

# Qu'est ce que le parcours des patients? *L'exemple de la BPCO en Ile de France*

CME - 10 février 2015

Dominique Valeyre, Gérard Huchon  
Collégiale pneumologie

Sophie de Chambine  
DOMU

# Evolution de la notion de parcours des patients à l'AP-HP

---

## ↳ Intra-hospitalier

- Essentiel de la prise en charge pour l'AP-HP
- Organisation de la pluridisciplinarité

## ↳ Inter-établissements

- Complexité croissante des maladies
- Organisation de filières +/- formalisées

## ↳ Interfaces ville-hôpital

- Maladies chroniques
- Place majeure des « acteurs de ville »

 Évolution du positionnement de l'hôpital

# Comment aborder le parcours des « malades chroniques » à l'AP-HP?

---

## 3 approches pour un sujet complexe :

- Abord transversal (indépendamment de la maladie)
  - Education Thérapeutique du Patient,
  - Organisation des consultations, de la sortie,...
  - Télémédecine, ...
- Abord par « groupes de population »
  - Age : projet PAERPA,
  - Territoire : Projet Terris@nté...
- Abord par maladie

# Abord par maladie : projet relatif au parcours des personnes ayant une BPCO

---

## Choix de la BPCO

- Prévalence estimée à 7,5% des personnes de plus de 40 ans
- Principal facteur de risque : le tabac.
- Formes sévères

## Objectif du projet : Optimisation du parcours

- Organisation professionnelle intra et extra hospitalière
  - Partenariats médicaux et soignants
- Meilleure utilisation des ressources disponibles

## Comité de coordination pluri professionnel

- Projet porté par la collégiale de pneumologie d'Ile de France
  - Pneumologues (AP-hors AP), interniste, urgentiste, réanimateur, kinésithérapeute.
  - Médecins libéraux,
  - Représentants de malades.

# Etapes et Méthodes

## Etat des lieux : analyses quantitative et qualitative

- Analyses quantitatives (DIM AP-HP)
  - Bases PMSI AP et régionale Ile de France 2012
  - Définition d'un algorithme d'identification des BPCO et des exacerbations
- Analyses qualitatives
  - 3 groupes de travail : Hôpital, Patients, Ville
  - Analyse des dysfonctionnements aux étapes de la prise en charge

## Conception de solutions alternatives de prise en charge :

- Identification d'actions en regard des dysfonctionnements constatés,
- Mise à disposition d'outils et modalités d'organisation
  - Données de la littérature, expériences d'équipes

## Mise en œuvre

# Résultats de l'analyse quantitative

---

## Les malades atteints de BPCO

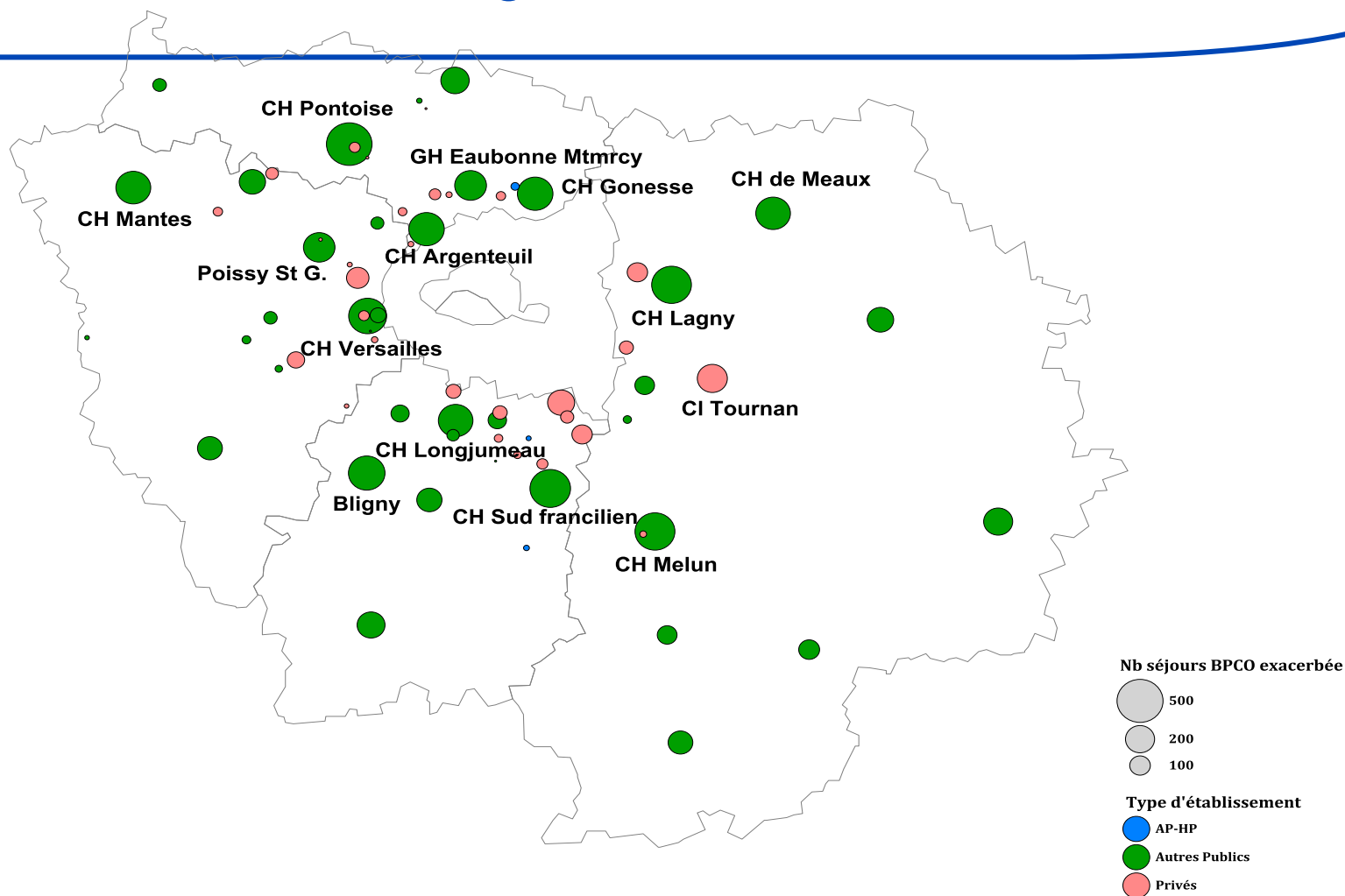
- Hors AP : 30 000 malades
- AP : 13 000 malades
- Age moyen : 70 ans

## Les hospitalisations pour exacerbations

# Exacerbations de BPCO

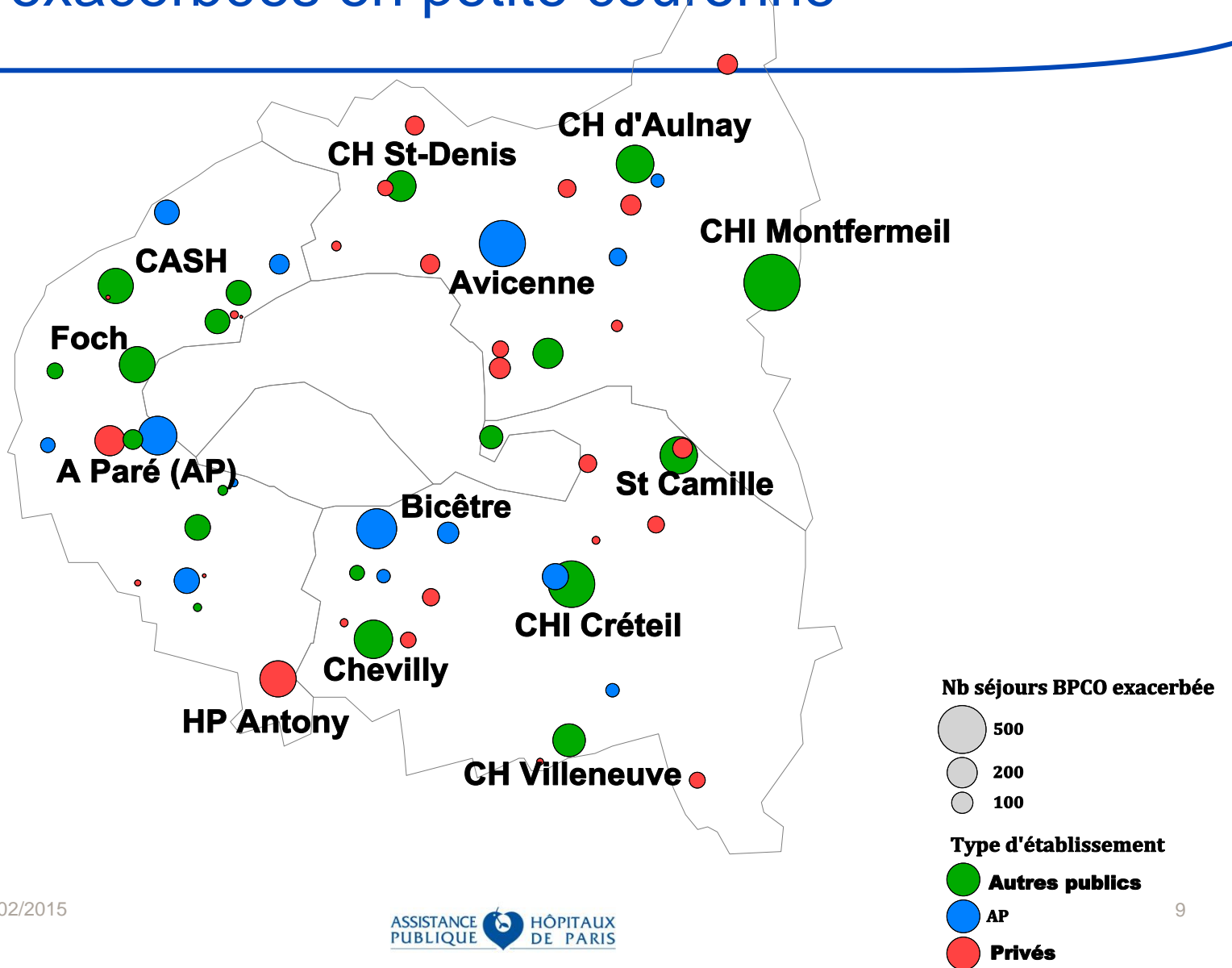
		AP-HP	Hors AP-HP
<b>Patients</b>	Nombre de patients	3 926	10 461
	Age moyen (années)	72,2	73,5
	Taux de patients ≥ 75 ans	46,9 %	53,2 %
<b>Hospitalisation</b>	Nombre de séjours	4 888	13 667
	DMS (j)	12,7	12,3
	Entrés par le SAU	63,0 %	58,6 %
	Passé par les UHCD	40,2 %	19,0 %
	Hospitalisé en réanimation	22,8 %	17,0 %
	Hospitalisé en Soins Intensifs	8,2 %	6,5 %
	Hospitalisé en Surveillance Continue	8,8 %	12,2 %
	Retour à domicile	65,8 %	70,1 %
	Transféré en SSR	13,0 %	10,6 %
	Décès (hospitalier)	7,9 %	7,5 %

# BPCO exacerbées en grande couronne

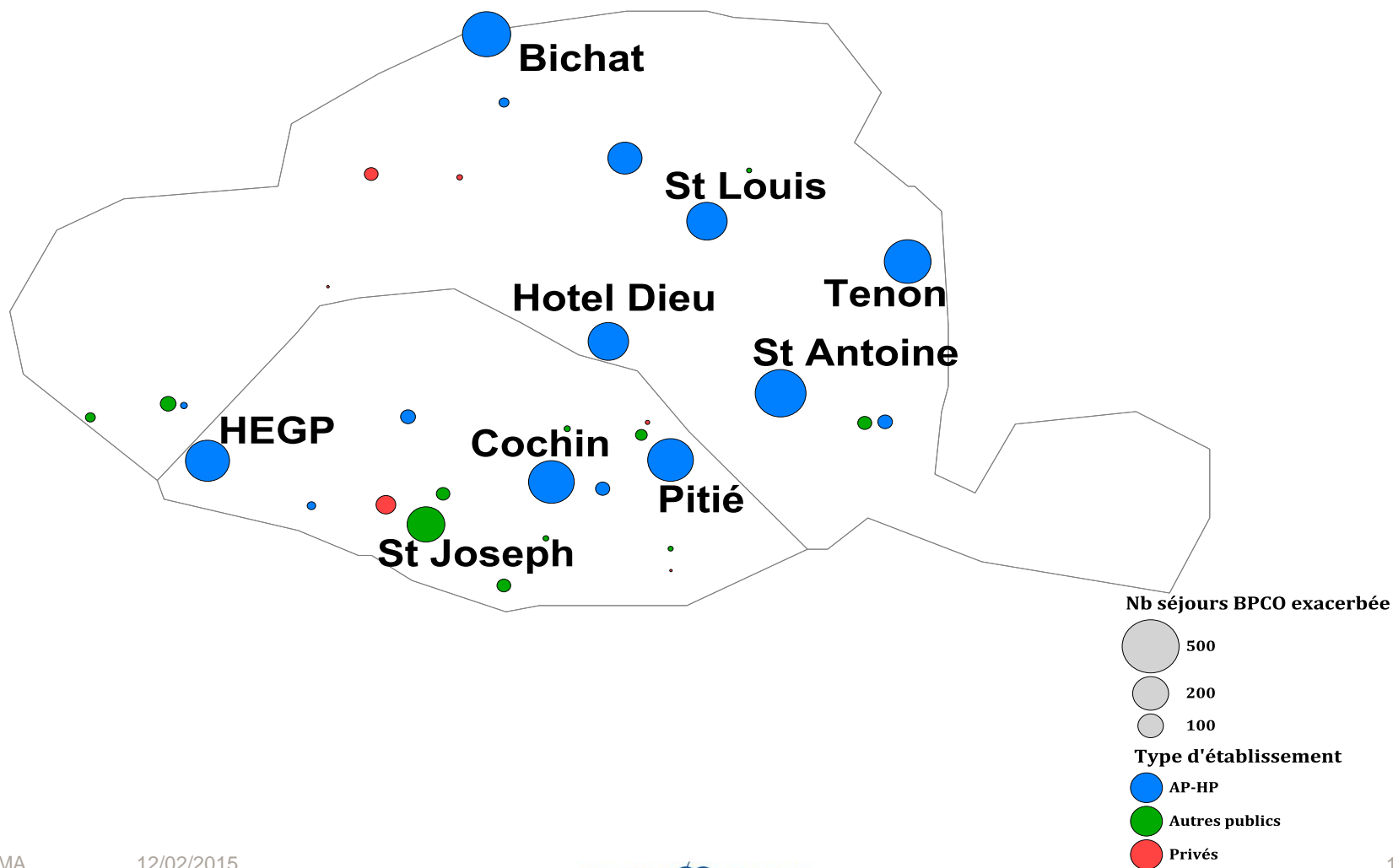




# BPCO exacerbées en petite couronne



# BPCO exacerbées à Paris (2012)



# Les exacerbations de BPCO à l'AP-HP

- Tous les sites MCO sont impliqués,
- Taux de séjours en Pneumologie
  - 36,8% des séjours
  - 47% dans les sites ayant un service de pneumologie
    - Varie de 15% à 65%
- Les malades sont pris en charge dans d'autres spécialités
  - Taux de séjours de 40% en UHCD,
  - 27% en Réanimation
    - Taux moindre pour les sites ayant des Soins Intensifs de Pneumologie
  - 21% en Médecine Interne,
  - 13% en Gériatrie,
  - 11% en Maladies Infectieuses
  - 7% en Cardiologie
- Plus de la moitié des séjours ont un niveau de sévérité 3 ou 4

# Principaux résultats de l'analyse qualitative

- La difficulté d'accès à l'expertise pneumologique hospitalière
  - Lors des hospitalisations pour exacerbations.
  - A noter, l'insuffisante expertise dans certaines structures pour la VNI
- La coopération entre médecin généraliste et pneumologue est à structurer
  - Identifier les médecins généralistes souhaitant s'impliquer
- Les patients s'estiment globalement insuffisamment informés/formés
  - Peu de malades disposent d'un plan d'autogestion de l'exacerbation
  - Difficile de contacter le pneumologue en cas d'urgence
- La réhabilitation respiratoire est plébiscitée par les malades
  - accès difficile - modalités pas toujours connues des professionnels

# Axes d'actions identifiés par le comité de coordination

## Actions

- Organisation intra hospitalière
  - Assurer l'accès à l'expertise pneumologique
  - Renforcer la continuité de prise en charge
- Coopération entre les médecins de ville et l'AP-HP
  - En amont et en aval des hospitalisations
  - Pour organiser un suivi partagé des malades

## Préparation des actions intra-hospitalières

- Débuter par l'action intra-hospitalière
- Synthèse des outils
  - Critères d'hospitalisation d'une exacerbation de BPCO
  - Bundle Care
- Identification des modalités d'organisations possibles
  - équipe mobile, consultations délai court, HAD....

# Poursuite des travaux

---

## Etudes quantitatives- phase 2

- Evaluation de la sévérité des malades (score de Charlson)
- Chainage sur les bases régionales

## Mise en œuvre

- Sites volontaires
  - Services de pneumologie, SAU, médecine, réanimation,...
  - AP et non AP
- Un appel à candidatures sera fait au 1<sup>er</sup> semestre