

SSR respiratoires pour adultes en hôpital de jour **Préconisations du groupe thématique régional SSR**

Participants : Dr de Bonadona (CH Quimperlé)
Dr Havard-Turebayeva (Clinique St Laurent de Rennes)
Pr Leroyer (CHU Brest)
Dr Le Ber (CHPM)
Mr P.Molinier, kinésithérapeute libéral (Bannalec)
Anne Viviers (ARS Bretagne – Direction de l’Offre Hospitalière)

Objectif : Définition d’un référentiel régional d’organisation des soins pour promouvoir et accompagner la mise en œuvre des autorisations SSR respiratoires en hôpital de jour.

Cadre réglementaire : Décret n° 2008- 377 du 18 avril 2008
règlementant l’activité de soins de suite et de réadaptation
Circulaire n°DHOS/01/2008/305 du 3 octobre 2008
Décret n°2012-969 du 20 août 2012
modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives
à l’hospitalisation.

Ouvrage de référence : Réhabilitation respiratoire- Guide pratique
Groupe de travail Exercice et réhabilitation de la société de pneumologie de langue
française, sous la direction de Pascale Surpas.

La réhabilitation respiratoire est l’ «*ensemble des activités assurant aux patients les conditions physiques, mentales et sociales optimales pour occuper par leurs propres moyens une place aussi normale que possible dans la société* ». (OMS)

C’est donc un programme multidisciplinaire s’adressant à des patients porteurs d’une maladie respiratoire chronique symptomatique ou s’aggravant. Il s’agit d’un traitement intégré au traitement individuel destiné à diminuer les symptômes, améliorer le statut fonctionnel et diminuer les coûts de santé en stabilisant ou supprimant les manifestations systémiques de la maladie¹.

Programme national d’actions 2005-2010 « *Connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO* » (Ministère de la santé)

Objectif double : 1/ diminuer la fréquence de la BPCO dans la population générale à travers une politique de prévention (diminution des facteurs de risque)
2/ diminuer la mortalité évitable, les hospitalisations; réduire le handicap respiratoire et améliorer la qualité de vie et l’insertion professionnelle.

Rapport de la Haute autorité de santé (mars 2010)

La réhabilitation respiratoire est une étape-clé de la prise en charge thérapeutique des BPCO, qui doit viser une amélioration globale de la qualité de vie. Comme pour toute maladie chronique, le médecin traitant est au cœur du projet de santé.

En Bretagne

En 2009, le taux de recours national était de 296,4 journées pour 10 000 habitants, contre 247,6 en Bretagne, avec des disparités territoriales fortes (de 339,6 sur le TS1 à 209,8 sur le TS 4).
9 établissements sont autorisés en SSR spécialisés, dont 3 en hospitalisation de jour exclusivement.

¹ Pontier Marchandise, *Nouvelle définition et principales recommandations de l’ATS/ERS sur la réhabilitation respiratoire. Revue des Maladies respiratoires Actualités, Vol 4 N°5, Oct 2012*

7 autorisations sont mises en œuvre, soit 25 297 journées produites² (1,4 % de l'activité régionale SSR adultes) ; Taux de fuite = 12,8% Attractivité = 5,6% ; part de l'hospitalisation partielle = 14% ; 0,32 lits ou places/10 000 habitants pour un taux cible de 0,5 lits ou places/10 000 habitants. Toutes modalités confondues, on observe en moyenne 4 actes de rééducation/jour ; le score moyen de dépendance physique est élevé (6,1) sans altération notable des fonctions cognitives. 68% des journées produites correspondent à une prise en charge de BPCO³. Pour ces patients insuffisants respiratoires chroniques, les liens ville-hôpital sont peu développés ; les parcours ne sont pas coordonnés à l'exception du Finistère Nord où le réseau 3R travaille en partenariat étroit avec l'offre hospitalière. Les patients bénéficiant d'une réhabilitation respiratoire en SSR arrivent à un stade avancé de leur maladie et présentent de lourdes co-morbidités. Une réflexion associant les pneumologues libéraux doit être menée pour développer la complémentarité de l'offre de soins ambulatoire et hospitalière, en lien avec les médecins généralistes et les associations de patients. Des expérimentations sont en cours pour optimiser le repérage précoce des patients BPCO et leur offrir la prise en charge la plus adaptée dans une démarche de prévention tertiaire (éducation thérapeutique et réhabilitation).

1/ Généralités

- Décret du 18 avril 2008 : L'activité de soins de suite et de réadaptation a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacités des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.
La réhabilitation respiratoire est un programme thérapeutique destiné aux patients atteints de maladies respiratoires chroniques **et** présentant une dyspnée invalidante. La limitation fonctionnelle est auto-entretenu par le déconditionnement physique et la sédentarité. Une prise en charge globale doit permettre d'améliorer l'état général et d'optimiser la fonction respiratoire du patient.
- Obligations communes à tous les SSR :
Equipe pluridisciplinaire autour d'un médecin coordonnateur
Réalisation d'un bilan initial aboutissant à un projet thérapeutique individuel
IDE 24h/24 et continuité médicale
Admission directe possible
- Obligations des SSR respiratoires en hôpital de jour :
Décret du 20 août 2013 : « *Le nombre et la qualification des personnels médicaux et auxiliaires médicaux ainsi que le nombre d'aides-soignants exerçant dans les structures et unités de soins [...] sont adaptés aux besoins de santé des patients, à la nature et au volume d'activités effectuées, et aux caractéristiques techniques des soins dispensées* »
A minima :
Un médecin coordonnateur spécialisé en pneumologie ou en MPR (dans ce cas, formation attestée en pneumologie) ; le cas échéant, un accès à un pneumologue.
Une équipe comportant: une IDE, un kiné, un référent social.
Un kinésithérapeute pour 5 patients.

2/ Place de l'hospitalisation de jour en SSR respiratoires

L'efficacité de la réhabilitation respiratoire est démontrée en termes d'amélioration de la qualité de vie, de la dyspnée, de la tolérance à l'effort. Elle a un impact positif sur les dépenses de santé en réduisant les exacerbations, les consultations en urgences et la durée des hospitalisations (cf. *Recommandations de la Société Pneumologique de Langue Française sur la réhabilitation du malade atteint de BPCO, Revue des Maladies Respiratoires, 2005*)

² PMSI 2012

³ Bronchopneumopathie chronique obstructive

Si les objectifs sont identiques quelles que soient les modalités de prises en charges, **il convient de réserver l'hospitalisation complète aux patients ne pouvant bénéficier d'un accueil ambulatoire.**

- Objectifs et composantes principales
 - 1- Prise en charge globale (nutritionnelle, cardio-vasculaire et psychologique)
 - 2- Réentraînement à l'effort
 - 3- Sevrage tabagique : partie intégrante des programmes, l'arrêt du tabac ne doit pas être un pré-requis à l'admission mais doit faire l'objet d'une discussion avec le patient et d'une participation active en cours de programme.
 - 4- Education thérapeutique : les bénéfices de la réhabilitation ne seront maintenus que si le patient modifie son mode de vie par la poursuite d'activités physiques, un sevrage tabagique et une amélioration de son hygiène de vie. L'ETP doit permettre un changement de comportement.

- Valeur ajoutée par rapport à l'hospitalisation complète et au domicile
 - o Prise en charge spécialisée et sécurisée sans les contraintes de l'hospitalisation complète
 - o Moindre effet de rupture avec le quotidien ; les programmes sont modulables et parfois compatibles avec une activité professionnelle à temps partiel⁴ ; interactions renforcées et intégration progressive des acquis dans la vie quotidienne
 - o Prise en charge des pathologies associées : les patients bénéficient d'un recours facilité vers des spécialités complémentaires. Il y a nécessité au cas par cas de réfléchir au bénéfice/risque d'intégrer des patients à co-morbidité importante. Relèvent du SSR la prise en charge des conséquences systémiques de la maladie respiratoire : impact nutritionnel, troubles anxio-dépressifs, atteintes cardio-vasculaires.
 - o Coût moindre

3/ Pathologies concernées

- BPCO : la plupart des recommandations et publications concernant la réhabilitation respiratoire portent sur les patients atteints de BPCO. D'un point de vue épidémiologique, en France, la BPCO serait responsable de 16 000 décès/an et 800 000 hospitalisations pour complications. 40 000 nouveaux patients/an sont admis en ALD à ce titre, pour une consommation de soins représentant 11% des hospitalisations. La prévalence Bretonne est supérieure à celle observée en France⁵.
 - Nécessité d'un repérage précoce et d'une prise en charge en amont des décompensations : à partir du stade 2 du GOLD ou indice de Bode à 2 et plus.
 - Nécessité d'une structuration des parcours en valorisant la complémentarité des acteurs ; le pneumologue reste au centre de la prise en charge mais les SSR spécialisés offrent une aide ponctuelle de recours.
- Asthme : à dyspnée continue ou gêne fonctionnelle chronique équivalente au Bode 2.
- Atteintes respiratoires de la mucoviscidose : situation particulière qui relève davantage des compétences de centres spécialisés.
- Bronchiolites chroniques ; pathologies interstitielles ; pathologies bronchiques chroniques
- Troubles ventilatoires de l'obèse, en lien avec les SSR nutritionnels
- Insuffisance cardiaque G
- De manière plus marginale, patient en cours ou décours de pec cancérologie et/ou de chirurgie thoracique (HJ à distance pour une gestion de l'invalidation secondaire).

⁴ Les modalités d'organisation des réseaux offrent une meilleure compatibilité avec la vie professionnelle.

⁵ INVS 2011 Prévalence nationale entre 4 et 10%, dont un tiers au stade II de Gold
SPLF 2009 C.Fuhrman, M.C.Delmas

4/ Population cible ⁶

Le développement des prises en charge en hôpital de jour repose sur une démarche volontariste des établissements ; l'accueil en hospitalisation traditionnelle doit être réservé aux patients ne pouvant pas bénéficier d'une prise en charge ambulatoire.

- Profils/ critères d'admission :

Identiques aux critères de l'hospitalisation complète en terme de diagnostic (BPCO, asthme, séquelles de tuberculose, dilatation des bronches, apnée du sommeil, pré ou post chirurgie thoracique)

Les symptômes et la limitation fonctionnelle déterminent le besoin de réhabilitation.

Les patients concernés présentent une dyspnée et/ou une intolérance à l'exercice malgré une prise en charge optimale de leur maladie. Ce critère implique un suivi pneumologique au long cours et l'identification d'interlocuteurs médicaux.

L'accueil ambulatoire est possible si des caractéristiques particulières sont réunies: les patients doivent être dans un état stable, valides pour supporter les transports, et en capacité d'adhérer au projet thérapeutique sous cette modalité. En pratique, une proximité relative par rapport au centre garantit une meilleure compliance dans la durée (30' max).

- Etats pathologiques / exacerbations/ comorbidités

La réhabilitation peut être faite au décours d'une exacerbation.

« Il est proposé de réaliser la réhabilitation respiratoire en hospitalisation complète pour les patients poly pathologiques et/ou souffrant de problèmes psychologiques et/ou sociaux et/ou dans les suites immédiates d'une exacerbation ayant nécessité une hospitalisation⁷. »

Pour autant, la problématique sociale (isolement, précarité) et le contexte psychologique doivent être analysés avec précaution et ne peuvent être des critères catégoriques d'orientation vers l'hospitalisation complète. Le programme personnalisé de soins en HJ doit prendre en compte ces paramètres.

- Contre-indications

- Médicales absolues (cardiaques, infectieuses, ...)
- Manque persistant de motivation et d'observance
- Niveau de gravité du handicap respiratoire : il semble prouvé aujourd'hui que ce n'est pas en soi un facteur d'échec
- Certaines co-morbidités (notamment ostéo-articulaires et psychiatriques) sont des facteurs de risque d'échec et/ou d'abandon.

Les patients à risque ne sont pas a priori exclus de la démarche mais ils demandent un travail préparatoire d'optimisation. Lorsque leur admission est refusée, une proposition alternative doit être proposée, idéalement en lien avec le médecin traitant.

La prise en compte de la compliance liée à l'état psychologique est subtile : le début d'une récupération respiratoire peut de manière imprévisible modifier fortement l'adhésion du patient au projet thérapeutique

- Déterminants de l'observance identifiés

La littérature recense des motifs de non observance bruts qu'il convient de relativiser. Une prise de risque est inévitable ; les retours d'expérience montrent combien l'accompagnement motivationnel et psychologique du patient améliore les résultats. Pour autant, certains indicateurs sont utiles à évaluer :

- L'activité physique du patient et ses habitudes
- La prise de recul par rapport à son état et la confiance dans son potentiel de récupération
- Des critères socio-économiques (solitude, quête de sens), score de qualité de vie
- Age, sexe, tabagisme, ...

⁶ HAS- fiche parcours fragilité- Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? 2013

⁷ Recommandations de la SPLF sur la prise en charge de la BPCO, Revue des Maladies Respiratoires, 2010

- Identification des facteurs prédictifs de succès
Mettre en place un programme de réhabilitation ex-nihilo incite à limiter les objectifs initiaux : commencer par simple et proche, en mobilisant l'ensemble des acteurs impliqués dans le parcours (professionnels de santé libéraux, réseaux, prestataires de service).
2 points de vigilance sont à intégrer à l'évaluation initiale :
 - Instabilité respiratoire : l'exacerbation récente n'est pas une contre-indication, et c'est même une opportunité pour sensibiliser le patient. Pour autant, le profil « exacerbateur fréquent » est à cibler comme facteur de risque de non assiduité.
 - Tabagisme : facteur de risque principal de la maladie respiratoire chronique. Le sevrage est un objectif de la réhabilitation respiratoire et objet d'une discussion individuelle avant/pendant/après le programme ; nécessité d'une évaluation de l'engagement du patient dans la démarche de sevrage (mesure de la motivation- appréciation du risque d'échec).

5/ Organisation de la prise en charge

a- Modalités de prises en charges

Une charte de fonctionnement propre à l'unité est établie et adressée au DGARS dans les 9 mois suivant la mise en œuvre de l'autorisation⁸. Elle précise l'organisation des prises en charge et les modalités de continuité des soins, les effectifs, les formations nécessaires et défini des indicateurs de suivi.

- Projet médical de l'unité
Les patients bénéficient de la même prise en charge que ceux en HC, à savoir :
 - Evaluation initiale
 - Elaboration et mise en œuvre d'un programme personnalisé de réhabilitation incluant 7 axes : Réentraînement à l'effort
Renforcement musculaire
Education thérapeutique
Prise en charge nutritionnelle
Aide à l'arrêt du tabac
Soutien psychologique
Accompagnement social
 - En fin de programme, évaluation-bilan
- Projet personnalisé de soins
Il ne doit pas varier du projet concernant les patients en hospitalisation complète ; les différences dans la mise en œuvre résultent des profils de patients concernés.
- Organisation pratique :
 - Transport autonome ou par taxi-VSL
 - Amplitude de la prise en charge : selon les unités, 3 à 4 demi-journées/sem sur 6 à 8 semaines ou toute la journée ; 2 séances par semaine au minimum.
 - Durée du programme = de 4 à 8 semaines (la réhabilitation à l'effort exige 20 séances au minimum)
 - Formalisation du suivi = rappel systématique à 1 mois et à 3 mois
= réévaluation à 3 mois ou plus (1 an) dans un cadre très précis construit sur le modèle de l'évaluation de sortie
 - Le médecin doit s'assurer après chaque séance que l'état de santé du patient est compatible avec un retour à domicile.
 - Continuité des soins offerte au sein de la structure si MCO ou SSR en HC ; dans le cas contraire, par convention avec un autre établissement de santé.

⁸ décret du 20 août 2013

b- Structure de l'unité (pour une efficacité maximale)

- Effectifs et qualifications : équipe multidisciplinaire commune avec l'hospitalisation complète s'il y a lieu (médecin, kiné, IDE, EAPA, psychologue, diététicienne)
Impératifs réglementaires : présence d'un médecin et 1 kiné /5 patients
 - o Pneumologue tabacologue 0,25 ETP pour 10 places
 - o IDE 2 ETP pour 10 places
 - o Kinésithérapeute 2 ETP pour 10 places
 - o ASH 1 ETP
 - o Psychologue 0,2 ETP et psychiatre selon les besoins
 - o Diététicienne 0,2 ETP
 - o Assistante sociale selon les besoins
- Coordination et secrétariat : nécessité de dégager du temps de coordination médicale en plus du temps de soins, entre autre pour soigner les liens avec les professionnels de santé de ville. Le secrétariat, s'il est commun à l'hospitalisation complète, doit bénéficier de temps dédié en fonction de la file active.
- Seuil critique d'activité : pour une capacité de 10 places, 20 patients par journée
- Equipements/ contraintes architecturales/ préconisations structurelles
 - o Contiguïté avec le service SSR respiratoire en HC et mutualisation des effectifs :
Un seul plateau technique est prévu pour accueillir les deux populations de patients, puisque le programme de réhabilitation en HJ comprend les mêmes éléments qu'en hospitalisation traditionnelle. Les personnels en HC et HJ sont aussi partagés à condition que le positionnement sur une des deux modalités d'accueil soit défini à un temps T.
 - o Les liens avec le SSR cardio-vasculaire semblent assez faciles à établir : sur le plan des équipements, des qualifications de personnels, et du type de réhabilitation (réentraînement à l'effort, diététique, ETP).
 - o Les règles de sécurité (premiers secours, chariot urgence, disponibilité matériel de réa) avec les moyens disponibles doivent permettre de répondre à la prise en charge immédiate d'une complication médicale.
 - o Oxygénothérapie par source indépendante disponible sur place

c- Parcours du patient

- Adressage en SSR respiratoires
Les faibles taux de recours en Bretagne sont expliqués par l'absence de repérage et/ou d'orientation des patients IRC à un stade précoce de leur maladie mais aussi par le défaut de liens avec les médecins traitants (généralistes et/ou pneumologues) et professionnels de santé libéraux. Pour autant, de nombreux patients hospitalisés en SSR (polyvalents, PAPD ou cardio-vasculaires) présentent une dyspnée invalidante.
Aujourd'hui, les demandes émanent des médecins traitants et parfois du patient lui-même.
 - Nécessité de clarifier les rôles de chacun au sein du parcours et le circuit de l'information
 - Nécessité de communiquer sur l'intérêt du SSR en s'accordant sur la patientèle cible
 - Nécessité de rendre l'offre plus lisible à l'échelle territoriale, de renforcer les échanges et le partage des pratiques entre confrères.
- Evaluation initiale de l'atteinte systémique et de la dyspnée
Prérequis indispensable à la construction du programme personnalisé de soins (PPS), cette évaluation pluridisciplinaire aboutit en 1 ou 2 séances soit à l'élaboration d'un PPS, soit à d'autres propositions hors de l'unité. La décision est discutée avec le patient et les professionnels adresseurs. Une nouvelle évaluation à distance peut être proposée.

- Programme personnalisé de soins

Elaboration pluridisciplinaire avec 2 points particuliers de vigilance :

- ETP : centrée sur le patient avec un projet éducatif individualisé et des séances collectives (atelier : connaissance de la maladie/ activités physiques de ré-entraînement / prévention du risque infectieux/ prévention des exacerbations)
- Prise en charge psychologique = débriefing, motivation, groupes de parole, balisage de l'après et du maintien des acquis. Il s'agit d'un « coaching », qui requiert des qualités professionnelles particulières au delà d'un entretien psychologique standard.

- Nombre des « sessions » et durée de la prise en charge

Le réentraînement à l'effort implique au minimum 20 séances.

Il est souhaitable, à travers un partenariat étroit avec les PSL, de renouveler l'évaluation à distance (3 mois, ou 1 an).

La dimension d'éducation thérapeutique et le mode évolutif de la BPCO impliquent dans la plupart des cas de proposer aux patients une nouvelle prise en charge SSR à distance.

- Organisation du suivi

En l'absence de DMP (Dossier médical personnel) l'outil proposé est un carnet de suivi⁹.

- Formalisation des liens avec les partenaires (HAD, SSR respiratoires ou cardio-vasculaires en hospitalisation complète, SSR polyvalents, réseaux, professionnels de santé libéraux, prestataires de services)

- Nécessité de définir le rôle de chaque structure et de structurer les interfaces ; pour le SSR respiratoires, un travail d'information et de communication doit être mené afin d'établir des liens de confiance. Le partage d'information doit être organisé.

6/ Propositions pour développer les hôpitaux de jour et structurer les parcours

○ Gradation de l'offre

- 1 site spécialisé par territoire chargé de réaliser les évaluations initiales et de prendre en charge les cas complexes.
- Des relais en SSR polyvalents ou PAPD (HC ou HJ), équipés pour mettre en œuvre les programmes de réhabilitations des patients IRC, en lien avec les unités SSR spécialisés (réentraînement à l'effort, prise en charge diététique, accompagnement social et psychologique).

○ Enquête destinée aux professionnels de santé libéraux

- Besoins en SSR
- Raisons du faible d'adressage
- Partenaires mobilisés et modalités de concertation
- Place des réseaux dans la prise en charge pluri-disciplinaire et/ou le suivi post-réhabilitation : ETP ; coordination ; évaluations.

○ Plan de communication pour les professionnels de santé

- Porteurs du message : Les établissements et professionnels SSR, les institutions.
- Destinataires : Les patients, les adresseurs potentiels (médecins généralistes et surtout pneumologues), les réseaux, les professionnels de santé libéraux (kinésithérapeutes, pharmaciens), les prestataires de services.
 - Formation professionnelle continue
 - Fédérations et sociétés scientifiques (URPS, SPO¹⁰, APPLB¹¹)
 - Évènementiel (journées régionales)

⁹ Premier carnet de suivi BPCO réalisé par la SPLF et Imothep MS en juillet 2013

¹⁰ Société de Pneumologie de l'Ouest

¹¹ Association de perfectionnement des Pneumologues Libéraux de Bretagne

- Information et promotion sur la réhabilitation respiratoire :
 - Offre existante et place de chaque acteur dans le parcours
 - Valeur ajoutée du SSR respiratoire et indicateurs de résultats
 - Complémentarité des services rendus avec l'offre ambulatoire
- Encadrement des parcours¹²
- Au sein de l'hôpital, définition d'objectifs chiffrés de part d'activité en HJ (CPOM) à rapprocher de l'activité et de la DMP en hospitalisation complète (relais de l'HJ) ;
- Concertation avec les praticiens libéraux aux différentes étapes de la prise en charge SSR ;
- Nécessité d'offrir aux patients au terme de leur programme un accompagnement pour pérenniser les habitus mis en place. L'évaluation régulière et la poursuite du réentraînement (à domicile ou chez le kinésithérapeute) gagnent à être en continuité avec le programme de rééducation (mêmes outils, mêmes professionnels)
 - Compte rendu d'hospitalisation adressé aux médecins référents du patient et reprenant les résultats des évaluations et des événements particuliers.
 - ETP : problématique dégagée et détail du programme avec propositions de relais.
 - Généralisation du carnet de suivi
- Coaching spécialisé et maladies chroniques
 Valeur ajoutée supérieure au simple entretien psychologique, ce type de ressource trouverait sa place dans un schéma régional de prise en charge des maladies chroniques avec un accès facilité au coaching spécialisé (entretien et suivi motivationnel, gestion psychologique pour les BPCO et autres IRC).
 Le taux élevé de défections en cours de réhabilitation (30 %) est directement à rapporter au manque de recul des patients par rapport à leur état et à leur fragilité psychologique.
- Elaboration d'une politique régionale de prévention secondaire et tertiaire BPCO
- Prise en charge des transports : A ce jour, tout patient oxygéné dépendant ne peut être transporté qu'en ambulance (disposition réglementaire); un accord peut-il être trouvé avec les prestataires pour un transport VSL ?

6/ définition des indicateurs

Indicateurs quantitatifs d'activité (annuels/PMSI)

- Nombre de journées réalisées
File active
Nombre de séances par patient et durée des prises en charge
- Motifs d'admission
Part d'entrées directes
Nombre d'évaluations/bilans non suivis d'une prise en charge
- Effectifs médicaux (ETP) et paramédicaux (ETP)
Nombre d'intervenants/patient et charge rééducative moyenne/jour
- Sorties
Taux d'envoi du courrier de sortie
Répartition des modes de sortie
% des ré hospitalisations non programmées dans les 30,60 et 90 jours suivants la sortie
% des patients suivis en consultation spécialisée sur site

Indicateurs qualitatifs (annuels)

- Nombre de patients adressés en évaluation
- Nombre de programmes débutés/ nombre de patients convoqués
- Nombre de programmes terminés/ programmes débutés
- Nombre de nouveaux patients/ total des patients pris en charge
- Echelle de qualité de vie des patients en début, fin de prise en charge et lors de l'évaluation à distance.

¹² http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PRS/MAJ_nov2012/PROG_BPCO_arrete_le_22-10-2012.pdf