



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

PROBLEMATIQUE PERTINENCE

Pertinence du recours à l'hospitalisation pour bronchopneumopathie chronique surinfectée GHM 04M20

Date de validation par le collège : décembre 2012

Ce document est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service documentation – information des publics
2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| 1. Rappel de la chronologie du projet | 4 |
| 2. Situation/contexte..... | 4 |
| 3. Enjeux..... | 4 |
| 4. Objectifs - Recommandations/propositions/arbitrages | 4 |
| Note de problématique exacerbations de broncho pneumopathies chroniques obstructives | 6 |
| 1. Analyse de la problématique | 6 |
| 1.1 Analyse du GHM 04M20 | 6 |
| 1.2 Modalités de prise en charge de la BPCO | 7 |
| 2. Analyse des données de pratique | 9 |
| 2.1 Données épidémiologiques en France..... | 9 |
| 2.2 Etat des pratiques en France | 9 |
| 3. Conclusion | 11 |
| 4. Axes d'amélioration..... | 12 |
| 4.1 Les attentes | 12 |
| 4.1.1 Les attentes des tutelles..... | 12 |
| 4.1.2 Les attentes des professionnels..... | 12 |
| 4.1.3 Les objectifs proposés..... | 13 |
| 4.2 Littérature disponible | 13 |
| Annexe 1 - Libellé du GHM..... | 14 |
| Annexe 2 - Diagnostic et stade de sévérité de la BPCO (SFPLF) | 15 |
| Participants | 16 |
| Références | 17 |

1. Rappel de la chronologie du projet

Suite à une saisine de la DGOS et de la CNAMTS dans le cadre du programme pertinence, la HAS a préparé une note de problématique pertinence en lien avec les conseils nationaux professionnels concernés (pneumologie, médecine générale et urgences).

2. Situation/contexte

La constatation d'un taux de recours à l'hospitalisation pour exacerbation de BPCO variant selon les régions de 0,1 ‰ à 2 ‰ en 2010 (données issues du PMSI) a conduit la DGOS et la CNAMTS à demander à la HAS un travail sur la pertinence du recours à l'hospitalisation lors des exacerbations de BPCO.

3. Enjeux

51 931 patients ont séjourné aux urgences en 2010 pour exacerbation de BPCO, 95 % d'entre eux ont été hospitalisés. Les données du PMSI sont sujettes à discussion, la prévalence de la BPCO étant vraisemblablement variable selon les régions. L'existence d'un sur ou sous recours à l'hospitalisation ne peut être affirmée au vu de ces données d'autant qu'il existe des critères d'hospitalisation connus de la profession.

L'analyse des enquêtes de pratique en France tend à objectiver :

- un sous-diagnostic et une prise en charge tardive des patients ayant une BPCO, le diagnostic de la BPCO nécessitant la réalisation d'une spirométrie ;
- une prise en charge non optimale malgré l'existence de recommandations de bonne pratique ;
- l'absence de critères cliniques validés permettant de décider d'une hospitalisation pour BPCO ;
- l'absence de recommandations spécifiques de la prise en charge des exacerbations aiguës de BPCO.

4. Objectifs - Recommandations/propositions/arbitrages

A l'issue de ce travail, plusieurs axes de travail se dessinent pour :

- améliorer le diagnostic de la BPCO notamment en rendant accessible la spirométrie qui pourrait être réalisée par le médecin généraliste préalablement formé et en instaurant un contrôle qualité. Le diagnostic posé, une évaluation de la fonction respiratoire serait ensuite réalisée par le pneumologue,
- améliorer la prise en charge des exacerbations de BPCO,
- préciser les indications du recours à l'hospitalisation pour BPCO.

Dans ce cadre, des travaux sont envisagés avec les conseils nationaux professionnels concernés :

- l'élaboration d'un cahier des charges de programmes de DPC sur le thème du diagnostic de la BPCO et de l'utilisation de la spirométrie ;
- l'élaboration d'un protocole de prise en charge des exacerbations, incluant des supports/ aide à la décision d'hospitalisation.

Dans cette perspective, la Société de pneumologie de langue française s'est déjà mobilisée.

Note de problématique exacerbations de broncho-pneumopathies chroniques obstructives

Cette note de problématique concernant la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) a été élaborée suite aux constatations de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) concernant le taux de recours à l'hospitalisation pour BPCO en se fondant sur les données du programme de médicalisation du système d'information (PMSI) du groupe homogène de malades (GHM) 04M20 bronchopneumopathies chroniques surinfectées (terme renvoyant essentiellement aux exacerbations de BPCO, voir plus loin). En 2010, le taux de recours moyen à l'hospitalisation était de 0,8 ‰ ($\pm 0,3$) avec un taux de recours variant selon les régions de 0,1 ‰ à 2 ‰. Ces variations du taux de recours à l'hospitalisation amènent à s'interroger sur la pertinence de celle-ci sans préjuger d'un sur ou sous-recours à l'hospitalisation.

Cette maladie chronique est actuellement mal reconnue avec un diagnostic souvent tardif car, d'une part, les signes d'appel (toux, expectoration, dyspnée, épisodes aigus respiratoires [souvent étiquetés « bronchites » répétés], exposition aux facteurs de risque) sont souvent banalisés, voir minimalisés par le patient et, d'autre part, le diagnostic de la BPCO nécessite la réalisation d'une exploration fonctionnelle respiratoire (EFR). La prise en charge n'est actuellement pas optimale, elle est non conforme aux recommandations existantes. Le recours à l'hospitalisation lors des épisodes d'exacerbations mérite d'en étudier la pertinence en prenant en considération l'état clinique du malade, ses comorbidités, son environnement socio-économique ainsi que les ressources soignantes disponibles. La présente note expose plus en détail la problématique de la prise en charge de la BPCO avec des propositions d'amélioration du diagnostic et de la prise en charge au long cours avec une mention spécifique pour la prise en charge des exacerbations et le recours à l'hospitalisation.

1. Analyse de la problématique

1.1 Analyse du GHM 04M20

Le GHM 04M20 Bronchopneumopathies chroniques surinfectées inclut :

- 04M20 Bronchopneumopathies chroniques surinfectées
- 04M20T Bronchopneumopathies chroniques surinfectées, très courte durée
- 04M201 Bronchopneumopathies chroniques surinfectées, niveau 1
- 04M202 Bronchopneumopathies chroniques surinfectées, niveau 2
- 04M203 Bronchopneumopathies chroniques surinfectées, niveau 3
- 04M204 Bronchopneumopathies chroniques surinfectées, niveau 4

Cette racine a été créée dans la version 11 de la classification.

Elle est éligible aux niveaux de sévérité et possède un GHM de très courte durée (GHM en T) contenant les séjours sans nuitée (0 jour).

- voir la liste D-0408 : Bronchopneumopathies chroniques obstructives en annexe 1.
- voir la liste D-061 : Bronchopneumopathies chroniques surinfectées en annexe 1.

Les données fournies par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) concernant ce GHM sont les suivantes : 51 931 malades ont été inclus dans ce GHM. 46 % avaient entre 18 et 74 ans, 54 % avaient plus de 75 ans. 97,5 % des patients ont été hospitalisés. 92,3 % venaient du domicile dont 63 % après un passage aux urgences.

La maladie pulmonaire obstructive chronique, NCA (non classée ailleurs), représentait 95,9 % des diagnostics, la bronchite chronique simple et mucopurulente 4 %.

Le taux de recours moyen à l'hospitalisation était de 0,8 ‰ (± 0,3), le taux minimum observé de 0,1 ‰ et le maximum 2 ‰.

Des biais ou erreurs de codage sont possibles avec sous-estimation du taux de recours notamment en raison du sous-diagnostic de la BPCO qui nécessite la réalisation d'une EFR pas nécessairement réalisée au cours de l'hospitalisation. Des exacerbations de BPCO peuvent être ainsi méconnues et classées dans d'autres GHM :

- 04M03 Bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans
- 04M07 Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans
- 04M08 Bronchopneumopathies chroniques

Le codage de la BPCO peut ne pas apparaître en diagnostic principal compte tenu des co-morbidités fréquentes. Lorsque l'insuffisance respiratoire aiguë est codée en diagnostic principal, la mention d'un diagnostic associé de BPCO peut ne pas figurer sur le résumé de sortie anonyme (RSA). Un séjour codé BPCO n'est pas forcément lié à un épisode aigu et les séjours pour bilan ne peuvent pas être clairement identifiés.

A l'inverse, le diagnostic de BPCO peut être surestimé dans un contexte d'urgence, le diagnostic est posé sans réalisation préalable d'EFR qui est normalement réalisée en état stable.

Cette difficulté de codage de la BPCO est bien mise en évidence dans le travail de Fuhrman qui a cherché à identifier les hospitalisations pour exacerbations aiguës de BPCO à partir des données du PMSI. Deux définitions ont été utilisées : une définition stricte et une définition large. La définition stricte incluait les données ayant un diagnostic principal d'exacerbation aiguë de BPCO et celles combinant un diagnostic de BPCO ou d'emphysème avec une infection respiratoire basse ou une insuffisance respiratoire aiguë avec l'un de ces 4 codes en diagnostic principal. La définition large incluait les données précédentes sans tenir compte du diagnostic principal, elle incluait également les données ayant un diagnostic principal de BPCO ou d'emphysème. En 2006-2007,

65 983 hospitalisations ont été identifiées en utilisant la définition stricte, 107 511 en utilisant la définition large.

1.2 Modalités de prise en charge de la BPCO

Selon la Société de pneumologie de langue française : « La BPCO est une maladie respiratoire chronique définie par une obstruction permanente et progressive des voies aériennes. Cette obstruction est causée par l'association, variable selon les patients, d'une diminution du calibre des bronchioles du fait de modifications anatomiques (remodelage) et d'une destruction des alvéoles pulmonaires (emphysème). Il s'y associe une réponse inflammatoire pulmonaire anormale à des toxiques inhalés (tabac, polluants...). La cause la plus fréquente est le tabagisme. L'asthme, les dilatations des bronches et l'atteinte pulmonaire de la mucoviscidose ne font pas partie de la BPCO.

L'évolution de la BPCO est marquée par :

- un déclin accéléré de la fonction respiratoire, qui peut aboutir à une insuffisance respiratoire chronique ;

- un risque d'exacerbations pouvant mettre en jeu le pronostic vital. L'exacerbation est définie par une majoration des symptômes respiratoires au-delà des variations quotidiennes (en pratique d'une durée ≥ 48 h ou justifiant une modification thérapeutique). Les critères couramment utilisés sont l'augmentation de la dyspnée, de la toux, du volume de l'expectoration ou de la modification de l'expectoration (aspect purulent) ;
- un risque de handicap avec réduction de l'activité quotidienne notamment liée à la dyspnée. ».

Le diagnostic et les stades de sévérité de la BPCO sont détaillés en annexe 2.

La prise en charge de la BPCO fait appel à l'arrêt du tabagisme chez les fumeurs, la prévention éventuelle d'une exposition respiratoire aux polluants, la vaccination antigrippale tous les ans, chez l'insuffisant respiratoire la vaccination antipneumococcique tous les 5 ans, aux traitements pharmacologiques et à la réhabilitation pulmonaire.

L'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prise en charge à tous les stades de la maladie. La stratégie de prise en charge est résumée dans le tableau 1.

Tableau 1 Traitement en fonction du stade de sévérité de la BPCO (SPLF)

| Stade I : léger | Stade II : modéré | Stade III : sévère | Stade IV : très sévère |
|--|---|--|--|
| VEMS/CV < 0,7 | | | |
| VEMS ≥ 80 % valeur prédite | 50 % \leq VEMS < 80 % valeur prédite | 30 % \leq VEMS < 50 % valeur prédite | VEMS < 30 % valeur prédite Ou VEMS < 50 % valeur prédite avec insuffisance respiratoire chronique grave |
| Réduction des facteurs de risque (arrêt du tabac, prévention d'une exposition respiratoire aux polluants) Vaccination antigrippale tous les ans, chez les IRC* antipneumococcique tous les 5 ans Éducation thérapeutique | | | |
| Bronchodilatateur de courte durée d'action (si besoin) | | | |
| | Un ou plusieurs bronchodilatateurs de longue durée d'action Réhabilitation | | |
| | | Glucocorticoïdes inhalés sous forme d'association fixe si exacerbations répétées. (VEMS < 60 % pour salmeterol/fluticasone) | |
| | | | Oxygénothérapie longue durée si insuffisance respiratoire chronique Traitements chirurgicaux |

*IRC : insuffisant respiratoire chronique

L'évolution de la BPCO est ponctuée d'exacerbations aiguës. La fréquence des exacerbations est variable d'un patient à l'autre, elle est plus élevée lorsque le VEMS est inférieur à 50 %. C'est la cause la plus fréquente d'hospitalisation. En pratique ambulatoire, il n'y a pas d'instrument clinique validé pour faire la distinction entre une exacerbation sévère et non sévère. Des recommandations ont été proposées par le groupe de travail multidisciplinaire de pratique ambulatoire de la commission pour la coordination de la politique antibiotique en Belgique. Elles sont fondées sur des avis d'experts ou des études de faible niveau de preuve (série de cas). La Haute Autorité de Santé (HAS) a également proposé des critères d'hospitalisation dans le guide du parcours de soins « Bronchopneumopathie chronique obstructive » (février 2012).

2. Analyse des données de pratique

2.1 Données épidémiologiques en France

La prévalence de la BPCO est d'estimation difficile car elle nécessite la réalisation d'une exploration fonctionnelle respiratoire. Elle est estimée à 7,5 % chez les sujets âgés de plus de 40 ans.

La mortalité liée à la BPCO en France a été étudiée à partir de l'analyse des certificats de décès. En 2006, chez les sujets adultes âgés de 45 ans ou plus, 16 495 certificats de décès comportaient une mention de BPCO dont 7 391 mentionnaient la BPCO comme cause initiale de décès. Le taux brut de mortalité par BPCO était de 41/100 000 chez les hommes et de 17/100 000 chez les femmes. La BPCO était la cause principale ou associée au décès. Il existait des variations régionales du taux de mortalité. Sur la période 2004 - 2006 les taux de mortalité liés à la BPCO les plus élevés étaient observés dans le Nord, le Pas-de-Calais, l'Alsace, la Lorraine et la Bretagne. En Guadeloupe, Martinique et Guyane, les taux de mortalité liés à la BPCO étaient inférieurs à ceux observés en France métropolitaine (- 54 à - 80 %). En revanche, à la Réunion, ces taux étaient supérieurs à ceux de la métropole (+ 34 % chez les femmes, + 63 % chez les hommes). Ces différences régionales sont essentiellement attribuables à des différences dans la prévalence de la maladie. Des différences régionales dans l'exposition aux facteurs de risque de cette maladie sont probables. L'exposition professionnelle est le facteur de risque de BPCO le plus important après le tabagisme. Les secteurs professionnels où ce risque est le mieux documenté sont l'industrie minière, le secteur textile, le secteur agricole (élevages de porcs, silos à grain, production laitière, contexte social) mais aussi le bâtiment - travaux publics et la sidérurgie-fonderie. Les régions où l'on observe une surmortalité sont celles où sont concentrées ces activités en France métropolitaine.

2.2 Etat des pratiques en France

■ Le problème du sous-diagnostic de la BPCO et de la prise en charge tardive

La BPCO est une maladie insidieuse, lentement progressive, dont les symptômes (toux, expectoration, dyspnée) sont banalisés. Son diagnostic n'est pas aisé en médecine générale puisqu'il nécessite la réalisation d'une EFR.

Une étude transversale de dépistage de la BPCO a été réalisée par 22 médecins du travail de Rhône-Alpes d'octobre 2007 à mars 2008 (étude Dépistra 2011). 419 sujets ont été inclus dans l'étude. La prévalence de la BPCO diagnostiquée par des EFR était de 5,73 % (24 sujets). Aucun ne se savait porteur de cette maladie pourtant 50 % d'entre eux avaient déjà réalisé une spirométrie mais ne bénéficiaient pas d'une prise en charge spécifique.

Dans une étude de cohorte réalisée entre le 1^{er} octobre 2006 et le 30 juin 2007, les hospitalisations pour exacerbation aiguë de BPCO en service de pneumologie ont été étudiées selon que le diagnostic de BPCO fût connu ou non. 1 824 patients ont été inclus dont 77 % d'hommes. 290 patients avaient une exacerbation aiguë inaugurale (15,9 %) dont 44 % avaient un VEMS inférieur à 50 % de la valeur prédite.

Une étude réalisée en 2004 auprès de pneumologues libéraux a recherché à quel stade les patients ayant une BPCO étaient vus en consultation par le pneumologue. 878 patients ont été inclus, 79 % étaient des hommes. 77 % des hommes et 63,8 % des femmes avaient une BPCO moyennement sévère ou sévère. 12 % des hommes et des femmes étaient vus au stade d'insuffisance respiratoire (enquête EDEN 2005).

Une enquête prospective par questionnaire a été réalisée auprès de 664 médecins généralistes de Picardie. 222 réponses interprétables ont été obtenues. Le risque de BPCO chez les fumeurs était pris en compte par 75 % des médecins lors du début des symptômes. Moins de 50 % demandaient un avis pneumologique dans le bilan initial (50 % du fait du refus du patient et 30 % car le bilan respiratoire leur semblait inutile en complément de leurs investigations).

Une étude réalisée dans les centres d'examen de santé a inclus 4 750 patients dont 50 % d'hommes. Tous les sujets ont eu une spirométrie. 8 % avaient une obstruction bronchique et 92 % d'entre eux ignoraient qu'ils avaient une BPCO.

Des campagnes de sensibilisation ont été menées auprès du grand public : opérations Capital Souffle en 2005, 2006 et 2007. 9 000 personnes ont participé à la dernière campagne en 2007, 3,2 % avaient une mesure du souffle pathologique. Plus des 2/3 étaient des anciens fumeurs ou des fumeurs actifs. Seules 40 % d'entre elles étaient suivies pour une pathologie respiratoire (1/2 asthme, 1/2 BPCO), les autres personnes (60 %) ignoraient tout de leur pathologie.

Toutes ces études bien que présentant des limites convergent vers le même constat : un sous diagnostic de la BPCO et une prise en charge tardive.

■ **Le non-suivi des recommandations pour la prise en charge de la BPCO**

Les recommandations sur la prise en charge de la BPCO ne sont pas toujours suivies en France tant en médecine ambulatoire qu'en milieu hospitalier. Dans une étude prospective réalisée d'août 2001 à décembre 2007, une vingtaine de pneumologues hospitaliers français ont recueilli les traitements de fond suivis par des patients adressés en consultation par le médecin traitant ou le pneumologue. Les traitements de fond suivis par ces patients ont été comparés aux traitements recommandés par la Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). 542 patients ont été inclus dont 78,3 % d'hommes. 39,8 % d'entre eux avaient été adressés par le pneumologue, les autres par un médecin non pneumologue. Les bronchodilatateurs de longue durée d'action n'étaient pas prescrits systématiquement chez 28,2 % des patients ayant une BPCO de stade II, 14,7 % au stade III et 4,9 % au stade IV. La réhabilitation pulmonaire n'était prescrite que dans 9,8 % des cas où elle était indiquée. Les corticostéroïdes inhalés étaient sur-utilisés, 59,4 % des 234 patients ayant une BPCO de stade II en recevaient. L'oxygénothérapie était prescrite chez 9,6 % des patients ayant une $\text{PaO}_2 > 60$ mmHg. À l'inverse, 54,3 % des patients ayant une $\text{PaO}_2 < 60$ mmHg ne recevaient pas d'oxygénothérapie de longue durée. En matière de prévention, seuls 50,4 % des patients avaient bénéficié de la vaccination antigrippale. Cette étude objective des écarts entre les recommandations thérapeutiques GOLD et les traitements effectivement utilisés par les patients inclus. Il existe cependant un possible biais d'inclusion, tous les sujets consultant n'ont pas été systématiquement inclus.

Un audit clinique ciblé prospectif sur 3 semaines a été réalisé dans tous les services du CHU de Montpellier (hors réanimation) concernant la prise en charge de la BPCO. Le référentiel d'évaluation était fondé sur les recommandations de la Société de pneumologie de langue française (2003). 121 observations dont 38 en pneumologie ont été recueillies à partir du codage PMSI : BPCO ou bronchite chronique ou emphysème en diagnostic principal ou secondaire. 8 % avaient comme diagnostic principal la BPCO. Les résultats sont résumés dans le tableau 2.

Tableau 2 Résultats primaires

| Items | Oui (%) | Non (%) |
|---|---------|---------|
| Une radiographie thoracique a-t-elle été réalisée ? | 88 | 12 |
| Une spirométrie complète avec mesure des volumes, test de réversibilité et une gazométrie ont-elles été réalisées ? | 50,8 | 40,2 |
| Le tabagisme est-il quantitativement connu ? | 89,1 | 10,9 |
| Le patient est-il informé sur la nécessité et les moyens du sevrage tabagique ? | 41,9 | 58,1 |
| Une réhabilitation respiratoire a-t-elle été envisagée ? | 14,5 | 85,5 |
| Des CS* et /ou des BD [†] ont-ils été prescrits ? | 47,8 | 52,2 |
| Le nombre d'exacerbations / hospitalisations par an est-il connu ? | 14,9 | 85,1 |
| Le statut pondéral est-il connu ? | 89,8 | 10,2 |
| La durée de séjour est-elle connue ? | 100 | 0 |

*CS : corticostéroïdes, BD[†] : bronchodilatateurs

Les patients hospitalisés en service de pneumologie avaient significativement reçu plus d'informations sur les moyens de sevrage tabagique (75 % vs 35 %, p : 0,0004), davantage d'explorations fonctionnelles respiratoires : 73 % vs 38 % (p : 0,0005) et de réhabilitation respiratoire : 35 % vs 5 % (p : < 0,0001). Ces différences inhérentes à la spécialité soulignent que la mise à jour des connaissances pour les médecins non spécialistes dans cette pathologie, dont la prise en charge évolue, est difficile à réaliser.

Cet audit clinique met en évidence les points d'améliorations potentiels pour la prise en charge de la BPCO au CHU de Montpellier : sevrage tabagique, accessibilité des EFR, réhabilitation respiratoire.

3. Conclusion

Les données du PMSI sont d'interprétation difficile compte tenu des difficultés de codage comme illustré précédemment. Les écarts inter-régions du taux de recours doivent aussi être interprétés avec prudence. Il semble que la prévalence de la BPCO ne soit pas uniforme sur tout le territoire français avec probablement des habitudes tabagiques différentes et une exposition aux risques professionnels variable selon le territoire comme en témoignent les taux de mortalité différents selon les régions.

Les analyses de pratique montrent la réalité du sous-diagnostic de la BPCO ainsi qu'une prise en charge non conforme aux référentiels existants.

4. Axes d'amélioration

4.1 Les attentes

4.1.1 Attentes des tutelles

Le ministère de la Santé et des Solidarités a défini le programme d'actions 2005-2010 en faveur de la broncho pneumopathie chronique obstructive : « Connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO » avec les objectifs généraux suivants :

- diminuer à terme la fréquence de la BPCO dans la population générale par la mise en place d'une politique de prévention visant à réduire les facteurs de risque de la maladie, particulièrement l'exposition tabagique et professionnelle ;
- diminuer la mortalité évitable, les hospitalisations, réduire le handicap respiratoire et améliorer la qualité de vie et l'insertion socioprofessionnelle des malades par un dépistage, un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée.

Les hétérogénéités, constatées par l'ATIH, du taux de recours amènent à s'interroger malgré les limites décrites précédemment (problème du codage, prévalence mal connue et probablement hétérogène sur le territoire français). Les enquêtes de pratique disponibles renforcent les hypothèses de travail et viennent dans la continuité du plan BPCO notamment au niveau de son axe 4 : renforcer la formation et l'information des professionnels de santé sur la BPCO et de son axe 5 : améliorer l'accès aux soins, le diagnostic précoce et la qualité de la prise en charge des malades atteints de BPCO.

4.1.2 Attentes des professionnels

Le diagnostic précoce de la BPCO, sa prise en charge optimale et la réhabilitation sont des objectifs à atteindre. L'amélioration de la prise en charge de la BPCO ainsi qu'une identification précoce de l'exacerbation débutante devraient contribuer à réduire le taux de recours à l'hospitalisation.

La problématique du diagnostic précoce de la BPCO doit conduire à la rédaction de messages simples destinés aux médecins traitants, aux pharmaciens et aux patients : ne pas banaliser une toux, une expectoration, une dyspnée, des bronchites répétées ; penser à la BPCO d'autant plus que le patient est fumeur ou exposé à un risque professionnel de BPCO.

La prise en charge précoce des exacerbations avec mise en œuvre rapide du traitement devrait contribuer à réduire le taux de recours pour exacerbation de BPCO. L'étude EXACO en cours vise à décrire quantitativement et qualitativement les exacerbations des patients ayant une BPCO en fonction du stade de sévérité et à vérifier l'hypothèse de la présence d'un sous-groupe de patients « exacerbateurs fréquents » présentant un nombre d'exacerbations homogène dans le temps. Les facteurs associés à ce profil « exacerbateur fréquent » et au déclin accéléré de la fonction respiratoire seront aussi évalués. Selon les résultats la définition d'un profil « exacerbateur fréquent » pourrait conduire à une prise en charge spécifique de ces patients (groupe EXACO France).

L'accès direct aux urgences pour exacerbation d'un patient n'ayant aucune information médicale concernant sa BPCO, ses traitements en cours et ses comorbidités, ne facilite pas la prise en charge de ce type de patient par l'urgentiste. La difficulté, voire l'impossibilité de joindre le médecin traitant habituel (ou le pneumologue du patient), notamment la nuit, le week-end et les jours fériés, peut conduire à mettre en observation un patient faute d'information. Un système de partage d'information est important dans ce contexte.

4.1.3 Les objectifs proposés

Les axes de travail possibles sont :

- harmoniser les pratiques de codage ;
- exploiter des données régionales de la prévalence de la BPCO pour éclairer les données du PMSI ;
- améliorer le diagnostic précoce de la BPCO notamment à travers :
 - l'utilisation de la spirométrie par le médecin généraliste. Le repérage réalisé permettrait ensuite une évaluation de la fonction respiratoire par le pneumologue et la mise en place du suivi selon le stade de sévérité de la BPCO ;
 - des actions de formation et l'instauration d'une démarche qualité ;
- renforcer l'implémentation des recommandations professionnelles existantes pour améliorer la prise en charge de la BPCO en médecine ambulatoire et dans les établissements de santé et améliorer la coordination des soins. Il s'agit notamment de mettre l'accent sur :
 - le partage d'information entre les professionnels à l'aide par exemple d'une fiche patient BPCO mentionnant les coordonnées du patient et des acteurs de la prise en charge, le stade de sévérité de la BPCO avec le résultat de la dernière EFR, les traitements en cours et les comorbidités. Cette fiche serait détenue par le patient. Elle pourrait être particulièrement utile lors des situations d'urgence en l'absence du médecin ou du pneumologue traitant habituel ;
 - l'élaboration d'un programme personnalisé de soins intégrant les traitements en cours, l'éducation du patient, les paramètres de surveillance, les acteurs de la prise en charge et les modalités de leur coordination ;
- améliorer la prise en charge des exacerbations de BPCO en invitant les professionnels dans les territoires de santé à élaborer un protocole pour le suivi à domicile du patient ayant une exacerbation avec définition des options thérapeutiques, des paramètres de surveillance et des acteurs de la prise en charge.

4.2 Littérature disponible

Une recommandation sur la prise en charge de la BPCO de 2009, de la Société de pneumologie de langue française et un guide du parcours de soins « Bronchopneumopathie chronique obstructive » (HAS, février 2012) sont disponibles. Ces recommandations précisent notamment les critères d'hospitalisation. Ces travaux peuvent être utilisés pour des actions de formation continue ainsi que des actions d'évaluation des pratiques à l'aide de référentiels de bonne pratique de prise en charge de la BPCO.

La prise en charge spécifique des exacerbations aiguës de BPCO est succinctement décrite dans les travaux précédemment cités. Il existe par ailleurs un travail de la Société française de médecine d'urgence de 2008 : « Prise en charge des exacerbations de BPCO » plus spécifiquement destiné aux médecins urgentistes et une recommandation : « Prise en charge des exacerbations aiguës de BPCO en pratique ambulatoire », BAPCO (*Belgian Association of Professional Conference Organisers*) février 2009, destinée à la prise en charge ambulatoire des exacerbations.

Annexe 1 Libellé du GHM

Liste D-0408 : Broncho pneumopathies chroniques obstructives

- J41.1 BRONCHITE CHRON. MUCOPURULENTE
- J41.8 BRONCHITE CHRON. SIMPLE ET MUCOPURULENTE
- J43.0 SYND. DE MACLEOD
- J43.1 EMPHYSEME PANLOBULAIRE
- J43.2 EMPHYSEME CENTRO-LOBULAIRE
- J43.8 EMPHYSEMES, NCA
- J43.9 EMPHYSEME, SAI
- J44.0 MAL. PULM. OBSTRU. CHRON. AVEC INFECT. AIG. DES VOIES RESP. INF.
- J44.1 MAL. PULM. OBSTRU. CHRON. AVEC EPISODES AIG., SAI
- J44.8 MAL. PULM. OBSTRU. CHRON. PREC., NCA
- J44.9 MAL. PULM. OBSTRU. CHRON., SAI
- J47 BRONCHECTASIE
- J95.3 INSUF. PULM. CHRON. CONSEC. À UNE ITV. CHIR.
- J96.1 INSUF. RESP. CHRON.
- J96.1+0 INSUF. RESP. CHRON. OBSTRU.
- J96.1+1 INSUF. RESP. CHRON. RESTRI.
- J96.9 INSUF. RESP., SAI
- Q33.4 BRONCHECTASIE CONG.

Liste D-061 : Bronchopneumopathies chroniques surinfectées

- J41.1 BRONCHITE CHRON. MUCOPURULENTE
- J44.0 MAL. PULM. OBSTRU. CHRON. AVEC INFECT. AIG. DES VOIES RESP. INF.
- J44.1 MAL. PULM. OBSTRU. CHRON. AVEC EPISODES AIG., SAI

Annexe 2 Diagnostic et stades de sévérité de la BPCO (SPLF)

Le diagnostic de trouble ventilatoire obstructif est fondé sur un rapport VEMS/CVF < 70 % après administration d'un bronchodilatateur (VEMS : volume expiratoire maximal à la première seconde ; CVF : capacité vitale forcée). L'insuffisance respiratoire chronique se définit par une valeur de pression partielle en oxygène (PaO₂) < 70 mmHg (9,3 kPa) sur deux mesures des gaz du sang artériel à l'état stable à au moins 3 semaines d'intervalle. L'insuffisance respiratoire chronique est qualifiée de grave quand la valeur de la PaO₂ est ≤ 55 mmHg (7,3 kPa) ou < 60 mmHg (8 kPa) avec des signes d'insuffisance ventriculaire droite ou une polyglobulie. L'exacerbation est définie par une majoration des symptômes respiratoires au-delà des variations quotidiennes (en pratique, d'une durée ≥ 48 h ou justifiant une modification thérapeutique).

La classification de la sévérité repose sur les résultats du VEMS à la spirométrie et comprend 4 stades, allant du stade léger au stade très sévère (tableau 1).

Tableau 1 Classification spirométrique de la BPCO en stades de sévérité

| Classification de la BPCO en stade de sévérité | | |
|--|-----------------|--|
| Stade I : léger | VEMS/CVF < 70 % | VEMS ≥ 80 % valeur prédite |
| Stade II : modéré | | 50 % ≤ VEMS < 80 % valeur prédite |
| Stade III : sévère | | 30 % ≤ VEMS < 50 % valeur prédite |
| Stade IV : très sévère | | VEMS < 30 % valeur prédite Ou VEMS < 50 % valeur prédite avec insuffisance respiratoire chronique grave |

La valeur prédite est définie par des abaques prenant en compte l'âge, le sexe, la taille et l'origine ethnique.

Le score de BODE permet d'identifier les patients les plus à risque de complications ou de décès.

Tableau 2 Calcul du score de Bode

| | | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|--|-------|---------|---------|-------|
| B | IMC (kg/m ²) | > 21 | ≤ 21 | | |
| O | VEMS (% de la valeur prédite) | ≥ 65 | 50-64 | 36-49 | ≤ 35 |
| D | MMRC (0-4) | 0-1 | 2 | 3 | 4 |
| E | Distance parcourue lors du test de marche de 6 minutes (m) | ≥ 350 | 250-349 | 150-249 | ≤ 149 |

B : body mass index, O : airflow obstruction, D : functional dyspnoea, E : exercice capacity

Pour obtenir le score de Bode ajoutez les notes obtenues pour chaque item. Le RR de décès est de 1,34 pour chaque augmentation de 1 du score de BODE toutes causes de décès confondues et de 1,62 pour les causes respiratoires.

La dyspnée est cotée à l'aide de l'échelle de dyspnée du Medical Research Council (MRC) traduite en français ou modifiée (MMRC). L'échelle MMRC inclut 5 stades :

- stade 0 : dyspnée pour des efforts soutenus (montée 2 étages) ;
- stade 1 : dyspnée lors de la marche rapide ou en pente ;
- stade 2 : dyspnée à la marche sur terrain plat en suivant quelqu'un de son âge ;
- stade 3 : dyspnée obligeant à s'arrêter pour reprendre son souffle après quelques minutes ou une centaine de mètres en terrain plat ;
- stade 4 : dyspnée au moindre effort.

Participants

Cette note de problématique a été rédigée avec le concours des experts suivants :

- Pr Nicolas Roche, Dr Hervé Pegliasco, représentants du conseil national professionnel des pneumologues et de la fédération de pneumologie de langue française.
- Dr Daniel Pic, représentant le conseil national professionnel des médecins urgentistes.
- Dr Yves Lequeux, Dr Jean-Marc Pauly, représentants du collège de la médecine générale.

Références

Programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) 2005/2010. « Connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO ». Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, 2005.

Résultats de la campagne « Capital Souffle » 2007. Collectif Capital Souffle.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synth_resultats_campagne2007.pdf

Burgel PR. La BPCO en consultation de pneumologie EDEN : Enquête Diagnostique et Épidémiologique Nationale sur la BPCO. *Rev Pneumol Clin* 2005;61:5S10-2.

Direction générale de la santé. Etude épidémiologique sur la bpcO. Paris: DGS; 2007.

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

Fuhrman C, Roche N, Vergnenegre A, Zureik M, Chouaid C, Delmas MC. Hospital admissions related to acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease in France, 1998-2007. *Respir Med* 2011;105(4):595-601.

Gheffari I, Bourdin A, Chanez P, Godard P. Evaluation des pratiques professionnelles pour la prise en charge de la BPCO au CHU de Montpellier. *Rev Mal Respir* 2010;27(5):457-62.

Groupe de travail multidisciplinaire de pratique ambulatoire de la commission pour la coordination de la politique antibiotique en Belgique. Prise en charge des exacerbations aiguës de BPCO en pratique ambulatoire. Bruxelles: Dirk Cuyper; 2012.

Guerin JC, Baud JP, Besson JC, Boggio A, Devillier P, Dusser D. Etude DEPISTRA : DEPIStage de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) par des médecins du Travail de Rhône-Alpes. *DMT* 2011;(126).

Haute Autorité de Santé. Bronchopneumopathie chronique obstructive. Guide du parcours de soins. Saint Denis la Plaine: HAS; 2012.

Institut de veille sanitaire. Hospitalisations pour exacerbations de BPCO : comment les identifier à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ? Saint Maurice: InVS; 2009.

Jebrak G, Initiatives BPCO. Recommandations et prise en charge de la BPCO en France : les recommandations sur la prise en charge de la BPCO ne sont pas suivies dans la vraie vie ! *Rev Mal Respir* 2010;27(1):11-8.

Labsbleiz C. BPCO en médecine générale : enquête descriptive en Picardie. Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Amiens: université de Picardie Jules Verne; 2007.

Roche N. Comment améliorer le diagnostic de broncho-pneumopathie chronique obstructive dans la population? *Presse Med* 2005;34:1612-4.

Société de pneumologie de langue française. Recommandations de la Société de pneumologie de langue française sur la prise en charge de la BPCO (mise à jour 2009). *Rev Mal Respir* 2010;27(Suppl 1).

Tillie-Leblond I, Masure F. « EXACO » : suivi sur 4 ans des exacerbations d'une cohorte de patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive. *Rev Mal Respir* 2006;23:377-84.



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

"Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur" www.has-sante.fr