

AXE 2 : Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

Chapitre 13 : Parcours bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

1. Diagnostic et enjeux

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique essentiellement due au tabagisme (80%), aux expositions professionnelles (15%) et à la pollution atmosphérique (source : [ameli.fr](https://www.ameli.fr)). Son évolution peut être émaillée d'exacerbations susceptibles de conduire à une hospitalisation. La BPCO ne peut pas être guérie mais une prise en charge adaptée permet d'améliorer la qualité de vie et de diminuer les réhospitalisations et la mortalité.

La BPCO figure parmi les priorités du programme Ma Santé 2022 du Ministère de la Santé et de la Prévention, et l'amélioration du parcours des patients BPCO représente une priorité de santé publique pour l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France et l'Assurance Maladie.

La BPCO touche 5 à 10 % des personnes de plus de 45 ans en France. Chez les patients en ALD14¹, le taux de prévalence standardisé (pour 100 000 habitants) du diagnostic de bronchite chronique² est passé de 120 en 2013 à 140 en 2021 en France. Cette prévalence est sous-estimée par rapport à celle des autres pays développés essentiellement car l'ALD14 ne recense que les BPCO les plus sévères. Les départements les plus impactés par la BPCO en termes de prévalence et de mortalité sont des départements les plus vulnérables : 77, 95, 93. Les hommes sont principalement touchés (55%), l'âge moyen est de 71 ans et le taux de mortalité s'élève à 6,9% (sources : ORS IDF 2023, [ameli.fr](https://www.ameli.fr)). Les hospitalisations pour exacerbation de BPCO en Île-de-France représentent 11 035 séjours en 2021. Ce nombre de séjours a diminué de 36% depuis 2016 ce qui peut être une conséquence des mesures de protection individuelle adoptées en raison de la pandémie COVID-19 et/ou de modifications des habitudes de codage au profit du code « pneumopathie ». Ces séjours se caractérisent en 2021 par 53% d'admissions par les urgences, 8,6 j de DMS³, 18% de passages en réanimation, 7% de sorties en Soins Médicaux et de Réadaptation et 4% de décès pendant le séjour (source : PMSI).

Par ailleurs, la prévalence de la BPCO (et des maladies chroniques en général) augmente du fait de l'augmentation et du vieillissement de la population, dans un écosystème de santé fragile. En effet, les ressources humaines en santé sont devenues insuffisantes tant sur le plan des médecins (généralistes et pneumologues), que des IDE et des kinésithérapeutes, par désaffection, manque d'attractivité, déficit de formation,...

Dans ce contexte, l'enjeu de l'amélioration du parcours BPCO, comme pour toutes maladies chroniques, est d'adapter le système de santé à la réalité des besoins des patients dans une logique à la fois préventive et thérapeutique, afin d'améliorer la qualité de vie et de diminuer la mortalité des patients.

2. Objectifs stratégiques

- Mettre en place une gouvernance régionale du parcours BPCO afin de conduire une stratégie commune pour les 5 ans à venir ;
- Améliorer l'organisation de la prévention, du diagnostic précoce, de l'accès aux soins et de la qualité de la prise en charge des malades atteints de BPCO ;
- Concevoir et déployer une approche populationnelle du parcours de santé BPCO ;
- Intégrer les outils de télésanté dans les parcours de soin en appui aux professionnels de santé ;
- Adapter les compétences des professionnels de santé aux besoins des parcours chroniques ;
- Identifier les ressources territoriales et les territoires défavorisés pour adapter la mise en œuvre de l'amélioration du parcours.

3. Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs de l'axe

Pour mettre en place ce processus d'amélioration du parcours de santé des BPCO, il est indispensable de

¹ ALD14 : Affection Longue Maladie « insuffisance respiratoire chronique grave »

² Diagnostic de bronchite chronique -J42 qui fait partie de l'ALD14

³ DMS : Durée Moyenne de Séjour

- S'appuyer sur le comité de pilotage BPCO d'Île-de-France, conjoint avec l'Assurance Maladie, pluridisciplinaire, représentatif des professionnels de santé concernés par la BPCO en Île-de-France, qui a pour rôle de définir et piloter une stratégie commune et des actions partagées ;
- Promouvoir l'utilisation des forces existantes :
 - Identifier et communiquer sur les dispositifs, structures, professionnels existants afin d'articuler leurs actions, identifier les manques potentiels et identifier de nouvelles forces ;
 - Mettre en place des organisations territoriales permettant la coordination de l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge de la BPCO.
- Faire évoluer les ressources humaines en santé pour :
 - Augmenter le nombre d'internes de pneumologie, d'IDE, de kinésithérapeutes ;
 - Développer les postes d'internes de pneumologie en SMR respiratoire pour faire connaître cette surspécialité et la rendre plus attractive ;
 - Renforcer l'offre des infirmières coordinatrices (IDEC)⁴ ;
 - Développer la délégation de tâches :
 - Par l'augmentation du nombre d'Infirmiers de pratiques avancées (IPA) formés en maladies chroniques,
 - Par la rédaction de protocoles de coopération BPCO pouvant impliquer kinésithérapeutes, assistants médicaux, pharmaciens...
- Concevoir et déployer une approche populationnelle pour soutenir les territoires (CPTS, SEC⁵, DAC⁶, EHPAD, ES⁷,...) par des animations territoriales, dans l'élaboration de leur propre plan d'actions partagé par tous les acteurs des territoires et dans ce cadre :
 - S'engager collectivement dans le processus dynamique de l'amélioration du parcours BPCO en s'appuyant sur les besoins et les priorités du territoire, l'offre, les dispositifs existants et les innovations ;
 - Constituer une équipe territoriale BPCO (composée des professionnels de santé de ville et hospitaliers du territoire impliqués dans le parcours BPCO).
- Améliorer l'organisation de la prévention, du diagnostic précoce, de l'accès aux soins et de la qualité de la prise en charge des malades atteints de BPCO :
 - Contrôler l'augmentation de la prévalence de la BPCO en luttant plus efficacement contre le tabagisme (Cf PRS DSP⁸), la pollution atmosphérique (Cf PRSE⁹) et les expositions professionnelles ;
 - Détecter précocement la BPCO (trop de patients sont méconnus et pris en charge à un stade avancé de la maladie) pour ralentir l'aggravation de la maladie en faisant des campagnes de santé publique (Cf parcours pilote de l'Assurance Maladie) et en développant la réalisation des spirométries ;
 - Ralentir l'évolution de la maladie, éviter les hospitalisations pour exacerbation et retarder le passage au stade 4 (situation de handicap) :
 - Améliorer l'accès à des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP)¹⁰ ;
 - Lutter contre le tabagisme ;
 - Améliorer la qualité du traitement (ETP pour l'utilisation des sprays, le bon usage des corticoïdes, des antibiotiques et de l'oxygénothérapie, les vaccinations, ...) ;
 - Améliorer la surveillance (par le patient lui-même grâce à l'ETP, le généraliste, pneumologue, kinésithérapeute, pharmacien, IDEL¹¹, IPA¹²...) pour détecter précocement les débuts d'exacerbation, améliorer l'accès à l'expertise pneumologique, tenter de maintenir le patient en ville, laisser le temps à l'hôpital de s'organiser pour une éventuelle hospitalisation directe ;
 - Améliorer l'accès aux professionnels de santé en début d'exacerbation ;
 - Améliorer l'accès à la réadaptation respiratoire.
- Favoriser le déploiement de programmes d'ETP notamment en proximité (dans des SEC) et dans les quartiers défavorisés, sur la base d'un état des lieux des programmes ETP déclarés sur le champ de la BPCO grâce à l'outil de cartographie des programmes en cours d'élaboration et étudier l'ensemble des leviers pour soutenir ces programmes (appui méthodologique, financement...) ;

⁴ IDEC : IDE de Coordination

⁵ SEC : Structure d'Exercice Collectif

⁶ DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

⁷ ES : Etablissement de Santé

⁸ DSP : Direction de la Santé Publique – ARSIF

⁹ PRSE : Projet Régional de Santé Environnemental

¹⁰ ETP : Education Thérapeutique du Patient

¹¹ IDEL : IDE Libéral

¹² IPA : Infirmier en Pratiques Avancées

- Améliorer la prise en charge de la fin de vie par la mise en place des soins palliatifs à fortiori lorsque le patient est en insuffisance respiratoire terminale :
- Soutenir l'innovation en testant de nouvelles solutions numériques et de nouveaux modèles d'organisation et de financement
 - En accompagnant les projets Article 51, notamment lors du passage dans le droit commun (télé-réadaptation respiratoire, télé-suivi, référents de parcours, prise en charge graduée et continue de la BPCO,...) ;
 - En améliorant l'usage de la télésanté pour améliorer l'accès à l'expertise pneumologique pour les patients eux-mêmes par la téléconsultation et pour les généralistes par la téléexpertise pneumologique ;
 - En poursuivant et étendant à l'ensemble de la région l'AAP¹³ « consultations semi urgentes (CSU) en cas d'exacerbation de BPCO dans les ES », développé dans le cadre de la Mesure 5 du Pacte de refondation des urgences, pour améliorer l'accès à l'expertise pneumologique en début d'exacerbation BPCO pour tenter d'éviter les hospitalisations et réhospitalisations et diminuer le passage aux urgences si besoin d'hospitalisation.
- Renforcer l'offre de réadaptation respiratoire multiple et graduée :
 - Augmenter le nombre de places en SMR respiratoire en hospitalisation complète et hospitalisation de jour ;
 - Promouvoir RECUP'AIR, le réseau de santé multidisciplinaire d'Île-de-France, et le soutenir ;
 - Soutenir les kinésithérapeutes respiratoires libéraux pour l'équipement de leurs cabinets ;
 - Soutenir les innovations par le biais d'un Article 51, INSPIR ACTION (télé-réadaptation respiratoire, expérimentation nationale/SMR respiratoire Achères 78, 2022 à juin 2025).
- Mobiliser plus systématiquement les données et recommandations (Guide du parcours de soins BPCO, novembre 2019, HAS) disponibles sur les indicateurs à mesurer, notamment dans une perspective de suivi et d'évaluation des actions menées (ALD, PMSI, SNDS...) ;
- Prioriser les actions de santé publique sur les territoires défavorisés (77, 95, 93) puis prévoir un déploiement régional.

¹³ AAP : Appel A Projet

Indicateurs de pilotage	Méthode de construction	Valeur d'origine	Valeur cible
Nombre de réunions du COPIL BPCO		0	Au moins 1 par semestre
Nombre de CSU BPCO mises en place		8 sur 4 DPT	Au moins 1 par DPT (commencer par le 77, 95 et 93)
Nombre d'animations territoriales		0	Au moins 1 par DPT (commencer par le 77, 95 et 93)
Nombre d'IDE de coordination entre l'hôpital et la ville		0	Au moins 1 par DPT (commencer par le 77, 95 et 93)
Nombre de programmes d'ETP dans un territoire prioritaire (CLS, Zone de revitalisation rurale)			

VERSION DE TRAVAIL