

Pertinence de la prise en charge des patients  
en SSR après hospitalisation en MCO pour  
exacerbation de bronchopneumopathie  
chronique obstructive

**RAPPORT**

Ce rapport est téléchargeable sur :

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Haute Autorité de santé

Service communication - information

5, 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

Liste des abréviations.....	5
1. Introduction.....	6
2. Aspects réglementaires .....	6
3. L'exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive (EABPCO) .....	7
3.1. Définition.....	7
3.2. Données chiffrées.....	7
3.3. Appréciation de la gravité .....	7
3.4. Évolution.....	8
3.5. Modalités de prise en charge, critères d'hospitalisation .....	8
3.6. Traitements de l'EABPCO .....	9
4. L'organisation de la sortie de l'hôpital, les critères de sortie .....	11
4.1. Critères à vérifier avant la sortie de l'hôpital .....	11
4.2. Structure d'accueil .....	12
5. La prise en charge après la sortie d'hospitalisation .....	12
5.1. Traitement médicamenteux .....	12
5.2. Traitements non médicamenteux .....	13
5.3. Suivi.....	13
6. La réhabilitation respiratoire .....	14
6.1. Définition.....	14
6.2. Bénéfices attendus .....	15
6.3. Évaluation initiale.....	15
6.4. Initiation .....	15
6.5. Contenu .....	15
6.6. Durée.....	16
6.7. Sites de réalisation .....	16
7. Conclusions.....	17

8. Avis des parties prenantes .....	17
Annexe avis des parties prenantes .....	18
Participants .....	30
Références.....	31

## Liste des abréviations

ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DSS	Direction de la sécurité sociale
EABPCO	Exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive
GOLD	<i>Global initiative for obstructive lung disease</i>
GHM	Groupe homogène de malades
HAS	Haute Autorité de santé
IRA	Insuffisance respiratoire aiguë
IRC	Insuffisance respiratoire chronique
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>
OLD	Oxygénothérapie de longue durée
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
SPLF	Société de pneumologie de langue française
SpO2	Saturation pulsée en oxygène
SSR	Soins de suite et de réadaptation
VNI	Ventilation non invasive

## 1. Introduction

Dans le cadre du programme relatif à la pertinence des actes et soins, la HAS a été sollicitée par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour l'élaboration de travaux d'amélioration de la pertinence des soins des patients pris en charge en soins de suite et réadaptation (SSR) après hospitalisation en établissement médecine chirurgie obstétrique (MCO) pour exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive (EABPCO).

Cette demande porte sur :

- la caractérisation et la définition des objectifs, des modalités et des contenus spécifiques de la réhabilitation respiratoire en SSR des patients après exacerbation de BPCO ayant nécessité une hospitalisation ;
- l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques de prise en charge des patients BPCO en soins de suite et réadaptation après une hospitalisation pour EABPCO en MCO.

Elle est justifiée d'une part par l'importance quantitative du recours au SSR pour la prise en charge de patients BPCO conduisant à s'interroger sur la pertinence de ce mode de prise en charge ; d'autre part, par l'intérêt de pouvoir disposer de référentiels pour structurer l'offre de soins dans le contexte de réforme du mode de financement des SSR à l'activité.

Elle s'inscrit à la suite des travaux menés par la HAS en 2014 :

- Guide parcours de soins Bronchopneumopathie chronique obstructive (1) ;
- Fiche Points Clés & Solutions « Comment prévenir les ré-hospitalisations après une exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive » (2) ;
- Fiche Points Clés & Solutions « Comment mettre en œuvre la réhabilitation respiratoire pour les patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive » (3) ;
- Rapport d'évaluation de l'acte de « Réentraînement à l'exercice sur machine d'un patient atteint d'une pathologie respiratoire chronique »

La présente note expose plus en détail la problématique de prise en charge des patients hospitalisés pour EABPCO, **avant** et **après** la sortie d'hôpital, avec une mention spécifique pour la prévention des réadmissions et la mise en œuvre de la réhabilitation respiratoire.

L'objectif est de proposer, à partir d'un état des lieux de la littérature disponible (en particulier les recommandations et méta-analyses répondant à cette thématique), les travaux pouvant être envisagés.

## 2. Aspects réglementaires

Les obligations communes à tous les SSR ainsi que les conditions particulières à la prise en charge spécialisée des affections respiratoires ont été fixés dans les deux décrets du 17 avril 2008 (décret n° 2008-376 (4) et décret n° 2008-377 (5) relatifs aux conditions techniques de fonctionnement et d'implantation.

La circulaire DHOS/O1/2008/305 du 5 octobre 2008 (6) relative à ces décrets donne les orientations et les éléments nécessaires à la structuration de l'activité de soins de suite et de réadaptation. En particulier, la fiche de soins spécialisés « PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES EN SSR » précise les situations de recours à ces structures comme : « **l'accueil de patients atteints d'affections broncho-pulmonaires, avec un handicap respiratoire transitoire ou permanent, lorsque leur état ne nécessite plus leur maintien en service aigu ou ne leur permet plus de rester à domicile, mais exige un traitement et une surveillance spécialisés avant leur retour à domicile** ».

### 3. L'exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive (EABPCO)

#### ► Analyse des recommandations

Deux recommandations de moins de 5 ans consacrées à la prise en charge d'exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive ont été retrouvées :

- « *Management of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) Guidelines from the Société de pneumologie de langue française* » (7) »
- « *Management of COPD exacerbations European Respiratory Society/American Thoracic Society* » (8) »

La question du traitement des exacerbations de BPCO a également été abordée dans 3 recommandations de moins de 5 ans portant sur la prise en charge de la BPCO :

- « *Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): Diagnosis and Management* » British Columbia Guidelines (9)
- « *Clinical practice guideline for the management of chronic obstructive pulmonary disease* » Department of Veterans Affairs (10)
- « *Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease* » Rapport GOLD 2017 (Il ne s'agit pas de recommandations mais de consensus d'experts internationaux) (11).

#### 3.1. Définition

Selon la SPLF « l'exacerbation est un événement aigu caractérisé par une aggravation des symptômes respiratoires (notamment la toux, l'expectoration et la dyspnée) au-delà des variations quotidiennes et conduisant à une modification thérapeutique : soit une simple augmentation des bronchodilatateurs (dans ce cas, une durée supérieure à 24 heures est requise pour parler d'exacerbation), soit l'ajout d'un traitement supplémentaire (antibiothérapie et/ou corticothérapie orale) » (7).

#### 3.2. Données chiffrées

La prévalence de la BPCO est d'estimation difficile car elle nécessite la réalisation d'une exploration fonctionnelle respiratoire. Elle serait de 7,5 % chez les sujets âgés de plus de 40 ans (guide parcours de soins BPCO HAS 2014 (1)).

En 2011 les EABPCO auraient été responsables d'une hospitalisation pour environ 95 000 personnes; 43 % des patients auraient été ré-hospitalisés dans les 6 mois<sup>1</sup>. Ces données doivent être interprétées avec prudence compte tenu des biais et erreurs de codage possibles, avec sous-estimation du taux de recours notamment en raison du sous diagnostic de la BPCO.

En 2014, la prise en charge de la BPCO (en manifestation morbide principale (MMP) ou affection étiologique (AE)) a généré 491 147 journées d'hospitalisation en SSR, soit 26 % des journées de la catégorie majeure 04 « affections de l'appareil respiratoire ». Les hospitalisations sont majoritairement réalisées au sein de SSR spécialisés titulaires de la mention « prise en charge des affections respiratoires » en SSR (63 % des journées 2014) ou SSR polyvalents (24 % des journées 2014).

#### 3.3. Appréciation de la gravité

En pratique clinique, la gravité de l'épisode d'exacerbation est appréciée sur les caractéristiques de la maladie à l'état de base, la présence de signes cliniques, les comorbidités et la fréquence des exacerba-

---

<sup>1</sup> Source : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. [Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie](#) Paris: CNAMTS; 2013.(12)

tions antérieures. Les exacerbations peuvent être ainsi être classées en graves/sévères (en présence d'au moins un signe clinique de gravité), ou non graves.

### 3.4. Évolution

Au décours de la période aiguë la mortalité hospitalière des exacerbations sévères de BPCO est, au sein de populations non sélectionnées, de l'ordre de 6,7 % (jusqu'à 30 % en cas d'admission en soins intensifs). La nécessité d'un premier recours à la ventilation non invasive (VNI) serait également prédictive d'un risque de décès à 1 mois de 29,3 % et à 5 ans de 76,3 %.

L'évolution clinique d'une exacerbation dépend de deux composantes majeures :

- La gravité de l'exacerbation, associée à la sévérité de l'obstruction bronchique à l'état basal et lors de la période aiguë ;
- Le contexte général du patient évalué par la présence de comorbidités. L'âge constitue dans ce cadre un facteur de risque spécifique.

Les symptômes régressent habituellement en 7 à 10 jours mais parfois beaucoup plus lentement. À 8 semaines, 20 % des patients n'ont pas retrouvé l'état pré-exacerbation (11).

Le surcroît de mortalité à moyen terme est de 15,6 %, ce qui renforce l'idée que la durée de la période critique excède celle de l'hospitalisation. Toute personne ayant été hospitalisée pour EABPCO présente un risque de ré-hospitalisation. **Le risque de décès est maximal dans la semaine suivant l'hospitalisation, ce risque diminue progressivement dans les 3 mois.**

Après retour à l'état stable, l'évolution de la BPCO est ponctuée d'exacerbations aiguës. Les données d'observation de cohortes montrent qu'un intervalle long existe entre la première et la deuxième exacerbation (plusieurs années) mais qu'après la deuxième hospitalisation les hospitalisations sont de plus en plus fréquentes avec un pic de 3 à 4 hospitalisations dans la dernière année de vie (13). La mortalité après EABPCO est aussi plus élevée<sup>2</sup>.

Certains patients présentent aussi un risque accru de récurrences suggérant l'existence d'un phénotype de patients « exacerbateurs fréquents ».

Une augmentation du risque cardiovasculaire dont il faut tenir compte pour adapter la prise en charge a été récemment retrouvée : doublement du risque de syndrome coronarien aigu, d'infarctus du myocarde dans la première semaine suivant une EABPCO, augmentation de 20 % du risque d'accident vasculaire cérébral dans les jours ou semaines suivant l'EABPCO (13).

### 3.5. Modalités de prise en charge, critères d'hospitalisation

La prise en charge des EABPCO peut s'effectuer au domicile du patient en ambulatoire mais nécessite, en présence de signes cliniques de gravité, ou en l'absence d'amélioration dans les 48 à 72 heures, une hospitalisation.

L'organisation du système de santé actuel en France ne permet pas de recommander l'hospitalisation à domicile pour la prise en charge des EABPCO.

Il n'existe pas à l'heure actuelle de score prédictif de mortalité et/ou d'évolution défavorable suffisamment validé pour être recommandé en pratique clinique pour décider de l'hospitalisation d'un patient présentant une EABPCO (7). À défaut de score validé, des critères d'hospitalisation ont été définis à partir d'accords d'experts (7, 10, 11), il s'agit de :

- Facteurs liés au terrain :
  - Âge > 70 ans

---

<sup>2</sup> Soler-Cataluna JJ. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 2005;60(11) (14)



- ▶ Patient isolé socialement
- ▶ État général
- ▶ Niveau d'activité physique
- ▶ Sévérité de la BPCO sous-jacente
- ▶ Exacerbations fréquentes
- ▶ Arythmie récente
- ▶ Oxygénothérapie de longue durée
- ▶ Antécédent d'intubation oro-trachéale pour insuffisance respiratoire aiguë
- ▶ Comorbidités
- Échec du premier traitement
- Critères cliniques :
  - ▶ SpO<sub>2</sub> < 90 %
  - ▶ *Flapping*
  - ▶ Fréquence cardiaque > 110/min
  - ▶ Cyanose
  - ▶ Œdèmes des membres inférieurs
  - ▶ Simple test de marche de moins de 3 minutes non réalisable après admission au service des urgences
  - ▶ Incertitude diagnostic
- Anomalies biologiques (pH, PaO<sub>2</sub>, Hb < 10 g/dL, urée > 12 mmol/L, CO<sub>2</sub> sérique > 35 mmol/L) anomalies radiologiques ou anomalies de l'ECG.

### 3.6. Traitements de l'EABPCO

#### Traitements pharmacologiques

##### ▶ Bronchodilatateurs de courte durée d'action

Il est recommandé d'utiliser des bronchodilatateurs inhalés de courte durée d'action (bêta-2 agonistes avec ou sans anticholinergiques).

Suivant le rapport GOLD 2017 (11), les bêta-2 agonistes ou anticholinergiques de longue durée d'action devraient être poursuivis ou repris avant la sortie de l'hôpital.

##### ▶ Corticoïdes

Selon les recommandations de la SPLF 2017 (7) les corticoïdes systémiques ne doivent pas être utilisés de manière systématique mais seulement chez les patients ne s'améliorant pas sous traitement optimal.

Selon les recommandations GOLD 2017 (11), VA 2014 (10) un traitement par prednisone à la dose de 30-40 mg (ou équivalent dose) pendant 5 à 7 jours est préconisé ; limité aux patients aux stades modéré à sévère de BPCO (BC 2017) (9) ou dans le cas d'hospitalisations (ATS/ERS 2017) (8).

##### ▶ Antibiothérapie

Le recours à l'antibiothérapie est controversé (11). L'antibiothérapie systématique peut être envisagée (8) ou seulement dans les situations suivantes (7-11) :

- Expectoration purulente ;
- Signe(s) de gravité ;

- Terrain à risque : BPCO avec obstruction bronchique très sévère (VEMS < 30 % de la valeur théorique) ou comorbidités susceptibles de menacer le pronostic vital ;
- Recours à la ventilation mécanique (11).

## Traitements non pharmacologiques

### ► Oxygénothérapie

L'oxygénothérapie peut corriger l'hypoxémie mais peut aussi aggraver une éventuelle hypercapnie, pouvant conduire à une acidose respiratoire (7, 11).

### ► Ventilation mécanique

La ventilation non invasive (VNI) est la technique de choix de première intention en cas d'indication à une ventilation mécanique chez les patients atteints de BPCO présentant une exacerbation aiguë sévère avec insuffisance respiratoire aiguë hypercapnique et pH < 7,35 (7, 8, 10, 11). La durée d'application de la VNI n'est pas codifiée. Les modalités de sevrage de la VNI ne sont pas clairement définies. Les indications de poursuite d'une VNI au domicile (au décours d'une exacerbation aiguë sévère) ne sont pas non plus définies.

### ► Kinésithérapie respiratoire

En l'absence de preuve d'efficacité pendant et après la sortie d'hospitalisation, la kinésithérapie de désencombrement ne doit pas être effectuée de manière systématique mais seulement justifiée pour des patients présentant un encombrement important (15).

Aucune recommandation ne peut être faite quant aux modalités de prise en charge (choix de la technique, durée du traitement, fréquence des séances, longueur des séances) (15).

### ► Mobilisation et exercice précoces, entraînement contre-résistance, initiation de la réhabilitation respiratoire au cours de l'hospitalisation

- **Électrostimulation musculaire** : l'électrostimulation musculaire quadricipitale semble être un outil efficace pour le réentraînement à l'exercice des membres inférieurs au cours d'une EABPCO, en permettant de limiter la perte musculaire, d'augmenter la force musculaire, d'améliorer la distance au test de marche de 6 minutes (par rapport à une absence de stimulation) et d'augmenter la proportion de fibres musculaires de type II, de manière sûre et sans effet secondaire notable (7).
- **Entraînement contre résistance** : il n'est pas recommandé de réaliser un entraînement contre-résistance des muscles des membres supérieurs et inférieurs chez les patients hospitalisés pour EABPCO dès le début de l'exacerbation (une amélioration du test de marche de 6 minutes a été observée mais associée à une augmentation de la mortalité cardiovasculaire les premiers jours de l'exacerbation) (7).

### ► Aide au sevrage tabagique

Celle-ci doit être systématique si nécessaire.

### ► Correction de la dénutrition

Fréquente et de mauvais pronostic la dégradation nutritionnelle doit être recherchée et la décision de support nutritionnel doit être large (15).

### ► Éducation thérapeutique, « *self management* », approche de soins intégrés

L'initiation ou la reprise de l'éducation thérapeutique du patient, à partir des besoins et des attentes du patient (bilan éducatif), doit être entreprise au cours de l'hospitalisation et poursuivie après la sortie (Fiche Points Clés & Solutions « Comment prévenir les ré-hospitalisations après exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive ? ») (2).

## 4. L'organisation de la sortie de l'hôpital, les critères de sortie

### 4.1. Critères à vérifier avant la sortie de l'hôpital

Il n'y a pas de critères définis pour décider de la sortie de réanimation ou d'un service de médecine ou de pneumologie, car l'analyse de la littérature manque de données à ce sujet. Une *check-list* pour la sortie d'hospitalisation de patient après EABPCO, établie à partir de l'accord d'experts, est proposée par la SPLF (Tableau 1) (19). Ces critères sont également ceux proposés dans le dernier rapport GOLD (11).

<i>Paramètres cliniques et fonctionnels</i>	
Mise en jeu de muscles respiratoires	Absente
SpO2 en air ambiant ou sous faible débit d'oxygène	> 88 à 90 %
Déambulation dans la chambre	Possible sans dyspnée majeure <sup>3</sup>
Alimentation	Possible sans dyspnée majeure <sup>2</sup>
Sommeil	Possible sans dyspnée majeure <sup>2</sup>
Recours aux bronchodilatateurs de courte durée d'action	< 3 fois par jour
<i>Paramètres biologiques</i>	
Gaz du sang artériels	Absence d'acidose sur les dernières 24 heures
<i>Paramètres socio-économiques</i>	
Aides à domicile si nécessaire	Planifiées
Oxygénothérapie longue durée si nécessaire	Mise en place
Kinésithérapie respiratoire si nécessaire	Mise en place
<i>Paramètres d'autogestion</i>	
Maniement des dispositifs inhalateurs	Acquis
Promotion de l'adhésion aux traitements	Réalisée
Reconnaissance des signes d'exacerbation	Acquise
Conduite à tenir individualisée en cas d'exacerbation	Acquise
Sevrage tabagique	Proposé
<i>Organisation du suivi à moyen terme</i>	Planifié

<sup>3</sup> Degré de dyspnée compatible avec les gestes de la vie quotidienne en fonction du niveau d'autonomie requis à domicile d'après Dres 2017 (19)

Le bénéfice en terme de taux de réadmission, mortalité à court terme et coût efficacité de nouvelle approche du type « *Discharge care bundle* » n'a pas encore été démontré (11), mais le principe de fixer 5 actions clés à réaliser ou conditions à vérifier avant d'autoriser la sortie du patient semble utile pour améliorer la prise en charge de la sortie d'hospitalisation. Chacun de ces items est mentionné dans la fiche Points Clés & Solutions « Comment prévenir les ré-hospitalisations après exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive ? » (2) :

- Évaluation des traitements prescrits et de la technique d'inhalation des médicaments avant la sortie ;
- Plan d'action écrit pour gérer une future exacerbation et don d'une boîte de chacun des médicaments à prendre en cas d'urgence ;
- Évaluation du tabagisme, de la motivation du patient pour s'arrêter de fumer et propositions d'aides à l'arrêt du tabac ;
- Évaluation de l'indication de réhabilitation respiratoire (en tenant compte des comorbidités), de la motivation du patient et de ses préférences de modalités et mise en œuvre ;
- Organisation du suivi ambulatoire pendant les 15 jours après la sortie (à défaut suivi du patient par téléphone).

## 4.2. Structure d'accueil

La première question posée au moment d'organiser la sortie est de déterminer la structure d'accueil la plus adaptée. **L'analyse de la littérature ne permet pas de retenir une structure plutôt qu'une autre. Il est logique de privilégier en première intention le retour à domicile s'il est possible** (7, 20).

## 5. La prise en charge après la sortie d'hospitalisation

L'objectif prioritaire est la prévention des ré-hospitalisations, le risque de ré-hospitalisation, de décès après la sortie d'EABPCO étant élevé, le patient à la sortie de l'hospitalisation n'étant pas encore revenu à un état stable.

### Analyse des recommandations

Seules les recommandations de la SPLF 2017 (7), le rapport GOLD (11), comportent quelques propositions d'organisation du suivi après EABPCO.

La HAS a élaboré sur ce thème une fiche Points Clés & Solutions « Comment prévenir les ré-hospitalisations après exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive ? » (2).

Aucune recommandation, méta-analyse ou études n'aborde la question de l'orientation des patients vers une prise en charge en ville ou en établissement de type soins de suite. Ce type d'établissement ou équivalent n'étant par ailleurs pas retrouvé ailleurs qu'en France.

Selon les recommandations de la SPLF 2017 (7), l'évaluation de l'indication et de l'optimisation des thérapeutiques médicamenteuses de même que la prise en charge non médicamenteuse sont identiques à la prise en charge d'un patient atteint de BPCO à l'état stable.

L'optimisation des traitements d'autres comorbidités, pouvant être déstabilisées au cours de cette période, doit également être réalisée.

### 5.1. Traitement médicamenteux

À la sortie un traitement bronchodilatateur de longue durée (associé ou non à une corticothérapie inhalée) doit être initié ou poursuivi (7).

## 5.2. Traitements non médicamenteux

### ► Réentraînement à l'effort

Le réentraînement à l'exercice est la composante essentielle de programme de réhabilitation respiratoire (Cf. chapitre 6 Réhabilitation respiratoire).

### ► Autres mesures associés

Les autres mesures sont déterminées en fonction des besoins individuels des patients. Elles comportent l'implication dans un programme d'éducation thérapeutique, de sevrage tabagique si nécessaire, la prise en compte des besoins nutritionnels et psychosociaux et la mise en place de prises en charge adaptées aux situations (Fiche Points Clés & Solutions « Comment prévenir les ré-hospitalisations après exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive ? » (2, 7).

## 5.3. Suivi

Les recommandations de la SPLF 2017 (7), comme le rapport GOLD 2017 (11) apportent quelques repères pour l'organisation du suivi après EABPCO. La fréquence des consultations et des examens doit être adaptée à l'état du patient (sévérité, facteurs de risque, comorbidités) et à la gravité de l'exacerbation (accord d'experts). Le retour à l'état de base peut dans certains cas prendre jusqu'à 3-4 mois (20).

Le suivi à distance d'une exacerbation peut utilement reposer sur une prise en charge pluri-professionnelle impliquant notamment infirmière, kinésithérapeute, diététicienne, psychologue, selon les besoins (Fiche Points Clés & Solutions « Comment prévenir les ré-hospitalisations après exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive ? » (2)) (7).

Une approche de « soins intégrés » combinant pendant au moins 3 mois une approche systématique multi-domaines peut être proposée chez les patients **présentant un des facteurs de risque suivant** (Fiche Points Clés & Solutions « Comment prévenir les ré-hospitalisations après exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive ? » (2)) :

- VEMS  $\leq$  50 % ;
- Tabagisme persistant ;
- Antécédent d'EABPCO dans l'année précédente ;
- Dyspnée sévère à l'état basal (stade MMRC  $\geq$  2) ;
- Comorbidité significative, en particulier cardiaque (insuffisance cardiaque droite ou gauche, maladie coronarienne), ou diabète ;
- Corticothérapie orale au long cours ;
- Oxygénothérapie de longue durée ;
- Durée d'évolution de la maladie de plus de 5 ans.

## 6. La réhabilitation respiratoire

### Recherche et sélection documentaire

7 recommandations, 1 fiche Points clés & Solutions HAS, 1 rapport d'évaluation d'acte professionnel HAS et 3 revues d'évidence clinique (dont 2 revues Cochrane) ont été prises en compte.

Recommandations spécifiques de la prise en charge d'exacerbation de BPCO :

- *Management of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Guidelines from the Société de pneumologie de langue française (7)*
- *Management of COPD exacerbations: a European Respiratory Society/American Thoracic Society guideline (8)*

Recommandations de prise en charge de BPCO abordant la question de la prise en charge d'EABPCO :

- *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease : GOLD (11)*
- *Clinical practice guideline for the management of chronic obstructive pulmonary disease. Department of Veterans Affairs (10)*

Recommandations spécifiques de la réhabilitation respiratoire dans la BPCO :

- *Optimizing pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease - practical issues: A Canadian Thoracic Society Clinical Practice Guideline. (17)*
- *British Thoracic Society guideline on pulmonary rehabilitation in adults (21)*
- *Australia and New Zealand Pulmonary Rehabilitation. Clinical practice guidelines.(18)*

Travaux HAS portant sur la réhabilitation respiratoire, le réentraînement à l'effort :

- Fiche Points clés & Solutions : « Comment mettre en œuvre la réhabilitation respiratoire pour les patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive » (3)
- Rapport d'évaluation de l'acte de « Réentraînement à l'exercice sur machine d'un patient atteint d'une pathologie respiratoire chronique » (22)

Revue d'évidence, revues Cochrane ayant évalué la réhabilitation respiratoire dans la BPCO, au cours d'EABPCO :

- *In hospital physiotherapy for Acute Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (AECOPD): A Rapid review. (23)*
- *Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Revue Cochrane (24)*
- *Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. Revue Cochrane (25)*

### 6.1. Définition

La définition utilisée dans les revues d'évaluation de la Cochrane et à partir de laquelle a été établie l'efficacité de la réhabilitation était la suivante : « au moins 4 semaines de séances d'exercice physique associé ou pas à des programmes d'ETP, de soutien psychologique ».

La réhabilitation respiratoire est le plus souvent définie dans les recommandations (7) (8) (11) comme un programme d'interventions déterminé en fonction des besoins du patient. La fiche HAS (3) précise : « la réhabilitation respiratoire comporte deux composantes essentielles : le réentraînement à l'exercice avec reprise d'activités physiques adaptées et l'éducation thérapeutique (ETP), auxquels sont associés le sevrage tabagique, le bilan et suivi nutritionnels et la prise en charge psycho-sociale ».

## 6.2. Bénéfices attendus

Les bénéfices apportés par la réhabilitation respiratoire sont la réduction de la dyspnée, l'amélioration de la force musculaire, de la tolérance à l'exercice et de la qualité de vie, ainsi que et surtout la diminution du risque de ré-hospitalisation (3, 22-25).

Selon les dernières revues Cochrane, le bénéfice de la réhabilitation respiratoire est aujourd'hui clairement établi. Plusieurs actualisations ont été réalisées (26, 27) permettant de confirmer les premiers résultats. À noter cependant une moindre efficacité observée dans les études les plus récentes. Les auteurs (24) concluent sur l'absence d'intérêt de renouveler ces études mais d'orienter les recherches sur les modalités de mises en œuvre, de contenu des séances, de durée, d'association à d'autres actes, et de maintenance du bénéfice obtenu, qui restent insuffisamment évalués.

## 6.3. Évaluation initiale

Selon la fiche Points Clés & Solutions « Comment mettre en œuvre la réhabilitation respiratoire pour les patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive » (3) et le rapport d'évaluation de l'acte « Réentraînement à l'exercice sur machine d'un patient atteint d'une pathologie respiratoire chronique » (22), la réhabilitation respiratoire doit être prescrite à partir d'une évaluation initiale réalisée avant la sortie de l'hôpital dans le cas d'EABPCO. Celle-ci a pour objectif de vérifier l'absence de contre-indication<sup>4</sup> et de proposer un niveau d'entraînement. Le bilan initial comprend au minimum : un électrocardiogramme (ECG) d'effort, un test de terrain (test de marche 6 min ou navette) et une évaluation de la dyspnée (28).

L'existence d'un sur-risque cardiovasculaire et l'instabilité respiratoire possible pendant la période post-exacerbation, conduisent en effet à être vigilant dans la recherche et le contrôle des comorbidités cardiovasculaires et dans la détection et la prise en charge les plus précoces possible d'une nouvelle exacerbation sévère.

## 6.4. Initiation

La plupart des recommandations préconisent une initiation de la réhabilitation respiratoire dans les 2 (29), 3 (8) à 4 semaines qui suivent la sortie de l'hôpital (11, 17, 21, 23). Les recommandations françaises diffèrent quelque peu en se situant à partir de l'admission, indiquant une initiation dans les 4 semaines qui suivent l'admission à l'hôpital (7).

## 6.5. Contenu

Les modalités de la réhabilitation respiratoire précoce après EABPCO ne diffèrent pas de celles de la réhabilitation faite en état stable (7). Elles associent le réentraînement à l'exercice d'endurance et le renforcement musculaire des membres inférieurs et supérieurs (17, 21, 29). Le réentraînement à l'exercice sur machine se réalise sur appareils ergométriques, tapis roulant ou vélo.

Le réentraînement à l'exercice est la composante essentielle de la réhabilitation respiratoire (29). L'efficacité des actes associés comme l'ETP n'a pas été démontrée (29).

---

<sup>4</sup> Les contre-indications absolues sont (définies par les recommandations de la SPLF 2005) (28) :

- contre-indications cardio-vasculaires à l'exercice : angor instable, infarctus récent, rétrécissement aortique serré, insuffisance cardiaque instable, péricardite, myocardite, endocardite, maladie thromboembolique évolutive, anévrisme ventriculaire, thrombus intraventriculaire, troubles du rythme non contrôlés, hypertension artérielle primitive, hypertension artérielle systémique non contrôlée, cardiomyopathie obstructive, troubles de conduction auriculo-ventriculaire.

Les autres contre-indications sont :

- instabilité de l'état respiratoire (acidose respiratoire non compensée) ;
- affection interférant avec le processus de réhabilitation respiratoire (maladie neuromusculaire évolutive et/ou ostéo-articulaire, maladie psychiatrique) ;
- affection intercurrente évolutive (pathologies locomotrices par exemple) ;
- manque persistant de motivation et d'observance du patient.

Le réentraînement à l'effort sous oxygène est indiqué seulement en cas d'hypoxie chronique ou désaturation à l'effort (29).

## 6.6. Durée

Le stage comporte des séances de 1h30 à 3h00 réparties en 2 à 5 séances par semaine. La durée du stage préconisée est de 6 à 8 semaines (8, 21, 29), le nombre de séances préconisées est de 20 séances (28) avec un minimum de 12 séances (21).

L'efficacité des programmes de plus de 8 semaines par rapport aux programmes de moins de 8 semaines n'est pas démontrée (29).

## 6.7. Sites de réalisation

L'analyse de la littérature ne permet pas de retenir une structure plutôt qu'une autre (8, 25).

Il est logique de privilégier la réalisation de la réhabilitation respiratoire en ambulatoire et/ou à domicile (3, 17, 22, 29).

Lorsqu'envisagé à domicile, les conditions de réalisation doivent être vérifiées : supervision des séances, fourniture de l'équipement adéquat, sélection des patients (21).

Selon les experts impliqués dans les travaux HAS (3, 22), l'hospitalisation complète (en établissement du type SSR) serait nécessaire :

- pour les malades ayant au moins un des critères suivants :
  - polyopathologies sévères et/ou à risque d'instabilité ;
  - atteinte respiratoire très sévère rendant le patient peu autonome ;
  - problèmes psychologiques et/ou sociaux ;
- en l'absence de structure ambulatoire.



## 7. Conclusions

L'état des lieux de la littérature prenant en compte les recommandations, méta-analyses et travaux HAS permet de faire le constat :

- D'absence de spécificités de la prise en charge d'un patient ayant été hospitalisé pour EABPCO, la prise en charge étant celle de la BPCO stable, avec optimisation des traitements et renforcement du suivi de la BPCO et des comorbidités, qui dans ce contexte présentent un risque plus élevé de décompensation en particulier pour les comorbidités cardiovasculaires ;
- D'absence de spécificités de la réhabilitation respiratoire d'un patient ayant été hospitalisé pour EABPCO, la réhabilitation respiratoire étant celle de BPCO en situation stable, en prenant soin d'adapter le niveau d'entraînement à la situation du patient, conformément à la prescription initiale réalisée au cours de l'hospitalisation ;
- D'absence de différence d'efficacité de la réhabilitation respiratoire selon les lieux de réalisation de celle-ci : en hospitalisation complète de type SSR, en hospitalisation de jour, en ambulatoire ou au domicile du patient. La pratique en ambulatoire ou à domicile doivent être privilégiée. Le recours au SSR réservé (selon les experts impliqués dans les travaux de la HAS) aux patients à risque ;
- D'absence de spécificités des objectifs, des modalités et des contenus de la réhabilitation respiratoire réalisée en SSR.

Ainsi le retour à domicile des patients ayant été hospitalisés pour une EABPCO avec la mise en œuvre de la réhabilitation respiratoire en ambulatoire devrait être privilégié, en réservant le recours aux SSR spécialisés aux situations complexes à risques.

Cet objectif ne peut toutefois être atteint dans la situation actuelle de répartition d'une offre essentiellement disponible en SSR ou en réseau. L'inscription en avril 2018 sur la liste des actes et prestations prises en charge par l'Assurance maladie de l'acte de réadaptation respiratoire comprenant notamment « le réentraînement à l'exercice sur machine »\*, permet dorénavant de proposer cette modalité en ambulatoire. Il sera nécessaire d'accompagner le développement de cette offre ambulatoire par la formation des professionnels impliqués dans la réhabilitation respiratoire ».

\* : conformément à l'avis de la HAS publié en 2007.

## 8. Avis des parties prenantes

Ont été sollicité en tant que parties prenantes :

### ► Les conseils nationaux professionnels

- Collège de médecine générale ;
- Conseil national professionnel de médecine physique et réadaptation ;
- Conseil national professionnel de pneumologie ;
- Conseil national professionnel de masso-kinésithérapie.

### ► Les représentants institutionnels

- Direction générale de la santé
- Direction générale de l'offre de soins
- Caisse nationale d'assurance maladie

Les avis transmis sont reportés en annexe.

## **Annexe avis des parties prenantes**

## Avis du Collège de médecine générale

Deux avis ont été transmis

### QUESTIONNAIRE NOTE DE PROBLEMATIQUE « PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT EN SSR APRES HOSPITALISATION EN MCO POUR EXACERBATION DE BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE »

COMMENTAIRES SUR LA FORME	
Eléments (+)	Eléments (-)
<ul style="list-style-type: none"><li>- Plan détaillé</li><li>- Chapitres précis et concis</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Difficultés à repérer les points forts</li></ul>
<b>COMMENTAIRES CHAPITRE 3 « L'EXACERBATION DE BPCO (PAGE 7) »</b>	
<i>Commentaires : tout y est, de l'épidémiologie, aux critères d'hospitalisation, exhaustivité des traitements. Conduite à tenir claire.</i>	
<b>COMMENTAIRES CHAPITRE 4 « L'ORGANISATION DE LA SORTIE DE L'HOPITAL, LES CRITERES DE SORTIE (PAGE 11) »</b>	
<i>Commentaires : critères précis , exhaustifs réalisant un guide utile et un document de référence</i>	
<b>COMMENTAIRES CHAPITRE 5 « LA PRISE EN CHARGE APRES LA SORTIE D'HOSPITALISATION (PAGE 12) »</b>	
<i>Commentaires : la notion de suivi (jusqu'à 3 mois) est fondamentale. Le repérage de la gravité, de la fragilité globale du malade permettent de diminuer le risque de rechute et d'éréhospitalisation.</i>	
<b>COMMENTAIRES CHAPITRE 6 « LA REHABILITATION RESPIRATOIRE (PAGE 14) »</b>	
<i>Commentaires : le tableau est un peu rébarbatif, peu lisible. L'accumulation de la notification des sources biblio entre parenthèses rend difficile la lecture.</i>	
<b>COMMENTAIRES « CONCLUSIONS PROPOSITIONS »</b>	
<i>Commentaires : Bon résumé, conclusions efficaces. Par contre, il y a surement une faute de frappe et je pense qu'il faut lire pour les propositions : « ne nécessitent pas de prévoir... »</i>	

**QUESTIONNAIRE NOTE DE PROBLEMATIQUE « PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT  
EN SSR APRES HOSPITALISATION EN MCO POUR EXACERBATION DE  
BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE »**

<b>COMMENTAIRES SUR LA FORME</b>	
<b>Eléments (+)</b>	<b>Eléments (-)</b>
<b>COMMENTAIRES CHAPITRE 3 « L'EXACERBATION DE BPCO (PAGE 7) »</b>	
<p><i>Commentaires :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans Analyse des recommandations : faute de frappe « Management of acute »</li> <li>- Paragraphe 3.3 : erreur sur « Les exacerbations peuvent être ainsi être classées »</li> <li>- Paragraphe 3.5 : Il serait bon de préciser un nombre minimum des critères listés qui doit être présent pour justifier une hospitalisation.</li> <li>- Paragraphe 3.6 : Peu de recommandations validées. Cela laisse les médecins de premier recours bien seuls face aux décisions à prendre en cas d'EABPCO.</li> </ul>	
<b>COMMENTAIRES CHAPITRE 4 « L'ORGANISATION DE LA SORTIE DE L'HOPITAL, LES CRITERES DE SORTIE (PAGE 11) »</b>	
<p><i>Commentaires :</i></p> <p>RAS</p>	
<b>COMMENTAIRES CHAPITRE 5 « LA PRISE EN CHARGE APRES LA SORTIE D'HOSPITALISATION (PAGE 12) »</b>	
<p><i>Commentaires :</i></p> <p>RAS</p>	
<b>COMMENTAIRES CHAPITRE 6 « LA REHABILITATION RESPIRATOIRE (PAGE 14) »</b>	
<p><i>Commentaires :</i></p> <p>RAS</p>	
<b>COMMENTAIRES « CONCLUSIONS PROPOSITIONS »</b>	
<p><i>Commentaires :</i></p> <p>Page 2, erreur sur « cette argumentaire »... mettre « cet »</p> <p>L'abréviation SMPL citée 2 fois ne figure pas dans la liste des abréviations.</p>	

## Avis du Conseil national professionnel de médecine physique et réadaptation

### QUESTIONNAIRE NOTE DE PROBLEMATIQUE « PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT EN SSR APRES HOSPITALISATION EN MCO POUR EXACERBATION DE BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE »

COMMENTAIRES SUR LA FORME	
Eléments (+)	Eléments (-)
<p>Définition de EABPCO                      Pronostic de mortalité immédiat après EABPCO                      Critères de gravité de EABPCO                      Critères de sortie de réanimation ou de pneumologie aigue                      Réhabilitation respiratoire dans les 2 à 4 semaines d'une EABPCO</p>	<p>Individualisation des programmes sur des objectifs faisable, réalistes, mesurables et limités dans le temps</p>
COMMENTAIRES CHAPITRE 3 « L'EXACERBATION DE BPCO (PAGE 7) »	
<p><i>Commentaires :</i></p> <p>Intérêt du Drainage pulmonaire en phase aigue &lt; 24h (voire Cochrane Osednik 2012                      Ventilation en PEP+IPV réduit de 1 à 2 j la durée de ventilation et gain 1 jour DMS (preuve et qualité faible</p> <p>Intérêt d'une intervention de renutrition individualisée +++ avant la sortie</p> <p>Les patients qui ont reçu un programme de réhabilitation respiratoire changent t-ils l'utilisation des moyens de santé ? : réduction de la DMS dans le groupe qui recoit une rehab préalable (Griffith et al, Boxall AM) versus 2 essais négatifs (Ko FWS 2011 et Ninot et al 2011)</p> <p>Probleme du BPCO qui cumule en moyenne 3 à 4 comorbidités en moyenne en plus de l'insuffisance respiratoire (dépression, anémie, dénutrition, pb cardio vasculaire arteriopathie, cancer, insuffisance coronarienne.....osteoporose</p> <p>Programme de soins complexes respiratoire, locomoteur, neurologique.....psychologique, social</p>	

## COMMENTAIRES CHAPITRE 4 « L'ORGANISATION DE LA SORTIE DE L'HOPITAL, LES CRITERES DE SORTIE (PAGE 11) »

*Commentaires :*

Drainage > 8 sem Flutter via spacer avant bronchodilatateur si encombrement important

Ou peut se faire la réhabilitation respiratoire ? selon la littérature si le programme est de qualité pertinent suivi et individualisé il est possible en secteur de 1<sup>er</sup> recours, de 2<sup>nd</sup> recours ou en tertiaire ; compte tenu de l'absence de programmes complexes en 1<sup>er</sup> recours et de la démographie des compétences médicales et paramédicales dans les hôpitaux de proximité cela pose le problème de la mise en œuvre de ces programme en proximité et en libéral (pas de financements) => critique de la structure d'accueil d'accompagnement à domicile (période la plus risquée en terme de mortalité ? avant rehab à 2 à 4 semaines post EABPCO

La liste de critères de sortie des services de pneumologie ne collige pas les comorbidités et la longueur de la liste semble impossible à réaliser sans une équipe interdisciplinaire dédiées en MCO notamment programme ETP en phase aigue ? (tableau) les 5 actions apparaissent plus réalisables et faisable en pratique courante

## COMMENTAIRES CHAPITRE 5 « LA PRISE EN CHARGE APRES LA SORTIE D'HOSPITALISATION (PAGE 12) »

*Commentaires :*

*optimisation des traitements des autres comorbidités ++++*

*Retour à l'état de base de 3 à 4 mois nécessite un suivi interdisciplinaire médico professionnel de santé compétents et renforcé*

*Surveillance par pédométrie ou objets connectés ?*

## COMMENTAIRES « CONCLUSIONS PROPOSITIONS »

*Commentaires :*

*Repréciser les facteurs d'un bon potentiel de réhabilitation (patients repondeurs versus patients non repondeurs*

*Préciser les critères de réponses prouvés TD6M, QoL, rehospitalisations, couts ? et donc les objectifs à chaque fois individualisés (plus que les moyens)*

*Un traitement non pharmacologique intégré et interdisciplinaire non individualisé a tout les risques de ne pas être actif (pertinence du programme = repondeur et potentiel de réhabilitation, pertinence des soins : individualisation des techniques non pharmacologiques avec un suivi des paramètres lors du programme (principes de surcharge des services non pharmacologiques*

*Ne pas confondre objectifs du programme, moyens nécessaires, stratification du risque, potentiel de réponse du programme, individualisation des techniques de rééducation réadaptation*

## Avis du Conseil national professionnel de pneumologie

Le Conseil national professionnel de pneumologie a fait part de deux demandes de modifications qui ont été intégrées dans la version finale :

- Compléter le chapitre « délai d'initiation de la réhabilitation » avec la recommandation de la SPLF : « dans les quatre semaines qui suivent l'admission ». Le texte précédent n'avait repris que la proposition commune des autres recommandations : « initiation de la réhabilitation deux à quatre semaines après la sortie de l'hôpital ».
- Compléter la définition de la réhabilitation par une définition plus large que celle à partir de laquelle l'efficacité a été démontré dans les revues Cochrane en intégrant à l'exercice physique l'éducation thérapeutique, le sevrage tabagique, les conseils diététiques et l'accompagnement psychosocial définissant ainsi la réhabilitation comme un programme d'interventions.

# Avis du Conseil national professionnel de masso-kinésithérapie

## QUESTIONNAIRE NOTE DE PROBLEMATIQUE « PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT EN SSR APRES HOSPITALISATION EN MCO POUR EXACERBATION DE BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE »

COMMENTAIRES SUR LA FORME	
Eléments (+)	Eléments (-)
COMMENTAIRES CHAPITRE 3 « L'EXACERBATION DE BPCO (PAGE 7) »	
<p><i>Commentaires :</i></p> <p>Importance de la relation entre les professionnels de santé au chevet du patient (kiné, infirmier) et le spécialiste pneumologue. Plus l'exacerbation est repérée précocement, avec remontée de l'information, plus elle sera traitée précocement =&gt; Nécessité de former les professionnels à la reconnaissance des EA. Nécessité également d'information sur les critères limitant la PeC de l'EA à domicile.</p> <p>Intérêt d'un ECBC précoce à domicile dès les premiers signes d'exacerbation ?</p> <p>Attention à la prescription de kinésithérapie de désencombrement : suffisamment large pour laisser toute l'amplitude au professionnel d'adapter sa prise en charge à l'évolution clinique du patient (à domicile, deux fois par jour si nécessaire, we et JF y compris si nécessaire)</p> <p>Prise en charge en RaE à partir de la 4<sup>e</sup> semaine : notion à intégrer dans le PRADO BPCO : parfois demandes trop précoces.</p>	
COMMENTAIRES CHAPITRE 4 « L'ORGANISATION DE LA SORTIE DE L'HOPITAL, LES CRITERES DE SORTIE (PAGE 11) »	
<p><i>Commentaires :</i></p>	
COMMENTAIRES CHAPITRE 5 « LA PRISE EN CHARGE APRES LA SORTIE D'HOSPITALISATION (PAGE 12) »	
<p><i>Commentaires :</i></p>	
COMMENTAIRES CHAPITRE 6 « LA REHABILITATION RESPIRATOIRE (PAGE 14) »	
<p><i>Commentaires :</i></p> <p>Bilan initial minimum souvent inexistant lors de la prise en charge ambulatoire</p> <p>Gradation entre PeC à domicile et en cabinet : le domicile est indiqué en début de PeC, avec un travail fonctionnel ne nécessitant pas trop de matériel. Dès l'instant où l'état du patient lui permet de se rendre au cabinet du kinésithérapeute, il faut privilégier ce type de PeC, en particulier pour le plateau technique.</p> <p>Une prise en charge essentiellement à domicile serait antinomique avec le but du RaE : permettre au patient de retrouver une autonomie (et donc sortir de chez lui!).</p>	
COMMENTAIRES « CONCLUSIONS PROPOSITIONS »	
<p><i>Commentaires :</i></p> <p>Depuis la création du PRADO BPCO, très peu de prescriptions sous ce format....</p>	



# Avis de la Direction générale de la santé



**DIRECTION GENERALE DE LA SANTE**  
Sous-direction : Santé des populations et  
prévention des maladies chroniques  
Bureau : Maladies chroniques non transmissibles  
Péage D-18-005120

Paris, le 04 MAI 2018

Madame la présidente,

Je tiens, tout d'abord, à vous remercier pour le travail effectué sur la prise en charge des patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) » qui répond à un réel besoin notamment devant le nombre d'hospitalisations pour exacerbation, estimé à 95 000 patients par an.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint notre avis, comme sollicité le 15 février 2018 par mail, à propos de la note de problématique « Prise en charge d'un patient en SSR après hospitalisation en MCO pour exacerbation de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) »

Les remarques que soulève cette note portent essentiellement sur le fond :

- Il est fait mention de privilégier une prise en charge ambulatoire et multidisciplinaire par une structure réseau compte tenu, entre autre, du non remboursement de l'acte de réhabilitation respiratoire en ambulatoire. J'attire votre attention sur le fait que cette mesure peut créer des inégalités territoriales en termes d'accès au regard du nombre et de la répartition territoriale de ces structures en mesure de proposer la réhabilitation respiratoire.
- La place du patient est inscrite à travers l'éducation thérapeutique du patient, qui initiée au cours du séjour hospitalier, doit être poursuivie à la sortie. Cela appelle un questionnement sur la réelle possibilité pour le patient à poursuivre l'ETP en ambulatoire alors que la majorité des programmes d'ETP autorisés sont hospitaliers.

Madame Dominique LE GULUDEC  
Présidente de la Haute autorité de santé  
5, avenue du stade de France  
F 93218 Saint-Denis La Plaine cedex

→ KJ  
CG  
nHeo  
HL  
+ ?

- Le sevrage tabagique et les modalités d'accompagnement dans la mise en place est peu développé dans le document. Pourtant, il représente un des piliers de l'amélioration ou de la stabilisation de l'état de santé du patient atteint de BPCO. Le tabac est responsable de 80% des BPCO et la grande majorité des patients poursuivent leur intoxication après leur diagnostic.  
La possibilité de prise en charge du sevrage tabagique par les structures réseaux dans le cadre de programmes d'éducation thérapeutique du patient atteints de BPCO n'est pas mentionnée.

De façon générale, je souhaite attirer votre attention sur les éventuelles inégalités territoriales d'accès à la réhabilitation respiratoire que cette recommandation pourrait engendrer.

Je vous prie d'agréer, Madame, la présidente, l'expression de ma considération distinguée.

  
Jérôme Salomon

# Avis de la Direction générale de l'offre de soins



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Direction Générale de l'offre de soins  
Sous-direction de la régulation de l'offre de soins

DA953/SA3P/001

Mission SSR

Paris, le 12 JUN 2018

Le sous-directeur de la régulation de l'offre de soins  
Direction générale de l'offre de soins

à

Madame le Dr Marie-Hélène RODDE DUNET  
Chef du Service Evaluation de la pertinence des  
Soins et Améliorations des pratiques et des parcours  
Adjointe au Directeur de l'Amélioration de la  
Qualité et de la Sécurité des Soins  
Haute Autorité de Santé

Madame la directrice,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-dessous notre avis, comme sollicité le 15 février 2018 par mail, à propos de la note de problématique « **Prise en charge d'un patient en SSR après hospitalisation en MCO pour exacerbation de broncho-pneumopathie chronique obstructive (EABPCO)** ».

Cette note définit les situations d'exacerbation de broncho-pneumopathie chronique obstructive, décrit en premier lieu les modalités de prise en charge en situation aigüe en service de court séjour, puis à la sortie du court séjour.

Le paragraphe 4 est consacré à « l'organisation de la sortie de l'hôpital, critères de sortie », la question de la structure d'accueil la plus pertinente à la sortie est posée, concluant à la nécessité de privilégier le retour à domicile.

Le paragraphe 5 est consacré à « la prise en charge après la sortie d'hospitalisation ». L'objectif affirmé est celui de la prévention des ré-hospitalisations. Outre le traitement médicamenteux, les traitements non médicamenteux sont cités avec la réhabilitation respiratoire, les programmes d'éducation thérapeutique, de sevrage tabagique, et la prise en compte des besoins nutritionnels et psychosociaux. Il est indiqué que le retour à l'état de base après un épisode d'exacerbation peut prendre jusqu'à 3-4 mois, pendant lesquels il est préconisé une prise en charge pluriprofessionnelle impliquant infirmière, kinésithérapeute, diététicienne, psychologue... avec une approche de « soins intégrés » multidomains pendant 3 mois. Il est indiqué qu'aucune recommandation, ou méta-analyse n'aborde la question de l'orientation des patients vers une prise en charge en ville ou en établissement de type SSR.

Le paragraphe 6 est consacré à la **réhabilitation respiratoire (le contenu en est décrit), les bénéfices sont démontrés avec un haut niveau de preuves** en termes de réduction de dyspnée, tolérance à l'effort, qualité de vie, diminution du risque de ré-hospitalisation. Concernant le lieu de réalisation de la réhabilitation respiratoire, aucune publication ne permettrait de privilégier une structure plutôt qu'une autre. Le domicile et les prises en charge ambulatoires devraient être priorités, l'hospitalisation en SSR devrait être réservée à des patients présentant des signes de gravité.

L'analyse de pertinence du SSR dans la prise en charge des EABPCO est limitée à la modalité d'hospitalisation complète, et conclut à une indication limitée aux patients présentant des critères de gravité.

Les approches pluriprofessionnelles et multi-domaines préconisées dans cette note avec une intensité de soins relativement soutenue, peuvent être difficiles à organiser par des professionnels libéraux non coordonnés, alors qu'elles sont une des spécificités des SSR.

Ces modalités ambulatoires pourraient être développées par les SSR selon des modalités d'intervention extra-muros pour des patients ambulatoires, voire à domicile en collaboration avec les professionnels de proximité, lorsque le tissu sanitaire de proximité ne le permet pas.

En conclusion de la note, il est également rappelé que l'acte « séance de réentraînement à l'exercice d'un insuffisant respiratoire chronique » n'est pas remboursé par l'assurance maladie, ce qui imposerait une prise en charge en « structure réseau » : cette notion de structure réseau nous apparaît opaque, les différents dispositifs de coordination ayant vocation à converger, il nous semble peu souhaitable de proposer de nouveaux dispositifs.

Les travaux engagés dans le cadre de la réforme du financement en cours pourraient explorer des modalités d'organisation et de financement de ces approches intégrées.

Je vous prie d'agréer, Madame, la directrice, l'expression de ma considération distinguée.



Le Sous-Directeur de la  
Régulation de l'Offre de Soins

Thomas DEROCHE

## Avis de la Caisse nationale d'assurance maladie

Commentaires CNAM Note de problématique Pertinence des soins des patients pris en charge en SSR après hospitalisation en établissement MCO pour exacerbation de BPCO.

---

Ce document s'inscrit dans le cadre du programme relatif à la pertinence des soins et propose l'état des réflexions de la HAS en matière de prise en charge après une hospitalisation en établissement MCO pour un motif d'exacerbation de BPCO (EABPCO) et plus précisément sur le caractère pertinent d'une telle prise en charge en SSR.

Il fait suite à des travaux précédemment conduits par la HAS au sujet de la BPCO : Guide parcours de soins, fiches points clés & solutions. Ces productions convergent vers la nécessité de proposer une réhabilitation respiratoire (en dehors de contre-indications) adaptée au patient en particulier au décours d'une exacerbation a fortiori si celle-ci a donné lieu à hospitalisation. S'agissant des lieux de réalisation les possibilités indiquées retiennent le domicile, une structure de proximité ainsi que les ES en hospitalisation complète ou en ambulatoire (fiche « comment mettre en œuvre la réhabilitation respiratoire pour les patients ayant une BPCO ? »). Pour ce qui est des modalités l'important est de bien considérer les 2 composantes principales d'une réhabilitation respiratoire que sont le réentraînement à l'exercice d'une part et, d'autre part, l'éducation thérapeutique. Cette réhabilitation doit être précédée d'une évaluation standardisée permettant l'élaboration d'un programme personnalisé qui comprend notamment des aspects éducatifs, l'acquisition de techniques de drainage bronchique, de travail et de renforcement musculaire (périphérique et respiratoire). Ces aspects sont associés, le cas échéant à une prise en charge d'un tabagisme, d'un contrôle de la consommation d'alcool ou encore psychologique et sociale. Cette réhabilitation nécessite une implication du patient, une prise en charge multidisciplinaire et une coordination des différents professionnels.

Il s'agit pour la HAS d'envisager, à partir d'un nouvel état des lieux de la littérature disponible, la nécessité d'éventuels travaux.

Les recommandations et méta analyses récentes (2015-2017) retenues sont au nombre de 11 et permettent le constat suivant :

- Absence de critères définis de sortie d'un service de réanimation ou de médecine mais présence d'une *check-list* pour une sortie d'hospitalisation (accord d'experts).
- Aucune recommandation, méta analyse ou étude n'aborde la question de l'orientation des patients en sortie d'hospitalisation vers une prise en charge hospitalière de type SSR plutôt qu'en ambulatoire.
- Les bénéfices attendus d'une réhabilitation respiratoire semblent clairement établis, quoique de moindre ampleur selon les études les plus récentes qui proposent des travaux de recherche supplémentaires visant à préciser les modalités de mise en œuvre, de contenu des séances, de durée, d'association à d'autres actes, de maintenance du bénéfice obtenu qui sont actuellement insuffisamment évalués.
- Aucune structure plutôt qu'une autre ne peut être retenue pour la réalisation de cette réhabilitation respiratoire. Il serait cependant logique (avis d'expert) de privilégier sa réalisation en ambulatoire/domicile et de n'envisager le recours à une hospitalisation en SSR qu'à défaut d'alternative ou en raison de critères liés aux patients (polypathologie, instabilité, atteinte sévère responsable d'une perte d'autonomie, difficultés psychologiques ou sociales).

Les conclusions de la HAS dégagent une absence de spécificité de la prise en charge d'un patient après hospitalisation pour EABPCO, une absence de spécificité de la réhabilitation respiratoire après hospitalisation pour EABPCO. Pour ce qui est précisément d'un éventuel recours au SSR en post hospitalisation

sa pertinence n'apparaît établie que pour certains patients ou qu'en l'absence d'une offre en réhabilitation respiratoire alternative (avis d'experts).

Par rapport aux travaux de la HAS de 2014, cette note de problématique n'apporte pas d'éléments supplémentaires notables sur la prise en charge pertinente d'un patient atteint de BPCO, en particulier sur le recours au SSR pour les phases post hospitalières en cas d'exacerbation.

Sur la forme, au-delà de remarques ponctuelles jointes annexe, ce document serait probablement valorisé dès son titre si y étaient précisés les termes « indications et contenu » et que les réponses à ces questions soient plus explicitement formulées au sein de la conclusion. L'unique proposition sur la non-nécessité de prévoir d'autres travaux complémentaires pourrait être tempérée par des conditions de temps « dans l'immédiat » ou de disponibilité d'études. Le sujet des modalités de mise en œuvre de la réhabilitation respiratoire (lieu, contenu de séance, association à d'autres actes, maintien du bénéfice obtenu) apparaissant comme devant faire l'objet d'études supplémentaires permettant de compléter son évaluation.

La CNAM souhaite en outre préciser les points suivants :

L'inscription d'actes de réhabilitation respiratoire devrait intervenir dès le mois de juillet 2018 sous la forme d'un acte individuel et d'un acte permettant la réalisation de séances collectives dans les suites du vote favorable de la CHAP en date du XXXXXX à laquelle a participé la HAS.

Par ailleurs le programme de retour à domicile PRADO BPCO signalé en cours d'élaboration dans le document de la HAS « Comment prévenir les ré hospitalisations après une exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive ? » de mai 2014 est en déploiement depuis janvier 2015.

## Participants

Ce document a été élaboré sans groupe de travail par le chef de projet.

## Références

1. Haute Autorité de santé. « Bronchopneumopathie chronique obstructive ». Guide parcours de soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.  
[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide\\_parcours\\_de\\_soins\\_bpcp\\_finale.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_bpcp_finale.pdf)
2. Haute Autorité de Santé. « Comment prévenir les ré-hospitalisations après une exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive ». Fiche Points Clés & Solutions . Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.  
[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/exacerbations\\_bpcp.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/exacerbations_bpcp.pdf)
3. Haute Autorité de Santé. « Comment mettre en oeuvre la réhabilitation respiratoire pour les patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive ». Fiche Points Clés & Solutions. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.  
[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/fps\\_bpcp\\_rehabilitation\\_respiratoire\\_web\\_2014-06-02\\_17-33-40\\_489.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/fps_bpcp_rehabilitation_respiratoire_web_2014-06-02_17-33-40_489.pdf)
4. Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation. Journal Officiel;17 avril 2008.
5. Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation. Journal Officiel;17 avril 2008.
6. Circulaire DHOS/O1 n° 2008-305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation. Journal Officiel;3 octobre 2008:221-39.
7. Société de pneumologie de langue française, Jouneau S, Dres M, Guerder A, Bele N, Bellocq A, *et al.* Management of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Guidelines from the Societe de pneumologie de langue francaise (summary). Rev Mal Respir 2017;34(4):282-322.
8. European Respiratory Society, American Thoracic Society, Wedzicha JA, Miravittles M, Hurst JR, Calverley PMA, *et al.* Management of COPD exacerbations: a European Respiratory Society/American Thoracic Society guideline. Eur Respir J 2017;49(3):1600791.
9. British Columbia Ministry of Health. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): diagnosis and management. Vancouver: BCMOH; 2017.  
[https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/copd\\_full\\_guideline.pdf](https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/copd_full_guideline.pdf)
10. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. Clinical practice guideline for the management of chronic obstructive pulmonary disease. Washington: VA/DoD; 2014.  
<https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/copd/VADoDCOPDCPG2014.pdf>
11. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Beasley R, Caverley PMA, Casanova C, Donohue J, Han M, *et al.* Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease : GOLD; 2017.  
<http://goldcopd.org/gold-2017-global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd/>
12. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie. Paris: CNAMTS; 2013.
13. Burgel PR. Quel est l'impact d'une exacerbation de BPCO et de la répétition des exacerbations sur l'évolution de la maladie ? Rev Mal Respir 2017;33:1-7.
14. Soler-Cataluña JJ, Martínez-García MA, Román Sánchez P, Salcedo E, Navarro M, Ochando R. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 2005;60(11):925-31.
15. Gonzalez-Bermejo J, Guerder A, Reyhler G. Quelles mesures non médicamenteuses associées ? Rev Mal Respir 2017;34:477-86.
16. British Thoracic Society. Intermediate care. Hospital at Home in chronic obstructive pulmonary disease: British Thoracic Society guideline. Thorax 2007;62(3):200-10.
17. Canadian Thoracic Society COPD Committee Expert Working Group, Marciniuk DD, Brooks D, Butcher S, Debigare R, Dechman G, *et al.* Optimizing pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease – practical issues: A Canadian Thoracic Society Clinical Practice Guideline. Can Respir J 2010;17(4):159-68.
18. Australian and New Zealand Pulmonary Rehabilitation, Alison JA, McKeough ZJ, Johnston K, McNamara RJ,

- Spencer LM, Jenkins SC, *et al.* Guidelines. *Respirology* 2017;22(4):800-19.
19. Dres M. Quels sont les critères de retour à domicile ? *Rev Mal Respir* 2017:487-9.
20. Dres M, Chavaillon JM. Comment organiser la sortie ? *Rev Mal Respir* 2017;34(4):490-1.
21. British Thoracic Society, Bolton CE, Bevan-Smith EF, Blakey JD, Crowe P, Elkin SL, *et al.* British Thoracic Society guideline on pulmonary rehabilitation in adults. *Thorax* 2013;68(Suppl 2):ii1-30.
22. Haute Autorité de santé. Réentraînement à l'exercice sur machine d'un patient atteint d'une pathologie respiratoire chronique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007.  
[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport\\_reentrainement\\_a\\_l'exercice\\_sur\\_machine.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_reentrainement_a_l'exercice_sur_machine.pdf)
23. Health Quality Ontario, McCurdy BR. Inhospital physiotherapy for Acute Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (AECOPD): a rapid review. Toronto: HQO; 2013.  
<http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/evidence/rapid-reviews/physiotherapy-copd-130111-en.pdf>
24. Puhan MA, Gimeno-Santos E, Cates CJ, Troosters T. Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016;Issue 12:CD005305.
25. McCarthy B, Casey D, Devane D, Murphy K, Murphy E, Lacasse Y. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015;Issue 2. CD003793.
26. Puhan MA, Scharplatz M, Troosters T, Steurer J. Respiratory rehabilitation after acute exacerbation of COPD may reduce risk for readmission and mortality : a systematic review. *Resp Res* 2005;6:54.
27. Puhan MA, Gimeno-Santos E, Scharplatz M, Troosters T, Walters EH, Steurer J. Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*;Oct 5;(10):CD005305.
28. Société de pneumologie de langue française. Recommandations de la Société de Pneumologie de Langue Française sur la réhabilitation du malade atteint de BPCO. *Rev Mal Respir* 2005;22(4):696-704.
29. Thoracic Society of Australia and New Zealand, Lung Foundation Australia, Alison JA, Mckeough ZJ, Johnston K, McNamara RJ, *et al.* Australia and New Zealand Pulmonary Rehabilitation. Clinical practice guidelines. *Respirology* 2017;22(4):800-19.
30. Greening NJ, Williams JEA, Hussain SF, Harvey-Dunstan TC, Bankart JB, E.J. C, *et al.* An early rehabilitation intervention to enhance recovery during hospital admission for an exacerbation of chronic respiratory disease: randomised controlled trial. *BMJ* 2014;349: g4315.