



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

DataSet de bonnes pratiques BPCO

Modèle métier et spécifications techniques

« HAS-ASIP Santé »

Contenu métier DataSet BPCO

Validation Collège de la HAS : 09/10/2014

Rappel des principes des DataSets de bonnes pratiques (BSBP)

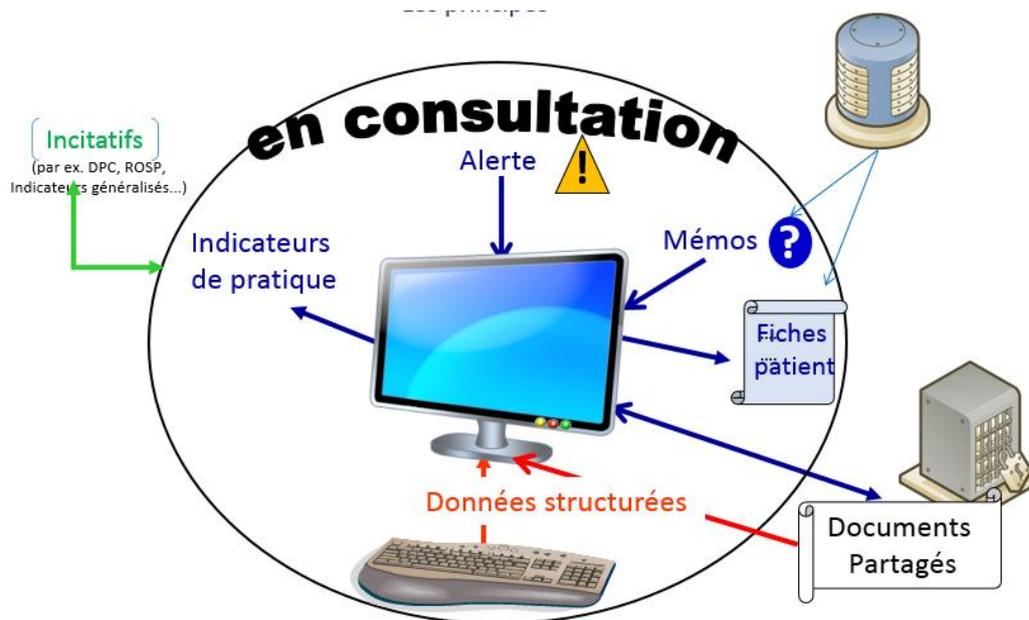
Enjeux : structurer/standardiser un minimum de données dans les logiciels métiers

- Pour être en capacité d'utiliser les données recueillies au cours des soins
- Afin de soutenir la pratique des professionnels de santé :
 - accéder aux éléments de bonne pratique en cours de consultation (mémos, alertes)
 - coordonner les soins entre les différents acteurs (échange et partage de données)
 - avoir un *feed back* sur les prises en charge (indicateurs)

La composition des DataSets de bonne pratique

Les DataSets de bonne pratique comprennent :

- la définition des données cliniques à structurer dans le logiciel, des mémos et des alertes ainsi que des indicateurs de pratique clinique ;
- les spécifications techniques relatives à ces objets pour permettre leur intégration dans les logiciels métiers dans le cadre d'interopérabilité de l'ASIP.



Les données à structurer

Pour un épisode de soins critique concernant un thème (pathologie/situation) donné, il s'agit d'identifier les 3 à 5 données clés de la prise en charge de la majorité des patients

- aisées à renseigner de façon structurée dans le flux de la consultation (déjà présente ou pouvant servir à d'autres usages, par ex. âge, poids, sexe, statut tabagique...)
- utiles au professionnel de santé pour ses prises de décision
- utiles à partager avec d'autres professionnels de santé (via le DMP) (points critiques)
- utiles pour appeler des mémos ou générer des alertes
- utiles pour mesurer des indicateurs de pratique
- utiles pour identifier des sous populations

Les préalables / conditions de réussite

- Cibler des épisodes de soins critiques pour lesquelles il existe une variabilité et une dispersion significatives des pratiques ainsi que des recommandations de bonne pratique.
- Etre faciles à utiliser en cours de consultation (s'appuyer sur un nombre minimal de données à structurer),
- Apporter une plus-value immédiate pour les professionnels,
- S'intégrer dans les dispositifs incitatifs proposés aux professionnels : structuration des parcours, financements...

Les DSBP s'inscrivent dans la gouvernance du Programme « Santé Connectée »

Elle s'articule autour :

- d'orientations stratégiques
 - de manière à s'inscrire dans les politiques publiques incitatives
 - définies en lien avec les représentants des pouvoirs publics (DGOS, DSS, CNAMTS, SG, DGS, DGCS, DSSIS)
- d'une programmation technique
 - inscrite dans le partenariat HAS/ASIP Santé
 - débouchant sur des notes de cadrage validées par la HAS
- d'une coordination des travaux
 - entre les responsables de projet HAS/ASIP Santé
 - les organismes professionnels mobilisés (CMG...)
 - les fédérations d'industriels

Sommaire

Rappel des principes des DataSets de bonnes pratiques (BSBP).....	2
Enjeux : structurer/standardiser un minimum de données dans les logiciels métiers	2
La composition des DataSets de bonne pratique	2
Les données à structurer.....	3
Les préalables / conditions de réussite.....	3
Les DSBP s'inscrivent dans la gouvernance du Programme « Santé Connectée »	3
1 Note de cadrage.....	5
1.1 Situation/Contexte.....	5
1.2 Enjeux.....	5
1.3 Composition du groupe de travail.....	5
1.4 Référentiels scientifiques.....	6
2 Contenu métier DataSet BPCO	7
2.1 Objectifs	7
2.2 Résumé du DataSet BPCO	7
2.2.1 Les données	7
2.2.2 Champs/rubriques de saisie de ces éléments dans les logiciels métiers	7
2.2.3 Liste des Mémos et Alertes	7
2.3 Amélioration du repérage de la BPCO.....	8
2.3.1 Alerte	8
2.3.2 Tableau jeu de valeurs tabac	9
2.3.3 Modèle d'ordonnance de spirométrie	9
2.4 Améliorer la prise en charge thérapeutique (vaccin, CSI, bronchodilatateurs)	10
2.4.1 Contenu des mémos traitements.....	11
2.4.2 Autres Mémos.....	13
2.4.3 Indicateurs de pratique clinique.....	16
2.5 Améliorer l'échange et le partage de données.....	16
2.6 Remarque sur les résultats des EFR.....	16
2.7 Recommandations d'implémentation.....	17
2.7.1 Activation, désactivation.....	17
2.8 Lien avec le Volet Synthèse Médicale (VSM)	17
▶ Groupe de travail.....	22
▶ Pour la HAS	22

1 Note de cadrage

1.1 Situation/Contexte

Le DataSet BPCO est le premier pilote utilisé pour développer la méthode d'élaboration des DataSets. Il s'inscrit dans la suite de la publication du guide parcours BPCO.

1.2 Enjeux

- La BPCO est une maladie respiratoire chronique secondaire au tabagisme ou à l'exposition à des toxiques professionnels ou domestiques. Le diagnostic est souvent tardif au stade de handicap respiratoire, source de morbidité accrue et de dépenses inutiles, notamment des hospitalisations et des ré-hospitalisations évitables. Pour les sujets atteints, la BPCO est une source majeure de handicap par la dyspnée, la limitation d'activité, les exacerbations, le risque d'insuffisance respiratoire chronique, les comorbidités extra-respiratoires qui lui sont associées. Sa gravité est liée au risque d'évolution vers l'insuffisance respiratoire sévère. L'arrêt du tabac est le seul traitement susceptible de ralentir le déclin de la fonction respiratoire et la mortalité. Les comorbidités sont fréquentes, souvent multiples, et doivent être recherchées et traitées systématiquement. Les objectifs de la prise en charge thérapeutique d'un patient ayant une BPCO à l'état stable sont :
 - prévenir la progression de la maladie (arrêt du tabac ou de l'exposition aux autres facteurs de risque) ;
 - diminuer la mortalité ;
 - limiter le handicap en soulageant les symptômes et en améliorant la tolérance à l'exercice et la qualité de vie ;
 - prévenir et traiter les complications et les exacerbations (surinfection, décompensation respiratoire, etc.) ;
 - limiter l'impact des comorbidités ;
 - au prix d'un minimum d'effets indésirables des traitements.
- Les potentiels d'amélioration de la qualité des soins sont importants. L'état des pratiques en France montre que :
 - cette maladie chronique est actuellement mal reconnue avec un diagnostic souvent tardif ;
 - la prise en charge n'est actuellement pas optimale, elle est non conforme aux recommandations existantes ;
 - en 2010, le taux de recours moyen à l'hospitalisation était de 0,8 ‰ (± 0,3) avec un taux de recours variant selon les régions de 0,1 ‰ à 2 ‰.

1.3 Composition du groupe de travail

A l'issue de l'élaboration du Guide Parcours de soins BPCO, le groupe de travail pluriprofessionnel de ce guide a défini les produits dérivés à élaborer dont le DataSet BPCO et les séquences à aborder.

Ces séquences étant centrées sur la prise en charge médicale, le groupe d'experts réuni pour élaborer le Dataset BPCO comprenait des médecins généralistes et des pneumologues.

Médecins généralistes : Christian Bianchi, Christian Michel, Martial Botebol, Hector Falcoff, Maxime Catrice, Emmanuel Jobez

Pneumologues : Nicolas Roche, Cécile Topper, Frédéric Masure, Franck Soyez

1.4 Référentiels scientifiques

- Le Guide Parcours de soins BPCO publié par la HAS en février 2012–actualisé en 2014 sera le principal référentiel utilisé.
- La note Pertinence du recours à l'hospitalisation pour bronchopneumopathie chronique surinfectée GHM 04M20 publiée en décembre 2012 qui fait un état des lieux de la prise en charge de la BPCO en France.

2 Contenu métier DataSet BPCO

2.1 Objectifs

- Augmenter le diagnostic de BPCO chez les patients ayant une BPCO non diagnostiquée
- Améliorer la prise en charge thérapeutique (vaccin, CSI, bronchodilatateurs)
- Améliorer l'échange et le partage de données pertinentes dans le cadre de la BPCO

NB : les exacerbations, la transition ville-hôpital et la réhabilitation respiratoire ne sont pas traitées dans le cadre de ce DataSet, des travaux étant en cours sur ces thèmes lors de son élaboration. Ils seront abordés dans un deuxième temps.

2.2 Résumé du DataSet BPCO

2.2.1 Les données

Domaine d'application	Données cliniques
Repérage BPCO	Âge Statut tabagique
Améliorer la prise en charge thérapeutique → Description profil du patient	Diagnostic BPCO VEMS et stade obstruction Stade dyspnée Exacerbation BPCO
Vaccins et traitements	Vaccin antigrippal Vaccin antipneumococcique Médicaments (structurés via les Logiciels d'aide à la prescription)
hospitalisation	Hospitalisation

2.2.2 Champs/rubriques de saisie de ces éléments dans les logiciels métiers

Dans la suite du document, les termes utilisés pour désigner un champ sémantique (par ex. « pathologie en cours ») se réfèrent à la terminologie utilisée dans le volet d'implémentation CDA du Volet de synthèse médical (VSM). Les éditeurs feront, à partir de là, le lien avec la rubrique correspondante de leur logiciel.

Le format et le codage des données du DataSet BPCO sont spécifiés dans la partie technique de ce document.

2.2.3 Liste des Mémos et Alertes

Les mémos et alertes présentées ci-après sont les messages destinés à être visualisés par les professionnels de santé. Leur logique de mise en œuvre pour l'implémentation est également spécifiée, ainsi que les éléments sémantiques (vocabulaires, données) sur lesquels cette logique se fonde.

Pour l'alerte le mécanisme de mise en œuvre est :

Titre des alertes	Critères pris en compte pour actionner l'alerte
Votre patient a-t-il des symptômes de BPCO ?	Age > 40 ans ET tabagisme ≥ 15 PA (actionnée 1 fois/an)

et pour les mémos :

Titre des mémos	Critères pris en compte pour afficher infoboutton donnant accès au mémo
Traitement BPCO stade I	BPCO ET Stade I
Traitement BPCO stade II	BPCO ET Stade II
Traitement BPCO stade III	BPCO ET Stade III
Traitement BPCO stade IV	BPCO ET Stade IV
Quand demander un avis pneumologue	BPCO
Rechercher et traiter systématiquement les comorbidités souvent multiples	BPCO
Critères de reconnaissance en maladie professionnelle	BPCO
Fréquence des Explorations fonctionnelles respiratoires (EFR)	BPCO
Critères définissant une exacerbation de BPCO	Exacerbation de BPCO

2.3 Amélioration du repérage de la BPCO

Il s'agit de rappeler au médecin de prescrire une spirométrie aux patients qui ont plus de 40 ans, fument plus de 15 paquets-année et ont des symptômes évocateurs de BPCO.

2.3.1 Alerte

Si le patient a plus de 40 ans et est fumeur (≥ 15 PA), une alerte est déclenchée afin d'aider le professionnel à repérer les patients pour lesquels une spirométrie est nécessaire.

Le message de l'alerte est :

Contexte : patient > 40 ans ET fumeur ≥ 15 PA

Votre patient a-t-il des symptômes de BPCO ?

Votre patient qui a plus de 40 ans ET est fumeur (≥ 15 PA) a-t-il, plusieurs fois par an, un ou des symptômes évocateurs de BPCO :

- Dyspnée ?
- Toux régulière ?
- Expectoration chronique ?
- Bronchites à répétition ou traînantes ?
- Sifflement respiratoire ?

Si au moins un de ces symptômes est présent : faire une spirométrie (intervalle au minimum de 2 ans entre 2 spirométries en l'absence d'événement intercurrent)

Date rédaction mémo : janvier 2014. HAS

2.3.1.1 Mise en œuvre de l'alerte

- Professionnels destinataires de l'alerte
 - Médecins généralistes
- Donnée(s) à laquelle l'alerte est rattachée
 - Âge dans section administrative du patient
 - ET Tabac en paquet années dans section mode de vie
 - En utilisant le tableau jeu de valeur tabac (ci-après).
- Valeurs (seuils) des données déclenchant l'alerte

- Âge : > 40 ans. Calculé entre date de naissance et date de la consultation
- ET tabac : ≥ 15 Paquets-année
- Cycle de vie
 - Alerte déclenchée une seule fois par an
- Conditions de désactivation définitive
 - Diagnostic de BPCO existe dans section pathologie en cours

2.3.2 Tableau jeu de valeurs tabac

Fumez-vous actuellement ?	fumeur	Ex fumeur	Non-fumeur
Actuellement nbre de cigarettes/j			
Age de début			
Nbre cigarettes /j en moyenne (depuis que vous fumez)			
Age d'arrêt			
Nbre de paquets années au total	CA	CA	

CA = calcul automatique = (nbre cig par j en moyenne/20) x (âge actuel [ou arrêt] - âge de début)

2.3.3 Modèle d'ordonnance de spirométrie

Si le patient a un symptôme, un modèle d'ordonnance de spirométrie préremplie pourrait être disponible dans le logiciel. Il contiendrait :

- l'âge, le sexe, le poids et la taille, les symptômes, le tabagisme, le traitement en cours (texte libre) ;
- l'indication d'une spirométrie avant et après bronchodilatateur (pour le diagnostic différentiel avec l'asthme)

Modèle de prescription de spirométrie (source [GUIDE PARCOURS DE SOINS BPCO. HAS février 2012 \(actualisé juin 2014\)](#), p. 31

Spirométrie avant et après administration de bronchodilatateur pour Monsieur/Madame XX âgé de XX ans (...kg, ...m) avec xx Paquets Années et symptômes (.....)

Indiquer traitement en cours ou joindre ordonnance

Information pour le patient

Avant de se soumettre à une exploration fonctionnelle respiratoire (EFR), **EVITER** :

- de fumer dans l'heure avant l'examen
- de consommer de l'alcool dans les 4 heures avant l'examen
- de se livrer à un exercice physique intense dans les 30 min avant l'examen

- de porter des vêtements qui limitent la pleine expansion thoracique et abdominale
- de consommer un repas copieux dans les 2 heures avant l'examen
- de prendre des bronchodilatateurs de jour de l'examen

2.4 Améliorer la prise en charge thérapeutique (vaccin, CSI, bronchodilatateurs)

Pour améliorer la prescription médicamenteuse, il est proposé que le médecin puisse accéder en cours de consultation à des mémos contenant des éléments de bonne pratique en termes de traitement. Ces mémos sont adaptés au profil du patient et accessibles via le diagnostic de BPCO renseigné en format structuré dans la rubrique où sont habituellement renseignées les maladies chroniques (référence VSM « pathologie en cours »).

- Cela suppose que les données suivantes soient structurées au sein des logiciels :
 - le Diagnostic de BPCO
 - le stade de sévérité de l'obstruction en fonction du VEMS post BD (1 à 4 de la SPLF 2010¹)
 - $VEMS \geq 80\%$ valeur prédite = stade I
 - $50\% \leq VEMS < 80\%$ valeur prédite = stade II
 - $30\% \leq VEMS < 50\%$ valeur prédite = Stade III
 - $VEMS < 30\%$ valeur prédite OU $VEMS < 50\%$ valeur prédite avec insuffisance respiratoire chronique grave = Stade IV
- Deux autres éléments impactant le traitement sont à structurer :
 - le stade de la dyspnée selon échelle mMRC
 - Dyspnée pour des efforts soutenus (montée 2 étages) = Stade 0
 - Dyspnée lors de la marche rapide ou en pente = Stade 1
 - Dyspnée à la marche sur terrain plat en suivant quelqu'un de son âge = Stade 2
 - Dyspnée obligeant à s'arrêter pour reprendre son souffle après quelques minutes ou une centaine de mètres sur terrain plat = Stade 3
 - Dyspnée au moindre effort = Stade 4
 - les exacerbations
- Les hospitalisations liées aux exacerbations de BPCO sont également renseignées de façon structurée.

Il est cliniquement pertinent que ces cinq éléments figurent dans un même bloc afin de faciliter la lecture et la prise de décision par le professionnel. Ce bloc est un outil d'aide à la décision en tant que tel.

La saisie du diagnostic de BPCO est faite dans la rubrique où sont habituellement renseignées les maladies chroniques (référence VSM : « pathologie en cours »).

Elle devra être facilitée pour le médecin par les éditeurs de logiciels (comme par exemple à partir d'un menu déroulant contenant les diagnostics sélectionnés pour les DataSets définis dans ce document).

Le renseignement de ce diagnostic doit amener le professionnel de santé à renseigner les champs suivants :

- date du diagnostic de la maladie,
- VEMS et date des dernières EFR
- stade de sévérité de l'obstruction (1 à 4 de la SPLF 2010¹),
- stade et date de la dyspnée constatée (échelle mMRC),

¹ Société de Pneumologie de Langue Française. Recommandations 2009 pour la prise en charge de la bronchopneumopathie chronique obstructive. Rev Mal Respir 2010 ; 22 : 522-48.

- dates des exacerbations le cas échéant

Ce bloc représentera l'état stable du patient. Avec le diagnostic de BPCO doit figurer la date du diagnostic de la maladie, avec la sévérité de l'obstruction la date des dernières EFR, avec le stade de la dyspnée la date à laquelle ce stade a été constaté (au minimum tous les ans.)

La saisie du diagnostic d'exacerbation de BPCO est faite dans le champ diagnostic lié à la consultation du jour.

Elle devra être facilitée pour le médecin par les éditeurs de logiciels (comme par exemple à partir d'un menu déroulant contenant les diagnostics sélectionnés pour les DataSets).

Cette saisie devrait permettre la mise à jour automatique du nombre d'exacerbations sur les 12 derniers mois du bloc lié à BPCO. En cas d'hospitalisation liée à l'exacerbation, celle-ci devra pouvoir être indiquée.

2.4.1 Contenu des mémos traitements

Les mémos sur le traitement comprennent les éléments suivants en fonction du profil du patient (stade de sévérité de l'obstruction)

- Arrêt tabac
 - Vaccination contre la grippe
 - BDCA inhalés pour accès dyspnéiques
 - BDLA
 - Réhabilitation respiratoire
 - Association fixe d'un corticostéroïde et d'un beta2-agoniste de longue durée d'action inhalés
- Professionnels destinataires des mémos traitements
 - Médecins généralistes
 - Donnée(s) à laquelle ils sont rattachés
 - Diagnostic de BPCO dans la rubrique « pathologie en cours » (Réf. VSM)
 - ET sévérité de l'obstruction Stade I ou II ou III ou IV en fonction du mémo

Contexte : BPCO Stade 1

Traitement BPCO Stade I

Au stade I, les patients ne sont habituellement pas dyspnéiques.

- Arrêt tabac
- Vaccination annuelle contre la grippe
- Vaccination contre le pneumocoque si patient non vacciné (la revaccination est non recommandée*)
- Bronchodilatateur de courte durée d'action (BDCA) à la demande en cas de dyspnée ou de limitation d'exercice

Source : [GUIDE PARCOURS DE SOINS BPCO. HAS](#) février 2012 (Actualisé juin 2014) p.12&13

*[rapport HCSP 25 avril 2013](#) p.10&11

Date rédaction mémo : janvier 2014. HAS

Contexte : BPCO stade II

Traitement BPCO Stade II

Au stade II, il existe fréquemment une dyspnée d'effort méconnue.

- Arrêt tabac
- Vaccination annuelle contre la grippe
- Vaccination contre le pneumocoque si patient non vacciné (la revaccination est non recommandée*)
- Réhabilitation respiratoire à proposer dès la présence une incapacité (dyspnée ou diminution de la tolérance à l'exercice) et/ou un handicap d'origine respiratoire qui en résulte (réduction des activités sociales, professionnelles ou personnelles).
- Bronchodilatateur de courte durée d'action (BDCA) à la demande en cas de dyspnée ou de limitation d'exercice
- Bronchodilatateur de longue durée d'action (BDLA) (bêta2 agoniste ou anticholinergique ou les deux si un seul est insuffisant) si persistance de la dyspnée gênant les activités quotidiennes malgré l'utilisation pluriquotidienne de BDCA

Source : [GUIDE PARCOURS DE SOINS BPCO. HAS](#) février 2012. (actualisé juin 2014) p.12&13

*[rapport HCSP 25 avril 2013](#) p.10&11

Date rédaction mémo : janvier 2014. HAS

Contexte : BPCO stade III

Traitement BPCO Stade III

Au stade III, les patients présentent le plus souvent une dyspnée avec une diminution de la capacité d'exercice, une fatigue, parfois associées à des épisodes d'exacerbation répétés, cela ayant un impact sur leur qualité de vie à l'origine d'un handicap important

- Arrêt tabac
- Vaccination annuelle contre la grippe
- Vaccination contre le pneumocoque si patient non vacciné (la revaccination est non recommandée*)
- Réhabilitation respiratoire à proposer dès la présence d'une incapacité (dyspnée ou diminution de la tolérance à l'exercice) et/ou un handicap d'origine respiratoire qui en résulte (réduction des activités sociales, professionnelles ou personnelles).
- Bronchodilatateur de courte durée d'action (BDCA) à la demande en cas de dyspnée ou de limitation d'exercice
- Bronchodilatateur de longue durée d'action (BDLA) (bêta2 agoniste ou anticholinergique ou les deux si un seul est insuffisant) si persistance de la dyspnée gênant les activités quotidiennes malgré l'utilisation pluriquotidienne de BDCA
- Association fixe d'un corticostéroïde et d'un bêta2LA inhalés si VEMS < 50 % ou 60 % (cf AMM) en cas d'antécédents d'exacerbations fréquentes et de symptômes significatifs malgré un traitement par BDLA
- Si persistance de la dyspnée ou des exacerbations, ajout d'un anticholinergique LA à l'association CSI + bêta2LA

Source : [GUIDE PARCOURS DE SOINS BPCO. HAS](#) février 2012 (actualisé juin 2014). p.12&13
 *[rapport HCSP 25 avril 2013](#) p.10&11
 Date rédaction mémo : janvier 2014. HAS

Contexte : BPCO stade IV

Traitement BPCO Stade IV

Au stade IV, la qualité de vie est très altérée. Il existe le plus souvent une dyspnée au moindre effort ou une dyspnée de repos associée parfois à des signes d'insuffisance cardiaque droite.

- Arrêt tabac
- Vaccination annuelle contre la grippe
- Vaccination contre le pneumocoque si patient non vacciné (la revaccination est non recommandée*)
- Réhabilitation respiratoire
- Bronchodilatateur de courte durée d'action (BDCA) à la demande en cas de dyspnée ou de limitation d'exercice
- Bronchodilatateur de longue durée d'action (BDLA) (bêta2 agoniste ou anticholinergique ou les deux si un seul est insuffisant) si persistance de la dyspnée gênant les activités quotidiennes malgré l'utilisation pluriquotidienne de BDCA
- Association fixe d'un corticostéroïde (CSI) et d'un bêta2LA inhalés si VEMS < 50 % ou 60 % (cf AMM) en cas d'antécédents d'exacerbations fréquentes et de symptômes significatifs malgré un traitement par BDLA
- Si persistance de la dyspnée ou des exacerbations, ajout d'un anticholinergique LA à l'association CSI + bêta2LA
- Autres traitements selon avis pneumologique (Oxygénothérapie de longue durée, Ventilation non invasive ou invasive, Traitement de l'hypertension pulmonaire et du cœur pulmonaire, Indications des traitements chirurgicaux)

Source : [GUIDE PARCOURS DE SOINS BPCO. HAS](#) février 2012 (actualisé juin 2014). p.12&13
 *[rapport HCSP 25 avril 2013](#) p.10&11
 Date rédaction mémo : janvier 2014. HAS

2.4.2 Autres Mémos

Outre les mémos rappelant le traitement recommandé en fonction du profil du patient, d'autres mémos sont définis.

2.4.2.1 Mémos liés au diagnostic BPCO dans « pathologie en cours »

- Professionnels destinataires
 - Médecins généralistes
- Donnée(s) à laquelle ils sont rattachés
 - Diagnostic de BPCO dans la rubrique « pathologie en cours » (réf. VSM)

Contexte : Patient avec BPCO

Quand demander un avis pneumologique

- S'il y a un doute sur le diagnostic ou sur une autre maladie respiratoire associée
- Si l'obstruction est sévère ou très sévère (stade III ou IV) et/ou la dyspnée de stade 3 ou 4
- Pour réaliser des examens non systématiques avant traitement, selon l'histoire de la maladie et la situation clinique (pléthysmographie, test d'exercice, oxymétrie nocturne, dosage de l' α 1 antitrypsine, endoscopie bronchique, gazométrie artérielle, enregistrement polygraphique ou polysomnographique)
- Si la dyspnée est disproportionnée par rapport aux données de la spirométrie
- Si la situation se détériore malgré la prise en charge ou en cas de non-réponse au traitement (handicap, gêne fonctionnelle, exacerbations persistant)
- Si les exacerbations sont fréquentes (>2/an)
- Pour estimer la pertinence et éventuellement prescrire une réhabilitation respiratoire, pour le bilan préalable (pléthysmographie, épreuve d'effort, test de marche...) ou pour faciliter l'orientation vers une structure de réhabilitation respiratoire

Source : [GUIDE PARCOURS DE SOINS BPCO. HAS](#) février 2012 (actualisé juin 2014), p. 9 & 22
Date rédaction mémo : janvier 2014. HAS

Contexte : Patient avec BPCO

Rechercher et traiter systématiquement les comorbidités souvent multiples

(liste suivante non exhaustive) :

- Coronaropathie, arythmie, Insuffisance cardiaque droite (HTAP, cœur pulmonaire) et/ou gauche, HTA (Les bêta bloquants cardiosélectifs* peuvent être utilisés chez les patients atteints d'une comorbidité cardiovasculaire associée à la BPCO, même chez les sujets âgés).
- Ostéoporose (CAT : prise en charge habituelle) ; faiblesse des muscles périphériques
- Diabète
- IMC < 21 kg/m²
- Anxiété, troubles du sommeil, dépression (CAT : sa prise en charge ne diffère pas de celle de la dépression isolée. La réhabilitation améliore de façon significative la dépression associée à la BPCO)
- Syndrome d'apnée du sommeil
- Cancers liés au tabac (poumon, ORL, vessie)

REMARQUES : certaines comorbidités (cardiopathie ischémique, Insuffisance cardiaque, fibrillation atriale) impliquent d'administrer avec prudence certains bronchodilatateurs (Voir résumé des caractéristiques du produit (RCP)).

* Acebutolol, Atenolol, Betaxolol, Bisoprolol, Celiprolol, Esmolol, Metoprolol, Nebivolol (ATC : C07AB Betabloquants, Selectifs)

Source : [GUIDE PARCOURS DE SOINS BPCO. HAS](#) février 2012 (actualisé juin 2014), p.27
Date rédaction mémo : janvier 2014. HAS

Contexte : Patient avec BPCO

Critères de reconnaissance en maladie professionnelle

Secteur minier : Silice, poussière de charbon, mines de fer

Bâtiment et travaux publics : Exposition gaz, poussières, vapeur

Fonderie et sidérurgie : Exposition particules minérales, gaz, fumées

Industrie textile : Filature de coton, lin, chanvre, sisal

Métiers agricoles : Pesticides, milieu céréalier, production laitière, élevage de porc, de volailles

--> [Déclaration maladie professionnelle](#) (régime général : tableaux [90](#), [91](#) et [94](#), régime agricole : tableaux [10](#) et [54](#))

[NB : Pour les autres BPCO ne faisant pas l'objet d'un tableau de maladie professionnelle, il est possible de demander la reconnaissance en maladie professionnelle par le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) mais à la condition que le taux d'incapacité permanente partielle consécutif soit supérieur à 25 %]

Source : [GUIDE PARCOURS DE SOINS BPCO. HAS](#) février 2012 (actualisé juin 2014). p.29
Date rédaction mémo : janvier 2014. HAS

Contexte : Patient avec BPCO

Fréquence des Explorations fonctionnelles respiratoires (EFR)

- En dehors de complications : le rythme des EFR est à adapter à l'état du patient, au minimum tous les 2 ans, plus souvent chez les patients dont on n'arrive pas à stabiliser les EFR.
- Au décours d'une hospitalisation pour décompensation : 1 à 3 mois au plus tard, consultation du pneumologue avec EFR et gaz du sang.
- Suivi à long terme après un stage de réhabilitation respiratoire : EFR une fois par an.

Source : [Extrait Guide Parcours de soins « BPCO », HAS](#) mai 2012.
Date rédaction mémo : janvier 2014. HAS

2.4.2.2 Mémos liés à Exacerbation BPCO dans rubrique consultation du jour

- Professionnels destinataires du mémo
 - Médecins généralistes
- Donnée(s) à laquelle il est rattaché
 - Diagnostic d'exacerbation de BPCO dans le champ diagnostique de la consultation

Contexte : Suspicion exacerbation de BPCO

Critères définissant une exacerbation de BPCO

- Majoration des symptômes respiratoires,
- débutant de façon aiguë,

- durant plus de 48 heures ou justifiant une modification thérapeutique.

Une exacerbation sévère avec insuffisance respiratoire aiguë est une urgence médicale.

Source : [GUIDE PARCOURS DE SOINS BPCO. HAS février 2012\(actualisé juin 2014\) p. 25 & suivantes](#)

Date rédaction mémo : janvier 2014. HAS

2.4.3 Indicateurs de pratique clinique

Les indicateurs pour la pratique clinique qui peuvent être mesurés à partir des données structurées proposées ci-dessus permettent au professionnel de santé d'évaluer l'amélioration de la prise en charge thérapeutique :

- Vaccination APPROPRIÉE contre la grippe
- Vaccination APPROPRIÉE contre le pneumocoque
- Prescription INAPPROPRIÉE de corticoïdes inhalés seuls chez les BPCO
- Taux de patients BPCO non-fumeurs ou ex fumeurs

Voir annexe 1 pour le détail

2.5 Améliorer l'échange et le partage de données

Les données utiles à un PS qui reçoit un patient BPCO sont :

- le diagnostic de BPCO,
- le stade de sévérité de l'obstruction,
- le stade de la dyspnée
- le nombre d'exacerbations depuis 12 mois (avec xx hospitalisation)

Ce bloc sera intégré dans le volet de synthèse médicale sous la forme suivante :
BPCO depuis le (date de début), stade XX (date dernière spirométrie), dyspnée stade xx (date), xx exacerbations sur les 12 derniers mois (avec xx hospitalisation).

Le traitement est compris dans les autres rubriques du volet de synthèse médicale.

2.6 Remarque sur les résultats des EFR

Concernant les résultats des EFR, la question de les renseigner dans des champs dédiés est posée.

Pour les pneumologues, il n'est pas pertinent d'envisager à partir de la seule valeur VEMS/CV post BD < 70 % de faire le choix du diagnostic dans un menu déroulant fermé. Le groupe propose qu'un champ « interprétation » figure dans cette rubrique auquel serait lié des mémos dont un relatif à l'interprétation des EFR.

En termes de faisabilité et d'utilisation par les MG en cours de consultation, rappelons que l'analyse préalable des dossiers médicaux a montré que les médecins scannaient les résultats des EFR dans le dossier patient mais ne saisissaient pas les valeurs dans le dossier.

La saisie des valeurs des EFR sera donc facultative dès lors qu'elle ne permet pas d'activer le DataSet.

Les champs devant être disponibles seraient (sachant que les EFR concernent d'autres pathologies que la BPCO) :

- VEMS pre BD
- VEMS post BD
- VEMS/CV pre BD
- VEMS/CV post BD
- Pa O₂, PaCO₂
- Saturation
- Interprétation :
 - syndrome obstructif totalement réversible
 - syndrome obstructif incomplètement réversible
 - absence de syndrome obstructif.
 - autres

2.7 Recommandations d'implémentation

2.7.1 Activation, désactivation

La HAS suggère qu'un mécanisme d'activation et de désactivation des alertes et des *infobuttons* spécifiés dans ce volet soit présent dans le LPS.

La HAS suggère que les alertes et les *infobuttons* spécifiés dans ce volet ne s'affiche que pour les médecins généralistes G15_10/SCH37 (OID : 1.2.250.1.213.1.1.4.5) selon la nomenclature des acteurs de santé (notamment la spécialité de l'acteur de santé) : <http://esante.gouv.fr/services/referentiels/identification/nomenclature-des-acteurs-de-sante> .

2.8 Lien avec le Volet Synthèse Médicale (VSM)

La BPCO est une pathologie suivie au quotidien par les médecins généralistes.

Un volet de synthèse médicale, produit par ces derniers, permet, par partage des données qu'il contient, de suivre cette maladie en fonction de son évolution.

Annexe 1. Indicateurs de pratique clinique

Libellé de l'indicateur	Vaccination APPROPRIÉE contre la grippe
Les données du DSBP à utiliser pour mesurer l'indicateur	– Vaccin contre la grippe code ATC J07BB02 dans module vaccination – BPCO (maladie pulmonaire obstructive chronique, sans précision [J44.9]) dans pathologie en cours
Finalité, Objectif de l'indicateur (justification du choix de cette mesure, recommandation)	Finalité : Améliorer le taux de vaccination annuel contre la grippe chez les patients BPCO Recommandation : Vacciner tous les patients BPCO quel que soit l'âge contre la grippe chaque année (calendrier vaccinal 2014 p.10)
Objectif à atteindre (le cas échéant)	100 %
Numérateur	Nombre de personnes BPCO ET (vaccinées contre la grippe dans les 12 derniers mois OU ayant une contre-indication au vaccin contre la grippe OU refus de vaccination)
Dénominateur	Nombre de patients avec BPCO hors critère d'exclusion
Période évaluée	les 12 derniers mois
Période d'analyse	Mois d'août
Critères inclusion/exclusion	Critère exclusion : Hypersensibilité au vaccin
Remarque(s) (par ex. les limites le cas échéant)	Quid des personnes qui refusent ? Ajouter dans module de vaccination la capacité à coder « refus » ainsi que CI
Indication pour la requête (analyse de la mesure).	Les dates choisies correspondent à celle du calendrier vaccinal : la campagne de vaccination contre la grippe en métropole se déroule, par exemple pour 2013-2014, du 11 octobre 2013 au 31 janvier 2014
Date élaboration indicateur	janvier 2014. HAS

Justification de l'indicateur :

À peine plus de la moitié des patients (50,4 %) ont bénéficié de la vaccination antigrippale dans l'étude de Jebrak et al.(2)

² Jebrak G, Initiatives BPCO. Recommandations et prise en charge de la BPCO en France : les recommandations sur la prise en charge de la BPCO ne sont pas suivies dans la vraie vie ! Rev Mal Respir 2010;27(1):11-8. (étude de cohorte prospective multicentrique (août 2001- décembre 2007), les traitements à l'inclusion de 542 patients en état stable sont décrits et comparés aux recommandations. Inclusion par une vingtaine de pneumologues français avec un statut hospitalier répartis à travers l'ensemble de la métropole

Libellé de l'indicateur	Vaccination APPROPRIEE contre le pneumocoque
Les données du DSBP à utiliser pour mesurer l'indicateur	– Vaccin contre le pneumocoque code ATC : J07AL ds module vaccination – BPCO (maladie pulmonaire obstructive chronique, sans précision" (J44.9) dans pathologie en cours
Finalité, Objectif de l'indicateur (justification du choix de cette mesure, recommandation)	Finalité : Améliorer le taux de vaccination contre le pneumocoque des patients BPCO Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2014 p.20 & 21. Vaccination contre les infections invasives à pneumocoque : Pour les enfants âgés de plus de 5 ans et les adultes présentant un risque élevé d'infections invasives à pneumocoque* (IIP) en dehors d'une immunodépression, d'une brèche ostéoméningée ou d'un implant cochléaire ou candidat a une implantation, une dose de vaccin polysidique 23-valent. Il n'existe pas actuellement de données permettant de recommander la pratique de revaccinations ultérieures. *inclus notamment : insuffisance respiratoire chronique, bronchopneumopathie obstructive, emphysème,
Objectif à atteindre (le cas échéant)	100 %
Numérateur	Nombre de personnes avec BPCO ET (vaccinées contre le pneumocoque OU avec contre-indication au vaccin contre le pneumocoque OU refus de vaccination)
Dénominateur	Nombre de personnes avec BPCO
Période évaluée	le dossier patient
Critères inclusion/exclusion	
Remarque(s) (par ex. les limites le cas échéant)	Quid des personnes qui refusent ? Ajouter dans module de vaccination capacité à coder « refus » et aussi CI
Indication pour la requête (analyse de la mesure).	
Date élaboration indicateur	janvier 2014. HAS

Justification de l'indicateur

La vaccination antipneumococcique n'a été réalisée que chez 27 % des patients dans l'étude de Jebrak et al.(3)

³ Jebrak G, Initiatives BPCO. Recommandations et prise en charge de la BPCO en France : les recommandations sur la prise en charge de la BPCO ne sont pas suivies dans la vraie vie ! Rev Mal Respir 2010;27(1):11-8. (étude de cohorte prospective multicentrique (août 2001- décembre 2007), les traitements à l'inclusion de 542 patients (non consécutifs) en état stable sont décrits et comparés aux recommandations. Inclusion par une vingtaine de pneumologues français avec un statut hospitalier répartis à travers l'ensemble de la métropole

Libellé de l'indicateur	Prescription INAPPROPRIEE de corticoïdes inhalés isolés chez les BPCO
Les données du DSBP à utiliser pour mesurer l'indicateur	-Corticoïdes inhalés Autres médicaments pour syndromes obstructifs voies aériennes, par inhalation : R03B / glucocorticoïdes : R03BA - BPCO (maladie pulmonaire obstructive chronique, sans précision" (J44.9) dans pathologie en cours
Finalité, Objectif de l'indicateur (justification du choix de cette mesure, recommandation)	Finalité : Limiter la prescription inadaptée de CSI Recommandations : les corticoïdes inhalés pris isolément sont non recommandés (guide parcours de soins BPCO) Les CSI n'ont pas l'AMM dans la BPCO
Objectif à atteindre (le cas échéant)	0 %
Numérateur	Nombre de personnes avec BPCO ET CSI (R03BA)
Dénominateur	Nombre de personnes avec BPCO
Période évaluée	Les 12 derniers mois
Période d'analyse	Un jour donné de l'année
Critères inclusion/exclusion	
Remarque(s)	
Indication pour la requête	
Date élaboration indicateur	janvier 2014. HAS

Justification de l'indicateur

Dans l'étude de Jebrak et al.(4), la grande majorité des CSI étaient prescrits en dehors d'une association fixe : tel était le cas pour 71 % des patients émanant de pneumologues et pour 66 % de ceux adressés par d'autres médecins.

⁴ Jebrak G, Initiatives BPCO. Recommandations et prise en charge de la BPCO en France : les recommandations sur la prise en charge de la BPCO ne sont pas suivies dans la vraie vie ! Rev Mal Respir 2010;27(1):11-8. (étude de cohorte prospective multicentrique (août 2001-décembre 2007), les traitements à l'inclusion de 542 patients en état stable sont décrits et comparés aux recommandations. Inclusion par une vingtaine de pneumologues français avec un statut hospitalier répartis à travers l'ensemble de la métropole

Libellé de l'indicateur	Taux de patients BPCO non fumeurs ou ex fumeurs
Les données du DSBP à utiliser pour mesurer l'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> - BPCO (maladie pulmonaire obstructive chronique, sans précision" (J44.9) dans pathologie en cours - Patient non fumeur ou ex fumeur
Finalité, Objectif de l'indicateur (justification du choix de cette mesure, recommandation)	<p>Finalité : Sensibiliser les professionnels à la nécessité de l'arrêt du tabac</p> <p>Recommandations : L'arrêt du tabac est le principal traitement susceptible d'arrêter le déclin du VEMS d'un sujet ayant une BPCO. Ces patients ont une dépendance tabagique qu'il importe de traiter ; les arrêts du tabac sont souvent suivis de rechute.</p>
Objectif à atteindre (le cas échéant)	Evolution d'une année sur l'autre vers 100 %
Numérateur	Nombre de personnes du dénominateur non-fumeurs ou ex-fumeurs
Dénominateur	Nombre de personnes avec BPCO
Période d'analyse	Un jour donnée de l'année (début ou fin d'année) tous les ans (comparaison des résultats dans le temps)
Critères inclusion/exclusion	
Remarque(s)	
Indication pour la requête	

Annexe 2. Liste des participants

L'élaboration de ce DataSet a été menée pour sa partie métier par le Dr Florence Maréchaux, sous la responsabilité du Dr Rémy Bataillon, chef du service évaluation et amélioration des pratiques de la HAS. Conformément à la méthode des DataSets de Bonnes Pratiques, l'élaboration du contenu métier s'appuie sur un groupe de travail d'experts. Les indicateurs ont été élaborés avec Catherine Grenier, chef du service Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins.

► Groupe de travail

[.....]

Dr Christian Bianchi, Médecin généraliste
Dr Martial Botebol, Médecin généraliste
Dr Maxime Catrice, Médecin généraliste
Dr Hector Falcoff, Médecin généraliste
Dr Emmanuel Jobez, Médecin généraliste
Dr Frédéric Masure, Pneumologue
Dr Christian Michel, Médecin généraliste
Pr Nicolas Roche, Pneumologue
Dr Franck Soyez, Pneumologue
Dr Cécile Topper, Pneumologue

► Pour la HAS

Dr Florence Maréchaux, chef de projet, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
Dr Catherine Grenier, chef du service Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins.
Dr Caroline Latapy, chef de projet, service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades
Dr Michel Varroud-Vial, chef du service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades

Fiche descriptive

Intitulé	TITRE
Méthode de travail	Méthode décrite dans méthodologie des DataSets de Bonnes Pratiques (DSBP), présentée au Collège du 7 novembre 2013.
Date de mise en ligne	
Date d'édition	
Objectif(s)	
Professionnel(s) concerné(s)	Médecins généralistes
Demandeur	
Promoteur	
Pilotage du projet	Dr Florence Maréchaux, sous la responsabilité du Dr Rémy Bataillon, chef du service évaluation et amélioration des pratiques de la HAS Caroline Latapy, sous la responsabilité du Dr Michel Varroud Vial, chef du service maladies chroniques
Participants	
Validation	
Autres formats	
Documents d'accompagnement	Guide Parcours de soins BPCO HAS février 2012