

NOTE DE PROBLEMATIQUE

Suivi au décours d'une hospitalisation pour exacerbation de BPCO

Juillet 2013

Ce document est téléchargeable sur :

www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service des Maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades

2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

1. Définition	5
2. Contexte	5
2.1 Données épidémiologiques sur la BPCO	5
2.2 Hospitalisation pour exacerbation de BPCO	6
3. Les enjeux professionnels et de santé publique	7
3.1 Impact des exacerbations de BPCO	7
3.2 Objectifs et bénéfices attendus	8
4. Données disponibles	9
4.1 Prise en charge des exacerbations	9
4.2 Organisation de la sortie des patients	9
5. Conclusion, questions à traiter	11
6. Modalités de réalisation	12
7. Références	13

Introduction

Dans le cadre de ses missions d'information des professionnels de santé et du public, la HAS poursuit une démarche d'élaboration d'outils permettant de mettre en œuvre le parcours de soins optimal d'une personne ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).

Le guide parcours de soins d'une personne ayant une BPCO a été publié en 2012 et a identifié les points critiques du parcours, le rôle des professionnels et les modalités de suivi. Le rapport « Propositions pour accroître l'efficacité du système de santé et maîtriser les dépenses » publié par la CNAMTS en juillet 2013 considère qu'il existe pour la BPCO « des enjeux majeurs en termes d'amélioration des parcours des patients, avec en premier lieu des conséquences potentiellement importantes sur la mortalité et la qualité de vie des personnes et qui peuvent amener parallèlement à une réduction des coûts ».

Les exacerbations de BPCO (EABPCO) sont des complications fréquentes qui peuvent conduire à une hospitalisation avec un risque élevé de réhospitalisation. Elles accélèrent le déclin de la fonction respiratoire et altèrent la qualité de vie à court et long terme ; la mortalité est corrélée au nombre moyen d'hospitalisations pour exacerbation.

Ceci conduit à élaborer, en complément du guide du parcours de soins et des recommandations de bonne pratique, une fiche points clés et solutions portant sur les modalités de suivi des patients au décours d'une hospitalisation pour exacerbation.

Les fiches points clés et solutions sont des documents courts dont l'objectif est d'apporter des réponses aux questions d'organisation du parcours des patients afin d'optimiser leur prise en charge.

Cette note de problématique a pour objet de préciser :

- la réalité des pratiques cliniques en France;
- les enjeux professionnels et de santé publique relatifs à l'organisation de la prise en charge en sortie d'hospitalisation;
- les bénéfices attendus en termes de qualité et de sécurité ;
- la disponibilité des connaissances sur la base des recommandations existantes sur le sujet.

La méthode retenue consiste en une consultation des données épidémiologiques et de la littérature française et internationale sur le parcours de soins d'une personne en suivi d'une hospitalisation pour exacerbation de BPCO.

Cette note sera soumise pour avis aux représentations professionnelles et institutionnelles concernées.

1. Définition

La définition des exacerbations varie dans la littérature ; nous retiendrons celle de la SPLF qui définit l'exacerbation par une majoration des symptômes respiratoires au-delà des variations quotidiennes (en pratique, d'une durée ≥ 48 h ou justifiant une modification thérapeutique) : augmentation de la dyspnée, de la toux, du volume de l'expectoration ou la modification de l'expectoration (aspect purulent). Elle peut mettre en jeu le pronostic vital, on parle alors d'exacerbation sévère ou de décompensation.

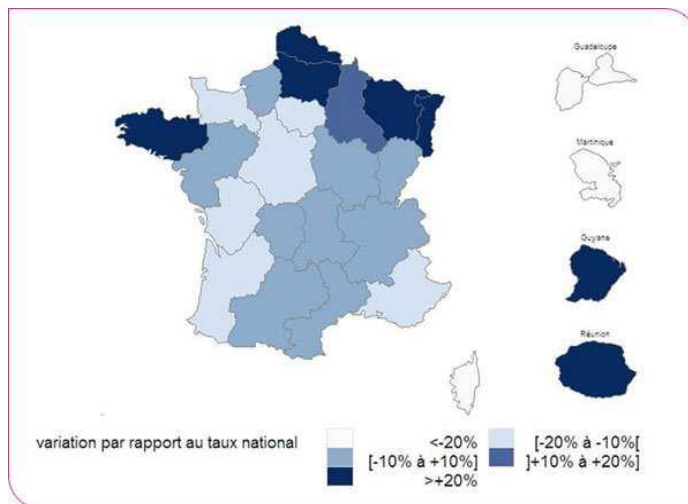
2. Contexte

2.1 Données épidémiologiques sur la BPCO

La prévalence de la BPCO est sous estimée car elle nécessite la réalisation d'épreuves fonctionnelles respiratoires et il y a un sous diagnostic (1) : elle est estimée à 7,5% chez les sujets âgés de plus de 40 ans (2).

En 2008, les taux bruts de mortalité par BPCO étaient de 41/100 000 chez les hommes et 17/100 000 chez les femmes âgés de 45 ans et plus. La mortalité tend à se stabiliser chez l'homme et à augmenter chez la femme. Ces taux de mortalité sont variables selon les régions (2).

Variations régionales des taux de mortalité par BPCO, cause initiale de décès, 2005-2007



Extrait de Fuhrman 2010 (2).

2.2 Hospitalisation pour exacerbation de BPCO

En 2010, le taux de recours moyen à l'hospitalisation pour BPCO était de 0,8 ‰ ($\pm 0,3$) avec un taux de recours variant selon les régions de 0,1 ‰ à 2 ‰ (données du programme de médicalisation du système d'information (PMSI) du groupe homogène de malade (GHM) 04M20 broncho pneumopathies chroniques surinfectées).

Mais les données du PMSI sont d'interprétation difficile compte tenu des difficultés de codage et les écarts inter régions du taux de recours doivent aussi être interprétés avec prudence : il semble que la prévalence de la BPCO ne soit pas uniforme sur tout le territoire français comme en témoigne les taux de mortalité différents selon les régions. (cf paragraphe 2.1) (3).

Les exacerbations seraient responsables en France de 100 000 hospitalisations par an d'une durée moyenne d'environ 8 jours (4).

Ceci est confirmé par les données de la CNAMTS qui estime que 95 000 personnes ont été hospitalisées en 2011 pour exacerbation de BPCO (extrapolation tous régimes sur la base des données régime général). Parmi eux, 43% sont réhospitalisés dans les 6 mois, dont 42 % pour pathologies respiratoires, 16% pour pathologies cardiaques et 18 % pour d'autres causes (5).

Une part importante de ces réhospitalisations est probablement précoce : des données américaines de Medicare en 2003-2004 et anglaises de 2008 (<http://www.dh.gov.uk>) ont montré respectivement que 22,6 et 33% des patients sortis de l'hôpital après une exacerbation étaient ré hospitalisés dans le mois suivant.

Après hospitalisation pour exacerbation, il est recommandé une consultation avec le médecin généraliste dans les 8 jours suivant la sortie, et une consultation avec un pneumologue avec exploration fonctionnelle respiratoire dans les 3 mois (6). Il apparaît que :

- 33% des personnes hospitalisées n'ont pas eu de consultation par le médecin généraliste telle que recommandée ;
- 71% des patients n'ont pas consulté de pneumologue dans les 3 mois (5).

3. Les enjeux professionnels et de santé publique

3.1 Impact des exacerbations de BPCO

Les conséquences des exacerbations ont été décrites par un groupe d'experts en 2011 (4) et à partir d'une analyse rétrospective des données de l'étude UPLIFT (7)

► Impact immédiat et à court terme

L'impact négatif des exacerbations ressenti par les patients porte sur la vie quotidienne, la nécessité du recours aux soins, l'accentuation de la dyspnée et de la toux, la perte d'autonomie. Les patients présentent des insomnies, une angoisse et une dépression.

► Sur la mortalité

Les exacerbations augmentent la mortalité : il existe une période critique de 4,4 mois après les exacerbations où la mortalité avoisinerait 15%. La mortalité est liée au nombre moyen d'hospitalisations pour exacerbation.

► Sur la fonction respiratoire

- A court terme, les exacerbations entraînent une aggravation de la dyspnée, de la distension dynamique ; elles perturbent les échanges gazeux et augmentent la consommation d'oxygène ;
- A moyen et long terme, l'augmentation du taux annuel d'exacerbations accélère le déclin du VEMS.

► Sur le risque cardiovasculaire

Les exacerbations de BPCO induisent une souffrance myocardique, elles majoreraient le risque vasculaire et le risque d'embolies pulmonaires. Après une exacerbation, il est constaté une augmentation de l'incidence des infarctus du myocarde dans les 5 jours et des AVC dans les 7 semaines suivantes.

► Sur la qualité de vie

Elles dégradent la qualité de vie du patient (et de son entourage) en limitant ses activités physiques quotidiennes, en favorisant l'anxiété et la dépression voire des crises de panique.

► Impact en termes de coûts

Le cout direct de la BPCO est estimé à 3,5 milliards d'euros par an dont 60% est lié aux exacerbations et 40% au suivi au long cours de la maladie (8). Le coût moyen annuel pour un patient BPCO est de 4366 € et le coût des hospitalisations varie de 958 € à 3314 € selon la sévérité de la maladie (9). Pour les malades en ALD 14 (Insuffisance respiratoire chronique grave), quelle qu'en soit la cause, les dépenses moyennes de santé sont supérieures à 6000€ par an, 50% étant constituées par les dépenses d'hospitalisation (4).

3.2 Objectifs et bénéfices attendus

L'objectif est de réduire le taux de réhospitalisation observée entre 3 et 6 mois grâce à un meilleur suivi des patients dans les suites de l'hospitalisation.

Les bénéfices potentiellement attendus, et dont la réalité doit être vérifiée, sont :

- une amélioration de la qualité de vie des patients ;
- une réduction de la morbidité et de la mortalité ;
- une réduction des coûts liés à la prise en charge des patients à moyen et long terme, grâce à une réduction des coûts liés aux réhospitalisations.

4. Données disponibles

4.1 Prise en charge des exacerbations

L'objectif de cette note et de la fiche points clés et solutions n'est pas de décrire l'ensemble de la prise en charge des exacerbations (diagnostic, traitement, ...) : celle-ci fait l'objet de plusieurs recommandations internationales et une recommandation est en cours de rédaction par la SPLF.

Il est à noter que

- la recommandation de bonne pratique belge (10) et GOLD (11) ont identifié les facteurs de prévention des exacerbations : arrêt du tabac, bonne technique d'inhalation, traitements médicamenteux, vaccinations antigrippale et antipneumococcique, réhabilitation respiratoire ;
- les critères d'hospitalisation pour exacerbation ont été proposés dans le guide parcours de soins des personnes ayant une BPCO (6) ; ils sont par ailleurs décrits dans la recommandation de la BAPCOC (10) et proposés dans la recommandation du NICE (12).

4.2 Organisation de la sortie des patients

Ceci peut concerner (13) :

- pendant l'hospitalisation : la préparation de la sortie avec repérage des patients à risque (à définir), éducation du patient et élaboration d'un plan de soins en lien avec le médecin traitant ;
- au moment de la sortie : la mise à disposition des documents nécessaires à la continuité des soins ;
- après la sortie : l'organisation du suivi à domicile pendant une période à définir.

► Repérage des patients à risque

- Risque de nouvelle exacerbation : il est bien établi que les exacerbations de BPCO sont souvent suivies d'autres exacerbations. L'identification du phénotype « exacerbateur fréquent » pourrait conduire à une prise en charge spécifique de ces patients (étude EXACO en cours, étude ECLIPSE ou initiatives BPCO)
- Risque de décès :
 - Plusieurs études ont identifié les facteurs de risque de mortalité intra hospitalière (14)

- une étude française (15) a observé un taux de décès sur une période de suivi de 18 mois chez 1750 patients de 45%. L'analyse multivariée des données montre qu'il existe un profil « à risque élevé de décès ». L'identification de ces patients pourrait permettre une surveillance plus intensive et des soins adaptés chez ces patients à risque (15,16,17)
- Risque de réhospitalisation : des publications (méta analyses ou études) décrivent les facteurs de risque d'hospitalisation et de réadmission (18-22)

► **Préparation, organisation de la sortie et suivi pour une amélioration de la prise en charge**

- La British Lung Foundation et la British Thoracic Society ont mené deux enquêtes auprès de patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO : « ready for home ? » et « heading home to stay home » pour évaluer la qualité de l'hospitalisation et de la sortie en terme de prévention des récides ; à partir de ces enquêtes, ils ont identifié les points d'amélioration et développent une check list pour améliorer la sortie (23) ;
- Des auteurs ont développé, à partir des recommandations, un programme structuré de soins (care bundle) pour les patients hospitalisés pour BPCO décrivant les étapes à suivre avant et le jour de la sortie et une checklist de points à surveiller par le patient après son retour à domicile (24,25) ;
- Les quality statement du NICE décrivent la prise en charge et le suivi des patients hospitalisés à partir de la recommandation de 2010 (12) et le NHS a développé un outil décrivant les actions à mener aux différentes étapes de la prise en charge (26) ;
- Plusieurs publications décrivent des parcours de soins (integrated care) (27,28) et des programmes d'accompagnement ou de suivi des patients, avec ou sans intervention de professionnels dédiés (29) (30-32).

L'hospitalisation à domicile a fait l'objet de publications anglo-saxonnes mais n'a pas été étudiée en France.

L'ensemble de ces données permet de documenter des moyens potentiellement efficaces pour réduire le risque de réhospitalisation des patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO. Cependant des résultats négatifs ont été parfois rapportés sur la réduction des hospitalisations et la mortalité (33), et ceci souligne la nécessité de préciser les conditions de succès dans le contexte français.

5. Conclusion, questions à traiter

Les patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO sont fréquemment réhospitalisés avec des conséquences négatives en termes de morbi-mortalité et de coûts. Une part de ces réhospitalisations paraît évitable grâce à des interventions aux différentes étapes que sont l'hospitalisation, la sortie et le suivi post-sortie. Une des solutions envisageables est d'organiser ces interventions sous forme de « programmes structurés de soins », dans le cadre de la gestion de cette maladie chronique par l'équipe de santé primaire et en coopération avec, notamment, les pneumologues.

Compte tenu de cet état des lieux, il paraît opportun et faisable d'élaborer une fiche points clés et solutions « Comment prévenir les réhospitalisations après une exacerbation de BPCO ? » qui cherche à répondre aux questions suivantes :

- Faut-il identifier les patients à haut risque de réhospitalisation ? Si oui comment ?
- Quels sont les composants d'un programme de sortie et de suivi des patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO (pendant l'hospitalisation, au moment de la sortie, au décours de l'hospitalisation) ?
- Comment organiser le suivi au décours de l'hospitalisation : tâches respectives proposées aux différents intervenants, coordination des soins, durée du programme de suivi spécifique ?

6. Modalités de réalisation

Les fiches points clés et solutions seront réalisées avec un groupe de travail et un groupe de lecture et les parties prenantes professionnelles et institutionnelles seront consultées.

Groupe de travail

Le groupe de travail comprendra :

- Des représentants des Conseils nationaux de professionnels (pneumologues, kinésithérapeutes, infirmiers, pharmaciens)
- Des représentants du collège de la médecine générale
- Des représentants de la FFMPS et de l'UNR.Santé
- Des représentants des ARS
- Des représentants des usagers (FFAAIR)

Groupe de lecture

Représentants des mêmes groupes de professionnels et de participants

Parties prenantes

seront consultées en tant que parties prenantes du projet

- avant le début des travaux :
 - Le Collège de la Médecine Générale
 - La Fédération Française De Pneumologie
 - La Société de Pneumologie de Langue Française
 - La Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation
 - La Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé
 - L'Union Nationale des Réseaux de Santé
 - L'Union Nationale des Professionnels de Santé
 - La Fédération Française des Associations et Amicales de malades, Insuffisants ou handicapés Respiratoires
 - La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- A la fin des travaux
 - Outre les parties prenantes citées ci-dessus, les directions des administrations centrales du ministère de la santé.

Références

1. Roche N, Perez T, Neukirch F, Carre P, Terrioux P, Pouchain D, *et al.* High prevalence of COPD symptoms in the general population contrasting with low awareness of the disease. *Rev Mal Respir* 2011;28(7):e58-e65.
2. Fuhrman C, Delmas MC. Epidémiologie descriptive de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France. *Rev Mal Respir* 2010;27(2):160-8.
3. Haute Autorité de Santé. Pertinence du recours à l'hospitalisation pour bronchopneumopathie chronique surinfectée GHM 04M20. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/pertinence_du_recours_a_lhospitalisation_pour_bronchopneumopathie_chronique_surinfectee.pdf
4. Roche N, Aguilaniu B, Burgel PR, Durand-Zaleski I, Dusser D, Escamilla R, *et al.* Prévention des exacerbations de BPCO : un enjeu fondamental. *Rev Mal Respir* 2012;29(6):756-74.
5. Caisse nationale de l'assurance maladie. Propositions pour accroître l'efficacité du système de santé et maîtriser les dépenses. Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie au titre de 2014 (loi du 13 août 2004). Paris: Le Département d'information médicale; 2013.
http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2013/07/CP_constats_consail_du_4_juillet_2013_VDEF1.pdf
6. Haute Autorité de Santé. Bronchopneumopathie chronique obstructive. Guide du parcours de soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_bpcos_finale.pdf
7. Halpin DM, Decramer M, Celli B, Kesten S, Liu D, Tashkin DP. Exacerbation frequency and course of COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2012;7:653-61.
8. Ministère de la Santé et des Solidarités. Programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) 2005 - 2010. « Connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO ». Paris: Ministère de la Santé et des Solidarités; 2005.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_bpcos.pdf
9. Detournay B, Pribil C, Fournier M, Housset B, Huchon G, Huas D, *et al.* The SCOPE study: health-care consumption related to patients with chronic obstructive pulmonary disease in France. *Value Health* 2004;7(2):168-74.
10. Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee, Belgian Center of Evidence-Based Medicine, Elinck K, Vints A, Sibille Y, Gérard B. Prise en charge des exacerbations aiguës de BPCO en pratique ambulatoire. Recommandations pour le bon usage des antibiotiques. Bruxelles: BAPCOC; 2009.

11. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for diagnosis, management, and prevention of COPD 2013.
<http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2013_Feb20.pdf> .
12. National Institute for Health and Clinical Excellence. Chronic obstructive pulmonary disease Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care (partial update). This guideline partially updates and replaces NICE clinical guideline 12. London: NICE; 2010.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13029/49397/49397.pdf>
13. Haute Autorité de Santé. Comment éviter les réhospitalisations évitables des personnes âgées ? Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602735/fr/comment-eviter-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees
14. Roche N, Zureik M, Soussan d, Neukirch F, Perrotin D. Predictors of outcomes in COPD exacerbation cases presenting to the emergency department. *Eur Respir J* 2008;32(4):953-61.
15. Piquet J, Chavaillon JM, David P, Martin F, Blanchon F, Roche N. High-risk patients following hospitalisation for an acute exacerbation of COPD. *Eur Respir J* 2013.
16. Gudmundsson G, Gislason T, Lindberg E, Hallin R, Ulrik CS, Brondum E, *et al.* Mortality in COPD patients discharged from hospital: the role of treatment and co-morbidity. *Respir Res* 2006;7:109.
17. Martinez-Rivera C, Portillo K, Munoz-Ferrer A, Martinez-Ortiz ML, Molins E, Serra P, *et al.* Anemia is a mortality predictor in hospitalized patients for COPD exacerbation. *COPD* 2012;9(3):243-50.
18. Bahadori K, FitzGerald JM. Risk factors of hospitalization and readmission of patients with COPD exacerbation--systematic review. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2007;2(3):241-51.
19. Niewoehner DE, Lokhnygina Y, Rice K, Kuschner WG, Sharafkhaneh A, Sarosi GA, *et al.* Risk indexes for exacerbations and hospitalizations due to COPD. *Chest* 2007;131(1):20-8.
20. Vestbo J, Anderson JA, Calverley PM, Celli B, Ferguson GT, Jenkins C, *et al.* Adherence to inhaled therapy, mortality and hospital admission in COPD. *Thorax* 2009;64(11):939-43.
21. Garcia-Aymerich J, Barreiro E, Farrero E, Marrades RM, Morera J, Anto JM. Patients hospitalized for COPD have a high prevalence of modifiable risk factors for exacerbation (EFRAM study). *Eur Respir J* 2000;16(6):1037-42.
22. Seidel D, Cheung A, Suh ES, Raste Y, Atakhorrami M, Spruit MA. Physical inactivity and risk of hospitalisation for chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Tuberc Lung Dis* 2012;16(8):1015-9.
23. British Lung Foundation, British Thoracic Society. Ready for Home? Improving hospital discharge care for people living with COPD. London: BLF; BTS; 2010.
24. Hopkinson NS, Englebrechtsen C, Cooley N, Kennie K, Lim M, Woodcock T, *et al.* Designing and implementing a COPD discharge care bundle. *Thorax* 2012;67(1):90-2.

25. Matthews H, Tooley C, Nicholls C, Lindsey-Halls A. Care bundles reduce readmissions for COPD. *Nurs Times* 2013;109(7):18-20.
26. NHS Improvement. First steps to improving chronic obstructive pulmonary disease (COPD) care. Leicester: NHS Improvement; 2012.
First steps to improving chronic obstructive pulmonary disease (COPD) care
27. Garcia-Aymerich J, Hernandez C, Alonso A, Casas A, Rodriguez-Roisin R, Anto JM, *et al.* Effects of an integrated care intervention on risk factors of COPD readmission. *Respir Med* 2007;101(7):1462-9.
28. Casas A, Troosters T, Garcia-Aymerich J, Roca J, Hernandez C, Alonso A, *et al.* Integrated care prevents hospitalisations for exacerbations in COPD patients. *Eur Respir J* 2006;28(1):123-30.
29. Sridhar M, Taylor R, Dawson S, Roberts NJ, Partridge MR. A nurse led intermediate care package in patients who have been hospitalised with an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2008;63(3):194-200.
30. Bourbeau J, Julien M, Maltais F, Rouleau M, Beaupre A, Begin R, *et al.* Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med* 2003;163(5):585-91.
31. Lawlor M, Kealy S, Agnew M, Korn B, Quinn J, Cassidy C, *et al.* Early discharge care with ongoing follow-up support may reduce hospital readmissions in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2009;4:55-60.
32. Utens CM, Goossens LM, Smeenk FW, Rutten-Van Molken MP, van VM, Braken MW, *et al.* Early assisted discharge with generic community nursing for chronic obstructive pulmonary disease exacerbations: results of a randomised controlled trial. *BMJ Open* 2012;2(5).
33. Fan VS, Gaziano JM, Lew R, Bourbeau J, Adams SG, Leatherman S, *et al.* A comprehensive care management program to prevent chronic obstructive pulmonary disease hospitalizations: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2012;156(10):673-83.

