicateurs du parcours BPCO à partir du SNDS (DCIR/PMSI)

3. Le parcours pilote : patients à risque ou atteints de BPCO

3.1. Introduction

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), maladie respiratoire chronique définie par une obstruction permanente et progressive des voies aériennes, est une maladie fréquente, invalidante et coûteuse. Elle concernerait environ 3 millions de patients en France⁵. Les données épidémiologiques sont peu nombreuses :

- la prévalence⁶ est estimée à 7,5 % dans une population de plus de 40 ans, l'incidence semble se stabiliser chez l'homme et augmenter chez la femme ;
- en 2009, 40 763 personnes étaient en ALD pour bronchite chronique sans précision ;
- en 2013, les taux bruts de mortalité⁷ par BPCO étaient de 96/100 000 chez les hommes et 41/100 000 chez les femmes - âgés de 45 ans et plus.

La BPCO est largement sous-diagnostiquée, ou identifiée tardivement, souvent à l'occasion d'une exacerbation. Elle est due le plus souvent au tabagisme, seul ou associé au cannabis, ou à une exposition professionnelle ou domestique à des toxiques ou irritants. Elle est souvent associée à de nombreuses comorbidités⁸ et le traitement qui limite le mieux la progression de la maladie est l'arrêt du tabac ou de l'exposition aux produits en cause.

La pathologie bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) a été choisie comme premier parcours pour élaborer la méthode de développement des indicateurs de qualité du parcours. Cette pathologie sert de pilote à la réflexion globale nécessaire pour définir et valider de tels indicateurs nécessaires à l'évaluation d'un parcours de soins.

En plus de participer à la dynamique de transformation du système de santé, ce travail s'inscrit dans la politique de santé publique de lutte contre le tabagisme. La réduction des maladies chroniques liées au tabac est également une des priorités de l'OCDE, de l'ONU et de l'Union européenne.

3.2. Description du parcours de soins

Le parcours des patients à risque ou atteints de BPCO a été décrit dans sa globalité dans le guide parcours de soins, depuis l'identification des patients à risque jusqu'à la prise en charge en soins palliatifs⁹.

Le guide parcours décrit la prise en charge usuelle d'une personne ayant une BPCO. Il cible principalement les professionnels impliqués dans la prise en charge globale de patients à risque ou atteints de BPCO. Il explicite le processus de prise en charge du patient, rend compte de la multiplicité des intervenants dans la prise en charge (professionnels de santé, du secteur médico-social et social et patients

⁵ Fiches pathologie de l'Assurance maladie

⁶ Fuhrman C, Delmas M-C, pour le groupe épidémiologie et recherche clinique de la SPLF. Epidémiologie descriptive de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France. Rev Mal Respir 2010;27:160-8.

⁷ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Paris: DREES; 2017.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>

⁸ Comorbidités cardio-vasculaires (cardiopathies ischémiques, insuffisance cardiaque), ostéoporose, dénutrition ou surcharge pondérale, dépression/anxiété, troubles du sommeil, cancer (poumon, vessie, ORL), diabète.

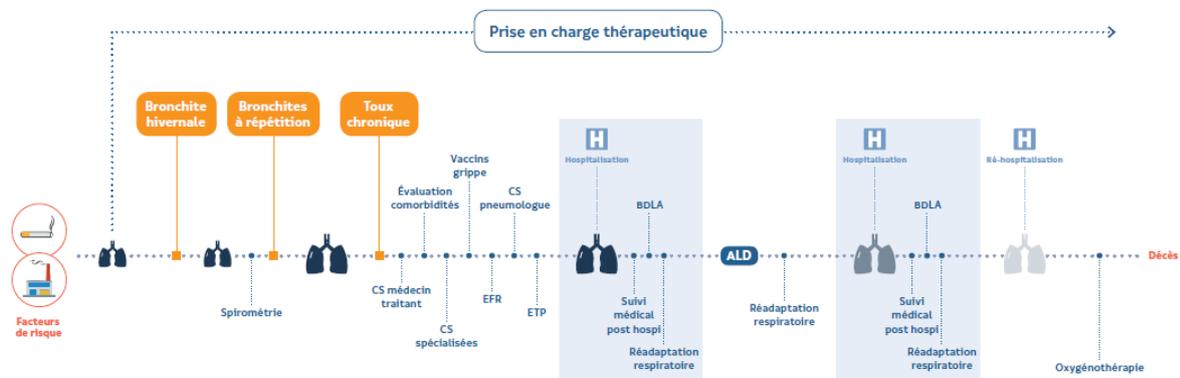
⁹ Guide parcours de soins Bronchopneumopathie chronique obstructive – HAS 2019

et aidants), et présente les principes et modalités de coordination et de coopération entre ces professionnels impliqués.

3.3. Identification des points critiques du parcours

Les points critiques du parcours de prise en charge des patients à risque ou atteints de BPCO sont identifiés dans le guide parcours¹⁰ et dans la fiche pertinence¹¹. La BPCO est principalement prise en charge en ville en dehors des épisodes d'exacerbation nécessitant une hospitalisation du patient. Les points critiques du parcours BPCO se situent essentiellement hors de l'hôpital : repérage, sevrage tabagique, prévention et prise en charge des complications respiratoires. L'implication des professionnels de ville est fondamentale pour améliorer le parcours des patients à risque ou atteints d'une BPCO. Le parcours global et les points critiques sont représentés sur le schéma suivant.

Schéma 1 : Parcours des patients à risque ou atteints de BPCO et points critiques



¹⁰Guide parcours de soins Bronchopneumopathie chronique obstructive – HAS 2019

¹¹ Fiche pertinence : Bronchopneumopathie chronique obstructive – HAS 2019

3.4. Recensement des indicateurs dans la littérature internationale

Le recensement des indicateurs de qualité portant sur la BPCO a été réalisé à partir des sites des agences ou institutions productrices d'indicateurs (annexe 2) :

Sigle organisme	Nom organisme
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ACP	<i>American College of Physician</i>
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
<i>Health Quality Ontario</i>	<i>Health Quality Ontario</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>
NQF	<i>National Quality Forum</i>

Certains indicateurs sont communs à plusieurs agences internationales, comme :

- le diagnostic : réalisation d'une spirométrie chez les patients à risque de BPCO ;
- la prise en charge thérapeutique :
 - tabagisme (Interventions brèves répétées, propositions de consultations dédiées au sevrage),
 - vaccination (vaccination contre la grippe, vaccination antipneumococcique),
 - réadaptation respiratoire (mise en œuvre),
 - traitement (patients traités par bronchodilatateurs) ;
- suivi (évaluation par un professionnel de santé, évaluation du volume expiratoire maximal par seconde ; de la saturation en oxygène) ;
- survenue d'exacerbation.

4. Indicateurs de qualité du parcours de soins des patients à risque ou atteints de BPCO

4.1. Indicateurs et sources de données

Ce document présente les indicateurs définis par le groupe de travail publié en 2020 et actualisé en 2022.

Les indicateurs peuvent être mesurés à partir de trois sources de données : le dossier du patient, le questionnement des patients et les bases de données médico-administratives (BDMA). Sur chaque point critique décrit dans le guide parcours un indicateur peut être défini, mais toutes les sources de données ne sont pas facilement mobilisables à ce jour. Dans ce projet, nous avons privilégié à chaque fois que possible la définition des indicateurs mesurables à partir des bases de données médico-administratives (BDMA). Lorsque les informations n'étaient pas disponibles dans les BDMA, nous avons défini des indicateurs à mesurer dans le dossier du patient.

Dossier du patient

Le dossier du patient comporte l'ensemble des informations concernant le patient, antécédents, pathologie(s), prise(s) en charge, traitements, résultats des examens réalisés, résultat des consultations avec d'autres professionnels de santé lorsque le professionnel en est à l'origine ou informé, etc. Une limite à l'utilisation de ce dossier du patient informatisé dans le cadre de la mesure d'indicateurs est la difficulté d'extraire automatiquement les données recherchées.

Questionnaire patient

D'autres informations ne peuvent être recueillies que par un questionnaire patient : les dimensions de l'annonce de la maladie, l'information sur la maladie, l'implication du patient dans sa prise en charge, la coordination et la multidisciplinarité professionnelle pourraient être explorées à partir d'un questionnement des patients.

A l'international, ce genre de recueil est réalisé à partir d'un questionnaire de type expérience du patient (PREMs). Relativement récent, il n'existe pas de questionnaire actuellement validé pour être utilisé dans la BPCO : le développement d'un questionnaire type PREMs est actuellement en cours dans le cadre des travaux nationaux sur l'incitation à la prise en charge partagée (IPEP), à laquelle la HAS et la CNAM participent. Ce questionnaire, générique, s'il est validé, pourrait être intéressant à tester dans le cadre des parcours.

En complément, des questionnaires de mesure des résultats par les patients (PROMs), spécifiques aux maladies respiratoires et disponibles en français¹², ont été identifiés dans la littérature. Un guide d'aide à l'utilisation de ces questionnaires PROMs spécifique pour la prise en charge des patients atteints de BPCO est disponible sur le site de la HAS¹³.

¹² Guide parcours de soins Bronchopneumopathie chronique obstructive – HAS octobre 2019

¹³ Guide PROMs BPCO « Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins (PROMs) pour améliorer la pratique clinique courante - Questionnaires spécifiques pour la prise en charge des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ».

Ce type de questionnaire est intéressant pour mesurer le résultat de soins perçu par le patient dans la prise en charge de la BPCO.

Bases de données médico administratives (SNDS)

La mesure des indicateurs dont les données proviennent des bases de données médico-administratives (BDMA) peut se faire automatiquement sans travail supplémentaire pour les professionnels pour collecter les données.

Le SNDS (Système National des Données de Santé) est la base de données nationale privilégiée dans le cadre des travaux pour la transformation du système de santé. Dans cette base SNDS, le repérage des patients se fait par les traitements, les actes, les prestations ou la déclaration en affection de longue durée (ALD), donc des patients symptomatiques et traités.

Lorsque l'on cible une pathologie comme la BPCO, le plus simple est d'identifier les patients via l'ALD, mais cette approche ne permet de retrouver les patients qu'à un stade avancé de la maladie. De plus les patients ayant une autre pathologie déclarée en ALD ne sont pas toujours déclarés en ALD BPCO. Ainsi si on limite le repérage des patients via l'ALD, les indicateurs ne pourront mesurer la qualité de la prise en charge que pour une faible part de la population d'intérêt.

Pour repérer les patients à risque ou à un stade plus précoce de la maladie dans le SNDS il est nécessaire de déterminer tous les critères, autres que l'ALD, permettant d'identifier une part plus importante de la population d'intérêt. On approche cette population via des traitements spécifiques ou le codage des séjours hospitaliers, ce qui permet de définir des indicateurs mesurant la qualité de la prise en charge de ces patients, et donc de s'intéresser par exemple au diagnostic précoce.

4.2. Populations identifiées dans le SNDS (DCIR+PMSI)

Le SNDS regroupe les données individualisées du DCIR et du PMSI.

Pour la BPCO, en utilisant des proxys, quatre populations d'étude ont été identifiées chez les assurés de 40 ans et plus permettant d'identifier des patients présentant une BPCO à différents stades de gravité de la maladie :

- patients à risque de BPCO, en identifiant via les traitements les patients présentant des signes d'insuffisance respiratoire récents ou des bronchites à répétition ou fumeurs voulant s'arrêter ;
- patients ayant un traitement de référence de BPCO, en identifiant les patients traités par bronchodilatateur de longue durée d'action ;
- patients diagnostiqués BPCO, en ciblant les patients pour lesquels la BPCO a été identifiée lors d'une hospitalisation ou en ALD BPCO ;
- patients diagnostiqués BPCO sévère à très sévère, en recherchant les patients en ALD BPCO et ayant une oxygénothérapie ou une ventilation respiratoire non invasive.

L'identification de ces populations a permis d'élaborer des indicateurs permettant de mesurer la qualité de la prise en charge dans le parcours de soins de la BPCO via le SNDS. Lorsque les populations cibles ou le traceur recherché (traitement, acte, prestation) ne sont pas identifiables dans le SNDS, l'indicateur est construit pour être mesuré dans le dossier du patient. La mesure via le dossier du patient pourra être réalisé de façon automatique lorsque celui-ci sera informatisé et requêtable.

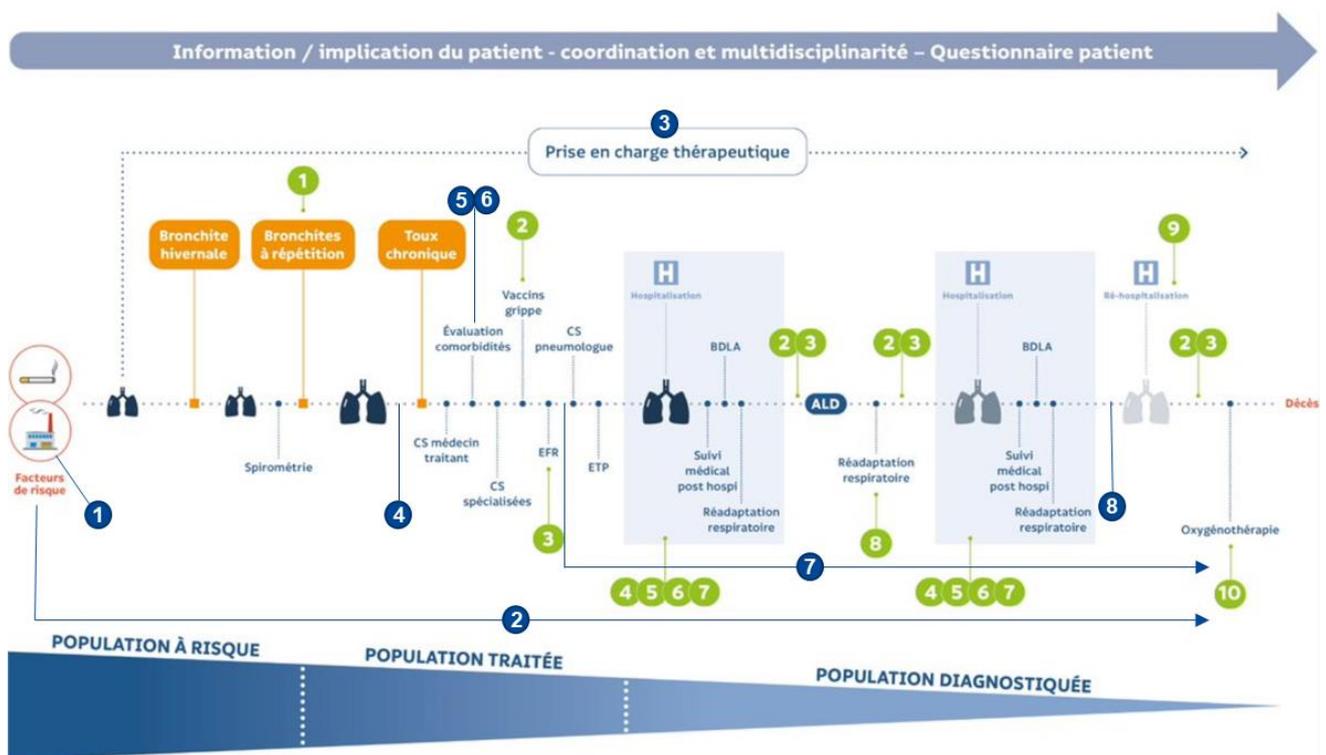
5. Liste des indicateurs proposés

Le groupe de travail a retenu 18 indicateurs pertinents cliniquement et présentant des marges d'amélioration, qui jalonnent le parcours du patient, 10 sont possiblement calculables à partir du SNDS et 8 nécessitent un retour au dossier du patient.

5.1. Indicateurs de qualité retenus

Les points critiques du parcours des patients à risque ou atteints de BPCO ont été identifiés dans le guide parcours de soins. Sur chaque point critique présentant un enjeu de qualité et de sécurité des soins, un indicateur a été proposé.

Schéma 2 : Parcours des patients à risque ou atteints de BPCO, points présentant un enjeu de qualité et de sécurité des soins et indicateurs de qualité retenus



Indicateurs à recueillir à partir du dossier du patient

Bulles bleues

1. Dépistage de la BPCO chez les patients à risque
2. Aide au sevrage tabagique
3. Prescription isolée de cortico stéroïdes inhalés
4. Suivi en ville des exacerbations de BPCO
5. Suivi médical des patients atteints de BPCO
6. Recherche des comorbidités
7. Réadaptation respiratoire des patients présentant une gêne respiratoire ou un handicap fonctionnel

Indicateurs à recueillir à partir du SNDS

Bulles vertes

1. Diagnostic de BPCO recherché
2. Vaccin contre la grippe
3. Réalisation d'EFR ou d'une spirométrie annuelle
4. Suivi médical dans les 7 jours après hospitalisation pour exacerbation de BPCO
5. Suivi par le pneumologue dans les 60 jours après hospitalisation pour exacerbation de BPCO

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 8. Oxygénothérapie des patients BPCO en insuffisance respiratoire chronique | <ol style="list-style-type: none"> 6. Traitement après hospitalisation pour exacerbation de BPCO 7. Réadaptation respiratoire après hospitalisation pour exacerbation de BPCO 8. Réadaptation respiratoire après mise en ALD BPCO 9. Ré hospitalisation pour exacerbation de BPCO 10. Mesure des gaz du sang annuelle |
|---|--|

5.2. Étapes du parcours de soins

La BPCO est une maladie chronique évolutive liée à une exposition au tabac ou à des toxiques ou irritants. La progression de la maladie peut être limitée en arrêtant cette exposition. Le guide concernant le parcours de soins propose plusieurs étapes de la prise en charge. Nous avons retenu les suivantes pour proposer des indicateurs :

- patients à risque de BPCO ;
- patients ayant une BPCO à l'état stable ;
- patients présentant une exacerbation de BPCO.

Indicateurs de qualité du parcours des patients à risque de BPCO (3)

- Dépistage de la BPCO chez les patients à risque (Dossier du patient)
- Aide au sevrage tabagique (Dossier du patient)
- Diagnostic de BPCO recherché (SNDS)

Indicateurs de qualité du parcours des patients ayant une BPCO à l'état stable : prise en charge thérapeutique et suivi hors complication (9)

- Prescription isolée de cortico stéroïdes inhalés (Dossier du patient)
- Suivi médical des patients atteints de BPCO (Dossier du patient)
- Recherche des comorbidités (Dossier du patient)
- Vaccin contre la grippe (SNDS)
- EFR ou spirométrie annuelle (SNDS)
- Réadaptation respiratoire des patients présentant une gêne respiratoire ou un handicap fonctionnel (Dossier du patient)
- Oxygénothérapie des patients BPCO en insuffisance respiratoire chronique (Dossier du patient)
- Réadaptation respiratoire après mise en ALD (-SNDS)
- Mesure des gaz du sang annuelle (SNDS)

Indicateurs de qualité du parcours des patients présentant une exacerbation de BPCO (6)

- Suivi en ville des exacerbations de BPCO (Dossier du patient)
 - Suivi médical dans les 7 jours après hospitalisation pour exacerbation de BPCO (SNDS)
 - Suivi par le pneumologue dans les 60 jours après hospitalisation pour exacerbation de BPCO (SNDS)
 - Traitement après hospitalisation pour exacerbation de BPCO (SNDS)
 - Réadaptation respiratoire après hospitalisation pour exacerbation de BPCO (SNDS)
 - Ré hospitalisation pour exacerbation de BPCO (SNDS)
-

6. Fiches descriptives des indicateurs

Les fiches descriptives des indicateurs sont présentées dans leur version de définition, lors du développement ces fiches peuvent être modifiées pour des raisons de faisabilité du recueil ou de pertinence de la mesure. Dans cette actualisation en 2022, les fiches concernant les indicateurs mesurés à partir du dossier patient ont été ajoutées.

6.1. Parcours des patients à risque de BPCO

Trois indicateurs sont proposés sur cette première étape du parcours : le dépistage de la BPCO chez les patients à risque, l'aide au sevrage tabagique, le diagnostic de BPCO recherché.

Parmi ces 3 indicateurs, un est mesurable à partir du SNDS en utilisant des proxys pour approcher la population des patients à risque de BPCO, les 2 autres ne peuvent être mesurés que dans le dossier du patient car la population ciblée n'est pas identifiable dans le SNDS.

6.1.1. Dépistage de la BPCO chez tous les patients à risque

Cet indicateur concerne tous les patients à risque de BPCO, patients fumeurs ou exposé à un toxique ou un irritant. Il mesure la réalisation d'une spirométrie ou d'EFR pour rechercher le diagnostic de BPCO.

Cet indicateur ne peut être mesuré dans les bases de données médico-administratives, car tous les patients à risque ne sont pas identifiables dans les bases de données : la mesure nécessite une analyse du dossier du patient.

Description	Patients exposés à un facteur de risque ou présentant des symptômes précoces ayant bénéficié d'un dépistage de la BPCO
<p>Pertinence clinique / Intérêt de l'indicateur</p>	<p>La cause la plus fréquente de BPCO étant la consommation de tabac, la prévention primaire de la maladie repose sur le dépistage individuel de cette consommation : la recommandation de bonne pratique disponible sur le site de la HAS en donne les recommandations (7).</p> <p>Tous les professionnels de santé en contact avec la population devraient s'impliquer dans l'aide à l'arrêt du tabac en dépistant sa consommation de façon systématique et en la prenant en charge.</p> <p>Les professionnels de santé doivent penser à la BPCO, y compris chez l'adulte jeune, et poser la question :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Des facteurs de risque : <ul style="list-style-type: none"> • le dépistage du tabagisme doit conduire à rechercher les pathologies associées à la consommation de tabac : BPCO, insuffisance respiratoire et également insuffisance coronarienne, pathologie vasculaire, • les facteurs environnementaux : pollution atmosphérique et pollution intérieure (chauffage au bois ou charbon), • une exposition professionnelle à des toxiques ou des irritants : particules minérales (silice, charbon) ou organiques (végétales, moisissures), gaz, vapeurs et fumées ; l'avis du médecin du travail sera demandé au moindre doute ; – Des symptômes précoces : toux et/ou expectoration fréquente et/ou dyspnée. <p>Un auto-questionnaire a été proposé. Une réponse positive à trois questions doit conduire à confirmer le diagnostic par une spirométrie.</p> <p>L'existence d'au moins un facteur de risque et/ou d'un symptôme précoce chez un adulte de plus de 40 ans doit inciter le professionnel de santé à proposer au patient de rechercher un diagnostic de BPCO par la réalisation d'une spirométrie.</p> <p>Le diagnostic de BPCO repose sur un rapport VEMS/CVF < 70% après test de réversibilité par un bronchodilatateur chez un patient qui a des facteurs de risque et/ou des signes cliniques évocateurs ou compatibles en l'absence d'autres étiologies.</p> <p>Chez le sujet jeune ou le sujet plus âgé, un rapport VEMS/CVF inférieur à la limite inférieure de la normale (LIN) après bronchodilatateur bêta-2 mimétique sera vérifié. En cas de doute diagnostic, la spirométrie sera répétée et l'avis d'un pneumologue demandé. (5)</p>
<p>Pertinence pour l'amélioration / Objectifs / Améliorations attendues</p>	<p>Développer le dépistage précoce de la BPCO chez les patients à risque pour mieux prendre en charge les patients ayant des facteurs de risque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • en cas d'exposition professionnelle, adresser le patient en médecine du travail pour envisager un changement ou une adaptation du poste ; • proposer une aide à l'arrêt du tabac aux patients fumeurs.
<p>Population cible</p>	<p>La population cible correspond aux patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> – à risque de BPCO* ayant répondu positivement à 3 questions de l'auto questionnaire; https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/questionnaire_depistage_bpc0_gold_web.pdf – présentant des symptômes précoces de BPCO**.

	<p>*Patients à risque de BPCO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • patients fumeurs ; • patients consommant du cannabis ; • patients exposés à des facteurs environnementaux : pollution atmosphérique ou intérieure (chauffage au charbon ou au bois) ; • patients exposés à des toxiques ou des irritants dans leur cadre professionnel. <p>**Symptômes précoces de BPCO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • toux et/ou expectoration fréquente et/ou dyspnée.
Dénominateur	Nombre de patients de la population cible
Numérateur	<p>Nombre de patients de la population du dénominateur pour lesquels il est retrouvé dans l'année :</p> <ul style="list-style-type: none"> – un compte rendu de spirométrie ou d'EFR ; – OU la mention de la prescription d'une spirométrie ou d'EFR ; – OU la réévaluation du besoin d'une nouvelle exploration de la fonction respiratoire. <p>La spirométrie ou les EFR peuvent être réalisées en ville ou en établissement de santé lors d'une hospitalisation ou en ambulatoire.</p>
Sources de données disponibles	Dossier du patient
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Mode d'expression du résultat	Taux
Limites de la mesure	Capacité à extraire automatiquement les données recherchées des dossiers informatisés.
Version de l'indicateur	Version de l'indicateur février 2022

6.1.2. Aide au sevrage tabagique

Cet indicateur concerne les patients fumeurs. Il mesure la mise en œuvre d'une sensibilisation ou d'une aide au sevrage tabagique.

Cet indicateur ne peut être mesuré dans les bases de données médico-administratives, car tous les patients à risque ne sont pas identifiables dans les bases de données : la mesure nécessite une analyse du dossier du patient.

Description	Patients fumeurs ayant bénéficié d'une intervention pour les inciter à arrêter le tabac
Pertinence clinique / Intérêt de l'indicateur	<p>La cause la plus fréquente de BPCO étant la consommation de tabac, la prévention primaire de la maladie repose sur le dépistage individuel de cette consommation.</p> <p>L'arrêt du tabac est le principal traitement susceptible de ralentir le déclin du VEMS d'un sujet fumeur ayant une BPCO (prévention secondaire). Ces patients ont une dépendance tabagique qu'il importe de traiter et les arrêts du tabac sont souvent suivis d'une rechute.</p> <p>Il est recommandé de :</p> <ul style="list-style-type: none"> – intervenir à chaque entretien pour favoriser et maintenir le sevrage tabagique ; – viser le sevrage complet, en passant si besoin par une réduction préalable. (5) <p>Il est recommandé d'utiliser le test de dépendance à la cigarette de <i>Fagerströmen</i> deux ou six questions et de repérer également les critères de dépendance ignorés dans ce test (cf. critères de la CIM-10 ; notamment syndrome de sevrage, perte de contrôle, désir persistant ou incapacité à réduire ou arrêter sa consommation). Ces informations peuvent être obtenues facilement au cours de l'anamnèse. (7)</p> <p>Quel que soit le stade de la BPCO l'arrêt du tabac doit être recherché.</p>
Pertinence pour l'amélioration / Objectifs / Améliorations attendues	Augmenter le nombre de patients fumeurs engagés dans un processus d'arrêt du tabac afin d'éviter une aggravation de la maladie et d'améliorer la qualité de vie.
Population cible	La population cible correspond aux patients fumeurs ou consommateurs de cannabis quelle que soit l'ancienneté de la consommation.
Dénominateur	Nombre de patients de la population cible
Numérateur	<p>Nombre de patients de la population du dénominateur pour lesquels il est retrouvé dans l'année :</p> <ul style="list-style-type: none"> – la mention de la réalisation d'une intervention brève à l'arrêt du tabac https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpiib_v2.pdf ; – OU l'adressage à une consultation de tabacologue ou le compte rendu d'une consultation avec un tabacologue ; – OU la proposition de prise en charge alternative d'aide à l'arrêt du tabac (Hypnose, cigarette électronique, ...) ; – OU la prescription d'un traitement d'aide à l'arrêt du tabac.
Sources de données disponibles	Dossier du patient
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Mode d'expression du résultat	Taux
Limites de la mesure	Capacité à extraire automatiquement les données recherchées des dossiers informatisés.
Version de l'indicateur	Version de l'indicateur février 2022

6.1.3. Diagnostic de BPCO recherché

Cet indicateur concerne les patients à risque de BPCO, soit : les patients fumeurs bénéficiant d'un traitement d'arrêt du tabac, les patients présentant des infections respiratoires à répétition nécessitant un traitement, les patients en insuffisance respiratoire. Il mesure la réalisation d'une spirométrie ou d'EFR pour rechercher le diagnostic de BPCO.

Cet indicateur pourra être mesuré dans les bases de données médico-administratives.

Description	Patients ayant eu une spirométrie ou des EFR chez les patients de 40 ans et plus à risque de BPCO. L'examen peut être réalisé en exercice libéral ou en établissement de santé.
Pertinence clinique / Intérêt de l'indicateur	<p>La BPCO est une maladie respiratoire chronique définie par une obstruction permanente et progressive des voies aériennes. La BPCO est sous-diagnostiquée, la prévalence est estimée à 7,5 % dans une population de 40 ans et plus, l'incidence semble se stabiliser chez l'homme et augmenter chez la femme en raison notamment de l'exposition au tabac.</p> <p>Les professionnels de santé doivent penser à la BPCO y compris chez l'adulte jeune devant le suivi d'une bronchite chronique, l'apparition d'un des symptômes de la BPCO ou une exacerbation, identifiés par le médecin ou par d'autres professionnels : pharmacien, infirmier(e), kinésithérapeute.</p> <p>Le diagnostic doit être évoqué devant :</p> <ul style="list-style-type: none"> – un seul de ces signes : toux et expectoration chronique (> 2-3 mois), dyspnée persistante, progressive, apparaissant ou s'aggravant à l'exercice ou au décours d'une bronchite ; – un adulte exposé à un des facteurs de risque suivant : patients fumeurs, chez l'homme plus de 20 paquets/années, chez la femme, plus de 15 paquets/années, ou ayant une exposition professionnelle ou domestique à des toxiques ou des irritants : silice, poussières de charbon, poussières végétales et de moisissures. <p>Le diagnostic de BPCO repose sur la mise en évidence du trouble ventilatoire obstructif par une exploration fonctionnelle respiratoire avec mesure des débits et des volumes (spirométrie) : rapport VEMS/CVF < 70 % après administration d'un bronchodilatateur.</p> <p>La réalisation des épreuves fonctionnelles respiratoires doit répondre aux critères de qualité d'exécution recommandés. (5)</p>
Pertinence pour l'amélioration / Objectifs / Améliorations attendues	La BPCO est sous-diagnostiquée de façon majeure, le diagnostic est tardif (formes évoluées) souvent à l'occasion d'une hospitalisation. Le premier objectif pour la qualité du parcours est d'améliorer le diagnostic en faisant une spirométrie chez tous les patients de 40 ans et plus à risque de BPCO.
Population cible (Définition clinique)	La population cible correspond aux patients à risque de BPCO, c'est-à-dire patients de 40 ans et plus ayant eu un ou plusieurs des traitements suivants : <ul style="list-style-type: none"> – bronchodilatateur de longue durée d'action initié dans l'année ; – 3 cures d'antibiothérapie pour infection respiratoire ; – substitut nicotinique.
Dénominateur	Nombre de patients de la population cible
Numérateur	Nombre de patients de la population du dénominateur pour lesquels une spirométrie ou des EFR ont été réalisées dans l'année.
Source de données disponibles	SNDS (DCIR, PMSI MCO, SSR, HAD, Psychiatrie)
Type d'indicateur	Indicateur de processus

Mode d'expression du résultat	Taux Indicateur calculé par patient
Limites de l'indicateur	Mesure les patients incidents. Mesure uniquement les patients symptomatiques et traités (les patients BPCO en stade 1 éventuellement 2 ne seront pas retrouvés). Peuvent être identifiés des patients atteints de dilatation des bronches ou asthmatiques. Une spirométrie non retrouvée ne signifie pas qu'elle n'a pas été faite, elle peut être antérieure à la séquence analysée.
Version de l'indicateur	Version définition de l'indicateur décembre 2019 - La description de l'indicateur a été modifiée lors de l'étape de développement : cf. rapport de développement.

6.2. Parcours des patients ayant une BPCO à l'état stable : prise en charge thérapeutique et suivi hors complication

Neuf indicateurs sont proposés sur cette étape du parcours : la prescription isolée de cortico stéroïdes inhalés, le suivi médical des patients atteints de BPCO, la recherche des comorbidités, le vaccin contre la grippe, des EFR ou une spirométrie annuelle, une réadaptation respiratoire des patients présentant une gêne respiratoire ou un handicap fonctionnel, l'oxygénothérapie des patients BPCO en insuffisance respiratoire chronique, une réadaptation respiratoire après mise en ALD BPCO, la mesure des gaz du sang annuelle.

Parmi ces 9 indicateurs, 4 sont mesurables à partir du SNDS, les 5 autres ne peuvent être mesurés que dans le dossier du patient car soit la population ciblée soit l'acte, traitement, prestation, recherchés ne sont pas identifiables dans le SNDS.

6.2.1. Prescription isolée de cortico stéroïdes inhalés

Cet indicateur concerne les patients atteints de BPCO et dont l'état est stable. Il mesure la prescription d'un cortico stéroïdes inhalés sans prescription en même temps d'un bronchodilatateur de longue durée d'action. **Ce traitement de Cortico-stéroïdes inhalés seul est non recommandé dans le traitement de la BPCO. Le résultat de l'indicateur devrait être de zéro.**

Cet indicateur ne peut être mesuré dans les bases de données médico-administratives car toutes les informations nécessaires ne sont pas présentes dans les bases de données : la mesure nécessite une analyse du dossier du patient.

Description	<p>Patients atteints de BPCO ayant eu une prescription de Cortico-stéroïdes inhalés sans prescription concomitante de bronchodilatateur bêta-2-agoniste de longue durée d'action ou anticholinergique de longue durée d'action.</p> <p>Le résultat de l'indicateur devrait être de zéro.</p>
Pertinence clinique / Intérêt de l'indicateur	<p>Les traitements non recommandés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les corticoïdes inhalés pris isolément ; - ... <p>Il n'y a pas d'indication aux corticoïdes inhalés en monothérapie, en traitement de fond ou en phase d'exacerbation (ils n'ont pas l'AMM) ; ils ne sont indiqués qu'en association à un bêta-2-agoniste de longue durée d'action en cas d'antécédents d'exacerbations répétées et de symptômes significatifs malgré un traitement bronchodilatateur continu et selon l'indication de l'AMM (selon le VEMS). Il y a un surrisque de pneumonie en cas de corticothérapie inhalée. (6)</p>
Pertinence pour l'amélioration / Objectifs / Améliorations attendues	Éviter que les patients ayant une BPCO prennent des corticoïdes inhalés seuls qui ne sont pas indiqués dans la BPCO.
Population cible	La population cible correspond aux patients atteints de BPCO et dont l'état est stable.
Dénominateur	Nombre de patients de la population cible
Numérateur	Nombre de patients de la population du dénominateur pour lesquels il est retrouvée dans l'année une prescription de cortico stéroïdes inhalés sans prescription concomitante d'un traitement bronchodilatateur bêta-2-agoniste de longue durée d'action, ou anticholinergique de longue durée d'action.
Sources de données disponibles	Dossier du patient
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Mode d'expression du résultat	Taux
Limites de la mesure	Capacité à extraire automatiquement les données recherchées des dossiers informatisés.
Version de l'indicateur	Version de l'indicateur février 2022

6.2.2. Suivi médical des patients atteints de BPCO

Cet indicateur concerne les patients atteints de BPCO et dont l'état est stable. Il mesure la mise en œuvre du suivi médical recommandé en fonction du stade de la BPCO.

Cet indicateur ne peut être mesuré dans les bases de données médico-administratives car toutes les informations nécessaires ne sont pas présentes dans les bases de données : la mesure nécessite une analyse du dossier du patient.

<p>Description</p>	<p>Patients atteint de BPCO et bénéficiant, selon le stade de la BPCO, du suivi médical recommandé :</p> <ul style="list-style-type: none"> – mMRC* 0, 1 ou 2 : 1 consultation dédiée annuelle avec le médecin généraliste et 1 avis pneumologue si besoin – mMRC* 3 ou 4 sans OLD (oxygénothérapie de longue durée) : 2 consultations dédiées annuelles avec le médecin généraliste et 1 consultation pneumologique annuelle – OLD ou VNI (ventilation non invasive) : 1 consultation dédiée mensuelle avec le médecin généraliste et 1 consultation pneumologique tous les 6 mois
<p>Pertinence clinique / Intérêt de l'indicateur</p>	<p>La surveillance clinique et paraclinique, le rythme et l'organisation du suivi entre médecin généraliste, pneumologue, autres spécialistes et professionnels de santé, réseau éventuel, dépendent de la sévérité de la maladie et des comorbidités associées, ainsi que de l'organisation locale (démographie médicale et paramédicale, existence de réseau). Jusqu'à la BPCO sévère incluse, le suivi est assuré le plus souvent par le médecin généraliste et, selon les cas, par le pneumologue.</p> <p>Suivi recommandé :</p> <ul style="list-style-type: none"> – absence d'exacerbation, dyspnée absente ou légère (mMRC* 0-1) ou < 2 exacerbations modérées/an, dyspnée modérée (mMRC 2) : <ul style="list-style-type: none"> • médecin généraliste : consultations dédiées à la BPCO : au moins une fois par an, • avis du pneumologue : selon les besoins ; – 2 exacerbations modérées ou 1 sévère (hospitalisation)/an, dyspnée sévère (mMRC 3-4), patient sans Oxygénothérapie de longue durée (OLD) : <ul style="list-style-type: none"> • médecin généraliste : au moins deux fois par an, • pneumologue : une fois par an ; – patient sous OLD et/ ou VNI à l'état stable : <ul style="list-style-type: none"> • médecin généraliste : tous les mois, • pneumologue : tous les 6 mois, • prestataire : selon le forfait à adapter si besoin. (6) <p>Le médecin généraliste suit le patient pour l'ensemble de la prise en charge de la BPCO, des comorbidités, des autres événements ou pathologies non respiratoires.</p> <ul style="list-style-type: none"> – il sera particulièrement vigilant sur : <ul style="list-style-type: none"> • le statut tabagique, • la poursuite des activités physiques et de l'équilibre alimentaire, • la modification des signes fonctionnels, • l'aggravation du VEMS même en l'absence de symptômes, • la technique d'inhalation et l'observance des médicaments, • la gestion du stress par le patient ; – il peut être aidé dans le suivi par un(e) infirmier(ère) en pratique avancée et établit le protocole d'organisation avec lui/elle après avoir déterminé quels patients peuvent en bénéficier ; – il suit la situation médico-sociale du patient et l'oriente, le cas échéant, vers l'assistant de service social ; – il suit la personne aidante, ce suivi étant d'autant plus important que celle-ci est âgée. <p>Le pneumologue :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> – intervient notamment pour évaluer le stade et la sévérité de la maladie, en cas d'exacerbations fréquentes ou sévères et en cas d'échec du traitement usuel : indication d'un traitement par nébulisation, d'une trithérapie, de l'OLD, etc ; – peut être sollicité en cas de persistance ou de rechute du tabagisme, en cas de comorbidité (syndrome d'apnée du sommeil associé, etc.) ; – peut réévaluer l'indication de la réadaptation respiratoire (RR) et aider à trouver un programme ; – intervient dans le maintien des acquis après un programme de RR, la reprise d'activités physiques après une exacerbation de BPCO avec séances de réentraînement à l'exercice ou dans le cadre d'un programme de RR ; – évalue, le cas échéant, les techniques de soins spécifiques (endoscopie, chirurgie) et la nécessité de demander l'avis d'un centre de greffe. (6) <p><i>* mMRC = échelle de dyspnée du Medical Research Council (MRC) traduite en français ou modifiée :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 - Dyspnée pour des efforts soutenus • 1 - Dyspnée lors de la marche rapide ou en pente • 2 - Dyspnée à la marche sur terrain plat en suivant quelqu'un de son âge • 3 - Dyspnée obligeant à s'arrêter pour reprendre son souffle après quelques minutes ou une centaine de mètres sur terrain plat • 4 - Dyspnée au moindre effort (6)
Pertinence pour l'amélioration / Objectifs / Améliorations attendues	Améliorer le suivi médical des patients présentant une BPCO afin de mieux gérer la maladie et diminuer les risques d'exacerbation.
Population cible	La population cible correspond aux patients atteints de BPCO et dont l'état est stable.
Dénominateur	Nombre de patients de la population cible
Numérateur	<p>Nombre de patients de la population du dénominateur pour lesquels il est retrouvé dans l'année :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pour les patients mMRC* 0, 1 ou 2 : <ul style="list-style-type: none"> • au moins un compte rendu de consultation de médecine générale dédiée à la BPCO, • ET une évaluation du besoin d'un avis pneumologique OU un compte rendu de consultation de pneumologie ; – Pour les patients mMRC* 3 ou 4 sans OLD (oxygénothérapie de longue durée) : <ul style="list-style-type: none"> • au moins deux comptes rendus de consultation de médecine générale, • ET un compte rendu de consultation de pneumologie ; – Pour les patients sous OLD (oxygénothérapie de longue durée) ou VNI (Ventilation non invasive) : <ul style="list-style-type: none"> • au moins un compte rendu mensuel de consultation de médecine générale, • ET un compte rendu de consultation de pneumologie tous les 6 mois. <p><i>*mMRC = échelle de dyspnée du Medical Research Council (MRC) traduite en français ou modifiée :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 - Dyspnée pour des efforts soutenus • 1 - Dyspnée lors de la marche rapide ou en pente • 2 - Dyspnée à la marche sur terrain plat en suivant quelqu'un de son âge • 3 - Dyspnée obligeant à s'arrêter pour reprendre son souffle après quelques minutes ou une centaine de mètres sur terrain plat • 4 - Dyspnée au moindre effort
Sources de données disponibles	Dossier du patient
Type d'indicateur	Indicateur de processus

Mode d'expression du résultat	Taux
Limites de la mesure	Capacité à extraire automatiquement les données recherchées des dossiers informatisés.
Version de l'indicateur	Version de l'indicateur février 2022

6.2.3. Recherche des comorbidités

Cet indicateur concerne les patients atteints de BPCO et dont l'état est stable. Il mesure la recherche des comorbidités.

Cet indicateur ne peut être mesuré dans les bases de données médico-administratives car toutes les informations nécessaires ne sont pas présentes dans les bases de données : la mesure nécessite une analyse du dossier du patient.

Description	Patients atteints de BPCO pour lesquels les comorbidités ont été recherchées
Pertinence clinique / Intérêt de l'indicateur	<p>La BPCO est une maladie isolée dans seulement 30 à 40% des cas : la grande fréquence des comorbidités est liée notamment aux facteurs de risque communs (âge, tabac, faible activité physique), à la composante inflammatoire de la maladie et à la présence possible d'une hypoxémie. La recherche de ces comorbidités doit être systématique :</p> <ul style="list-style-type: none"> – un cancer du poumon : examens radiologiques ; – des pathologies cardiovasculaires : athérosclérose, maladie coronaire, insuffisance cardiaque, HTA, troubles du rythme, présentes chez 20 à 70% des patients ayant une BPCO selon l'atteinte cardiovasculaire et les études. <p>La consultation d'un cardiologue est recommandée dans l'année qui suit le diagnostic (avis d'experts).</p> <p>Dans le cadre des facteurs de risque cardiovasculaire, une dyslipidémie sera recherchée tous les 5 ans sauf en cas de changement des habitudes alimentaires, intervention médicamenteuse spécifique, augmentation de poids ou événement cardiovasculaire ;</p> <ul style="list-style-type: none"> – un syndrome d'apnée du sommeil : polygraphie ventilatoire nocturne et, si besoin, polysomnographie en cas de symptômes évocateurs ou d'obésité ; – une dénutrition, une fonte musculaire : suivi de l'IMC, des variations de poids et recherche de troubles ou difficultés alimentaires ; – une ostéoporose : ostéodensitométrie selon les autres facteurs de risque ; – une anxiété, une dépression, voire des idées suicidaires ou des tentatives de suicide ; – des co addictions, alcool, cannabis : outil de repérage disponible ; – une anémie, une polyglobulie ; – un diabète ; – un reflux gastro-œsophagien (augmentation du risque d'exacerbation). (6)
Pertinence pour l'amélioration / Objectifs / Améliorations attendues	Améliorer le dépistage des comorbidités chez les patients atteints de BPCO afin de les prendre en charge.
Population cible	La population cible correspond aux patients atteints de BPCO, la première année suivant le diagnostic, et dont l'état est stable.
Dénominateur	Nombre de patients de la population cible
Numérateur	<p>Nombre de patients de la population du dénominateur pour lesquels il est retrouvé dans l'année suivant le diagnostic de BPCO la recherche des comorbidités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pathologies cardiovasculaires (8) : <ul style="list-style-type: none"> • mesure de la pression artérielle à chaque consultation, • ET prescription ou dernière mesure de la dyslipidémie datant de moins de 5 ans, • ET évaluation du besoin de consultation cardiologique ou le courrier d'un cardiologue. – Dénutrition, fonte musculaire : <ul style="list-style-type: none"> • poids, • ET suivi de l'IMC, OU suivi des variations de poids, • ET recherche de troubles ou difficultés alimentaires,

	<ul style="list-style-type: none"> • ET évaluation de la sédentarité. <ul style="list-style-type: none"> – Cancer du poumon : <ul style="list-style-type: none"> • mention de la réalisation d'une TDM ou son compte rendu, ou sa programmation. – Syndrome d'apnée du sommeil : <ul style="list-style-type: none"> • mention que le patient a été interrogé sur un trouble du sommeil. (9) – Ostéoporose : <ul style="list-style-type: none"> • mention de l'évaluation du besoin ou de la réalisation d'une ostéodensitométrie ou son compte rendu ou sa programmation. – Anxiété, dépression, idées suicidaires ou tentatives de suicide : <ul style="list-style-type: none"> • mention de l'interrogatoire portant sur la recherche de ces troubles. – Co-addictions, alcool, cannabis : <ul style="list-style-type: none"> • mention de l'interrogatoire portant sur la recherche de ces addictions. – Anémie, polyglobulie : <ul style="list-style-type: none"> • prescription ou résultats d'une NFS. – Diabète : <ul style="list-style-type: none"> • prescription ou résultats d'une glycémie à jeun et d'une hémoglobine glyquée dans l'année, • OU mention que le patient a été adressé à un diabétologue ou courrier/ CR d'un diabétologue. – Reflux gastro-œsophagien : <ul style="list-style-type: none"> • mention de l'interrogatoire portant sur la recherche d'un RGO, • OU prescription d'un traitement du RGO, IPP, antagoniste H2 et/ou anti-acides, • OU mention de la réalisation d'une fibroscopie gastrique ou son compte rendu ou sa programmation.
Sources de données disponibles	Dossier du patient
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Mode d'expression du résultat	Taux
Limites de la mesure	Capacité à extraire automatiquement les données recherchées des dossiers informatisés.
Version de l'indicateur	Version de l'indicateur février 2022

6.2.4. Vaccin contre la grippe

Cet indicateur concerne les patients atteints de BPCO et dont l'état est stable. Il mesure la vaccination annuelle contre la grippe.

Cet indicateur pourra être mesuré dans les bases de données médico-administratives.

Description	<p>2a. Patients vaccinés contre la grippe dans l'année chez les patients ayant un traitement de référence de BPCO</p> <p>2b. Patients vaccinés contre la grippe dans l'année chez les patients diagnostiqués BPCO</p>
Pertinence clinique / Intérêt de l'indicateur	<p>Tous les patients BPCO doivent être vaccinés contre la grippe.</p> <p>Calendrier vaccinal 2018</p> <p>https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2018.pdf</p>
Pertinence pour l'amélioration / Objectifs / Améliorations attendues	<p>L'objectif de la vaccination contre la grippe est d'éviter les exacerbations.</p>
Population cible (Définition clinique)	<p>La population cible correspond aux patients atteints de BPCO et dont l'état est stable.</p> <p>Pour cet indicateur 2 populations sont identifiées :</p> <p>2a : Patients ayant un traitement de référence de BPCO, pour cet indicateur on ne retiendra que les patients de 65 ans et plus ayant eu dans l'année au moins 3 traitements bronchodilatateurs anticholinergique ou β2 longue durée d'action.</p> <p>2b : Patients ayant été diagnostiqués BPCO, c'est à dire :</p> <ul style="list-style-type: none"> – patients de 65 ans et plus avec un diagnostic de BPCO codé lors d'une hospitalisation ; – OU patients de 40 ans et plus en ALD BPCO.
Dénominateur	<p>Patients de la population cible</p>
Numérateur	<p>Patients de la population du dénominateur ayant été vaccinés contre la grippe entre le 1er septembre 2017 et le 31 mai 2018.</p>
Source de données disponibles	<p>SNDS (DCIR ; PMSI MCO, SSR, HAD, Psychiatrie)</p>
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus</p>
Mode d'expression du résultat	<p>Taux</p> <p>Indicateur calculé par patient</p>
Limites de l'indicateur	<p>L'indicateur ne peut être recueilli pour tous les patients ayant un traitement de référence de la BPCO et tous les patients diagnostiqués BPCO car ne seront pas retrouvés ceux dont le vaccin n'est pas remboursé (ex : patients vaccinés au sein de leur entreprise).</p> <p>Les patients en EHPAD ayant une pharmacie à usage interne ne seront pas retrouvés dans les bases.</p> <p>La population de patients ayant un traitement de référence de la BPCO comportera également des patients asthmatiques, la vaccination anti grippal est également recommandée pour ceux-ci.</p>
Version de l'indicateur	<p>Version définition de l'indicateur décembre 2019</p> <p>La description de l'indicateur a été modifiée lors de l'étape de développement et les différentes rubriques de la fiche descriptives ont été ajustées.</p>

6.2.5. EFR ou spirométrie annuelle

Cet indicateur concerne les patients atteints de BPCO et dont l'état est stable. Il mesure la réalisation d'EFR ou d'une spirométrie de suivi annuelle.

Cet indicateur pourra être mesuré dans les bases de données médico-administratives.

Description	Patients ayant bénéficié d'une exploration fonctionnelle respiratoire dans l'année chez les patients ayant un traitement de référence de BPCO ou diagnostiqués BPCO modérée à sévère
Pertinence clinique / Intérêt de l'indicateur	Recommandation GOLD 2018 : tous les patients BPCO doivent avoir une EFR une fois par an.
Pertinence pour l'amélioration / Objectifs / Améliorations attendues	L'objectif est que soit assuré un suivi des capacités respiratoires des patients BPCO, de mesurer le retentissement de la maladie sur la qualité de vie des patients et de détecter les patients nécessitant la mise en œuvre d'une réadaptation respiratoire.
Population cible (Définition clinique)	La population cible correspond aux patients : <ul style="list-style-type: none"> – Ayant un traitement de référence de la BPCO c'est à dire patients de 40 ans et plus <ul style="list-style-type: none"> • ayant eu dans l'année au moins 3 traitements bronchodilatateurs anticholinergique ou $\beta 2$ longue durée d'action ; OU – Diagnostiqués BPCO modérée à sévère c'est-à-dire patients de 40 ans et plus <ul style="list-style-type: none"> • ayant un code de diagnostic de BPCO lors d'une hospitalisation, • OU en ALD BPCO.
Dénominateur	Patients de la population cible
Numérateur	Patients de la population du dénominateur ayant bénéficié d'une exploration fonctionnelle respiratoire dans l'année.
Source de données disponibles	SNDS (DCIR, PMSI MCO, SSR, HAD, Psychiatrie)
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Mode d'expression du résultat	Taux Indicateur calculé par patient
Limites de l'Indicateur	Résultats de l'indicateur liés à l'accessibilité à l'EFR qui est variable d'une région à l'autre.
Version de l'indicateur	Version définition de l'indicateur décembre 2019 La description de l'indicateur a été modifiée lors de l'étape de développement : cf. rapport de développement.

6.2.6. Réadaptation respiratoire des patients présentant une gêne respiratoire ou un handicap fonctionnel

Cet indicateur concerne les patients atteints de BPCO présentant une gêne respiratoire ou un handicap fonctionnel et dont l'état est stable. Il mesure la mise en œuvre de la réadaptation respiratoire.

Cet indicateur ne peut être mesuré dans les bases de données médico-administratives car toutes les informations nécessaires ne sont pas présentes dans les bases de données : la mesure nécessite une analyse du dossier du patient.

Description	Patients atteint de BPCO présentant une gêne respiratoire ou un handicap fonctionnel ayant bénéficié d'une réadaptation respiratoire
<p>Pertinence clinique / Intérêt de l'indicateur</p>	<p>La réadaptation respiratoire (RR) doit être proposée à tout patient symptomatique.</p> <p>Ses modalités seront adaptées aux besoins et aux contraintes du patient.</p> <p>Indiquée chez tous les patients présentant :</p> <ul style="list-style-type: none"> – une incapacité respiratoire : dyspnée (échelle mMRC* 2 à 4), intolérance à l'exercice ; – un handicap d'origine respiratoire : réduction des activités sociales (personnelles ou professionnelles) en rapport avec l'altération de l'état de santé ; – chez les patients en état stable ou au décours d'une hospitalisation pour exacerbation ; – possible chez les patients âgés ou ayant une BPCO très sévère, sous OLD (oxygénation de longue durée) ou VNI (ventilation non invasive) ; – la motivation facilite l'adhésion au programme ; – les contre-indications à la mise en place d'un programme de RR sont rares et souvent transitoires. <p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> – réduire la dyspnée et le stress associé ; – améliorer les capacités physiques (force musculaire et tolérance à l'exercice, notamment l'endurance et la capacité de récupération) ; – améliorer la qualité de vie et accroître la mobilité et l'autonomie ; – après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO, diminuer le risque de ré-hospitalisation ; – avant chirurgie thoracique et toute chirurgie à risque, améliorer le pronostic post-opératoire. <p>Sur le long terme les objectifs de la réadaptation respiratoire sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> – améliorer la santé globale, physique et psychologique des personnes atteintes de maladie respiratoire chronique ; – promouvoir leur adhésion sur le long terme à des comportements adaptés à leur état de santé. <p>Les deux composantes essentielles de la réadaptation respiratoire sont le réentraînement à l'exercice et l'éducation thérapeutique. (5)</p> <p><i>*mMRC = échelle de dyspnée du Medical Research Council (MRC) traduite en français ou modifiée :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 - Dyspnée pour des efforts soutenus • 1 - Dyspnée lors de la marche rapide ou en pente • 2 - Dyspnée à la marche sur terrain plat en suivant quelqu'un de son âge • 3 - Dyspnée obligeant à s'arrêter pour reprendre son souffle après quelques minutes ou une centaine de mètres sur terrain plat • 4 - Dyspnée au moindre effort

Pertinence pour l'amélioration / Objectifs / Améliorations attendues	Augmenter le nombre de patients, atteints de BPCO et présentant une gêne respiratoire ou un handicap fonctionnel, bénéficiant d'une RR afin de leur permettre de mieux gérer leur maladie, éviter les exacerbations et améliorer leur qualité de vie.
Population cible	La population cible correspond aux patients atteints de BPCO à l'état stable ET présentant une gêne respiratoire ou un handicap fonctionnel : <ul style="list-style-type: none"> – dyspnée (échelle mMRC 2 à 4), intolérance à l'exercice ; – OU réduction des activités sociales (personnelles ou professionnelles) en rapport avec l'altération de l'état de santé.
Dénominateur	Nombre de patients de la population cible
Numérateur	Nombre de patients de la population du dénominateur pour lesquels il est retrouvé : <ul style="list-style-type: none"> – la mention du suivi d'une réadaptation respiratoire dans les 3 dernières années ou un compte rendu de RR ; – OU une évaluation des besoins de RR dans l'année ; – OU le refus du patient de réaliser une RR (proposition de RR au moins une fois par an). <p><i>La RR peut être réalisée :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – dans un établissement de santé : centre de soins de suite et de réadaptation (SSR), service ou unité de réadaptation respiratoire dans un établissement de santé, en hospitalisation complète (patients poly pathologiques et/ou problèmes psychologiques et/ou sociaux, dans les suites d'une exacerbation), hôpital de jour, soins externes ; – dans une structure de proximité : cabinet de kinésithérapie, structures de réadaptation coordonnées si possible en réseau ; – au domicile du patient.
Sources de données disponibles	Dossier du patient
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Mode d'expression du résultat	Taux
Limites de la mesure	Capacité à extraire automatiquement les données recherchées des dossiers informatisés.
Version de l'indicateur	Version de l'indicateur février 2022

6.2.7. Oxygénothérapie des patients BPCO en insuffisance respiratoire chronique

Cet indicateur concerne les patients atteints de BPCO en insuffisance respiratoire chronique et dont l'état est stable. Il mesure l'évaluation du besoin d'oxygénothérapie ou son suivi.

Cet indicateur ne peut être mesuré dans les bases de données médico-administratives car toutes les informations nécessaires ne sont pas présentes dans les bases de données : la mesure nécessite une analyse du dossier du patient.

Description	<p>Patients atteints de BPCO en insuffisance respiratoire chronique :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pour lesquels le besoin d'oxygénothérapie a été évalué – OU sous oxygénothérapie ayant bénéficié d'un suivi
Pertinence clinique / Intérêt de l'indicateur	<p>L'oxygénothérapie de longue durée (OLD) (i.e. administrée pendant une durée quotidienne minimale de 15 heures) réduit la mortalité des patients BPCO ayant une hypoxémie sévère. Une oxygénothérapie inappropriée peut conduire à une dépression respiratoire.</p> <p>Indications</p> <ul style="list-style-type: none"> – le besoin en oxygène doit être évalué chez les malades qui ont : <ul style="list-style-type: none"> • une obstruction bronchique très sévère (VEMS < 30 % de la valeur théorique) mais également une obstruction sévère (VEMS entre 30 et 49 %), • une cyanose, • une polyglobulie, • des signes d'insuffisance cardiaque droite, • une SpO₂ ≤ 92 % en air ambiant, • trois mesures des gaz du sang doivent être réalisées chez un patient en état stable : deux mesures en air ambiant à au moins 15 jours d'intervalle pour poser l'indication et une mesure sous-oxygène pour titration du débit prescrit et pour contrôler l'O₂ et la capnie ; – l'OLD est indiquée chez les patients non-fumeurs qui ont : <ul style="list-style-type: none"> • une PaO₂ diurne à l'état stable ≤55 mmHg à deux reprises, • ou une PaO₂ diurne comprise entre 56 et 59 mmHg sur les deux prélèvements, si l'un des éléments suivants est présent : <ul style="list-style-type: none"> - oedèmes périphériques, - polyglobulie secondaire (Ht> 55 %), - diagnostic avéré d'hypertension pulmonaire (HTP) (pression artérielle pulmonaire moyenne > 25 mmHg mesurée lors d'un cathétérisme droit) ; – le rapport bénéfice-risque doit être évalué, incluant le risque pour les personnes vivant avec le malade (risque de chutes en trébuchant sur l'équipement, de brûlures, d'incendie, d'autant plus que des personnes vivant sous le même toit fument). Le patient est informé des risques ; – Ssi le malade continue de fumer, il est essentiel de lui apporter toute l'aide nécessaire pour qu'il s'arrête. Si, malgré les conseils, l'accompagnement, les traitements et le suivi par un médecin ayant une compétence en addictologie, le patient continue de fumer, l'oxygénothérapie ne devrait pas être prescrite ; – l'hypoxémie nocturne isolée n'est pas une indication de l'OLD. <p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> – la prescription initiale sera réévaluée au maximum dans les 3 mois suivant l'initiation de l'OLD avec un contrôle des gaz du sang sous oxygène ou en air ambiant (contrôle de la capnie et de l'oxygénation), le but de l'OLD étant d'obtenir au repos sous oxygène une PaO₂ > 60 mmHg et/ou une SpO₂ > 90 % ; – puis la surveillance sera annuelle ou plus rapprochée en cas de détérioration de l'état clinique ou si aggravation de la SpO₂ en air ambiant entre deux consultations ;

	<ul style="list-style-type: none"> – un suivi de l’observance doit être réalisé par le médecin généraliste, le pneumologue et par le prestataire qui transmet l’information au pneumologue ; – la surveillance de la tolérance clinique porte sur : <ul style="list-style-type: none"> • les céphalées si hypercapnie (réévaluation de l’indication et du débit de l’oxygénothérapie), • les signes d’inconfort dû au matériel : masque, degré d’humidification, paramètres de réglage, • les lésions muqueuses ou cutanées. <p>Le pneumologue :</p> <ul style="list-style-type: none"> – prescrit l’oxygénothérapie ; – forme le patient sur l’oxygénothérapie ; – surveille le patient, en liaison avec les autres professionnels de santé et le prestataire et adapte le traitement. <p>Le médecin généraliste participe à la surveillance de l’efficacité, de la tolérance et de l’observance de l’OLD dans la prise en charge globale de son patient. (6)</p>
Pertinence pour l’amélioration / Objectifs / Améliorations attendues	Améliorer la qualité de vie des patients BPCO présentant une insuffisance respiratoire chronique.
Population cible	La population cible correspond aux patients atteints de BPCO à l’état stable en insuffisance respiratoire chronique : <ul style="list-style-type: none"> – une obstruction bronchique très sévère (VEMS < 30 % de la valeur théorique) ou obstruction sévère (VEMS entre 30 et 49 %) ; – ET une cyanose ; – ET une polyglobulie ; – ET des signes d’insuffisance cardiaque droite ; – ET une SpO2 ≤ 92 % en air ambiant.
Dénominateur	Nombre de patients de la population cible
Numérateur	Nombre de patients de la population du dénominateur pour lesquels il est retrouvé dans l’année : <ul style="list-style-type: none"> – le compte rendu de la consultation pneumologique pour évaluer le besoin d’oxygénothérapie – OU pour les patients sous oxygénothérapie : <ul style="list-style-type: none"> • une mesure des gaz du sang annuelle ; • OU Le compte rendu d’une hospitalisation comportant la mesure des gaz du sang dans l’année.
Sources de données disponibles	Dossier du patient
Type d’indicateur	Indicateur de processus
Mode d’expression du résultat	Taux
Limites de la mesure	Capacité à extraire automatiquement les données recherchées des dossiers informatisés.
Version de l’indicateur	Version de l’indicateur février 2022

6.2.8. Réadaptation respiratoire après mise en ALD

Cet indicateur concerne les patients déclarés en ALD BPCO et dont l'état est stable. Il mesure la mise en œuvre de la réadaptation respiratoire chez les patients en ALD BPCO.

Cet indicateur pourra être mesuré dans les bases de données médico-administratives.

Description	Patients ayant bénéficié d'une réadaptation respiratoire dans les 3 années suivant leur déclaration en ALD.
Pertinence clinique / Intérêt de l'indicateur	<p>Tous les patients qui présentent une incapacité ou un handicap respiratoire doivent bénéficier d'une réadaptation respiratoire (RR).</p> <p>La RR doit être proposée chez tous les patients présentant une incapacité (dyspnée ou diminution de la tolérance à l'exercice) et/ou un handicap d'origine respiratoire qui en résulte (réduction des activités sociales, professionnelles ou personnelles).</p> <p>Elle peut être proposée dès le stade II (modéré). Elle est précédée d'une évaluation (clinique, psychologique, nutritionnelle, sociale, diagnostic éducatif).</p> <p>Elle comprend les composants suivants, adaptés aux besoins de chaque patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> – traitement physique : renforcement des muscles respiratoires, travail en endurance et renforcement des muscles périphériques, drainage bronchique ; – éducation thérapeutique ; – prise en charge du tabagisme et/ou des autres addictions et/ou de l'exposition professionnelle ; – prise en charge psychologique ; – prise en charge et suivi nutritionnel ; – prise en charge sociale. <p>Elle nécessite :</p> <ul style="list-style-type: none"> – une implication du patient : il reçoit une information orale et des explications concernant le but de la réadaptation respiratoire et les modalités de mise en œuvre. Le contenu du programme personnalisé de réadaptation respiratoire est expliqué et négocié avec lui, puis lui est remis dans un document écrit ; – une prise en charge multidisciplinaire qui est coordonnée par un pneumologue et/ou un médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR) (coordination possible par un réseau). <p>Elle peut être réalisée, au mieux dans le cadre d'un stage, selon différentes modalités : à domicile, en ville, à l'hôpital (en consultation, en hospitalisation complète ou hôpital de jour), ou dans le cadre de réseaux structurés de réadaptation respiratoire.</p> <p>Après avoir fait un stage de réadaptation respiratoire, le suivi à court puis long terme est recommandé pour maintenir les acquis. (6)</p>
Pertinence pour l'amélioration / Objectifs / Améliorations attendues	<p>L'objectif de la réadaptation respiratoire est de permettre aux patients d'améliorer la capacité physique, la qualité de vie, et d'accroître l'autonomie en réduisant la dyspnée et en diminuant le handicap.</p> <p>Les deux composantes essentielles de la réadaptation respiratoire sont le réentraînement à l'exercice et l'éducation thérapeutique.</p>
Population cible (Définition clinique)	La population cible correspond aux patients en ALD BPCO depuis 3 ans
Dénominateur	Patients de la population cible
Numérateur	Patients de la population du dénominateur ayant bénéficié d'une réadaptation respiratoire dans les 3 ans suivant la déclaration d'ALD
Source de données disponibles	SNDS (DCIR, PMSI MCO, SSR, HAD, Psychiatrie)

Type d'indicateur	Indicateur de processus
Mode d'expression du résultat	Taux Indicateur calculé par séjour
Limites de l'indicateur	Patients BPCO déclarés dans une autre ALD sans déclaration en ALD BPCO. Patients ne souhaitant pas faire de RR. Patients pris en charge pour la réadaptation respiratoire en EHPAD. Contre-indication à la réadaptation respiratoire non identifiée via les traitements ou non codée dans le PMSI.
Version de l'indicateur	Version définition de l'indicateur décembre 2019 Cet indicateur n'a, au final, pas été développé (cf. rapport de développement)

6.2.9. Mesure annuelle des gaz du sang

Cet indicateur concerne les patients atteints de BPCO sévère ou très sévère sous oxygénothérapie et dont l'état est stable. Il mesure la réalisation d'une mesure annuelle des gaz du sang.

Cet indicateur pourra être mesuré dans les bases de données médico-administratives.

Description	Patients ayant une mesure des gaz du sang dans l'année chez les patients atteints de BPCO à un stade sévère ou très sévère sous oxygénothérapie.
Pertinence clinique / Intérêt de l'indicateur	Tous les patients ayant une oxygénothérapie doivent avoir une mesure des gaz du sang annuellement.
Pertinence pour l'amélioration / Objectifs / Améliorations attendues	L'objectif est de s'assurer de l'efficacité du traitement et de l'adapter si besoin.
Population cible (Définition clinique)	La population cible correspond aux patients atteints de BPCO à un stade sévère ou très sévère, c'est à dire patients de 40 ans et plus, en ALD BPCO et ayant eu dans l'année une oxygénothérapie avec ou sans ventilation non invasive en ambulatoire.
Dénominateur	Patients de la population cible
Numérateur	Patients de la population cible ayant eu une mesure des gaz du sang en ambulatoire dans l'année.
Source de données disponibles	SNDS (DCIR, PMSI MCO, SSR, HAD, Psychiatrie)
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Mode d'expression du résultat	Taux Indicateur calculé par séjour
Limites de l'indicateur	L'indicateur ne peut être mesuré que pour les patients n'ayant pas été hospitalisés dans l'année, c'est-à-dire dans une sous population des patients ayant une BPCO sévère ou très sévère.
Version de l'indicateur	Version définition de l'indicateur décembre 2019 Cet indicateur n'a, au final, pas été développé (cf. rapport de développement)

6.3. Parcours des patients présentant une exacerbation de BPCO

Cinq indicateurs sont proposés sur cette étape du parcours : le suivi en ville des exacerbations de BPCO, le suivi médical après hospitalisation pour exacerbation de BPCO, le traitement après hospitalisation pour exacerbation de BPCO, la réadaptation respiratoire après hospitalisation pour exacerbation de BPCO et les ré hospitalisations pour exacerbation de BPCO.

Parmi ces 5 indicateurs :

- 4 sont mesurables à partir du SNDS,
- 1 ne peut être mesuré que dans le dossier du patient car la population ciblée et la prise en charge ne sont pas identifiables dans le SNDS.

6.3.1. Suivi en ville des exacerbations de BPCO

Cet indicateur concerne les patients présentant une exacerbation de BPCO et pris en charge en ville. Il mesure les modalités de la prise en charge.

Cet indicateur ne peut être mesuré dans les bases de données médico-administratives car toutes les informations nécessaires ne sont pas présentes dans les bases de données : la mesure nécessite une analyse du dossier du patient.

Description	Patients diagnostiqués BPCO ayant bénéficié du suivi recommandé en ville lors d'une exacerbation de BPCO
Pertinence clinique / Intérêt de l'indicateur	<p>L'exacerbation de BPCO est un évènement aigu caractérisé par une aggravation des symptômes respiratoires (notamment toux, expectoration et dyspnée) au-delà des variations quotidiennes et conduisant à une modification thérapeutique : augmentation des bronchodilatateurs pendant plus de 24 heures ou ajout d'un traitement supplémentaire (antibiothérapie et/ou corticothérapie).</p> <p>Les exacerbations de BPCO ont un impact négatif sur la survie, la qualité de vie, l'activité physique et les comorbidités (dégradation de l'état nutritionnel et musculaire, dépression).</p> <p>La survenue d'exacerbations pourrait favoriser les exacerbations suivantes (phénotype « exacerbateur fréquent »).</p> <p>Une exacerbation sévère avec insuffisance respiratoire aiguë est une urgence médicale.</p> <p>Évaluation clinique globale :</p> <ul style="list-style-type: none">– Recherche de facteurs déclenchants :<ul style="list-style-type: none">• infections virales,• infections bactériennes,• tabac,• inobservance,• pollution,• iatrogénie,• autres, ...– Une hospitalisation est nécessaire si l'un des critères suivants est rempli :<ul style="list-style-type: none">• âge > 85 ans,• dyspnée à l'état basal mMRC* 4 à 5,• respiration paradoxale ou muscles accessoires,• troubles de conscience,• contexte (comorbidités, situation sociale...). <p>Évaluation paraclinique :</p> <ul style="list-style-type: none">– spO2 (saturation pulsée en oxygène) ;– gaz du sang (si SpO2 < 90 % ou IRC) ;– autres selon évaluation clinique, comorbidités et contexte de soin. <p>Prise en charge :</p> <ul style="list-style-type: none">– majoration des BDCA (bronchodilatateurs de courte durée d'action : β-2-mimétiques de préférence avec ou sans anticholinergique) - dose et/ou fréquence - jusqu'à amélioration des symptômes ;– kinésithérapie si encombrement ;– avis du pneumologue si :<ul style="list-style-type: none">• suspicion de germe résistant,• récurrence d'exacerbation,• nébulisation ;– non systématique :

	<ul style="list-style-type: none"> • antibiotiques 5 jours, uniquement si majoration de la purulence des crachats, • corticoïdes per os : si dyspnée invalidante. <p>– examens complémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • systématique : <ul style="list-style-type: none"> - oxymétrie de pouls : intéressante en cas de signes de sévérité, - gaz du sang si SpO2 < 90 % et chez les patients insuffisants respiratoires sous oxygène, • non systématique : <ul style="list-style-type: none"> - bilan sanguin pour contrôler des comorbidités (diabète, insuffisance rénale) et rechercher des signes d'infection, - dosage du BNP (éliminer une participation cardiaque), - dosage des D-dimères (adapté à l'âge) (éliminer une embolie pulmonaire), - radiographie de thorax si incertitude diagnostique, - échographie cardiaque si suspicion de maladie cardiaque associée, - ECBC (examen cyto bactériologique des crachats) si échec d'une première antibiothérapie et si avis du pneumologue référent (patient colonisé à Pseudomonas par exemple). (6) <p>* mMRC = échelle de dyspnée du Medical Research Council (MRC) traduite en français ou modifiée :</p> <ul style="list-style-type: none"> – 0 - Dyspnée pour des efforts soutenus – 1 - Dyspnée lors de la marche rapide ou en pente – 2 - Dyspnée à la marche sur terrain plat en suivant quelqu'un de son âge – 3 - Dyspnée obligeant à s'arrêter pour reprendre son souffle après quelques minutes ou une centaine de mètres sur terrain plat – 4 - Dyspnée au moindre effort (6)
Pertinence pour l'amélioration / Objectifs / Améliorations attendues	Éviter l'aggravation des exacerbations afin d'éviter les hospitalisations.
Population cible	La population cible correspond aux patients : <ul style="list-style-type: none"> – atteints de BPCO diagnostiquée ; – ET ayant une exacerbation de BPCO.
Dénominateur	Nombre de patients de la population cible
Numérateur	Nombre de patients de la population du dénominateur pour lesquels lors du dernier épisode d'exacerbation de BPCO il est retrouvé : <ul style="list-style-type: none"> – une majoration des BDCA (bronchodilatateurs de courte durée d'action : β-2-mimétiques de préférence avec ou sans anticholinergique) ; – ET la prescription de kinésithérapie OU la mention de l'absence d'encombrement ; – ET si suspicion de germe résistant, et/ou Récidive d'exacerbation, et/ou Nébulisation : l'avis du pneumologue (CR de consultation ou date du rendez-vous de consultation ou CR d'un avis téléphonique) lors de la prise en charge de l'exacerbation.
Sources de données disponibles	Dossier du patient
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Mode d'expression du résultat	Taux
Limites de la mesure	Capacité à extraire automatiquement les données recherchées des dossiers informatisés.
Version de l'indicateur	Version de l'indicateur février 2022

6.3.2. Suivi médical après hospitalisation pour exacerbation de BPCO

Cet indicateur concerne les patients sortant d'un établissement de MCO après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO. Il mesure le suivi médical mis en œuvre après la sortie d'hospitalisation.

Cet indicateur pourra être mesuré dans les bases de données médico-administratives.

Description	Patients ayant bénéficié d'un suivi médical après la sortie de chaque hospitalisation pour exacerbation de BPCO.
Pertinence clinique / Intérêt de l'indicateur	<p>L'objectif, suite à une hospitalisation pour exacerbation de BPCO, sera de mettre en place un traitement et un suivi du patient afin d'éviter une nouvelle hospitalisation pour exacerbation. (6)</p> <p>Recommandation exacerbation de BPCO SPLF : consultation du MG à 1 semaine, 1 et 6 mois, et du pneumologue entre 1 et 2 mois.</p> <p>Fiche points clés et solutions - Comment prévenir les ré hospitalisations après une exacerbation de BPCO ? :</p> <p>Il est recommandé d'élaborer un Plan Personnalisé de Santé sous la responsabilité du médecin généraliste, pour planifier les interventions de soins, d'aides et d'éducation. Les objectifs à atteindre sont adaptés aux besoins du patient, à son âge et à ses comorbidités ; l'entourage du patient est impliqué dans le suivi et la surveillance. Il est souhaitable que les logiciels métiers alertent le médecin généraliste sur les consultations de suivi programmées. (11)</p>
Pertinence pour l'amélioration / Objectifs / Améliorations attendues	Après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO le médecin traitant va assurer la continuité des soins et élaborer un plan personnalisé de santé.
Population cible (Définition clinique)	La population cible correspond aux séjours de patients de 40 ans et plus hospitalisés pour exacerbation de BPCO.
Dénominateur	Nombre de séjours de patients de la population cible.
Numérateur	<p>Nombre de séjours de patients de la population du dénominateur ayant bénéficié d'un suivi après la sortie de l'hôpital :</p> <ul style="list-style-type: none"> - consultation médecin traitant ou MG dans les 7 jours suivant la sortie ; - ET Consultation pneumologue dans les 2 mois suivant la sortie.
Source de données disponibles	SNDS (DCIR, PMSI MCO, SSR, HAD, Psychiatrie)
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Mode d'expression du résultat	<p>Taux</p> <p>Indicateur calculé par séjour</p>
Limites de l'indicateur	Accessibilité au médecin généraliste dans les 7 jours suivant la sortie (parfois nécessité d'une visite à domicile) et au pneumologue dans un délai de 2 mois suivant la sortie.
Version de l'indicateur	<p>Version définition de l'indicateur décembre 2019</p> <p>La description de l'indicateur a été modifiée lors de l'étape de développement. Il a été développé sous la forme de 2 indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - suivi médical dans les 7 jours après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO des patients sortis à domicile - suivi par le pneumologue dans les 60 jours après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO des patients sortis à domicile <p>cf. rapport de développement.</p>

6.3.3. Traitement après hospitalisation pour exacerbation de BPCO

Cet indicateur concerne les patients sortant d'un établissement de MCO après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO. Il mesure la mise en œuvre du traitement BDLA après la sortie d'hospitalisation.

Cet indicateur pourra être mesuré dans les bases de données médico-administratives.

Description	Patients pour lesquels un traitement BDLA a été délivré dans les 3 mois suivant la sortie de chaque hospitalisation pour exacerbation de BPCO.
Pertinence clinique / Intérêt de l'indicateur	<p>L'objectif suite à une hospitalisation sera de mettre en place un traitement et un suivi du patient afin d'éviter une nouvelle hospitalisation précoce pour exacerbation.</p> <p>Recommandation exacerbation de BPCO SPLF : « À la sortie d'une hospitalisation pour exacerbation de BPCO, un traitement BDLA doit être initié ou poursuivi (G1A) ».</p> <p>Guide parcours BPCO : Les objectifs du traitement bronchodilatateur sont de :</p> <ul style="list-style-type: none"> – prévenir et contrôler les symptômes ; – réduire la fréquence et la sévérité des exacerbations ; – améliorer la qualité de vie ; – améliorer la tolérance à l'exercice. (6)
Pertinence pour l'amélioration / Objectifs / Améliorations attendues	Après une hospitalisation pour exacerbation le traitement bronchodilatateur devrait permettre au patient d'éviter de nouvelles exacerbations et en cas d'exacerbation d'en diminuer la sévérité et donc d'éviter de nouvelles hospitalisations.
Population cible (Définition clinique)	La population cible correspond aux séjours de patients de 40 ans et plus hospitalisés pour exacerbation de BPCO.
Dénominateur	Nombre de séjours de patients de la population cible
Numérateur	Nombre de séjours de patients de la population du dénominateur ayant un traitement bronchodilatateur anticholinergique ou β_2 longue durée d'action dans les 3 mois suivant la sortie.
Source de données disponibles	SNDS (DCIR, PMSI MCO, SSR, HAD, Psychiatrie)
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Mode d'expression du résultat	Taux Indicateur calculé par séjour
Limites de l'indicateur	Observance des patients
Version de l'indicateur	Version définition de l'indicateur décembre 2019 La description de l'indicateur a été modifiée lors de l'étape de développement : cf. rapport de développement.

6.3.4. Réadaptation respiratoire après hospitalisation pour exacerbation de BPCO

Cet indicateur concerne les patients sortant d'un établissement de MCO après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO. Il mesure la mise en œuvre d'une réadaptation respiratoire après la sortie d'hospitalisation.

Cet indicateur pourra être mesuré dans les bases de données médico-administratives.

Description	Patients ayant bénéficié d'une réadaptation respiratoire dans les 3 mois suivant la sortie d'une hospitalisation pour exacerbation de BPCO.
<p>Pertinence clinique / Intérêt de l'indicateur</p>	<p>Tous les patients qui présentent une incapacité ou un handicap respiratoire doivent bénéficier d'une réadaptation respiratoire (RR).</p> <p>La RR doit être proposée chez tous les patients symptomatiques : présentant une incapacité (dyspnée ou diminution de la tolérance à l'exercice) et/ou un handicap d'origine respiratoire qui en résulte (réduction des activités sociales, professionnelles ou personnelles).</p> <p>Elle peut être proposée dès le stade II (modéré). Elle est précédée d'une évaluation (clinique, psychologique, nutritionnelle, sociale, diagnostic éducatif).</p> <p>Elle comprend les composants suivants, adaptés aux besoins de chaque patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> – traitement physique : travail global en endurance (vélo, marche, etc. ...), renforcement musculaire des 4 membres, (...), travail de l'équilibre ; – éducation thérapeutique ; – prise en charge du tabagisme et/ou des autres addictions et/ou de l'exposition professionnelle ; – prise en charge psychologique ; – évaluation nutritionnelle et accompagnement diététique ; – accompagnement social. <p>Elle nécessite :</p> <ul style="list-style-type: none"> – une implication du patient : un programme personnalisé est construit avec le patient pour répondre à ses besoins, ses objectifs et ses capacités ; – une prise en charge multidisciplinaire qui est coordonnée par un pneumologue et/ou un médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR) et le cas échéant par un réseau. <p>La réadaptation respiratoire peut se faire selon des modalités qui sont adaptées aux besoins et aux contraintes du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> – dans un établissement de santé : centre de soins de suite et de réadaptation (SSR), service ou unité de réadaptation respiratoire dans un établissement de santé, en hospitalisation complète, hôpital de jour, soins externes ; – dans une structure de proximité : cabinet médical et/ou de kinésithérapie, structures de réadaptation coordonnées si possible en réseau ; – au domicile du patient. <p>Après avoir fait un programme de réadaptation respiratoire, le suivi à court puis long terme est recommandé pour maintenir les acquis. (NICE 2016, GOLD 2018, BTS 2013 et guide parcours de soins 2019)</p> <p>BTS : Un nouveau programme de RR est possible à plus de 1 an d'intervalle (Grade B).</p> <p>Elle peut être réalisée moins de 1 an après la précédente en cas de déclin rapide de la fonction respiratoire ou s'il y a un bénéfice clinique potentiel (grade D).</p> <p>La fréquence optimale de programmes de RR répétés n'est pas établie. Les bénéfices de la RR durent au moins 1 an. (6)</p>

Pertinence pour l'amélioration / Objectifs / Améliorations attendues	<p>L'objectif de la réadaptation respiratoire est de permettre aux patients d'améliorer la capacité physique, la qualité de vie, et d'accroître l'autonomie en réduisant la dyspnée et en diminuant le handicap.</p> <p>Les deux composantes essentielles de la réadaptation respiratoire sont le réentraînement à l'exercice et l'éducation thérapeutique.</p>
Population cible (Définition clinique)	La population cible correspond aux patients de 40 ans et plus hospitalisés pour exacerbation de BPCO.
Dénominateur	Nombre de patients de la population cible
Numérateur	Nombre de patients de la population du dénominateur ayant bénéficié d'une réadaptation respiratoire dans les 90 jours suivant la sortie de l'hôpital.
Source de données disponibles	SNDS (DCIR, PMSI MCO, SSR, HAD, Psychiatrie)
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Mode d'expression du résultat	<p>Taux</p> <p>Indicateur calculé par patient</p>
Limites de l'indicateur	<p>Patients ne souhaitant pas faire de RR.</p> <p>Patients pris en charge pour la réadaptation respiratoire en EHPAD.</p> <p>Contre-indication à la réadaptation respiratoire non identifiée via les traitements ou non codée dans le PMSI.</p> <p>Patients n'étant pas en ALD BPCO ayant réalisé une réadaptation respiratoire en ville qui ne sera pas codée de façon spécifique car ce codage n'est possible que pour les patients en ALD.</p>
Version de l'indicateur	<p>Version définition de l'indicateur décembre 2019</p> <p>La description de l'indicateur a été modifiée lors de l'étape de développement : cf. rapport de développement.</p>

6.3.5. Ré-hospitalisation pour exacerbation de BPCO dans les 3 mois

Cet indicateur concerne les patients sortant d'un établissement de MCO après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO. Il mesure les ré-hospitalisations pour une nouvelle exacerbation de BPCO après la sortie d'une hospitalisation pour exacerbation de BPCO.

Cet indicateur pourra être mesuré dans les bases de données médico-administratives.

Description	Ré hospitalisation pour exacerbation de BPCO à 3 mois suivant la sortie d'une hospitalisation pour exacerbation de BPCO
Pertinence clinique / Intérêt de l'indicateur	<p>En 2017 le nombre d'hospitalisations pour BPCO a été de 105 723 séjours, ce qui représente 76 938 patients. 77,5 % ont été hospitalisés une fois dans l'année 2017 et 22,5 % l'ont été au moins deux fois (Données PMSI 2017).</p> <p>Critères d'hospitalisation pour exacerbation de BPCO :</p> <ul style="list-style-type: none"> – sujet âgé (> 70 ans) ; – présence de comorbidités ; – BPCO sévère (stade III) ou très sévère (IV) ; – signes cliniques ou gazométriques de gravité immédiate ; – nécessité d'une oxygénothérapie ; – dégradation rapide ; – augmentation marquée des symptômes (dyspnée de repos) ou dégradation majeure par rapport à l'état de base (cyanose, œdèmes des membres inférieurs, troubles de la conscience) ; – exacerbations fréquentes ou épisode récent d'évolution défavorable ; – difficulté diagnostique ; – patients isolés, aides à domicile insuffisantes. <p>Un patient hospitalisé pour exacerbation est à risque de nouvelle exacerbation. (6)</p>
Pertinence pour l'amélioration / Objectifs / Améliorations attendues	Diminuer le nombre de ré hospitalisations pour exacerbation de BPCO.
Population cible (Définition clinique)	La population cible correspond aux séjours de patients de 40 ans et plus hospitalisés pour exacerbation de BPCO
Dénominateur	À définir en lien avec l'Ajustement / Standardisation
Numérateur	Nombre de séjours de patients de la population analysée ayant été réhospitalisés pour exacerbation dans les 3 mois suivant la sortie du premier séjour.
Source de données disponibles	SNDS (DCIR, PMSI MCO, SSR, HAD, Psychiatrie)
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Mode d'expression du résultat	Taux Indicateur calculé par patient
Limites de l'indicateur	Sera complété après la validation
Version de l'indicateur	Version définition de l'indicateur décembre 2019 Cet indicateur n'a, au final, pas été développé (cf. rapport de développement)

7. Conclusion

Le travail d'expertise pluridisciplinaire présenté dans ce rapport a été conduit d'octobre à décembre 2018. Il a permis de définir 18 indicateurs de qualité jalonnant le parcours de soin des patients à risque ou atteints de BPCO. Dix semblent mesurables dans des bases de données médico-administratives, les 8 autres nécessitent une analyse du dossier du patient. Ces indicateurs s'inscrivent dans quatre des six dimensions prioritaires pour la mesure de la qualité des parcours. Pour les deux autres dimensions, que sont l'implication du patient et la coordination/ multidisciplinarité, il semble plus approprié de les mesurer via le questionnement des patients à risque ou atteints de BPCO.

En 2021, un travail spécifique a été réalisé en lien avec les autres travaux conduits à la HAS pour intégrer la mesure du point de vue du patient dans l'évaluation du parcours. Le rapport est publié sur le site de la HAS¹⁴.

Les indicateurs retenus font l'objet d'un consensus et sont en accord avec les données de la littérature relatives aux recommandations de bonne pratique. Ils sont proches des indicateurs de qualité et de sécurité des soins mesurés dans d'autres pays sur cette pathologie (cf. annexe 2).

Depuis la première publication de ce rapport de définition, 7 indicateurs mesurés à partir du SNDS (DCIR/PMSI) ont été développés : ceci a permis de valider que ces indicateurs étaient mesurables. Cette étape s'est déroulée en deux temps : dans un premier temps un « coup de sonde » dans un échantillon du SNDS a permis de valider les possibilités de mesure ; puis dans un second temps le développement complet de la mesure de 7 indicateurs dans l'ensemble de la population française¹⁵. Cette étape de développement a permis de fixer le niveau de restitution des résultats de chaque indicateur afin de disposer de leviers auprès des différents acteurs du parcours des patients atteints de BPCO. Elle a également abouti à la description précise des fiches descriptives, et les limites à l'utilisation des indicateurs mesurés dans le SNDS (DCIR/PMSI) ont été complétées¹⁶.

La validité métrologique nécessite une étape de validation des indicateurs qui n'est pas envisagée à ce jour. Cette étape permettra de définir des préconisations d'utilisation des résultats.

Les méthodes utilisées pour construire ces indicateurs dans ce pilote ont été validées avec les travaux conduits sur d'autres parcours et la méthode¹⁷ est publiée sur le site de la HAS.

¹⁴ Guide PROMs BPCO « Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins (PROMs) pour améliorer la pratique clinique courante - Questionnaires spécifiques pour la prise en charge des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) » - HAS 2021

¹⁵ Rapport : Parcours du patient à risque ou atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) - Indicateurs de qualité issus du SNDS - Résultats nationaux et régionaux 2017 – HAS 2022

¹⁶ Rapport : Parcours du patient à risque ou atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) : 7 indicateurs de qualité développés – HAS 2022

¹⁷ Description des étapes d'élaboration des indicateurs de qualité des parcours de soins – HAS 2021

Table des annexes

- Annexe 1. Analyse de littérature depuis 2014
- Annexe 2. Résultats de la recherche documentaire sur les indicateurs publiés sur la BPCO
- Annexe 3. Indicateurs de qualité du parcours BPCO définis en accord avec les dimensions de la qualité présentées par le rapport de la STSS
- Annexe 4. Indicateurs de qualité du parcours BPCO définis en accord avec les étapes de prise en charge présentées dans le guide parcours

Annexe 1. Analyse de littérature depuis 2014

Le guide parcours de soins a été rédigé en 2012 et mis à jour en 2014 à l'occasion de la publication des fiches points clés sur la réadaptation respiratoire et sur les exacerbations de BPCO. Les points critiques du parcours de soins avaient été définis avec le groupe de travail. L'analyse des publications postérieures à 2014 n'a pas modifié le parcours BPCO décrit dans le guide, ni les points critiques identifiés, cependant l'actualisation du guide est réalisée de façon concomitante à l'élaboration des indicateurs afin de prendre en compte l'évolution des recommandations.

Recommandations de bonne pratique

Ont été identifiés :

- l'actualisation annuelle de la recommandation nord-américaine *Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease*¹⁸ (GOLD), la dernière en date étant celle de 2018 : les critères de la classification des BPCO et en conséquence la stratégie thérapeutique selon la sévérité de la BPCO avaient été modifiés par rapport à ceux du guide parcours de soins ;
- le *NICE pathway*¹⁹ des patients ayant une BPCO qui décrit la conduite à tenir à chaque étape du parcours et les critères de qualité du parcours (quality standard) ;
- deux recommandations sur la prise en charge des exacerbations de BPCO :
 - une de la Société de pneumologie de langue française (SPLF)²⁰ *Management of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD)* ;
 - et une des sociétés savantes européenne et américaine : *Management of COPD exacerbations European Respiratory Society/American Thoracic Society*²¹ ;
- une mise à jour sur la prise en charge médicamenteuse de la BPCO par la SPLF²².

Résultats

L'actualisation du guide porte sur des points précis (notamment classification de la maladie, critères d'hospitalisation d'une exacerbation de BPCO, stratégie médicamenteuse, etc ...) qui ne remettent pas en cause les points critiques « macroscopiques » du parcours.

Ces points critiques sont décrits dans le document accessible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/points_critiques_parcours_de_soins_bpco_web.pdf et rapportés.

¹⁸ https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf

¹⁹ <https://pathways.nice.org.uk/pathways/chronic-obstructive-pulmonary-disease>

²⁰ <http://splf.fr/wp-content/uploads/2017/06/Jouneau-recos-exac-BPCO-2017-SPLF-court.pdf>

²¹ <http://erj.ersjournals.com/content/49/3/1600791>

²² <http://splf.fr/wp-content/uploads/2014/12/reco-bpco-trait-splf-2016-rmr.pdf>

Annexe 2. Résultats de la recherche documentaire sur les indicateurs publiés sur la BPCO

Sites consultés pour la recherche d'indicateurs BPCO

NICE : <i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i> <i>Quality and Outcomes Framework indicator</i>	https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators/qofindicators
<i>NICE pathway</i>	https://pathways.nice.org.uk/pathways/chronic-obstructive-pulmonary-disease#
<i>Health Quality Ontario</i>	http://www.hqontario.ca/System-Performance/Measuring-System-Performance/Indicator-Library
<i>Australian Commission on Safety and Quality in Health Care</i>	https://www.safetyandquality.gov.au/
<i>CMS Quality Measures Inventory</i>	https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityMeasures/CMS-Measures-Inventory.html
<i>AHRQ Quality Indicators</i>	www.qualityindicators.ahrq.gov/ https://www.qualitymeasures.ahrq.gov https://www.ahrq.gov/cpi/about/otherwebsites/qualityindicators.ahrq.gov/qualityindicators.html http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PQI/V50/PQI_Brochure.pdf https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PQI/V45/TechSpecs/PQI%2005%20COPD%20or%20Asthma%20in%20Older%20Adults%20Admission%20Rate.pdf
<i>ACP Performance measures</i>	https://www.acponline.org/clinical-information/performance-measures
<i>National Quality Forum (NQF)</i>	http://www.qualityforum.org/Home.aspx
<i>Health Information and Quality Authority (Irlande)</i>	https://www.hiqa.ie/reports-and-publications/standards
<i>OECD Health Care Quality Indicators Project</i>	http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthcarequalityindicatorsproject.htm
<i>Canadian Institute for Health Information (CIHI)*</i>	https://www.cihi.ca/en/access-data-and-reports
<i>INESSS</i>	http://www.inesss.qc.ca

En France

Indicateurs de la ROSP	http://convention2016.ameli.fr/valoriser-lactivite/nouvelle-rosp/#1496190149191-35b5000e-a66c
Indicateurs FFAAIR	http://www.ffaair.org

Les indicateurs retenus à l'international

Agences	Indicateur
Diagnostic	
NICE AHRQ - National Quality Measures Clearinghouse (NQMC) Health Quality Ontario	% de patients qui ont eu une spirométrie pour faire le diagnostic de BPCO (chez les personnes à risque ou chez les personnes suspectées d'avoir une BPCO)
Prise en charge thérapeutique : vaccination	
NICE Health Quality Ontario ACP (American College of physician) CNAM (ROSP)	% de patients vaccinés contre la grippe et/ou le pneumocoque (selon les agences)
Prise en charge thérapeutique : tabagisme	
AHRQ/NQMC NICE Health Quality Ontario CNAM (ROSP)	% de patients qui ont eu une intervention pour arrêter de fumer (type d'intervention variable selon les indicateurs et selon les agences)
Prise en charge thérapeutique : réadaptation respiratoire	
NICE AHRQ/NQMC Health Quality Ontario	% de patients qui sont adressés à / qui se voient proposer un programme de réadaptation respiratoire
NICE Health Quality Ontario	% de patients qui ont une offre de réadaptation respiratoire dans les suites d'une hospitalisation pour exacerbation de BPCO
Prise en charge thérapeutique : médicaments	
AHRQ NQF Health Quality Ontario	% de patients qui reçoivent un BDCA*/BDLA*/des bronchodilatateurs/des CSI**
NICE Health Quality Ontario AHRQ	% de patients qui ont une évaluation de l'utilisation du dispositif d'inhalation
Suivi	
NICE AHRQ	% de patients qui ont une évaluation par un professionnel de santé incluant la dyspnée % de patients qui ont une mesure du VEMS
NICE Health Quality Ontario NQF	% de patients qui ont une évaluation de la SaO2 (le critère pour faire la SaO2 ou le moment pour la réaliser sont variables selon les agences)
Exacerbations de BPCO	
AHRQ Health Quality Ontario	% de patients ré hospitalisés /qui consultent le service des urgences dans le mois qui suit la sortie après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO

*BDCA : bronchodilatateur de courte durée d'action, BDLA : bronchodilatateur de longue durée d'action, **CSI : corticostéroïde inhalé

Les différentes agences peuvent avoir d'autres indicateurs, sur des points précis de la prise en charge :

- évaluation initiale (Ontario) : de la maladie, de l'incapacité, des comorbidités, ou par un pneumologue ;
- la vaccination : selon les agences, elle porte ou non sur le pneumocoque ;
- tabagisme :
 - certaines agences évaluent la disposition du patient à arrêter de fumer ou le résultat (arrêt du tabac) ;
 - *Health Quality Ontario* et *NICE* ont des indicateurs sur chacune des interventions pour arrêter de fumer (plan de soins, conseil, médicament) ;
 - dans la ROSP, le médecin déclare avoir fait une intervention brève pour aider le patient à arrêter de fumer ;
- réadaptation Respiratoire :
 - « Prescription » de réadaptation respiratoire : la description de l'indicateur est variable selon les agences : critères d'éligibilité à un programme de réadaptation respiratoire (sur la dyspnée, sur le stade de la BPCO, etc.), date de la prescription antérieure ;
 - *Health quality Ontario* a également des indicateurs sur le % de patients qui commencent et/ou qui finissent le programme ;
 - *NQF (National Quality Forum)* a deux indicateurs de résultats sur l'efficacité de la réadaptation respiratoire sur la capacité fonctionnelle et la qualité de vie ;
- médicaments : le mode de calcul est variable selon les agences : *AHRQ* évalue la prescription en fonction de la symptomatologie, *Health quality Ontario* stratifie en fonction de la gravité de la maladie ;
- oxygénothérapie : *NICE* et *Health quality Ontario* ont des indicateurs différents sur l'OLD ;
- suivi :
 - seul *Health quality Ontario* a un indicateur sur le suivi par un médecin généraliste et par un pneumologue (délai pour avoir un rendez-vous) ;
 - *AHRQ* a un indicateur sur le suivi du tabagisme et de l'IMC ;
- exacerbations : *NQF*, *AHRQ* et *NICE* ont un indicateur sur la prise en charge thérapeutique (médicaments pour *NQF*, VNI pour *AHRQ* et *NICE*, oxygénothérapie en ville pour le *NICE*) ;
- mortalité : *AHRQ* et *NQF* ont un indicateur sur la mortalité après hospitalisation pour exacerbation de BPCO ;
- patient : *Health quality Ontario* a plusieurs indicateurs pour évaluer la satisfaction du patient (implication du médecin généraliste, délai de rendez-vous, information reçue, implication du patient dans les décisions, éducation thérapeutique, etc ...).

En résumé, les indicateurs de qualité retenus par au moins trois agences concernent l'évaluation de

- la réalisation d'une spirométrie pour affirmer le diagnostic de BPCO ;
- la vaccination antigrippale ;
- un ou plusieurs éléments de la prise en charge du tabagisme ;
- la prescription de la réadaptation respiratoire ;
- l'évaluation de l'utilisation du dispositif d'inhalation.

Par ailleurs plusieurs indicateurs portent sur les exacerbations de BPCO et sur la satisfaction du patient.

Annexe 3. Indicateurs de qualité du parcours BPCO définis en accord avec les dimensions de la qualité présentées par le rapport de la STSS

Indicateurs définis / Dimensions de la qualité	Indicateurs mesurés à partir des BDMA	Indicateurs mesurés à partir des dossiers patients	Questionnaires patients
Précocité du repérage des patients à risque pour poser le diagnostic	Diagnostic de BPCO recherché	Dépistage de la BPCO	
Annonce, information, implication du patient			X
Prévention secondaire pour stabiliser la maladie	Vaccin contre la grippe		
		Aide au sevrage tabagique	
		Prescription isolée de cortico stéroïdes inhalés Pratique non recommandée, le résultat de cet indicateur devrait être de 0	
Coordination et multidisciplinarité			X
Aggravation de la maladie et suivi des exacerbations	Suivi médical après hospitalisation pour exacerbation de BPCO	Suivi des exacerbations de BPCO en ville	
	Traitement après hospitalisation pour exacerbation de BPCO		
	RR après hospitalisation pour exacerbation de BPCO		
	Ré hospitalisation pour exacerbation de BPCO dans les 3 mois		
Suivi au long cours		Recherche des co morbidités cardio-vasculaires, nutritionnelles	
	Réalisation d'EFR ou d'une spirométrie annuelle		
		Suivi médical des BPCO	
	RR après mise en ALD	RR pour les patients ayant une gêne respiratoire/handicap fonctionnel	
	Mesure des gaz du sang annuelle	Oxygénothérapie des patients en insuffisance respiratoire chronique	

Annexe 4. Indicateurs de qualité du parcours BPCO définis en accord avec les étapes de prise en charge présentées dans le guide parcours

Étapes du parcours	Indicateurs	Source	Population cible
Diagnostic et bilan initial	Dépistage de la BPCO	Dossier patient	Patients à risque de BPCO
	Diagnostic de BPCO recherché	SNDS	Patients à risque de BPCO
	Annonce, information, implication du patient	Questionnaire patient	À définir
Prise en charge thérapeutique d'un patient ayant une BPCO à l'état stable	Coordination et multidisciplinarité	Questionnaire patient	Patients ayant un traitement de référence de BPCO et patients diagnostiqués BPCO
	Aide au sevrage tabagique	Dossier patient	Patients à risque de BPCO, patients ayant un traitement de référence de BPCO et patients diagnostiqués BPCO
	Recherche des co morbidités cardio-vasculaires, nutritionnelles	Dossier patient	Patients ayant un traitement de référence de BPCO et patients diagnostiqués BPCO
	Vaccin antigrippal	SNDS	Patients ayant un traitement de référence de BPCO et patients diagnostiqués BPCO
	Réadaptation Respiratoire après mise en ALD	SNDS	Patients en ALD BPCO
	RR pour les patients ayant une gêne respiratoire/handicap fonctionnel	Dossier patient	Patients ayant un traitement de référence de BPCO et patients diagnostiqués BPCO
	Prescription isolée de cortico stéroïdes inhalés Pratique non recommandée, le résultat de cet indicateur devrait être de 0	Dossier patient	Patients ayant un traitement de référence de BPCO et patients diagnostiqués BPCO
	Oxygénothérapie des patients en insuffisance respiratoire chronique	Dossier patient	Patients ayant un traitement de référence de BPCO et patients diagnostiqués BPCO
Suivi en dehors des complications	Suivi médical des BPCO	Dossier patient	Patients ayant un traitement de référence de BPCO et patients diagnostiqués BPCO
	EFR annuelles	SNDS	Patients ayant un traitement de référence de BPCO et patients diagnostiqués BPCO
	Mesure des gaz du sang annuels	SNDS	Patients ayant une BPCO sévère ou très sévère sous oxygénothérapie
Prise en charge des exacerbations en ville	Suivi des exacerbations en ville	Dossier patient	Patients ayant un traitement de référence de BPCO et patients diagnostiqués BPCO

dehors des services de réanimation	Suivi médical après hospitalisation pour exacerbation de BPCO	SNDS	Patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO
	Traitement après hospitalisation pour exacerbation de BPCO	SNDS	Patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO
	Réadaptation Respiratoire après hospitalisation pour exacerbation de BPCO	SNDS	Patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO
	Réhospitalisation pour exacerbation de BPCO dans les 3 mois	SNDS	Patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO

Références bibliographiques

1. Stratégie de transformation du système de santé – Rapport final - Inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_pertinence.pdf
2. Fiches pathologie de l'Assurance maladie
https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Maladies_respiratoires_chroniques_hors_mu-coviscidose.pdf
3. Fuhrman C, Delmas M-C, pour le groupe épidémiologie et recherche clinique de la SPLF. Epidémiologie descriptive de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France. Rev Mal Respir 2010;27:160-8.
4. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Paris: DREES; 2017.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
5. Guide parcours de soins Bronchopneumopathie chronique obstructive – HAS 2019
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1505286/fr/bronchopneumopathie-chronique-obstructive-bpc0-parcours-de-soins
6. Synthèse des méthodes de recueil de données et d'analyse des résultats – HAS 2018
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-12/methode_iqss_2018.pdf
7. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours – HAS 2014
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arrêt-de-la-consommation-de-tabac-du-dépistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours
8. Risque cardio vasculaire - Les facteurs de risque d'après les recommandations HAS et AFSSAPS :
https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4992/document/risque-cardiovasculaire-facteurs_assurance-maladie.pdf
9. Échelle de Somnolence d'Epworth
<https://fondationsommeil.com/troubles-du-sommeil/testez-sommeil/echelle-somnolence/>
10. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte – HAS 2014 – actualisé 2021
https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-02/reco403_rapport_elaboration_2014_mai2021_alcool_cannabis_tabac_cd_2021_02_05.pdf
11. Fiche points clés et solutions - Comment prévenir les ré hospitalisations après une exacerbation de BPCO ? – HAS mai 2014
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/exacerbations_bpc0.pdf
12. Guide PROMs BPCO « Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins (PROMs) pour améliorer la pratique clinique courante - Questionnaires spécifiques pour la prise en charge des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) » - HAS 2021
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3276907/en/aide-a-l-utilisation-des-proms-en-pratique-clinique-courante
13. Parcours du patient à risque ou atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) : 7 indicateurs de qualité développés – HAS 2022
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-04/iqss_2022_-_bpc0_rapport_de_developpement_mars_2022.pdf
14. Parcours du patient à risque ou atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive Indicateurs de qualité issus du SNDS - Résultats nationaux et régionaux 2017 – HAS 2022
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-04/iqss_2022_-_rapport_resultats_bpc0_mars_2022.pdf
15. Résultats des indicateurs de qualité du parcours des patients à risque ou atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-04/iqss_2022_-_indicateurs_bpc0_developpement-synthese_mars_2022.pdf
16. Outils pour calculer les indicateurs du parcours BPCO à partir du SNDS (DCIR/PMSI) – HAS 2022
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3326301/fr/outils-pour-calculer-les-indicateurs-du-parcours-bpc0-a-partir-du-snds-dcir/pmsi
17. Description des étapes d'élaboration des indicateurs de qualité des parcours de soins – HAS 2021
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-05/iqss_etapes_elaboration_iq_parcours_2021.pdf

Participants

Ce travail est mené en copilotage HAS – CNAM :

HAS :

Marie Erbault, chef de projet, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins

Caroline Latapy, chef de projet, service évaluation de la pertinence et amélioration des pratiques et des parcours

Sous la responsabilité de Laetitia May-Michelangeli, chef de service Evaluation et Outils pour la Qualité et la Sécurité des Soins, Marie-Hélène Rodde-Dunet, chef de service Évaluation de la Pertinence et Amélioration des Pratiques et des Parcours, Sandrine Morin, adjointe du service Évaluation et Outils pour la Qualité et la Sécurité des Soins et Stéphanie Schramm, adjointe du service évaluation de la Pertinence et Amélioration des Pratiques et des Parcours

CNAM :

Julien Carricaburu, médecin conseil-chef de service – Pilote STSS pour la CNAM

Parties prenantes

La charte de déontologie ne prévoit pas de concertation avec les parties prenantes sur des outils d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mais une phase d'information de celles-ci.

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail :

Omar BELOUCIF, Fédération des prestataires de santé à domicile FPSAD,

Didier BILLET, Collège Masso-Kinésithérapie,

Jean-Christian BOREL, FPSAD,

Laetitia BROUSTE, Collège Infirmier Français,

Pascal CRENN Pascal, Collège de la nutrition,

François DAYRE, Collège Médecin Générale,

Jean-Dominique DEWITTE, CNP médecine du travail,

Alexandra DUVAUCHELLE, FPSAD,

Marie HENRIOT, Fédération française des associations et amicales des malades insuffisants ou handicapés respiratoires FFAAIR,

Bruno JULIA, Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière,

Xavier POURRAT, Collège pharmacie d'officine et pharmacie hospitalière,

Odile SAUVAGET, Association BPCO,

Michel UNDERNER, Société francophone tabacologie

Groupe de travail

M. Emin AGAMALIYEV, DREES

Mme Marie-Alix ALIX, pharmacien, Grand Est

Dr Pascal ANDUJAR, praticien de santé au travail, Ile de France

Dr Agnès BELLOCQ, pneumologue, présidente du réseau de réadaptation respiratoire Île-de-France, Ile de France

M. Anthony BENDER, masseur-kinésithérapeute, Grand Est

Mme Karine BERNEZET, cadre de Santé, Hauts de France

Mme Ilham BOUKERCHE, Fédération française des associations et amicales des malades insuffisants ou handicapés respiratoires FFAAIR

Dr Julien CARRICABURU, CNAM

Dr Anthony CHAPRON médecin généraliste, Bretagne

Dr Catherine DE BOURNONVILLE, tabacologue, Bretagne

Dr Alexandra DELANNOY, ATIH

Mme Rita GOUFLE, infirmière, Grand Est

M. Sofyane ISSA, DREES

Dr Gilles MADELON, médecin DIM, Grand Est

Dr Christelle MENAGER, CNAM

Dr Christian MICHEL, médecin généraliste, Grand Est

Dr Jacques PIQUET, pneumologue hospitalier, Ile de France

Mme Christiane POCHULU, patiente-expert BPCO

Dr RAPIN Amandine, médecin de médecine physique et ré-adaptation, Grand Est,

Dr Joëlle TEXEREAU, pneumologue, Directrice médicale VITALAIRE, Ile de France,

Pr THIBAULT Ronan, médecin nutritionniste, Bretagne

Dr Vincent VAN BOCKSTAEL, médecin de santé publique, ARS Hauts de France

Dr Christophe ZANETTI, pneumologue, Hauts de France

Dr Maéva ZYSMAN, pneumologue, chargée de projet, Nouvelle Aquitaine.

Participants HAS

Mme Laetitia CAVALIERE, assistante, SEvOQSS

Mme Marie ERBAULT, cheffe de projet, SEvOQSS

Dr Caroline LATAPY, cheffe de projet, SA3P

Mme Nelly LE GUEN, cheffe de projet, gestionnaire bases de données, SEvOQSS

Mme Agnès SOLOMIAC cheffe de projet statisticienne, SEvOQSS

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

ACP	<i>American College of Physician</i>
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ALD	Affection de Longue Durée
BDMA	Base de données médico-administratives
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
GOLD	<i>Global initiative for obstructive lung disease</i>
HAS	Haute Autorité de santé
AQSS	Indicateurs de qualité et de sécurité des soins
IRC	Insuffisance respiratoire chronique
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>
NQF	<i>National Quality Forum</i>
NQMC	<i>National Quality Measures Clearinghouse</i>
OLD	Oxygénothérapie de longue durée
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique
SNDS	Système national des données de santé
SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie
SPLF	Société de pneumologie de langue française
STSS	Stratégie de transformation du système de santé
SSR	Soins de suite et de réadaptation
VNI	Ventilation non invasive

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

