



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT

Parcours du patient à risque ou atteint de bronchopneu- mopathie chronique obstructive (BPCO) : 7 indicateurs de qualité développés

Validé par le Collège le 3 mars 2022

Descriptif de la publication

Titre	Parcours du patient à risque ou atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) : 7 indicateurs de qualité développés
Type d'indicateurs	Indicateurs de qualité du parcours de soins, de type processus. Source des données : dossier patient (ou équivalent, exemple registre), données des bases médico-administratives ou évaluation par les patients à partir de questionnaires (e-Satis, PROMs...)
Méthode de travail	Méthode HAS de développement des indicateurs qualité des parcours, mené avec des statisticiens et gestionnaires de bases de données formés aux bases de données médico-administratives et validé avec le groupe de travail d'experts multidisciplinaire.
Objectif(s)	L'objectif de ce projet est de fournir à l'ensemble des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, et aux instances de régulation, impliqués dans le parcours de soins des outils pour s'engager dans une démarche participative d'amélioration de la qualité des parcours, avec les patients, à partir des recommandations et des données de santé disponibles.
Cibles concernées	Offreurs de soins concernés par la prise en charge des patients présentant une BPCO.
Demandeur	Dans le cadre de Ma santé 2022 et de la stratégie nationale de santé, il a été demandé à la HAS de « mettre en place et de systématiser des indicateurs de qualité des parcours ».
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Marie Erbault, cheffe de projet au service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins (SEvOQSS), en lien avec la Cnam, Sandrine Morin, adjointe à la cheffe de service, Laetitia May-Michelangeli, cheffe du service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins (SEvOQSS)
Recherche documentaire	Emmanuelle Blondet (documentaliste) et Juliette Chazareng (assistante documentaliste)
Auteurs	Anaëlle Coquelin, cheffe de projet statisticienne SEvOQSS ; Marie Erbault, cheffe de projet SEvOQSS ; Nelly Le Guen, cheffe de projet gestionnaire de bases de données SEvOQSS – experte SNDS ; Sandrine Morin, adjointe à la cheffe de service ; Nathalie Riolacci, cheffe de projet SEvOQSS
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 3 mars 2022
Actualisation	
Autres formats	

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

Haute Autorité de santé – Service communication et information
5, avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – mars 2022 – ISBN :

Sommaire

Introduction	4
1. Méthode HAS	6
2. Indicateurs de qualité du parcours des patients à risque ou atteints de BPCO	8
2.1. Définition des populations	8
2.1.1. Population de patients à risque de BPCO	8
2.1.2. Population de patients avec un traitement de référence de BPCO	9
2.1.3. Population de patients diagnostiqués BPCO	9
2.2. Limites à l'utilisation des données du SNDS	9
3. Liste des indicateurs proposés	11
4. Fiches descriptives des indicateurs développés	13
4.1. Un indicateur pour le dépistage des patients à risque de BPCO	13
Spirométrie ou EFR à visée diagnostique chez les patients à risque de BPCO	13
4.2. Deux indicateurs pour la prise en charge des patients stables	18
4.2.1. Vaccin contre la grippe chez les patients atteints de BPCO	18
4.2.2. Réalisation d'EFR ou de spirométrie annuelle chez les patients atteints de BPCO	22
4.3. Quatre indicateurs pour le suivi des patients après hospitalisation pour exacerbation de BPCO	26
4.3.1. Suivi médical dans les 7 jours après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO des patients sortis à domicile	26
4.3.2. Suivi par le pneumologue dans les 60 jours après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO des patients sortis à domicile	30
4.3.3. Traitement remboursé de BDLA délivré dans les 90 jours après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO des patients sortis à domicile	34
4.3.4. Soins de rééducation dans les 90 jours après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO des patients sortis à domicile	37
Conclusion	41
Table des annexes	44
Références bibliographiques	51
Participants	52
Abréviations et acronymes	54

Introduction

Dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé (STSS), la HAS a pour mission de proposer des indicateurs permettant d'approcher la qualité de la prise en charge de maladies chroniques évolutives (1), ce qui n'a jamais été réalisé auparavant. Les indicateurs définis jalonnent le parcours de soins et permettent de mesurer la qualité à différentes étapes de la prise en charge (cf. annexe 1). Ont été privilégiés les indicateurs mesurables à partir de données disponibles dans le SNDS, système national des données de santé constitué :

- des données de remboursement inter-régime de l'Assurance maladie exhaustives, le DCIR (datamart de consommation inter-régime) ;
- des données des établissements de santé (programme de médicalisation des systèmes d'information – PMSI) ;
- des données statistiques relatives aux causes de décès.

Le parcours des patients à risque ou atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est le pilote pour mener l'ensemble des étapes nécessaires à l'obtention d'indicateurs qualité d'un parcours (2). En janvier 2020 ont été publiés :

- l'actualisation du guide du parcours de soins de la BPCO (3) ;
- le rapport de définition des indicateurs de qualité du parcours des patients à risque ou atteints de BPCO.

Le présent rapport complète le rapport de définition publié en 2020.

Il expose le développement mené pour sept indicateurs retenus par le groupe de travail et mesurables à partir des bases de données médico-administratives. Il discute les limites des données disponibles dans le SNDS (DCIR/PMSI) et expose l'intérêt et les limites de chaque indicateur développé.

En effet, les limites de la mesure doivent être prises en compte dans le pilotage du système de santé, notamment lors de l'utilisation des indicateurs. Sans référence explicite aux données cliniques (quantification précise des facteurs de risque, diagnostic de la maladie et de sa sévérité, comorbidités associées et leur sévérité, retentissement fonctionnel...), ces indicateurs reflètent la qualité de la prise en charge ou fournissent des repères, mais ne sauraient seuls la qualifier.

Chaque indicateur est décrit dans le détail de la manière suivante :

- la description de l'indicateur ;
- la pertinence clinique et l'intérêt de l'indicateur : les recommandations de bonne pratique sur lesquelles s'appuie l'indicateur ;
- la pertinence de l'indicateur pour l'amélioration, les objectifs et les améliorations attendues et son utilité ;
- la population cible de l'indicateur ;
- le dénominateur : les données utilisées pour identifier la population BPCO de l'indicateur ;
- le numérateur : les données utilisées pour identifier les marqueurs que l'on mesure, acte, prestation, traitement... ;
- les sources de données disponibles : pour les indicateurs présentés, il s'agit du SNDS (DCIR/PMSI) ;
- le type d'indicateur : les indicateurs présentés sont tous des indicateurs de processus ;

- le mode d'expression du résultat : pour tous les indicateurs présentés, il s'agit d'un taux et il est précisé si la mesure est réalisée sur des patients ou des séjours ;
- les limites de la mesure :
 - celles liées aux données utilisées pour identifier la population cible et l'acte, l'examen, le traitement,
 - celles liées à l'interprétation des résultats ;
- l'ajustement, la standardisation, la stratification : les indicateurs présentés ne sont pas ajustés, standardisés ou stratifiés ;
- le mode de calcul : pour tous les indicateurs présentés, il s'agit du nombre de patients ou de séjours du numérateur sur le nombre de patients ou de séjours du dénominateur multiplié par 100 ;
- le niveau de calcul : tous les indicateurs présentés peuvent être calculés au niveau national ou régional ;
- les offreurs de soins concernés par l'indicateur : professionnels de santé impliqués dans la prise en charge mesurée ;
- la restitution du résultat de l'indicateur aux offreurs de soins : les modalités de restitution sont précisées ainsi que les informations complémentaires mesurées ;
- la version de l'indicateur.

1. Méthode HAS

Les étapes d'élaboration des indicateurs de qualité des parcours de soins – définition, développement, validation, actualisation – sont décrites dans la [fiche méthodologique](#) de la HAS publiée en 2021. Pour chaque étape, les acteurs impliqués, les compétences nécessaires et les livrables attendus sont précisés.

Le développement des indicateurs de qualité à partir du SNDS (DCIR/PMSI) comporte les étapes suivantes.

- La rédaction des spécifications techniques pour la détection des évènements recherchés et de la population cible pour l'ajustement/standardisation aux facteurs de risque et pour le calcul de l'indicateur dans la base de données utilisée.

Cette étape est réalisée avec les experts des nomenclatures (ATIH, CNAM, HAS), du SNDS (HAS, prestataire HEVA) et des experts du groupe de travail.

- La validation des spécifications techniques, le calcul et l'analyse des résultats des indicateurs de qualité grâce à des analyses statistiques. Cette étape conduit à valider :
 - la capacité discriminante de l'indicateur, c'est-à-dire la capacité de l'indicateur à mesurer une différence de qualité et sécurité des soins et à objectiver une marge de progrès existante par rapport à une référence :
 - la variabilité territoriale et/ou inter-offreurs de soins : capacité de l'indicateur à discriminer les territoires/offreurs de soins par l'observation d'une variabilité du résultat (régions, départements, territoires de santé, établissements de santé, GHT, regroupements de professionnels, professionnels de santé libéraux...),
 - l'écart à un objectif de performance : capacité de l'indicateur à identifier une marge d'amélioration par l'observation d'un écart à un seuil de performance (exemples : benchmark publié dans une revue de la littérature ou référence nationale) ;
 - la stabilité temporelle : capacité de l'indicateur à produire dans le temps des résultats cohérents sur deux années consécutives au niveau national, ou sur plusieurs régions par exemple.

Cette étape est menée avec les statisticiens et gestionnaires de bases de données formés au SNDS (DCIR/PMSI). Il est validé par le groupe de travail d'experts multidisciplinaires.

Le groupe de travail constitué pour la définition des indicateurs de qualité du parcours a participé au développement des indicateurs. Il est composé des professionnels de santé médicaux et paramédicaux concernés par la prise en charge et le suivi des patients à risque ou atteints de BPCO : médecin généraliste, pneumologue, médecin de médecine physique et de réadaptation, médecin nutritionniste, tabacologue, médecin de l'information médicale, médecin du travail, pharmacien, infirmier, kinésithérapeute ; d'experts du codage dans les bases de données, de membres d'associations de patients et de représentant de prestataire de santé à domicile. Le groupe de travail est représentatif du secteur public et privé, réparti sur le territoire national et dénué de conflits d'intérêts sur ces travaux (cf. Participants).

Les échanges lors des réunions du groupe de travail ont permis de :

- partager les mesures préliminaires réalisées avec la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) sur un échantillon de la population française, sur les

indicateurs développés. Cette réunion a permis de sélectionner les indicateurs pour lesquels des mesures seraient réalisées au niveau national ;

- partager les travaux réalisés sur les bases de données nationales.

Ce travail a permis la production :

- de ce rapport de développement ;
- des résultats des indicateurs au niveau national et par région ;
- de la documentation technique :
 - programmes SAS,
 - structure des bases de données,
 - liste des codes utilisés.

Les liens d'accès à ces documents se trouvent en annexe 2, 3, 4 et 5.

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

2.1. Définition des populations

Trois populations ont été identifiées, avec le groupe de travail, à partir des données disponibles dans le SNDS. Ces populations sont représentatives du stade évolutif de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) :

- population de patients à risque de BPCO ;
- population de patients avec un traitement de référence de la BPCO ;
- population de patients diagnostiqués BPCO, dont la population hospitalisée pour exacerbation de BPCO.

Dans le SNDS (DCIR/PMSI) :

- la consommation médicamenteuse permet d'identifier les patients par la délivrance remboursée de leur traitement ;
- le diagnostic d'une maladie chronique peut être retrouvé dans le SNDS soit dans le DCIR par l'ALD, soit dans le PMSI par le codage de la pathologie ou en comorbidité lors d'une hospitalisation.

2.1.1. Population de patients à risque de BPCO

Les patients à risque de BPCO regroupent l'ensemble des patients présentant un ou plusieurs facteurs de risque ou des symptômes précoces.

Les facteurs de risque sont les suivants :

- tabagisme ;
- exposition aux facteurs environnementaux, pollution atmosphérique et pollution intérieure (chauffage au bois ou charbon) ;
- exposition professionnelle à des toxiques ou des irritants, particules minérales ou organiques, gaz, vapeurs et fumées.

Les symptômes précoces évocateurs de BPCO sont les suivants :

- toux ;
- expectoration fréquente ;
- dyspnée.

Les patients exposés à ces facteurs de risque ou présentant des symptômes précoces devraient bénéficier d'un dépistage de la BPCO.

En accord avec les membres du groupe de travail, un indicateur portant sur la recherche de diagnostic a été développé. La population des patients à risque de BPCO a été approchée dans le SNDS (DCIR/PMSI) par les proxys suivants :

- les patients consommant des traitements d'aide à l'arrêt du tabac ;
- les patients ayant un traitement de bronchodilatateur anticholinergique ou β_2 de longue durée d'action (BDLA), initié dans l'année. Ce traitement est le traitement de référence de la BPCO symptomatique, il s'agit d'un traitement de longue durée ;

- les patients présentant des bronchopneumopathies répétées nécessitant une antibiothérapie associée à un traitement bronchodilatateur de courte durée d'action.

2.1.2. Population de patients avec un traitement de référence de BPCO

La BPCO est définie par une obstruction permanente des voies aériennes. Le traitement de la BPCO en 1^{re} intention est constitué de bronchodilatateurs de courte durée d'action (BDCA) anticholinergiques ou β 2-agonistes pris à la demande en cas de dyspnée ou de limitation d'exercice. Lorsque le patient présente une dyspnée quotidienne et/ou des exacerbations malgré leur utilisation pluriquotidienne, un traitement par bronchodilatateur de longue durée d'action (BDLA) anticholinergique ou β 2-agoniste est nécessaire. Si le traitement BDLA anticholinergique ou β 2-agoniste est le traitement de référence de la BPCO, il peut cependant être prescrit aux patients ayant un asthme sévère.

En accord avec les membres du groupe de travail, le traitement régulier par bronchodilatateur de longue durée d'action (BDLA) anticholinergique ou β 2 a été retenu pour identifier les patients ayant une BPCO en l'absence d'un diagnostic tracé dans le SNDS (DCIR/PMSI) (cf. § 2.1.3).

Pour cerner au plus près cette population, des critères permettant d'exclure les patients présentant une autre maladie respiratoire chronique (critères présentés dans les fiches descriptives des indicateurs, partie 3) ont été définis de manière très précise.

La population appelée « patients avec un traitement de référence de BPCO » est finalement constituée des patients repérés dans le SNDS (DCIR/PMSI) par le remboursement d'au moins 3 BDLA anticholinergiques ou β 2 dans l'année, en l'absence de diagnostic de BPCO tracé dans le SNDS (DCIR/PMSI).

2.1.3. Population de patients diagnostiqués BPCO

La BPCO est une maladie qui se déclare après un temps d'exposition aux facteurs de risque variable selon les personnes. Cependant, elle est rarement diagnostiquée avant 40 ans.

Le dispositif ALD (affection de longue durée) est un dispositif administratif. La déclaration d'une pathologie en ALD n'est pas réalisée systématiquement surtout si les patients ont une autre maladie chronique déclarée en ALD. Même si l'ALD BPCO n'est pas un marqueur suffisant pour identifier l'ensemble des patients atteints de BPCO, il permet d'en identifier une partie.

Dans le PMSI, les patients ayant une BPCO peuvent être identifiés par le codage de la BPCO en diagnostic principal ou en comorbidité lors d'une hospitalisation.

La population des patients diagnostiqués BPCO est constituée des patients identifiés dans le SNDS (DCIR/PMSI) soit par l'ALD BPCO soit par un diagnostic de BPCO lors d'une hospitalisation.

2.2. Limites à l'utilisation des données du SNDS

Parmi les limites inhérentes à l'utilisation des données du SNDS (DCIR/PMSI), on peut citer :

- les populations sont identifiées uniquement par leur consommation de soins remboursés par le régime obligatoire d'assurance maladie, ce qui pose la limite suivante : sont identifiés uniquement les patients symptomatiques, traités et consommant des soins remboursés par ce régime obligatoire ;
- une pathologie identifiée par son traitement impose que celui-ci soit spécifique de la pathologie ou que des critères permettent d'exclure les autres pathologies ;
- les traitements médicamenteux évalués sont ceux remboursés. Ils ne tiennent pas compte de l'éventuelle non-observance liée ou non à la survenue d'effets indésirables des traitements amenant à la suspension d'un traitement. L'utilisation des remboursements des traitements ne

permet pas d'identifier les absences de remboursement pour cause d'éventuelles contre-indications justifiant la non-prescription ;

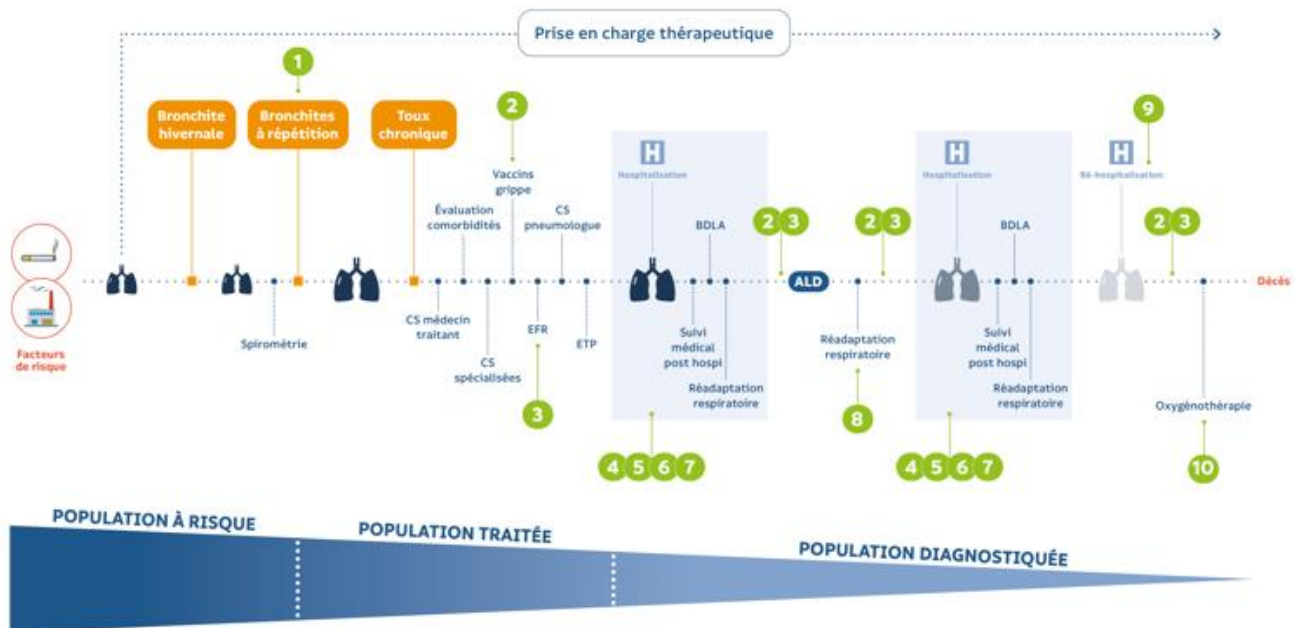
- les traitements médicamenteux délivrés en milieu hospitalier ou en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ne sont pas identifiables dans le DCIR à l'exception des molécules onéreuses délivrées en sus d'un séjour hospitalier en MCO ;
- toutes les consultations en ville réalisées chez le pneumologue ou le médecin généraliste sont identifiables dans le SNDS, mais pas le motif ;
- de nombreux facteurs impactant la morbi-mortalité des patients ne sont pas identifiables dans le SNDS (l'éducation thérapeutique, la diététique, l'IMC, le tabagisme actif, l'évaluation psychologique, etc.) ;
- les actes effectués dans le cadre de la médecine du travail ou réalisés par les infirmiers exerçant dans des dispositifs tels que ASALEE ne sont pas repérables dans le SNDS ;
- les données sont rétrospectives et les résultats sont donc décalés par rapport aux pratiques en temps réel. En effet, pour pouvoir travailler dans le DCIR sur la quasi-exhaustivité des soins réalisés en ville ou établissement privé l'année N, et remboursés, il est nécessaire d'attendre le mois de juillet de l'année suivante. Concernant les bases annuelles du PMSI MCO, SSR, HAD et psychiatrie d'une année N scellées, puis appariées au SNDS, elles sont mises à disposition sur le portail SNDS au mois de juillet/août de l'année suivante.

Les limites sont rappelées, au cas par cas, dans les fiches descriptives des indicateurs concernés.

3. Liste des indicateurs proposés

La liste des indicateurs de qualité proposée est issue de l'ensemble des travaux HAS de définition des indicateurs de qualité du parcours des patients à risque ou atteints de BPCO. Cette étape de développement est basée sur la définition rigoureuse des spécifications techniques pour la détection des événements recherchés et de la population cible.

Figure 1. Parcours de soins de la BPCO avec ses points présentant un enjeu de qualité et de sécurité des soins et les indicateurs de qualité retenus



1. Spirométrie ou EFR à visée diagnostique chez les patients à risque de BPCO
2. Vaccin contre la grippe chez les patients atteints de BPCO
3. Réalisation d'EFR ou de spirométrie annuelle chez les patients atteints de BPCO
4. Suivi médical dans les 7 jours après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO des patients sortis à domicile
5. Suivi par le pneumologue dans les 60 jours après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO des patients sortis à domicile
6. Traitement remboursé de BDLA délivré dans les 90 jours après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO des patients sortis à domicile
7. Soins de rééducation dans les 90 jours après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO des patients sortis à domicile
8. Réadaptation respiratoire après mise en ALD
9. Réhospitalisation pour exacerbation de BPCO dans les 180 jours
10. Mesure des gaz du sang annuelle

Parmi les 10 indicateurs ayant fait l'objet d'un développement et d'une mesure préliminaire, pour 3 d'entre eux le développement n'a pas été poursuivi. Il s'agit des indicateurs :

- « réadaptation respiratoire après mise en ALD » : cet indicateur n'est pas mesurable dans le SNDS à ce jour car l'ALD BPCO est sous-déclarée et ne permet d'identifier qu'un nombre très restreint de patients atteints de la maladie. L'ALD BPCO avait été choisie comme proxy pour identifier les patients ayant une BPCO à un stade avancé et mesurer dans cette population l'accès à la réadaptation respiratoire qui leur permet de mieux gérer leur maladie et améliorer leur qualité de vie ;
- « mesure des gaz du sang annuelle » : la mesure de cet indicateur n'est pas fiable. Il est mesuré dans une sous-population, les patients ayant une BPCO et sous oxygénothérapie, mais l'examen n'est pas identifiable via le PMSI pour les patients hospitalisés et cet examen est mal codé dans le DCIR. Aussi, l'indicateur ne permet pas de mesurer la réalisation de cet examen pour l'ensemble de la population cible ;
- « réhospitalisation pour exacerbation de BPCO à 6 mois » : cet indicateur n'est pas à strictement parler un indicateur de mesure de la qualité de la prise en charge. Son analyse nécessite de disposer d'autres informations, telles que la mortalité, qui sont à rapprocher des résultats. Cet indicateur devra faire l'objet d'un projet spécifique.

Au total, le développement a été poursuivi pour 7 indicateurs de qualité du parcours de soins pour lesquels des mesures nationales et régionales ont pu être envisagées.

4. Fiches descriptives des indicateurs développés

Pour les 3 étapes de la prise en charge identifiées (le dépistage des patients à risque, la prise en charge des patients stables et le suivi des patients après hospitalisation pour exacerbation de BPCO), des indicateurs sont proposés.

4.1. Un indicateur pour le dépistage des patients à risque de BPCO

Spirométrie ou EFR à visée diagnostique chez les patients à risque de BPCO

La BPCO est une maladie respiratoire chronique qui s'aggrave après plusieurs années d'exposition à des toxiques, notamment le tabac. Les recommandations de bonne pratique préconisent de retenir l'âge de 40 ans pour proposer un dépistage de la maladie chez les patients à risque. Les symptômes au début de la maladie sont relativement discrets et négligés : épisodes répétés de dyspnée ou de toux productives ou non.

Pour la population à risque ou présentant des signes précoces, un dépistage des fonctions respiratoires par spirométrie ou EFR doit être proposé. Il s'agit de poser le diagnostic d'une altération des fonctions respiratoires et de distinguer la BPCO de l'asthme. La spirométrie/EFR permet d'objectiver un dysfonctionnement bronchique et de faire un diagnostic différentiel avec l'asthme.

Il n'y a pas de délai exigé pour réaliser une spirométrie ou des EFR chez une personne à risque de BPCO. Le délai entre la prescription d'une spirométrie/EFR et sa réalisation peut être de plusieurs semaines, voire mois. Rechercher la trace d'une spirométrie/EFR impose donc une période d'observation prolongée. Si la trace d'une spirométrie ou EFR n'est pas retrouvée sur une période donnée, cela ne signifie pas toujours que l'examen n'a pas été réalisé ou que le diagnostic n'a pas été posé. Enfin, l'accès aux professionnels formés à la réalisation d'une spirométrie/EFR est variable d'une région à l'autre.

Un algorithme a été défini permettant d'identifier une partie de cette population.

Cet indicateur mesure la réalisation d'une spirométrie ou d'EFR chez les patients à risque de BPCO afin de poser le diagnostic de BPCO.

Définition	Patients de 40 ans et plus à risque de BPCO ayant bénéficié d'une spirométrie ou d'explorations fonctionnelles respiratoires (EFR) à visée diagnostique
Pertinence clinique/Intérêt de l'indicateur	<p>La BPCO est une maladie respiratoire chronique définie par une obstruction permanente des voies aériennes dont le diagnostic repose sur la réalisation d'EFR¹. La réalisation d'EFR doit répondre aux critères de qualité d'exécution recommandés.</p> <p>Une BPCO doit être recherchée et confirmée par la réalisation d'une spirométrie ou d'EFR chez tout adulte de 40 ans et plus présentant :</p> <ul style="list-style-type: none">– un ou des facteurs de risque suivants (tabagisme, exposition aux toxiques ou irritants, facteurs environnementaux) ;

¹ La spirométrie fait partie des EFR.

	<ul style="list-style-type: none"> – une toux ou une expectoration chronique, dyspnée d'effort ou paroxystique, sifflement ; – une exacerbation ; – des bronchites hivernales fréquentes (consultations répétées chez le médecin généraliste ou dans le service des urgences du centre hospitalier) ; – une maladie neurocardiovasculaire ou cardiovasculaire (bilan et suivi). <p>(3, 5)</p>
<p>Pertinence pour l'amélioration/Objets/Améliorations attendues</p>	<p>La BPCO est de fait sous-diagnostiquée ou diagnostiquée à un stade évolué de la maladie.</p> <p>Les interventions visant à réduire les facteurs de risque (sevrage tabagique, réduction de l'exposition professionnelle) ou à ralentir l'évolution de la BPCO sont donc moins efficaces sur les diagnostics tardifs. Une prise en charge adaptée, dès le début de la maladie, réduit la fréquence et la sévérité des complications des BPCO.</p> <p>La recherche d'une BPCO par une spirométrie ou des EFR doit être proactive car les symptômes ne renseignent pas sur la sévérité de la maladie. L'objectif est d'augmenter le nombre de diagnostics de BPCO, notamment aux stades peu évolués de la maladie en favorisant l'accès à la spirométrie ou aux EFR chez tous les patients de 40 ans et plus à risque de BPCO.</p> <p>Utilité de l'indicateur pour les professionnels de santé, le patient et le système de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> – sensibiliser les professionnels au diagnostic d'une BPCO chez les patients à risque ; – proposer aux patients une aide à l'arrêt du tabac.
<p>Population cible</p>	<p>La population cible correspond aux patients à risque de BPCO identifiables dans le SNDS (DCIR/PMSI).</p> <p>En accord avec les membres du groupe de travail ayant produit les indicateurs, les patients à risque de BPCO pourront être identifiés dans le SNDS (DCIR/PMSI) par les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> – patients de 40 ans et plus ; ET – satisfaisant à un ou plusieurs des critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> • bénéficiant d'une prescription de bronchodilatateur anticholinergique ou β2 de longue durée d'action (BDLA). Le traitement BDLA est le traitement de la BPCO symptomatique et de l'asthme sévère. Compte tenu de ses indications, le traitement est réservé aux patients pour lesquels le diagnostic différentiel est posé, OU • présentant des infections respiratoires fréquentes nécessitant un traitement antibiotique et associé, au moins lors de l'un des épisodes, à un traitement bronchodilatateur de courte durée d'action. Les patients présentant une BPCO sont sujets aux infections respiratoires répétées, OU • bénéficiant d'un traitement d'aide à l'arrêt du tabac. Le tabac est un facteur de risque majeur de développer une BPCO ; ET – sans trace d'un diagnostic de BPCO signalée par un ou plusieurs des critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> • une ALD BPCO active, • un antécédent de séjour hospitalier en MCO, HAD ou SSR associé à un diagnostic de BPCO, • un antécédent de prescription régulière de BDLA ; OU – sans trace d'EFR ou d'une spirométrie, la démarche de diagnostic étant engagée ; OU – sans trace d'une autre maladie respiratoire (mucoviscidose, asthme).
<p>Dénominateur (Validité de contenu)</p>	<p>La population sera identifiée dans le SNDS (DCIR/PMSI) :</p> <ul style="list-style-type: none"> – hors patients mal chaînés dans le PMSI ; – hors séjours en erreur dans le PMSI ; – hors individus avec un NIR fictif dans le DCIR ;

- hors jumeaux de même sexe (car problème d'identification dans le PMSI) ;
- quel que soit leur régime obligatoire d'affiliation ;
- résidents en France entière.

La population des patients à risque de BPCO correspond :

- patients de 40 ans et plus en 2017 ;
- ET satisfaisant au moins à l'un des 4 critères suivants :
 - patients ayant eu au moins une délivrance remboursée d'un bronchodilatateur anticholinergique longue durée d'action ou $\beta 2$ longue durée d'action en 2017
(*date_index_broncho : date de la première délivrance de bronchodilatateur anticholinergique longue durée d'action ou $\beta 2$ longue durée d'action en 2017*) ;
 - OU
 - patients ayant eu au moins une délivrance remboursée d'antibiothérapie pour infections respiratoires en 2017 :
 - associée le même jour d'une délivrance remboursée de bronchodilatateur anticholinergique courte durée d'action ou un $\beta 2$ courte durée d'action.
Cette délivrance (antibiothérapie + (broncho ou $\beta 2$ courte durée)) doit être précédée dans les 365 jours d'au moins une délivrance remboursée d'antibiothérapie pour infections respiratoires
(*date_index_antibio_memejour = date de la première délivrance remboursée d'antibiothérapie en 2017 associée le même jour d'une délivrance remboursée de bronchodilatateur anticholinergique courte durée d'action ou un $\beta 2$ courte durée d'action. Cette délivrance (antibio + broncho) doit être précédée dans les 365 jours d'au moins une délivrance remboursée d'antibiothérapie pour infections respiratoires*) ;
 - OU
 - patients ayant eu au moins une délivrance remboursée d'antibiothérapie pour infections respiratoires en 2017.
Cette délivrance doit être précédée dans les 365 jours d'au moins une délivrance remboursée d'antibiothérapie pour infections respiratoires qui est associée le même jour à une délivrance remboursée de bronchodilatateur anticholinergique courte durée d'action ou un $\beta 2$ courte durée d'action
(*date_index_antibio_365jour = date de la première délivrance remboursée d'antibiothérapie en 2017 précédée dans les 365 jours d'au moins une délivrance remboursée d'antibiothérapie pour infections respiratoires associée le même jour d'une délivrance remboursée de bronchodilatateur anticholinergique courte durée d'action ou un $\beta 2$ courte durée d'action*) ;
 - OU
 - patients ayant eu au moins une délivrance remboursée de substituts nicotiques (remboursable ou forfait) ou d'un traitement d'arrêt du tabac en 2017
(*date_index_substitut : date de la première délivrance de substituts nicotiques (remboursable ou forfait) ou d'un traitement d'arrêt du tabac en 2017*).

Dans le cas de patients satisfaisant à plus de 1 critère, la date index retenue sera la première date index survenue en 2017 (dans les critères d'exclusion, nous parlerons de date index retenue)

(*date_index_retenue = la première date index survenue en 2017 parmi les suivantes (date_index_broncho, date_index_antibio_memejour, date_index_antibio_365jour, date_index_substitut) sinon la date_index_retenue = la date index du seul critère satisfait*).

À l'exclusion :

- des patients pour lesquels le diagnostic de mucoviscidose ou d'asthme a pu être identifié par l'ALD ou des traitements spécifiques :
 - patients en ALD mucoviscidose active à la date index,
 - patients en ALD asthme active à la date index,
 - patients ayant eu au moins trois délivrances remboursées de corticoïdes inhalés sans délivrance le même jour de bronchodilatateur (quel que soit le type de bronchodilatateur EN FORME ASSOCIÉE OU LIBRE) entre 730 jours et 365 jours précédant la date index.

	<p>Ce traitement est un traitement de l'asthme et n'est pas recommandé dans la BPCO ;</p> <ul style="list-style-type: none"> – des patients pour lesquels le diagnostic de BPCO est posé ou la démarche diagnostique engagée : <ul style="list-style-type: none"> • patients en ALD BPCO active à la date index, • patients ayant eu un diagnostic BPCO codé (DP ou DR du séjour, DP ou DR des UM ou DAS en MCO FPP, MMP, AE des RHS ou DAS en SSR DP du séjour, DCMPP ou DCMPA des sous-séquences, DAS en HAD) lors d'un séjour hospitalier MCO terminé dans les 730 jours précédant la date index, ou lors d'un séjour hospitalier HAD, SSR d'au moins une journée dans les 730 jours précédant la date index, • patients ayant eu au moins une délivrance remboursée de bronchodilatateur anticholinergique longue durée d'action ou β_2 longue durée d'action entre 730 jours et 365 jours précédents la date index, • patients ayant eu une spirométrie ou des EFR entre 730 jours et 366 jours précédant la date index ; – des patients pour lesquels la spirométrie ou les EFR ne sont pas réalisables de façon systématique : <ul style="list-style-type: none"> • patients en ALD « maladie d'Alzheimer et autres démences » active 365 jours après la date index. Ces patients peuvent présenter des troubles cognitifs rendant la réalisation d'EFR ou d'une spirométrie difficile, voire impossible. Pour ces patients, la réalisation de l'examen se décide au cas par cas en fonction des capacités du patient, • patients ayant eu un diagnostic de soins palliatifs codé (DP ou DR du séjour, DP ou DR des UM ou DAS en MCO FPP, MMP, AE des RHS ou DAS en SSR DCMPP ou DCMPA des sous-séquences en HAD) lors d'un séjour hospitalier MCO terminé dans les 365 jours suivant la date index ou lors d'un séjour hospitalier HAD, SSR d'au moins une journée dans les 365 jours suivant la date index. Dans le SNDS (DCIR/PMSI), il n'est pas possible d'identifier le motif précis de la prise en charge en soins palliatifs, le besoin de réaliser l'examen est laissé à l'appréciation de l'équipe de soins palliatifs.
<p>Numérateur (Validité de contenu)</p>	<p>En accord avec les membres du groupe de travail ayant produit les indicateurs, la recherche du diagnostic de BPCO pour les patients à risque est mesurée, dans le SNDS (DCIR/PMSI), par la réalisation d'une spirométrie ou d'EFR.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Patients du dénominateur pour lesquels une spirométrie ou des EFR ont été réalisées soit : <ul style="list-style-type: none"> • dans les 365 jours précédant la date index (date index incluse) ; OU <ul style="list-style-type: none"> • dans les 365 jours suivant la date index (date index exclue). <p>La spirométrie ou les EFR peuvent être réalisées en ville ou en établissement de santé lors d'une hospitalisation ou en ambulatoire.</p> <p>Les actes ambulatoires réalisés en ville et en établissements de santé privés sont extraits du DCIR et les actes réalisés en établissements de santé publics en dehors d'une hospitalisation sont extraits du PMSI MCO ou SSR (ACE : actes et consultations externes).</p> <p>Les séjours hospitaliers sont extraits des PMSI MCO et SSR.</p>
<p>Sources de données disponibles</p>	<p>SNDS : DCIR, PMSI MCO (séjour, actes et consultation externe), SSR (séjour, actes et consultation externe), HAD, psychiatrie</p> <p>Années à interroger : 2015 à 2018 pour un indicateur 2017</p>
<p>Type d'indicateur</p>	<p>Indicateur de processus</p>
<p>Mode d'expression du résultat</p>	<p>Taux</p> <p>Indicateur calculé au niveau patient</p>
<p>Limites de la mesure</p>	<p>Liées aux données utilisées :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> – les données permettent d’identifier uniquement les patients symptomatiques et traités ou les patients prenant un traitement en vue d’arrêter le tabac. Les patients qui ne sont pas candidats au sevrage, les patients peu symptomatiques, les épisodes répétés de dyspnée ou de toux traités sans bronchodilatateur de longue durée d’action, les personnes exposées aux toxiques professionnels ne sont pas identifiables dans le SNDS (DCIR/PMSI) ; – les données ne permettent pas d’exclure tous les patients atteints de dilatation des bronches ou d’asthme ; – les données ne permettent pas de prendre en compte la spirométrie ou les EFR réalisées dans le cadre de la médecine du travail (informations non renseignées dans le SNDS (DCIR/PMSI) ; – la réalisation d’une spirométrie ou d’EFR n’est pas toujours réalisable chez les patients présentant des troubles cognitifs. Pour les exclure de la mesure, nous avons exclu les patients en ALD « maladie d’Alzheimer et autres démences ». Cette ALD ne permet pas d’exclure tous les patients atteints de troubles cognitifs pour lesquels la réalisation de l’examen s’avère impossible. <p>Liées à l’interprétation des résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> – le recours à la spirométrie dépend de l’intérêt porté par les professionnels de ville au dépistage de la BPCO, de leur disponibilité, de leur formation à la réalisation de la spirométrie, de la disponibilité des équipements d’EFR ; – les patients ayant eu des EFR avant la période d’étude sont considérés comme n’en ayant pas eu.
Ajustement/Standardisation	Pas d’ajustement/standardisation
Stratification	Pas de stratification
Mode de calcul	Nombre de patients du numérateur / Nombre de patients du dénominateur x 100
Niveau de calcul de l’indicateur	National/régional
Offreurs de soins concernés par l’indicateur	Médecin traitant, médecin généraliste, pneumologue, médecin du travail, infirmiers de pratiques avancées, infirmiers exerçant dans le cadre de dispositif type ASALEE
Restitution du résultat de l’indicateur aux offreurs de soins	Modalités : rapport présentant les résultats nationaux et régionaux Informations : valeur de l’indicateur et informations complémentaires utiles à l’interprétation du résultat
Version de l’indicateur	Version développement 2022

4.2. Deux indicateurs pour la prise en charge des patients stables

Deux indicateurs portant sur la prise en charge en soins primaires ou spécialisés des patients ayant une BPCO stable ont été développés.

4.2.1. Vaccin contre la grippe chez les patients atteints de BPCO

La vaccination contre la grippe est recommandée à tous les patients présentant une BPCO, quels que soient l'âge ou le stade de la maladie. Le taux de remboursement varie de 65 % à 100 %. Il est de 100 % pour les personnes de 65 ans et plus ou les personnes bénéficiant du dispositif ALD ou répondant aux recommandations vaccinales particulières². La grippe présente un risque d'exacerbation de la BPCO.

Cet indicateur concerne les patients présentant une BPCO diagnostiquée ou pour lesquels le traitement BDLA fait suspecter une BPCO. Il mesure la prévention d'exacerbation par la vaccination annuelle contre la grippe.

Description	Patients de 40 ans et plus atteints de BPCO vaccinés contre la grippe
Pertinence clinique/Intérêt de l'indicateur	<p>Le vaccin antigrippal est recommandé, par le Haut Conseil de la santé publique, pour toutes personnes souffrant de certaines pathologies chroniques (affections respiratoires, cardiovasculaires, diabète, etc.) avec ou sans ALD et quel que soit leur âge.</p> <p>Il est donc recommandé de vacciner contre la grippe tous les ans tous les patients atteints d'une BPCO selon le nouveau calendrier vaccinal de 2019. La grippe aggrave la BPCO en augmentant le risque d'exacerbations et le risque d'infections pulmonaires. Les BPCO majorent le risque de complications des infections virales.</p> <p>Un taux de couverture vaccinale de 75 % est attendu. En 2015 et 2016, le taux de vaccination des personnes en ALD BPCO ou asthme était inférieur à 50 % chez les moins de 65 ans. Les taux trop bas ont conduit la DGS à élargir l'accès au vaccin en autorisant les pharmaciens à vacciner en 2018.</p> <p>Sur une année calendaire, il y a deux périodes de vaccination : celle initiée en septembre/octobre de l'année N-1 et achevée en février ou mars de l'année N, et celle initiée en septembre/octobre de l'année N et qui se prolonge jusqu'en février ou mars de l'année N+1.</p> <p>(3, 6-8)</p>
Pertinence pour l'amélioration/Objetsifs/Améliorations attendues	<p>L'objectif de la vaccination contre la grippe est d'éviter les exacerbations, aussi tous les patients présentant une BPCO devraient être vaccinés annuellement contre la grippe.</p> <p>Utilité de l'indicateur pour les professionnels de santé, le patient et le système de soins :</p> <ul style="list-style-type: none">– améliorer le taux de vaccination contre la grippe chez les patients présentant une BPCO ;– éviter des exacerbations pouvant être déclenchées par une grippe chez les patients ayant une BPCO.
Population cible	<p>La population cible correspond aux patients atteints de BPCO, identifiables dans le SNDS.</p> <p>En accord avec les membres du groupe de travail ayant produit les indicateurs, les patients atteints de BPCO pourront être identifiés dans le SNDS (DCIR/PMSI) par les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">– patients de 40 ans et plus ;ET– satisfaisant à un ou plusieurs des critères suivants :

² https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_29juin20.pdf.

- une ALD BPCO active,
 - un antécédent de séjour hospitalier en MCO, HAD ou SSR associé à un diagnostic de BPCO,
 - une consommation régulière de BDLA ;
- ET
- sans trace d'une autre maladie respiratoire (mucoviscidose, asthme).

**Dénominateur
(Validité de contenu)**

La population sera identifiée dans le SNDS (DCIR/PMSI) :

- hors patients mal chaînés dans le PMSI ;
- hors séjours en erreur dans le PMSI ;
- hors individus avec un NIR fictif dans le DCIR ;
- hors jumeaux de même sexe (car problème d'identification dans le PMSI) ;
- quel que soit leur régime obligatoire d'affiliation ;
- résidents en France entière.

Pour cet indicateur, nous avons identifié deux groupes de patients pour ensuite analyser les résultats en fonction de la gravité supposée de la BPCO : les patients en ALD BPCO ou hospitalisés pour BPCO sont potentiellement à un stade plus avancé de la maladie que les patients ayant uniquement un traitement BDLA.

La population des patients atteints d'une BPCO correspond aux :

- **1^{er} groupe** : patients de 40 ans et plus en 2017 :
 - en ALD BPCO active au 1^{er} septembre 2017,
 OU
 - ayant eu au moins un diagnostic de BPCO codé (DP ou DR du séjour, DP ou DR des UM ou DAS en MCO | FPP, MMP, AE des RHS ou DAS en SSR | DP du séjour, DCMPP ou DCMPPA des sous-séquences, DAS en HAD) lors d'un séjour hospitalier en MCO terminé entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 août 2017, ou lors d'un séjour hospitalier SSR, HAD d'au moins une journée entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 août 2017 (identification des patients avant la campagne de vaccination) ;
- ET
- **2^e groupe** : patients de 40 ans et plus en 2017 ayant eu au moins 3 délivrances remboursées de traitement bronchodilatateur anticholinergique ou $\beta 2$ longue durée d'action en 2017
- ET
 - sans hospitalisation ou ALD en lien avec une BPCO, c'est-à-dire :
 - en ALD BPCO active au 1^{er} septembre 2017,
 - ayant eu au moins un diagnostic de BPCO codé (DP ou DR du séjour, DP ou DR des UM ou DAS en MCO | FPP, MMP, AE des RHS ou DAS en SSR | DP du séjour, DCMPP ou DCMPPA des sous-séquences, DAS en HAD) lors d'un séjour hospitalier en MCO terminé entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 août 2017, ou lors d'un séjour hospitalier SSR, HAD d'au moins une journée entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 août 2017.

À l'exclusion pour le 2^e groupe :

- des patients pour lesquels le diagnostic de mucoviscidose ou d'asthme a pu être identifié par l'ALD ou par des traitements spécifiques :
 - patients en ALD mucoviscidose active au 1^{er} septembre 2017,
 - OU patients en ALD asthme active au 1^{er} septembre 2017,
 - OU patients ayant eu au moins 3 délivrances remboursées de CSI seuls entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2017,
 - OU patients ayant eu au moins une délivrance remboursée d'anti-IgE entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2017 OU au moins une délivrance remboursée d'anti-IL-5 entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2017,
 - OU patients ayant eu au moins une délivrance remboursée d'antileucotriènes entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2017,
 - OU patients ayant eu au moins un acte CCAM de thermoplastie bronchique codé lors d'un séjour hospitalier en MCO terminé entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2017,

	<ul style="list-style-type: none"> • OU patients ayant eu au moins un diagnostic d'asthme codé (DP ou DR du séjour, DP ou DR des UM ou DAS en MCO FPP, MMP, AE des RHS ou DAS en SSR DP du séjour, DCMPP ou DCMPPA des sous-séquences, DAS en HAD) lors d'un séjour hospitalier en MCO terminé entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2017, ou lors d'un séjour hospitalier SSR, HAD d'au moins une journée entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2017, • OU patients ayant eu au moins un diagnostic d'état de mal asthmatique codé (DP du séjour, DP des UM en MCO) lors d'une hospitalisation avec au moins une nuitée en MCO (hors séances) terminée entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2017. <p>À l'exclusion pour les 2 groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> – des patients pour lesquels la vaccination contre la grippe n'est pas réalisable de façon systématique : <ul style="list-style-type: none"> • patients décédés avant le 1^{er} septembre 2017. Le décès est identifié par le mode de sortie dans le PMSI MCO, SSR, HAD ou psychiatrie ou dans le référentiel bénéficiaire du DCIR ou dans la table prestation du DCIR (période étudiée : soins remboursés entre 2015 et 2018), • patients ayant eu un diagnostic de soins palliatifs codé (DP ou DR du séjour, DP ou DR des UM ou DAS en MCO FPP, MMP, AE des RHS ou DAS en SSR DCMPP ou DCMPPA des sous-séquences en HAD) lors d'un séjour hospitalier MCO terminé entre le 1^{er} septembre 2017 et le 31 mai 2018, ou lors d'un séjour hospitalier HAD, SSR d'au moins une journée entre le 1^{er} septembre 2017 et le 31 mai 2018. Dans le SNDS (DCIR/PMSI), il n'est pas possible d'identifier le motif précis de la prise en charge en soins palliatifs, le besoin de réaliser l'examen est laissé à l'appréciation de l'équipe de soins palliatifs ; – des patients pour lesquels la vaccination contre la grippe n'est pas toujours tracée : <ul style="list-style-type: none"> • patients hospitalisés en MCO (hors séances), SSR, psychiatrie plus de 90 jours entre le 1^{er} septembre 2017 et le 31 mai 2018. Si le patient a été vacciné lors de son hospitalisation, ce ne sera pas tracé dans le SNDS (DCIR/PMSI).
Numérateur (Validité de contenu)	<p>En accord avec les membres du groupe de travail ayant produit les indicateurs, la vaccination contre la grippe est identifiée, dans le SNDS (DCIR/PMSI), par le remboursement des vaccins. La période de vaccination retenue pour la mesure de l'indicateur va de septembre de l'année N à mai de l'année N+1.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Patients du dénominateur ayant eu une délivrance remboursée du vaccin contre la grippe entre le 1^{er} septembre 2017 et le 31 mai 2018. <p>Les délivrances remboursées du vaccin contre la grippe sont extraites du DCIR.</p>
Sources de données disponibles	<p>SNDS : DCIR, PMSI MCO (séjour, actes et consultation externe), SSR (séjour, actes et consultation externe), HAD, psychiatrie</p> <p>Années à interroger : 2016 à 2018 pour un indicateur 2017</p>
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Mode d'expression du résultat	<p>Taux</p> <p>Indicateur calculé au niveau patient</p>
Limites de la mesure	<p>Liées aux données utilisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> – le remboursement des vaccins effectués en médecine du travail, en EHPAD avec une pharmacie à usage interne, en secteur hospitalier – MCO, SSR, psychiatrie ou HAD (séjour ou consultation) – n'est pas tracé dans le SNDS (DCIR/PMSI) ; – les données ne permettent pas d'exclure tous les patients atteints de dilatation des bronches ou d'asthme ; – l'ALD BPCO, qui aurait été un marqueur de sévérité de la BPCO en dehors des hospitalisations, est très mal renseignée. La trace d'une vaccination antigrippale est recherchée dans la population où le risque de complications liées au virus de la grippe et/ou le risque

	<p>d'aggravation de la BPCO elle-même sont majeurs, c'est-à-dire des patients avec un antécédent de séjour hospitalier lié à une BPCO, bénéficiant d'une ALD BPCO active en début de campagne de vaccination ou des patients avec un traitement répété de bronchodilatateurs de longue durée d'action. Les patients atteints de BPCO ne répondant pas à ces critères ne sont pas identifiés.</p> <p>Liées à l'interprétation des résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> – cette mesure concerne avant tout la prévention de la grippe en ambulatoire ; – la vaccination contre la grippe n'étant pas obligatoire, il faudra sans doute prendre en compte dans l'analyse des résultats les réticences de la population vis-à-vis de la vaccination en général et celle contre la grippe en particulier et donc les interventions locales en faveur de la vaccination ; – cette mesure renvoie aussi aux conditions de suivi des maladies chroniques (désert médical, patient sans médecin généraliste...) ; – cette mesure témoigne également des démarches d'éducation thérapeutique permettant une participation active du patient ou de son entourage à la gestion de sa maladie (éducation thérapeutique) dans les limites des capacités de ce dernier (patient trop âgé, isolé, perte cognitive) ; – la période de mesure de septembre à mai ne prend pas en compte les spécificités des campagnes de vaccination dans les DOM-TOM. Ainsi, l'indicateur n'a pas été calculé pour les DOM-TOM.
Ajustement/Standardisation	Pas d'ajustement/standardisation
Stratification	Pas de stratification
Mode de calcul	<p>Nombre de patients du numérateur</p> <p>/</p> <p>Nombre de patients du dénominateur x 100</p>
Niveau de calcul de l'indicateur	National/régional
Offreurs de soins concernés par l'indicateur	Médecin traitant, médecin généraliste, pneumologue, médecin du travail, infirmiers de pratiques avancées, infirmiers exerçant dans le cadre de dispositif type ASALEE, infirmier en exercice libéral, pharmaciens
Restitution du résultat de l'indicateur aux offreurs de soins	<p>Modalités : rapport présentant les résultats nationaux et régionaux</p> <p>Informations : valeur de l'indicateur et informations complémentaires utiles à l'interprétation du résultat</p>
Version de l'indicateur	Version développement 2022

4.2.2. Réalisation d'EFR ou de spirométrie annuelle chez les patients atteints de BPCO

Les recommandations de bonne pratique précisent qu'une EFR annuelle doit être proposée à tous les patients présentant une BPCO légère à sévère, stade I à III ; en revanche, la fréquence des EFR pour le stade IV n'est pas définie, elle est en pratique discutée au cas par cas.

La réalisation d'EFR ou d'une spirométrie annuelle permet de suivre l'évolution de la maladie et d'ajuster le traitement si besoin.

Cet indicateur concerne les patients présentant une BPCO diagnostiquée ou pour lesquels le traitement BDLA fait suspecter une BPCO. Il mesure la réalisation annuelle d'EFR ou d'une spirométrie de surveillance.

Définition	Patients de 40 ans et plus atteints de BPCO dont la fonction respiratoire est évaluée chaque année par spirométrie ou EFR
Pertinence clinique/Intérêt de l'indicateur	<p>Le guide du parcours de soins BPCO prévoit une surveillance de la fonction respiratoire tous les ans pour les patients ayant une BPCO légère à sévère (stade I à III). Une EFR tous les ans pendant 3 ans permet d'identifier les personnes avec un risque de dégradation rapide de la fonction respiratoire. L'indication des EFR sera évaluée par le pneumologue pour les BPCO très sévères (stade IV) ou en cas de changement thérapeutique en fonction de l'état clinique du patient (3).</p> <p>Il existe des contre-indications temporaires à la réalisation d'EFR :</p> <ul style="list-style-type: none"> – infarctus du myocarde : contre-indication aux EFR 3 mois suivant l'infarctus du myocarde ; – pneumothorax : contre-indication aux EFR 1 mois suivant le pneumothorax.
Pertinence pour l'amélioration/Objectifs/Améliorations attendues	<p>L'objectif est d'améliorer la surveillance des capacités respiratoires des patients BPCO, de mesurer le retentissement de la maladie sur la qualité de vie des patients et de détecter les patients nécessitant une adaptation de la prise en charge et notamment la mise en œuvre d'une réadaptation respiratoire.</p> <p>Utilité de l'indicateur pour les professionnels de santé, le patient et le système de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> – adapter le traitement de la BPCO si nécessaire ; – proposer une réadaptation respiratoire si nécessaire ; – envisager une oxygénothérapie si nécessaire ; – identifier, au niveau d'un territoire, des difficultés d'accès aux EFR/spirométrie.
Population cible	<p>La population cible correspond aux patients atteints de BPCO identifiables dans le SNDS (DCIR/PMSI).</p> <p>En accord avec les membres du groupe de travail ayant produit les indicateurs, les patients atteints de BPCO pourront être identifiés dans le SNDS (DCIR/PMSI) par les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> – patients de 40 ans et plus ; – ET satisfaisant à un ou plusieurs des critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> • une ALD BPCO active, OU • un antécédent de séjour hospitalier en MCO, HAD ou SSR associé à un diagnostic de BPCO, OU • une consommation régulière de BDLA ; – sans trace d'une autre maladie respiratoire (mucoviscidose, asthme).

Dénominateur
(Validité de contenu)

La population sera identifiée dans le SNDS (DCIR/PMSI) :

- hors patients mal chaînés dans le PMSI ;
- hors séjours en erreur dans le PMSI ;
- hors individus avec un NIR fictif dans le DCIR ;
- hors jumeaux de même sexe (car problème d'identification dans le PMSI) ;
- quel que soit leur régime obligatoire d'affiliation ;
- résidents en France entière.

La population des patients atteints d'une BPCO correspond aux :

- patients de 40 ans et plus en 2017 ;
- ET satisfaisant à l'un des critères suivants :
 - ayant une ALD BPCO active au 31 décembre 2017,
OU
 - ayant eu au moins un diagnostic de BPCO codé (DP ou DR du séjour, DP ou DR des UM ou DAS en MCO | FPP, MMP, AE des RHS ou DAS en SSR | DP du séjour, DCMPP ou DCMPPA des sous-séquences, DAS en HAD) lors d'un séjour hospitalier en MCO terminé en 2017 ou lors d'un séjour hospitalier SSR, HAD d'au moins une journée en 2017,
OU
 - ayant eu au moins 3 délivrances remboursées de traitement bronchodilatateur anticholinergique ou $\beta 2$ longue durée d'action en 2017.

À l'exclusion :

- des patients pour lesquels le diagnostic de mucoviscidose ou d'asthme a pu être identifié par l'ALD ou par des traitements spécifiques :
 - patients en ALD mucoviscidose active au 28 février 2018,
 - OU patients en ALD asthme active au 28 février 2018,
 - OU patients ayant eu au moins 3 délivrances remboursées de CSI seuls entre le 1^{er} janvier 2016 et le 28 février 2018,
 - OU patients ayant eu au moins une délivrance remboursée d'anti-IgE entre le 1^{er} janvier 2016 et le 28 février 2018,
 - OU patients ayant eu au moins une délivrance remboursée d'anti-IL-5 entre le 1^{er} janvier 2016 et le 28 février 2018,
 - OU patients ayant eu au moins une délivrance remboursée d'antileucotriènes entre le 1^{er} janvier 2016 et le 28 février 2018,
 - OU patients ayant eu au moins un acte CCAM de thermoplastie bronchique codé lors d'un séjour hospitalier en MCO terminé entre le 1^{er} janvier 2016 et le 28 février 2018,
 - OU patients ayant eu au moins un diagnostic d'asthme codé (DP ou DR du séjour, DP ou DR des UM ou DAS en MCO | FPP, MMP, AE des RHS ou DAS en SSR | DP du séjour, DCMPP ou DCMPPA des sous-séquences, DAS en HAD) lors d'un séjour hospitalier en MCO terminé entre le 1^{er} janvier 2016 et le 28 février 2018, ou lors d'un séjour SSR, HAD d'au moins une journée entre le 1^{er} janvier 2016 et le 28 février 2018,
 - OU patients ayant eu au moins un diagnostic d'état de mal asthmatique codé (DP du séjour, DP des UM en MCO) lors d'une hospitalisation avec au moins une nuitée en MCO (hors séances) terminée entre le 1^{er} janvier 2016 et le 28 février 2018 ;
- des patients pour lesquels la spirométrie ou les EFR ne sont pas réalisables de façon systématique :
 - patients en ALD « maladie d'Alzheimer et autres démences » active au 28 février 2018. Ces patients peuvent présenter des troubles cognitifs rendant la réalisation d'EFR ou d'une spirométrie difficile, voire impossible. Pour ces patients, la réalisation de l'examen se décide au cas par cas en fonction des capacités du patient,
 - patients ayant eu un diagnostic de soins palliatifs codé (DP ou DR du séjour, DP ou DR des UM ou DAS en MCO | FPP, MMP, AE des RHS ou DAS en SSR | DCMPP ou DCMPPA des sous-séquences en HAD) lors d'un séjour hospitalier MCO terminé entre le 1^{er} janvier 2017

	<p>et le 28 février 2018, ou lors d'un séjour hospitalier HAD, SSR d'au moins une journée entre le 1^{er} janvier 2017 et le 28 février 2018.</p> <p>Dans le SNDS (DCIR/PMSI), il n'est pas possible d'identifier le motif précis de la prise en charge en soins palliatifs, le besoin de réaliser l'examen est laissé à l'appréciation de l'équipe de soins palliatifs ;</p> <ul style="list-style-type: none"> – des patients pour lesquels la spirométrie ou les EFR ne sont pas toujours tracées : <ul style="list-style-type: none"> • patients ayant eu au moins un séjour hospitalier en SSR ou psychiatrie de plus de 90 jours entre le 1^{er} janvier 2017 et le 28 février 2018. <p>Les EFR ou la spirométrie peuvent avoir été réalisées durant l'hospitalisation et ne pourront pas toujours être retrouvées dans le SNDS (DCIR/PMSI).</p>
Numérateur (Validité de contenu)	<p>En accord avec les membres du groupe de travail ayant produit les indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> – la fréquence de la surveillance est portée à 14 mois afin de prendre en compte les difficultés actuelles d'accès aux EFR et les événements intercurrents pouvant affecter l'état du patient ; – le suivi de la BPCO est mesuré par la réalisation d'EFR ou d'une spirométrie. Le groupe de travail considère qu'une spirométrie permet le suivi des patients. <ul style="list-style-type: none"> – Patients du dénominateur ayant bénéficié d'une spirométrie ou d'une exploration fonctionnelle respiratoire entre le 1^{er} janvier 2017 et le 28 février 2018. <p>La spirométrie ou les EFR sont réalisées en secteur libéral ou en établissement de santé lors d'une hospitalisation ou en ambulatoire.</p> <p>Les actes ambulatoires réalisés en ville et en établissements de santé privés sont extraits du DCIR et les actes réalisés en établissements de santé publics en dehors d'une hospitalisation sont extraits du PMSI MCO ou SSR (ACE : actes et consultations externes).</p> <p>Les séjours hospitaliers sont extraits des PMSI MCO et SSR.</p>
Sources de données disponibles	<p>SNDS : DCIR, PMSI MCO (séjour, actes et consultation externe), SSR (séjour, actes et consultation externe), HAD, psychiatrie</p> <p>Années à interroger : 2016, 2017 et les 2 premiers mois de 2018 pour un indicateur 2017</p>
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Mode d'expression du résultat	<p>Taux</p> <p>Indicateur calculé au niveau patient</p>
Limites de la mesure	<p>Liées aux données utilisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> – les patients ayant une BPCO en stade IV ne sont pas identifiables dans le SNDS (DCIR/PMSI). Pour ces patients, les EFR ou la spirométrie annuelle ne sont pas recommandées de façon systématique ; – les critères ne peuvent pas exclure tous les patients avec un asthme, notamment un asthme sévère soit parce que ces derniers sont eux aussi traités par des bronchodilatateurs de longue durée, soit parce que l'asthme et la BPCO peuvent être associés ; – la réalisation d'une spirométrie ou d'EFR n'est pas toujours réalisable chez les patients présentant des troubles cognitifs. Pour les exclure de la mesure, nous avons exclu les patients en ALD « maladie d'Alzheimer et autres démences ». Cette ALD ne permet pas d'exclure tous les patients atteints de troubles cognitifs pour lesquels la réalisation de l'examen s'avère impossible. <p>Liées à l'interprétation des résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> – les résultats de l'indicateur sont liés, notamment : <ul style="list-style-type: none"> • à l'accès à la spirométrie ou aux EFR qui est variable d'une région à l'autre, • à la sensibilisation des professionnels de ville au dépistage de la BPCO, à leur disponibilité, leur formation à la réalisation de la spirométrie, à la disponibilité des équipements d'EFR ;

	<ul style="list-style-type: none"> – cette mesure renvoie aux conditions de suivi des maladies chroniques (désert médical, patient sans médecin généraliste...); – cette mesure témoigne des démarches d'éducation thérapeutique permettant une participation active du patient ou de son entourage à la gestion de sa maladie dans les limites des capacités du patient (patient trop âgé, isolé, perte cognitive); – la qualité de la surveillance de la fonction respiratoire évaluée sur les données du SNDS est limitée aux groupes de patients identifiés comme ayant une BPCO traitée par BDLA ou une BPCO diagnostiquée. En effet, les informations du SNDS ne renseignent ni sur la gravité de la BPCO ni sur son évolution; – les patients ayant eu un infarctus du myocarde ou un pneumothorax récents n'ont pas été exclus de la mesure. Une première mesure permet de conclure que ces situations sont marginales (informations complémentaires). C'est pourquoi, afin de ne pas complexifier les requêtes, ces situations ne sont pas considérées dans les critères d'exclusion pertinents.
Ajustement/Standardisation	Pas d'ajustement/standardisation
Stratification	Pas de stratification
Mode de calcul	<p>Nombre de patients du numérateur</p> <p>/</p> <p>Nombre de patients du dénominateur x 100</p>
Niveau de calcul de l'indicateur (offreur de soins ciblé)	National/régional
Offreurs de soins concernés par l'indicateur	Médecin traitant, médecin généraliste, pneumologue, infirmiers de pratiques avancées, infirmiers exerçant dans le cadre de dispositif type ASALEE
Restitution du résultat de l'indicateur aux offreurs de soins	<p>Modalités : rapport présentant les résultats nationaux et régionaux</p> <p>Informations : valeur de l'indicateur et informations complémentaires utiles à l'interprétation du résultat</p>
Version de l'indicateur	Version développement 2022

4.3. Quatre indicateurs pour le suivi des patients après hospitalisation pour exacerbation de BPCO

L'exacerbation de BPCO est définie par une aggravation aiguë des symptômes respiratoires (notamment toux, expectoration et dyspnée) au-delà des variations quotidiennes et conduisant à une modification thérapeutique : augmentation des bronchodilatateurs pendant plus de 24 heures ou ajout d'un traitement (antibiothérapie et/ou corticothérapie).

Les exacerbations de BPCO sont des causes fréquentes d'hospitalisation et après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO, un suivi est recommandé afin de limiter la survenue de nouvelles exacerbations et permettre au patient d'améliorer sa qualité de vie.

Le suivi des patients en ville doit être mis en œuvre sans retard. Quatre indicateurs sur la prise en charge après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO ont été développés.

4.3.1. Suivi médical dans les 7 jours après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO des patients sortis à domicile

Le retour à domicile des patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO doit être organisé avec et mis en œuvre par les professionnels de ville avec au minimum un suivi par le médecin traitant ou un médecin généraliste dans les 7 jours suivant la sortie de l'hôpital, ceci afin d'assurer la continuité des soins, de permettre la prise en charge de la pathologie en ville et d'éviter de nouvelles exacerbations.

Cet indicateur concerne les patients sortis d'un établissement de MCO après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO. Il mesure le suivi médical du patient dans les 7 jours suivant la sortie.

Description	Patients de 40 ans et plus ayant eu une consultation ou un contact avec un médecin généraliste, un médecin traitant ou un pneumologue dans les 7 jours après chaque hospitalisation pour exacerbation de BPCO
Pertinence clinique/Intérêt de l'indicateur	<p>Le retour à domicile après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO est une période critique pour le patient et sa prise en charge. Une exacerbation de BPCO hospitalisée est un événement grave associé à un risque accru de décès et de réadmission.</p> <p>En 2014, la HAS propose aux établissements de santé des outils pour préparer le retour à domicile des patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO et réduire leur risque de réadmission. Ces outils prévoient un contact entre l'établissement de santé et le médecin traitant avant la sortie d'hospitalisation.</p> <p>En 2015, dans le cadre du programme de retour à domicile (PRADO), l'Assurance maladie propose à tous les assurés du régime général, à l'exception des bénéficiaires de l'aide médicale d'État, deux consultations avec le médecin généraliste/médecin traitant : la première dans la semaine suivant la sortie et la seconde dans les deux mois après une hospitalisation pour exacerbation aiguë de BPCO hospitalisée.</p> <p>En 2017, la Société de pneumologie de langue française recommande une évaluation par le médecin généraliste dans la semaine qui suit le retour à domicile après une hospitalisation pour exacerbation aiguë de BPCO. Ces patients ont besoin d'une prise en charge adaptée et personnalisée. Cette recommandation est reprise dans le guide du parcours de soins BPCO 2019.</p> <p>Un plan personnalisé de santé est élaboré pour planifier les interventions de soins, d'aide et d'éducation. Les objectifs à atteindre sont adaptés aux besoins du patient, à son âge et à ses comorbidités. Il est souhaitable que les logiciels métiers en développement alertent le médecin</p>

	<p>généraliste sur les consultations de suivi programmées. Enfin, l'entourage du patient est impliqué dans le suivi et la surveillance.</p> <p>(3, 9-12).</p>
<p>Pertinence pour l'amélioration/Objets/Améliorations attendues</p>	<p>Après une exacerbation de BPCO hospitalisée, la continuité des soins est assurée par un médecin traitant qui élabore un plan personnalisé de santé. L'évaluation et la prise en charge par le médecin doivent être réalisées dans les 7 jours suivant la sortie de l'hôpital.</p> <p>L'indicateur renseigne sur l'organisation et la continuité des soins sur un territoire. Donc les améliorations attendues relèvent de plusieurs acteurs dans un territoire : professionnels de ville, maisons de santé, centres de santé, établissements de santé, réseaux de santé, consultations externes du privé comme du public.</p> <p>Utilité de l'indicateur pour les professionnels de santé, le patient et le système de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> – favoriser la continuité de la prise en charge des patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO ; – mettre en œuvre un suivi des patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO ; – systématiser, au niveau des établissements de santé, les contacts avec les professionnels de ville en charge des patients à la sortie ; – identifier, au niveau d'un territoire, des difficultés d'accès aux professionnels de santé.
<p>Population cible</p>	<p>La population cible correspond aux séjours hospitaliers en MCO de patients présentant une exacerbation de BPCO.</p> <p>En accord avec les membres du groupe de travail ayant produit les indicateurs, les séjours d'exacerbation de BPCO pourront être identifiés dans le SNDS (DCIR/PMSI) par les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> – patients de 40 ans et plus ; – ET satisfaisant à l'un des critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> • séjour hospitalier en MCO avec un diagnostic principal de BPCO, OU • séjour hospitalier en MCO avec un diagnostic principal d'exacerbation de BPCO (insuffisance respiratoire aiguë, infection des voies aériennes, bronchopneumopathie, pneumonie, pneumopathie lobaire) avec un diagnostic associé de BPCO, OU • séjour hospitalier en MCO avec un diagnostic principal d'une pathologie pouvant déclencher une exacerbation de la BPCO (grippe, embolie pulmonaire, insuffisance cardiaque, œdème aigu du poumon, pneumothorax) avec un diagnostic associé de BPCO.
<p>Dénominateur (Validité de contenu)</p>	<p>La population sera identifiée dans le SNDS (DCIR/PMSI) :</p> <ul style="list-style-type: none"> – hors patients mal chaînés dans le PMSI ; – hors séjours en erreur dans le PMSI ; – hors individus avec un NIR fictif dans le DCIR ; – hors jumeaux de même sexe (car problème d'identification dans le PMSI) ; – quel que soit leur régime obligatoire d'affiliation ; – résidents en France entière. <p>Séjours pour exacerbation de BPCO :</p> <ul style="list-style-type: none"> – séjour hospitalier MCO avec au moins une nuitée (hors séances) terminé en 2017 pour lequel : <ul style="list-style-type: none"> • un code diagnostic de BPCO a été codé en DP du séjour, • OU un code de pneumopathie lobaire a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code d'insuffisance respiratoire aiguë a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code de grippe a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS,

	<ul style="list-style-type: none"> • OU un code d'infection des voies aériennes a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code de bronchopneumopathie a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code de pneumonie a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code d'embolie pulmonaire a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code d'insuffisance cardiaque aiguë a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code d'œdème aigu du poumon a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code de pneumothorax a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS ; <p>– patients de 40 ans et plus en 2017.</p> <p><i>Séjour index = tous les séjours pour exacerbation de BPCO correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion de la population cible</i></p> <p><i>Date index = date de sortie des séjours pour exacerbation de BPCO correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion de la population cible</i></p> <p>À l'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> – des séjours index dont le mode de sortie est le décès ; – des séjours index suivis d'au moins une hospitalisation avec au moins une nuitée en MCO (hors séance), SSR, HAD ou psychiatrie dans les 7 jours suivant la date index (date index incluse). Les évènements intercurrents entraînent des modifications de la prise en charge qui bouleversent le suivi des patients. Ces séjours ne doivent pas entrer dans l'analyse globale de la qualité de la prise en charge de la BPCO.
<p>Numérateur (Validité de contenu)</p>	<p>En accord avec les membres du groupe de travail ayant produit les indicateurs, le suivi à 7 jours est mesuré, dans le SNDS (DCIR/PMSI), par un contact avec un médecin traitant ou un médecin généraliste ou un pneumologue dans les 7 jours suivant la sortie d'une hospitalisation pour exacerbation de BPCO. Le contact avec un pneumologue dans les 7 jours n'est pas une recommandation de bonne pratique, mais les membres du groupe de travail ont considéré que si le patient avait un contact avec un pneumologue dans les 7 jours, il pouvait voir son médecin traitant après ce délai, le suivi à 7 jours étant assuré.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Séjours du dénominateur pour lesquels le patient a bénéficié d'un suivi après la sortie de l'hôpital : <ul style="list-style-type: none"> • contact médecin traitant ou médecin généraliste ou pneumologue dans les 7 jours suivant la date index (date index incluse). <p>Les contacts avec le médecin traitant ou médecin généraliste peuvent être réalisés en ville ou en établissement de santé en ambulatoire.</p> <p>Les actes ambulatoires réalisés en ville et en établissements de santé privés sont extraits du DCIR et les actes réalisés en établissements de santé publics en dehors d'une hospitalisation sont extraits du PMSI MCO ou SSR (ACE : actes et consultations externes).</p>
<p>Sources de données disponibles</p>	<p>SNDS : DCIR, PMSI MCO (séjour, actes et consultation externe), SSR (séjour, actes et consultation externe), HAD, psychiatrie</p> <p>Années à interroger : 2017 et janvier 2018 pour un indicateur 2017</p>
<p>Type d'indicateur</p>	<p>Indicateur de processus</p>

Mode d'expression du résultat	Taux Indicateur calculé au niveau séjour
Limites de la mesure	<p>Liées aux données utilisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> – les patients transférés en unité de soins de longue durée qui devraient être exclus de la population cible ne sont pas identifiables dans le SNDS (DCIR/PMSI). <p>Liées à l'interprétation des résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> – les résultats de l'indicateur sont liés, notamment : <ul style="list-style-type: none"> • à l'offre et à l'organisation des soins dans un bassin de vie, • à la disponibilité du médecin traitant dans les 7 jours suivant la sortie avec parfois nécessité d'une visite à domicile ; – les patients sans médecin traitant rencontreront plus de difficulté à obtenir un contact avec un médecin généraliste dans les délais.
Ajustement/Standardisation	Pas d'ajustement/standardisation
Stratification	Pas de stratification
Mode de calcul	Nombre de patients du numérateur / Nombre de patients du dénominateur x 100
Niveau de calcul de l'indicateur (offreur de soins ciblé)	National/régional
Offreurs de soins concernés par l'indicateur	Médecin traitant, médecin généraliste, pneumologue
Restitution du résultat de l'indicateur aux offreurs de soins	Modalités : rapport présentant les résultats nationaux et régionaux Informations : valeur de l'indicateur et informations complémentaires utiles à l'interprétation du résultat
Version de l'indicateur	Version développement 2022

4.3.2. Suivi par le pneumologue dans les 60 jours après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO des patients sortis à domicile

Dans le cadre de l'organisation du retour à domicile des patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO, ceux-ci doivent bénéficier, dans les 60 jours suivant la sortie, d'un suivi avec un pneumologue afin d'assurer le suivi et de mesurer l'évolution de la maladie à distance de l'épisode d'exacerbation.

Cet indicateur concerne les patients sortis d'un établissement de MCO après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO. Il mesure le suivi du patient par un pneumologue dans les 60 jours suivant la sortie.

Définition	Patients avec une consultation ou un contact avec un pneumologue dans les 60 jours suivant chaque hospitalisation pour exacerbation de BPCO
Pertinence clinique/Intérêt de l'indicateur	<p>L'objectif, à la suite d'une hospitalisation pour exacerbation de BPCO, est de mettre en place un traitement et un suivi du patient afin d'éviter une nouvelle hospitalisation pour exacerbation de BPCO.</p> <p>« À la suite d'une hospitalisation pour exacerbation de BPCO doivent être réalisées une consultation du médecin généraliste à 1 semaine, 1 et 6 mois et une consultation du pneumologue entre 1 et 2 mois. »</p> <p>« Tous les patients assurés du régime général peuvent bénéficier du programme de retour à domicile Prado de l'Assurance maladie, à l'exception des bénéficiaires de l'aide médicale d'État (régime 095). »</p> <p>« En accord avec le patient, les professionnels de santé sont contactés (en l'absence du Prado) et les rendez-vous pris par l'équipe hospitalière.</p> <p>À l'hôpital, l'infirmier(ère) de coordination a un rôle essentiel pour coordonner la sortie et prendre les rendez-vous avec les professionnels de santé qui suivent le patient en ville.</p> <p>Le pneumologue : rendez-vous avec EFR et gaz du sang dans le mois qui suit la sortie si séjour en réanimation, dans les 2 mois en l'absence de réanimation... »</p> <p>« Depuis 2015, le service Prado est proposé pour le retour et le maintien à domicile des patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO.</p> <p>Le service prévoit :</p> <ul style="list-style-type: none"> – 1 séance hebdomadaire de surveillance et d'éducation par l'infirmier(ère) pendant 2 mois pour tous les patients puis, pour les patients en stade II, III et IV, une séance bimensuelle pendant 4 mois (15 séances maximum au total) ; – des séances de rééducation respiratoire et motrice par un masseur-kinésithérapeute, dont la fréquence est adaptée aux besoins du patient ; – 2 consultations avec le médecin généraliste traitant : la première dans la semaine suivant la sortie et la seconde dans les 2 mois ; – 1 consultation à 1 mois avec le pneumologue ; – la mise en place d'une aide à la vie si nécessaire (aide-ménagère et/ou portage de repas). » <p>(3, 9, 13)</p>
Pertinence pour l'amélioration/Objets/Améliorations attendues	<p>Après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO, un pneumologue doit voir le patient pour avis dans les 60 jours suivant la sortie. Ce contact permet l'ajustement du traitement, la poursuite de l'éducation thérapeutique, l'évaluation du besoin en oxygène du patient, l'ajustement du plan d'action et des objectifs thérapeutiques.</p> <p>L'indicateur renseigne sur l'organisation et la continuité des soins sur un territoire. Donc les améliorations attendues relèvent de plusieurs acteurs dans un territoire : professionnels de ville,</p>

	<p>maisons de santé, centres de santé, établissements de santé, réseaux de santé, consultations externes du privé comme du public.</p> <p>Utilité de l'indicateur pour les professionnels de santé, le patient et le système de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> – favoriser la continuité de la prise en charge des patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO ; – mettre en œuvre un suivi des patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO ; – systématiser, au niveau des établissements de santé, les contacts avec les professionnels de ville en charge des patients à la sortie ; – identifier, au niveau d'un territoire, des difficultés d'accès aux professionnels de santé.
<p>Population cible</p>	<p>La population cible correspond aux séjours hospitaliers en MCO de patients présentant une exacerbation de BPCO.</p> <p>En accord avec les membres du groupe de travail ayant produit les indicateurs, les séjours d'exacerbation de BPCO pourront être identifiés dans le SNDS (DCIR/PMSI) par les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> – patients de 40 ans et plus ; – ET satisfaisant à l'un des critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> • séjour hospitalier en MCO avec un diagnostic principal de BPCO, OU • séjour hospitalier en MCO avec un diagnostic principal d'exacerbation de BPCO (insuffisance respiratoire aiguë, infection des voies aériennes, bronchopneumopathie, pneumonie, pneumopathie lobaire) avec un diagnostic associé de BPCO, OU • séjour hospitalier en MCO avec un diagnostic principal d'une pathologie pouvant déclencher une exacerbation de la BPCO (grippe, embolie pulmonaire, insuffisance cardiaque, œdème aigu du poumon, pneumothorax) avec un diagnostic associé de BPCO.
<p>Dénominateur (Validité de contenu)</p>	<p>La population sera identifiée dans le SNDS (DCIR/PMSI) :</p> <ul style="list-style-type: none"> – hors patients mal chaînés dans le PMSI ; – hors séjours en erreur dans le PMSI ; – hors individus avec un NIR fictif dans le DCIR ; – hors jumeaux de même sexe (car problème d'identification dans le PMSI) ; – quel que soit leur régime obligatoire d'affiliation ; – résidents en France entière. <p>Séjours pour exacerbation de BPCO :</p> <ul style="list-style-type: none"> – séjour hospitalier MCO avec au moins une nuitée (hors séances) terminé en 2017 pour lequel : <ul style="list-style-type: none"> • un code diagnostic de BPCO a été codé en DP du séjour, • OU un code de pneumopathie lobaire a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code d'insuffisance respiratoire aiguë a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code de grippe a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code d'infection des voies aériennes a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code de bronchopneumopathie a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code de pneumonie a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code d'embolie pulmonaire a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code d'insuffisance cardiaque aiguë a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS,

	<ul style="list-style-type: none"> • OU un code d'œdème aigu du poumon a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code de pneumothorax a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS ; <p>– patients de 40 ans et plus en 2017.</p> <p><i>Séjour index = tous les séjours pour exacerbation de BPCO correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion de la population cible</i></p> <p><i>Date index = date de sortie des séjours pour exacerbation de BPCO correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion de la population cible</i></p> <p>À l'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> – des séjours index dont le mode de sortie est le décès ; – des séjours index suivis d'au moins une hospitalisation avec au moins une nuitée en MCO (hors séance), SSR, HAD ou psychiatrie dans les 60 jours suivant la date index (date index incluse). Les événements intercurrents entraînent des modifications de la prise en charge qui bouleversent le suivi des patients. Ces séjours ne doivent pas entrer dans l'analyse globale de la qualité de la prise en charge de la BPCO.
Numérateur (Validité de contenu)	<p>En accord avec les membres du groupe de travail ayant produit les indicateurs, le suivi à distance est mesuré, dans le SNDS (DCIR/PMSI), par un contact avec un pneumologue dans les 60 jours suivant la sortie.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Séjours du dénominateur pour lesquels le patient a bénéficié d'un suivi après la sortie de l'hôpital : <ul style="list-style-type: none"> • contact pneumologue dans les 60 jours suivant la date index (date index incluse). <p>Les contacts avec le pneumologue peuvent être réalisés en ville ou en établissement de santé en ambulatoire.</p> <p>Les actes ambulatoires réalisés en ville et en établissements de santé privés sont extraits du DCIR et les actes réalisés en établissements de santé publics en dehors d'une hospitalisation sont extraits du PMSI MCO et SSR (ACE : actes et consultations externes).</p>
Sources de données disponibles	<p>SNDS : DCIR, PMSI MCO (séjour, actes et consultation externe), SSR (séjour, actes et consultation externe), HAD, psychiatrie</p> <p>Années à interroger : 2017 et les deux premiers mois 2018 pour un indicateur 2017</p>
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Mode d'expression du résultat	<p>Taux</p> <p>Indicateur calculé au niveau séjour</p>
Limites de la mesure	<p>Liées aux données utilisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> – les patients transférés en unité de soins de longue durée qui devraient être exclus de la population cible ne sont pas identifiables dans le SNDS (DCIR/PMSI). <p>Liées à l'interprétation des résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> – les résultats de l'indicateur sont liés, notamment, à l'accessibilité au pneumologue dans les 60 jours suivant la sortie.
Ajustement/Standardisation	Pas d'ajustement/standardisation
Stratification	Pas de stratification

Mode de calcul	Nombre de patients du numérateur / Nombre de patients du dénominateur x 100
Niveau de calcul de l'indicateur (offreur de soins ciblé)	National/régional
Offreurs de soins concernés par l'indicateur	Pneumologue
Restitution du résultat de l'indicateur aux offreurs de soins	Modalités : rapport présentant les résultats nationaux et régionaux Informations : valeur de l'indicateur et informations complémentaires utiles à l'interprétation du résultat
Version de l'indicateur	Version développement 2022

4.3.3. Traitement remboursé de BDLA délivré dans les 90 jours après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO des patients sortis à domicile

Un bronchodilatateur de longue durée d'action (BDLA) associé ou non à un corticostéroïde inhalé est recommandé après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO. L'hospitalisation pour exacerbation de BPCO peut survenir chez un patient dont le diagnostic de BPCO est connu ou pas ; elle peut survenir chez un patient BPCO dont le traitement était équilibré.

Cet indicateur concerne les patients sortis d'un établissement de MCO après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO. Il mesure la mise en œuvre ou la poursuite d'un traitement bronchodilatateur de longue durée d'action dans les 90 jours suivant la sortie du patient.

Définition	Patients de 40 ans et plus pour lesquels un traitement bronchodilatateur de longue durée d'action (BDLA) a été délivré dans les 90 jours suivant la sortie de chaque hospitalisation pour exacerbation de BPCO
Pertinence clinique/Intérêt de l'indicateur	<p>L'objectif à la suite d'une hospitalisation sera de mettre en place un traitement et un suivi du patient afin d'éviter une nouvelle hospitalisation pour exacerbation.</p> <p>« À la sortie d'une hospitalisation pour exacerbation de BPCO, un traitement BDLA doit être initié ou poursuivi (G1A). »</p> <p>« Traitement à la sortie d'une hospitalisation pour exacerbation :</p> <p>un traitement par un bronchodilatateur de longue durée d'action doit être initié ou poursuivi, associé ou non à un corticostéroïde inhalé. »</p> <p>« Les objectifs du traitement bronchodilatateur sont de :</p> <ul style="list-style-type: none"> – prévenir et contrôler les symptômes ; – réduire la fréquence et la sévérité des exacerbations ; – améliorer la qualité de vie ; – améliorer la tolérance à l'exercice. » <p>(3, 8)</p>
Pertinence pour l'amélioration/Objectifs/Améliorations attendues	<p>Améliorer la prise d'un traitement bronchodilatateur adapté par tous les patients ayant été hospitalisés pour exacerbation de BPCO.</p> <p>Utilité de l'indicateur pour les professionnels de santé, le patient et le système de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> – suivi indirect de l'observance au traitement bronchodilatateur de longue durée d'action dans les suites d'une hospitalisation pour exacerbation de BPCO ; – sensibiliser les professionnels de santé, médecins, pharmaciens, masseurs kinésithérapeutes, infirmiers, à la nécessité d'expliquer les modalités de prise des bronchodilatateurs ; – rappeler aux patients l'intérêt de suivre le traitement pour améliorer leur qualité de vie.
Population cible	<p>La population cible correspond aux séjours hospitaliers en MCO de patients présentant une exacerbation de BPCO.</p> <p>En accord avec les membres du groupe de travail ayant produit les indicateurs, les séjours d'exacerbation de BPCO pourront être identifiés dans le SNDS (DCIR/PMSI) par les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> – patients de 40 ans et plus ; – ET satisfaisant à l'un des critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> • séjour hospitalier en MCO avec un diagnostic principal de BPCO, <p>OU</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • séjour hospitalier en MCO avec un diagnostic principal d'exacerbation de BPCO (insuffisance respiratoire aiguë, infection des voies aériennes, bronchopneumopathie, pneumonie, pneumopathie lobaire) avec un diagnostic associé de BPCO, OU • séjour hospitalier en MCO avec un diagnostic principal d'une pathologie pouvant déclencher une exacerbation de la BPCO (grippe, embolie pulmonaire, insuffisance cardiaque, œdème aigu du poumon, pneumothorax) avec un diagnostic associé de BPCO.
Dénominateur	<p>La population sera identifiée dans le SNDS (DCIR/PMSI) :</p> <ul style="list-style-type: none"> – hors patients mal chaînés dans le PMSI ; – hors séjours en erreur dans le PMSI ; – hors individus avec un NIR fictif dans le DCIR ; – hors jumeaux de même sexe (car problème d'identification dans le PMSI) ; – quel que soit leur régime obligatoire d'affiliation ; – résidents en France entière. <p>Séjours pour exacerbation de BPCO :</p> <ul style="list-style-type: none"> – séjour hospitalier MCO avec au moins une nuitée (hors séances) terminé en 2017 pour lequel : <ul style="list-style-type: none"> • un code diagnostic de BPCO a été codé en DP du séjour, • OU un code de pneumopathie lobaire a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code d'insuffisance respiratoire aiguë a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code de grippe a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code d'infection des voies aériennes a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code de bronchopneumopathie a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code de pneumonie a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code d'embolie pulmonaire a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code d'insuffisance cardiaque aiguë a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code d'œdème aigu du poumon a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code de pneumothorax a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS ; – patients de 40 ans et plus en 2017. <p><i>Séjour index = tous les séjours pour exacerbation de BPCO correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion de la population cible</i></p> <p><i>Date index = date de sortie des séjours pour exacerbation de BPCO correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion de la population cible</i></p> <p>À l'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> – des séjours index dont le mode de sortie est le décès ; – des séjours index suivis d'au moins une hospitalisation avec au moins une nuitée en MCO (hors séance), SSR, HAD ou psychiatrie dans les 90 jours suivant la date index (date index incluse). <p>Les événements intercurrents entraînent des modifications de la prise en charge qui bouleversent le suivi des patients. Ces séjours ne doivent pas entrer dans l'analyse globale de la qualité de la prise en charge de la BPCO.</p>

Numérateur (Validité de contenu)	<p>En accord avec les membres du groupe de travail ayant produit les indicateurs, la mise en œuvre du traitement ou sa poursuite sont mesurées par la délivrance remboursée d'un bronchodilatateur anticholinergique ou $\beta 2$ agoniste de longue durée d'action dans les 90 jours suivant la sortie d'un séjour pour exacerbation. Le délai de 90 jours permet de prendre en compte les stocks personnels des patients et la remise par l'établissement de santé à la sortie des traitements présentés sous forme de dispositifs personnels.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Séjours du dénominateur pour lesquels le patient a eu une délivrance remboursée de traitement bronchodilatateur anticholinergique longue durée d'action ou bronchodilatateur $\beta 2$ longue durée d'action dans les 90 jours suivant la date index (date index incluse). <p>Les délivrances remboursées de traitement bronchodilatateur anticholinergique longue durée d'action ou bronchodilatateur $\beta 2$ longue durée d'action sont extraites du DCIR.</p>
Sources de données disponibles	<p>SNDS : DCIR, PMSI MCO (séjour, actes et consultation externe), SSR (séjour, actes et consultation externe), HAD, psychiatrie</p> <p>Années à interroger : 2016, 2017 et 2018</p>
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Mode d'expression du résultat	<p>Taux</p> <p>Indicateur calculé au niveau séjour</p>
Limites de la mesure	<p>Liées aux données utilisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> – les patients transférés en unité de soins de longue durée qui devraient être exclus de la population cible ne sont pas identifiables dans le SNDS (DCIR/PMSI). <p>Liées à l'interprétation des résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> – l'indicateur mesure la délivrance remboursée d'un premier traitement à la suite d'une hospitalisation pour exacerbation de BPCO et non les traitements de longue durée ; – l'indicateur objective l'achat du traitement mais ne donne pas d'information sur la prescription du traitement ou l'observance par le patient ; – l'indicateur ne permet pas d'identifier : <ul style="list-style-type: none"> • les difficultés éventuelles à la prise du traitement (manipulation du dispositif), • les effets indésirables pouvant entraîner l'arrêt du traitement.
Ajustement/Standardisation	Pas d'ajustement/standardisation
Stratification	Pas de stratification
Mode de calcul	<p>Nombre de patients du numérateur</p> <p>/</p> <p>Nombre de patients du dénominateur x 100</p>
Niveau de calcul de l'indicateur	National/régional
Offreurs de soins concernés par l'indicateur	Médecin traitant, médecin généraliste, pneumologue, pharmacien
Restitution du résultat de l'indicateur aux offreurs de soins	<p>Modalités : rapport présentant les résultats nationaux et régionaux</p> <p>Informations : valeur de l'indicateur et informations complémentaires utiles à l'interprétation du résultat</p>
Version de l'indicateur	Version développement 2022

4.3.4. Soins de rééducation dans les 90 jours après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO des patients sortis à domicile

Une réadaptation respiratoire (RR) est recommandée après hospitalisation pour exacerbation de BPCO. Pour les patients avec plusieurs exacerbations dans l'année, les recommandations ne précisent pas si une RR doit être réalisée après chaque hospitalisation pour exacerbation de BPCO. La RR prend en compte les besoins fonctionnels, psychologiques, et le degré d'autonomie des patients. La RR est réalisée en établissement de soins de suite et réadaptation ou en ville dans le cadre d'un réseau ou par des professionnels en exercice libéral.

Cet indicateur concerne les patients sortis d'un établissement de MCO après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO. Il mesure la mise en œuvre de soins de rééducation dans les 90 jours suivant la sortie du patient.

Définition	Patients ayant bénéficié de soins de rééducation dans les 90 jours suivant la sortie d'une hospitalisation pour exacerbation de BPCO. Les soins de rééducation peuvent être de la réadaptation respiratoire, de la kinésithérapie respiratoire, du réentraînement à l'effort, ou autre rééducation
Pertinence clinique/Intérêt de l'indicateur	<p>« La réadaptation respiratoire (RR) dans les suites de l'hospitalisation diminue la mortalité et le risque de réhospitalisation. Cette RR dite précoce :</p> <ul style="list-style-type: none"> – nécessite une évaluation pendant l'hospitalisation pour en poser l'indication et vérifier l'absence de contre-indications : <ul style="list-style-type: none"> • recherche et contrôle des comorbidités cardiovasculaires (surrisque cardiovasculaire et instabilité respiratoire), • évaluation de la dyspnée, ECG d'effort en l'absence de contre-indications et test de terrain (test de marche de 6 min), • identification des patients « exacerbateurs fréquents » ; – sera réalisée dans un délai variable selon les recommandations : entre 2 à 4 semaines après la sortie dans les recommandations internationales analysées par la HAS et dans les <i>quality standards</i> du Nice 2018, seule la SPLF recommande dans les 4 semaines qui suivent l'admission ; – n'est pas différente, en termes de contenu et de modalités, de la RR à l'état stable : elle est adaptée aux besoins du patient et individualisée, notamment le niveau d'entraînement pour ce patient instable et souvent polyopathologique ; – nécessite d'organiser la meilleure prise en charge possible pour répondre aux besoins et contraintes du patient : RR en établissement de santé (SSR, hôpital de jour, consultations externes), dans une structure de proximité (cabinet de kinésithérapie...) ou au domicile du patient, l'efficacité étant identique, quel que soit le lieu ; – nécessite une coordination des acteurs de la RR. » <p>« Objectifs de la réadaptation respiratoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> – réduire la dyspnée et le stress associé ; – améliorer les capacités physiques (force musculaire et tolérance à l'exercice, notamment l'endurance et la capacité de récupération) ; – améliorer la qualité de vie et accroître la mobilité et l'autonomie ; – après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO, diminuer le risque de réhospitalisation ; – avant chirurgie thoracique et toute chirurgie à risque, améliorer le pronostic post-opératoire. » <p>(3)</p>

<p>Pertinence pour l'amélioration/Objets/Améliorations attendues</p>	<p>Favoriser la mise en œuvre de la réadaptation respiratoire (RR) à la suite d'une hospitalisation pour exacerbation de BPCO. L'objectif étant de permettre aux patients de mieux gérer leur maladie et d'éviter de nouvelles exacerbations. Si la réadaptation respiratoire ne peut être mise en œuvre, les patients devraient bénéficier de soins de rééducation adaptés à leur état et leurs capacités.</p> <p>Utilité de l'indicateur pour les professionnels de santé, le patient et le système de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> – rappeler aux professionnels l'utilité de la RR dans les suites d'une hospitalisation pour exacerbation de BPCO afin d'éviter de nouvelles exacerbations, d'améliorer la qualité de vie des patients et de leur permettre de mieux gérer leur pathologie ; – sensibiliser les patients à l'intérêt de suivre une RR ; – lorsque la RR n'est pas possible à mettre en œuvre, proposer des soins de rééducation adaptés.
<p>Population cible</p>	<p>La population cible correspond aux patients hospitalisés en MCO pour exacerbation de BPCO.</p> <p>En accord avec les membres du groupe de travail ayant produit les indicateurs, le séjour retenu pour identifier les patients est le premier séjour hospitalier de l'année pour exacerbation de BPCO. Les séjours d'exacerbation de BPCO pourront être identifiés dans le SNDS (DCIR/PMSI) par les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> – patients de 40 ans et plus ; – ET satisfaisant à l'un des critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> • ayant eu un séjour hospitalier en MCO avec un diagnostic principal de BPCO, OU • ayant eu un séjour hospitalier en MCO avec un diagnostic principal d'exacerbation de BPCO (insuffisance respiratoire aiguë, infection des voies aériennes, bronchopneumopathie, pneumonie, pneumopathie lobaire) avec un diagnostic associé de BPCO, OU • ayant eu un séjour hospitalier en MCO avec un diagnostic principal d'une pathologie pouvant déclencher une exacerbation de la BPCO (grippe, embolie pulmonaire, insuffisance cardiaque, œdème aigu du poumon, pneumothorax) avec un diagnostic associé de BPCO.
<p>Dénominateur (Validité de contenu)</p>	<p>La population sera identifiée dans le SNDS (DCIR/PMSI) :</p> <ul style="list-style-type: none"> – hors patients mal chaînés dans le PMSI ; – hors séjours en erreur dans le PMSI ; – hors individus avec un NIR fictif dans le DCIR ; – hors jumeaux de même sexe (car problème d'identification dans le PMSI) ; – quel que soit leur régime obligatoire d'affiliation ; – résidents en France entière. <p>Patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO :</p> <ul style="list-style-type: none"> – ayant eu au moins un séjour hospitalier MCO avec au moins une nuitée (hors séances) terminé en 2017 pour lequel : <ul style="list-style-type: none"> • un code diagnostic de BPCO a été codé en DP du séjour, • OU un code de pneumopathie lobaire a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code d'insuffisance respiratoire aiguë a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code de grippe a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code d'infection des voies aériennes a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code de bronchopneumopathie a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS,

	<ul style="list-style-type: none"> • OU un code de pneumonie a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code d'embolie pulmonaire a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code d'insuffisance cardiaque aiguë a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code d'œdème aigu du poumon a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS, • OU un code de pneumothorax a été codé en DP du séjour avec un diagnostic de BPCO codé en DAS ; <p>– patients de 40 ans et plus en 2017.</p> <p><i>Séjour index = premier séjour pour exacerbation de BPCO correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion de la population cible</i></p> <p><i>Date index = date de sortie du premier séjour pour exacerbation de BPCO correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion de la population cible</i></p> <p>À l'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> – des séjours index dont le mode de sortie est le décès ; – des séjours index suivis d'au moins une hospitalisation avec au moins une nuitée en MCO (hors séance), HAD ou psychiatrie dans les 90 jours suivant la date index (date index incluse). Les évènements intercurrents entraînent des modifications de la prise en charge qui bouleversent le suivi des patients. Ces séjours ne doivent pas entrer dans l'analyse globale de la qualité de la prise en charge de la BPCO ; – des patients en ALD « maladie d'Alzheimer et autres démences » active 90 jours après la date index. Ces patients peuvent présenter des troubles cognitifs rendant la réalisation d'une rééducation difficile, voire impossible. Pour ces patients, la mise en œuvre de la rééducation se décide au cas par cas en fonction des capacités du patient.
<p>Numérateur (Validité de contenu)</p>	<p>En accord avec les membres du groupe de travail ayant produit les indicateurs, la réalisation de soins de rééducation dans les 90 jours suivant la sortie d'une hospitalisation en MCO pour exacerbation de BPCO est mesurée, dans le SNDS (DCIR/PMSI), par un séjour en SSR ou des actes de kinésithérapie.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Patients du dénominateur ayant bénéficié d'une réadaptation respiratoire dans les 90 jours suivant la sortie du séjour index (date index incluse + 90 jours). <p>Les soins de rééducation peuvent être réalisés en SSR ou en ville ou dans le cadre d'un réseau. Les séjours SSR sont extraits du PMSI SSR.</p> <p>Les actes ambulatoires réalisés en ville sont extraits du DCIR et les actes réalisés en établissements de santé publics en dehors d'une hospitalisation sont extraits du PMSI MCO et SSR (ACE : actes et consultations externes).</p>
<p>Sources de données disponibles</p>	<p>SNDS : DCIR, PMSI MCO (séjour, actes et consultation externe), SSR (séjour, actes et consultation externe), HAD, psychiatrie</p> <p>Années à interroger : 2013 à 2018 pour un indicateur 2017</p>
<p>Type d'indicateur</p>	<p>Indicateur de processus</p>
<p>Mode d'expression du résultat</p>	<p>Taux</p> <p>Indicateur calculé au niveau patient</p>

Limites de la mesure	<p>Liées aux données utilisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> – les soins de rééducation réalisés en EHPAD ne sont pas toujours identifiables dans le SNDS (DCIR ET PMSI) ; – les patients transférés en unité de soins de longue durée qui devraient être exclus de la population cible ne sont pas identifiables dans le SNDS (DCIR/PMSI) ; – la réadaptation respiratoire de la BPCO réalisée en ville ne dispose d'un codage spécifique que depuis le 1^{er} juillet 2018 pour les patients en ALD BPCO. <p>Liées à l'interprétation des résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> – pour les patients nécessitant des soins de rééducation en SSR, les résultats de l'indicateur sont liés, notamment, à l'accessibilité à ces structures de SSR qui est variable d'une région à l'autre ; – les patients ne souhaitant pas faire de rééducation ne sont pas identifiables dans le SNDS (DCIR ET PMSI) ; – les besoins individuels des patients ne sont pas identifiables dans le SNDS (DCIR/PMSI).
Ajustement/Standardisation Stratification	Pas d'ajustement/standardisation Pas de stratification
Mode de calcul	Nombre de patients du numérateur / Nombre de patients du dénominateur x 100
Niveau de calcul de l'indicateur (offreur de soins ciblé)	National/régional
Offreurs de soins concernés par l'indicateur	Médecin traitant, médecin généraliste, pneumologue, masseurs kinésithérapeutes
Restitution du résultat de l'indicateur aux offreurs de soins	Modalités : rapport présentant les résultats nationaux et régionaux Informations : valeur de l'indicateur et informations complémentaires utiles à l'interprétation du résultat
Version de l'indicateur	Version développement 2022

Conclusion

Un pilote concluant

Le parcours du patient atteint de BPCO a été choisi comme pilote pour répondre à la demande de la STSS d'assortir les parcours de soins d'indicateurs qualité.

Sur ce pilote ont été :

1. définis pour la première fois des indicateurs de qualité (4) sur l'ensemble du parcours élaboré en amont avec les professionnels, ainsi que la méthode à utiliser³. Ces indicateurs concernent les établissements de santé comme la ville et permettent d'appréhender la qualité du parcours de soins en privilégiant les indicateurs mesurables dans les bases de données ;
2. développés ensuite 7 indicateurs de qualité définis à partir des bases SNDS (DCIR/PMSI) et retenus par les membres du groupe de travail. La méthode de développement des indicateurs de résultats publiés en 2019 a été adaptée à l'exploitation du SNDS (DCIR/PMSI) ;
3. calculés les indicateurs développés. Les résultats sont publiés ainsi que les programmes SAS® et la documentation technique permettant de les produire.

Le développement des indicateurs a permis d'aller au-delà de la définition théorique.

Ces indicateurs, pertinents sur le plan clinique et d'intérêt pour l'amélioration de la qualité des prises en charge en ciblant des points clés du parcours BPCO, sont mesurables dans le SNDS (DCIR/PMSI). Ils mesurent la qualité du parcours de soins de la BPCO depuis le dépistage jusqu'à la prise en charge au long cours en ville. Cependant, ils ne présentent pas tous la même fiabilité, ce qui implique qu'ils ne peuvent pas être utilisés de la même manière.

Des indicateurs, reflet de la qualité du parcours, pour améliorer la prise en charge des patients à risque ou atteints de BPCO

Parmi les 7 indicateurs, 5 peuvent être mesurés à l'échelon national et être utilisés en région pour des démarches locales et régionales d'amélioration des prises en charge des patients à risque ou atteints de BPCO. En effet, les données présentes dans le SNDS (DCIR/PMSI) permettent d'identifier de façon satisfaisante la population cible, ainsi que le traitement, l'acte ou la prestation recherchés.

Quatre de ces indicateurs concernent des formes évoluées de la maladie, la population cible est la population de patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO :

- suivi médical dans les 7 jours après hospitalisation pour exacerbation de BPCO des patients sortis à domicile ;
- suivi par le pneumologue dans les 60 jours après hospitalisation pour exacerbation de BPCO des patients sortis à domicile ;
- traitement remboursé de BDLA délivré dans les 90 jours après hospitalisation pour exacerbation de BPCO des patients sortis à domicile ;
- soins de rééducation dans les 90 jours après hospitalisation pour exacerbation de BPCO des patients sortis à domicile.

Le cinquième indicateur, vaccin contre la grippe chez les patients atteints de BPCO, concerne tous les patients, quel que soit le stade de développement de la maladie.

³ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-05/iqss_etapes_elaboration_iq_parcours_2021.pdf. Cette méthode a été éprouvée par la définition d'indicateurs sur deux autres parcours de soins, patients souffrant de maladie rénale chronique et patients souffrant de syndrome coronarien chronique.

Des indicateurs comme repère pour améliorer la prise en charge des patients à risque ou atteints de BPCO

Les informations fournies par le SNDS (DCIR/PMSI) présentent des incertitudes pour les indicateurs :

- spirométrie ou EFR à visée diagnostique chez les patients à risque de BPCO ;
- réalisation d'EFR ou de spirométrie annuelle chez les patients atteints de BPCO.

Pour ces 2 indicateurs, la population cible et, pour le premier, les examens réalisés ne sont pas identifiables de façon satisfaisante :

- le diagnostic devrait être recherché chez tous les patients fumeurs qui sont à risque de BPCO : les proxys que nous utilisons ne permettent d'identifier qu'une partie de cette population. La recherche de la spirométrie ou des EFR n'est réalisée que dans les 2 années précédant l'identification du patient, un examen antérieur ne sera pas identifié, de plus le dépistage réalisé en médecine du travail n'est pas retrouvé dans le SNDS (DCIR/PMSI). Non exhaustive, la mesure réalisée est néanmoins fiable ;
- la surveillance annuelle par EFR ou spirométrie des patients ayant une BPCO en stade 4 est laissée à l'appréciation de l'équipe qui prend en charge le patient. Ces patients pour lesquels l'examen n'est pas systématique chaque année ne sont pas identifiables dans le SNDS (DCIR/PMSI).

Ainsi, les informations fournies par les bases ne permettent pas à elles seules de qualifier qualitativement la prise en charge à ces différentes étapes du parcours. Cependant, ces mesures constituent des repères ou des alertes pour les professionnels et les tutelles dans l'analyse des prises en charge à améliorer.

Des utilisations futures à imaginer

Ces indicateurs, qui sont les premiers du genre, permettent de décrire par des chiffres la situation des points critiques jalonnant le parcours des patients à risque ou atteint de BPCO. S'ils pointent tous des étapes précises de la prise en charge, les qualités de mesure sont variables et nécessitent comme tout indicateur des précautions d'utilisation, voire des compléments de validation :

- les résultats produits ne dépendent pas seulement des pratiques des professionnels, que ce soit en termes de lien hôpital-ville, d'éducation thérapeutique ; l'observance des patients influence également les résultats. Et ces derniers reflètent aussi l'organisation d'un territoire à la fois en termes d'offres de soins et d'accès aux soins. La restitution des résultats est donc à accompagner du descriptif des patients concernés comme la moyenne d'âge, le ratio femmes/hommes, les comorbidités, le délai moyen d'accès à une consultation, afin que l'interprétation pour les professionnels, les régulateurs soit pertinente. L'offre de soins territoriale doit également accompagner ces résultats ;
- avant toute utilisation directe dans des dispositifs de comparaison avec un objectif de classement ou de financement, le développement de ces indicateurs doit être suivi d'une étape de validation métrologique qui passe notamment par une validation sur le terrain (comme un retour aux dossiers des patients) afin d'établir le lien entre les résultats des indicateurs et un défaut réel de prise en charge imputable aux professionnels. Cette étape de validation peut permettre aussi de réaliser un ajustement si nécessaire, voire de définir des seuils d'alerte ou des objectifs à atteindre. Ce type de validation est toujours fait pour les indicateurs de qualité et de sécurité des soins développés et mesurés par la HAS en établissement de santé.

Ces indicateurs sont des outils complémentaires de ceux utilisés par l'Assurance maladie, comme ceux publiés dans la cartographie des pathologies, et de ceux fournis par les cohortes. Leurs résultats apportent de précieuses informations sur les résultats de mise en œuvre de programmes d'amélioration des prises en charge.

Table des annexes

Annexe 1.	Indicateurs de qualité du parcours BPCO définis en accord avec les étapes de prise en charge présentées dans le guide du parcours de soins BPCO	45
Annexe 2.	Résultats des indicateurs de qualité du parcours BPCO mesurés dans les bases de données	46
Annexe 3.	Programmes SAS	47
Annexe 4.	Liste des codes	48
Annexe 5.	Choix de programmation	49
Annexe 6.	Résultat par région	50

Annexe 1. Indicateurs de qualité du parcours BPCO définis en accord avec les étapes de prise en charge présentées dans le guide du parcours de soins BPCO

Étapes du parcours	Indicateurs	Population cible
Diagnostic et bilan initial	Spirométrie ou EFR à visée diagnostique chez les patients à risque de BPCO	Patients à risque de BPCO
Prise en charge thérapeutique d'un patient ayant une BPCO à l'état stable	Vaccin contre la grippe chez les patients atteints de BPCO	Patients avec un traitement de référence de BPCO et patients diagnostiqués BPCO
Suivi en dehors des complications	Réalisation d'EFR ou de spirométrie annuelle chez les patients atteints de BPCO	Patients avec un traitement de référence de BPCO et patients diagnostiqués BPCO
Prise en charge des exacerbations en dehors des services de réanimation	Suivi médical dans les 7 jours après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO des patients sortis à domicile	Patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO
	Suivi par le pneumologue dans les 60 jours après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO des patients sortis à domicile	Patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO
	Traitement remboursé de BDLA délivré dans les 90 jours après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO des patients sortis à domicile	Patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO
	Soins de rééducation dans les 90 jours après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO des patients sortis à domicile	Patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO

Annexe 2. Résultats des indicateurs de qualité du parcours BPCO mesurés dans les bases de données

Accéder au document de [présentation des résultats nationaux et régionaux](#) et à la [synthèse des résultats](#).

Annexe 3. Programmes SAS

Accéder au [guide d'utilisation des programmes SAS](#).

Annexe 4. Liste des codes

Accéder à [la liste des codes](#).

Annexe 5. Choix de programmation

Accéder aux [choix et précisions techniques de programmation et caractéristiques des séjours extraits du SNDS \(DCIR/PMSI\)](#).

Annexe 6. Résultat par région

Accéder aux [résultats des indicateurs au niveau régional](#), en format Excel.

Références bibliographiques

1. Le Guludec D, Ceretti A-M, Lyon-Caen O. Stratégie de transformation du système de santé. Inscire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques. Rapport final. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2018.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_pertinence.pdf
2. Haute Autorité de Santé. Description des étapes d'élaboration des indicateurs de qualité des parcours de soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-05/igss_etapes_elaboration_ig_parcours_2021.pdf
3. Haute Autorité de Santé, caisse nationale d'assurance maladie. Guide du parcours de soins des patients présentant une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Actualisation 2019. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/app_323_guide_bpcu_actu_2019_vf.pdf
4. Haute Autorité de Santé. Indicateurs de qualité du parcours de soins. Patients à risque ou atteints de Bronchopneumopathie Chronique Obstructive BPCO. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/rapport_bpcu_igss_parcours.pdf
5. Assurance maladie. Comment se déroule une spirométrie ? [En ligne] 2021.
<https://www.ameli.fr/assure/sante/examen/exploration/deroulement-spirometrie>
6. Ministère des solidarités et de la santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2019.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_mai_17avril2019.pdf
7. Caisse nationale d'assurance maladie. Lancement de la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière « Ne laissons pas la grippe nous gâcher l'hiver ». Dossier de presse. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2017.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_grippe_2017_0410_.pdf
8. Haute Autorité de Santé. Extension des compétences des professionnels de santé en matière de vaccination. Vaccination contre la grippe saisonnière. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-08/recommandation_vaccinale_extension_des_compences_des_professionnels_de_sante_en_matiere_de_vaccin_2018-08_14-46-16_310.pdf
9. Société de pneumologie de langue française, Jouneau S, Roche N. Prise en charge des exacerbations de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Recommandations de la Société de pneumologie de langue française (Argumentaire). Rev Mal Respir 2017;34(4):323-6.
<https://doi.org/10.1016/j.rmr.2017.03.001>
10. Haute Autorité de Santé. Comment prévenir les ré-hospitalisations après une exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive ? Outil d'amélioration des pratiques. Saint Denis La Plaine: HAS; 2014.
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1744728/fr/comment-prevenir-les-re-hospitalisations-apres-une-exacerbation-de-bronchopneumopathie-chronique-obstructive?preview=true
11. Haute Autorité de Santé. BPCO : 3 outils pour améliorer le parcours de soins des patients. Mise à jour 12 juin 2019 [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.
https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974631/fr/bpcu-3-outils-pour-ameliorer-le-parcours-de-soins-des-patients
12. Caisse nationale d'assurance maladie. PRADO BPCO [En ligne] 2022.
https://www.ameli.fr/val-de-marne/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado#text_19402
13. Caisse nationale d'assurance maladie. Retour à domicile après hospitalisation. Suivi en ville après exacerbation de BPCO. Organisation de la prise en charge ; 2014.
https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/3929/document/suivi-exacerbation-bpcu-organisation-prise-en-charge_assurance-maladie.pdf

Participants

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

Parties prenantes

Omar BELOUCIF (Fédération des prestataires de santé à domicile FPSAD)

Didier BILLET (Collège masso-kinésithérapie)

Jean-Christian BOREL (FPSAD)

Laetitia BROUSTE (Collège infirmier français)

Pascal CRENN (Collège de la nutrition)

François DAYRE (Collège médecine générale)

Jean-Dominique DEWITTE (CNP médecine du travail)

Alexandra DUVAUCHELLE (FPSAD)

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

Bruno JULIA (Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière)

Xavier POURRAT (Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière)

Odile SAUVAGET (Association BPCO)

Michel UNDERNER (Société francophone tabacologie)

Groupe de travail

Mme Marie-Alix ALIX, pharmacien, Grand Est

Dr Laurence AMOUYEL, médecin conseil, DRSM des Hauts-de-France

Dr Pascal ANDUJAR, praticien de santé au travail, Île-de-France

M. Anthony BENDER, masseur-kinésithérapeute, Grand Est

Mme Karine BERNEZET, cadre de santé, Hauts-de-France

Dr Anthony CHAPRON, médecin généraliste, Bretagne

Dr Marie-Caroline CLEMENT, ATIH

Dr Catherine DE BOURNONVILLE, tabacologue, Bretagne

Mme Rita GOUFLE, infirmière, Grand Est

Dr Gilles MADELON, médecin DIM, Grand Est

Dr Christian MICHEL, médecin généraliste, Grand Est

Dr Yasmine MOKADDEM, ATIH

M. Denoël OHOUO, chargé d'études en économie de la santé au DPMC CNAM

Dr Jacques PIQUET, pneumologue, Île-de-France

Dr Thierry PLAGNEUX, médecin conseil, DRSM des Hauts-de-France

Mme Christiane POCHULU, patiente-experte BPCO

Dr Antoine RACHAS, médecin épidémiologiste, CNAM

Dr Amandine RAPIN, médecin de médecine physique et réadaptation, Grand Est

Dr Philippe TANGRE, médecin conseil, CNAM

Dr Joëlle TEXEREAU, pneumologue, directrice médicale VITALAIRE, Île-de-France

Pr Ronan THIBAULT, médecin nutritionniste, Bretagne

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

Dr Florent VERFAILLIE, médecin conseil, DRSM des Hauts-de-France

Dr Maéva ZYSMAN, pneumologue, chargée de projet, Aquitaine

HAS

Mme Emmanuelle BLONDET, documentaliste, service documentation veille

Mme Laetitia CAVALIERE, assistante, service évaluation et outil pour la qualité et la sécurité des soins

Mme Juliette CHAZARENG, assistante documentaliste, service documentation veille

Mme Anaëlle COQUELIN, cheffe de projet statisticienne, service évaluation et outil pour la qualité et la sécurité des soins

Mme Marie ERBAULT, cheffe de projet, service évaluation et outil pour la qualité et la sécurité des soins

Mme Nelly LE GUEN, cheffe de projet gestionnaire de base de données, service évaluation et outil pour la qualité et la sécurité des soins

Mme Mirojane MOHAMMAD, cheffe de projet, mission numérique en santé

Dr Nathalie RIOLACCI, cheffe de projet, service évaluation et outil pour la qualité et la sécurité des soins

Remerciements

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

Abréviations et acronymes

ACE	Acte et consultation externe
AE	Affection étiologique
ALD	Affection de longue durée
ASALEE	Action de santé libérale en équipe
ATC	<i>Anatomical therapeutic and chemical</i>
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
BDCA	Bronchodilatateur de courte durée d'action
BDLA	Bronchodilatateur de longue durée d'action
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CM	Catégories majeures
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CIM-10	Classification internationale des maladies, 10 ^e révision
CIP	Code identifiant de présentation
CSARR	Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation
CSI	Corticostéroïde inhalé
DAS	Diagnostic associé significatif
DCIR	Datamart de consommation inter-régime
DCMPA	Diagnostic correspondant au mode de prise en charge associé
DCMPP	Diagnostic correspondant au mode de prise en charge principal
DGS	Direction générale de la Santé
DP	Diagnostic principal
DR	Diagnostic relié
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ECG	Électrocardiogramme
EFR	Explorations fonctionnelles respiratoires
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FPP	Finalité principale de prise en charge
GHM	Groupe homogène de malades
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GME	Groupe médicoéconomiques
GT	Groupe de travail
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé

LPP	Liste des produits et prestations remboursables
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MMP	Manifestation morbide principale
NAMB	Nomenclature des actes de biologies remboursables
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
NIR	Numéro d'inscription au répertoire
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRADO	Programme de retour à domicile
PREMs	<i>Patient-Reported Experience Measures</i>
PROMs	<i>Patient-Reported Outcome Measures</i>
RHS	Résumé hebdomadaire standardisé
RR	Réadaptation respiratoire
SNDS	Système national des données de santé
SSR	Soins de suite et de réadaptation
STSS	Stratégie de transformation du système de santé
UCD	Unités communes de dispensation
UM	Unité médicale

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

