

POUR GARDER LES CAS DE MPOC HORS DE L'HÔPITAL, VOYEZ AU-DELÀ DES POUMONS

Ken Flegel MDCM MSc, Matthew B. Stanbrook MD PhD

Pour la version anglaise de l'article, veuillez consulter doi: 10.1503/cmaj.181462

Voir la recherche connexe à www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.180232

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) arrive au cinquième rang des principales causes de décès au Canada, avec une prévalence standardisée selon l'âge de 9 % chez les Canadiens de 35 ans et plus¹. En 2016/17, les poussées de MPOC ont été responsables de près de 90 000 hospitalisations au Canada, plus que toute autre maladie, avec un séjour moyen de 7 jours². Les poussées de MPOC imposent un énorme fardeau aux services d'urgence, surpassées uniquement par la pneumonie en termes de volume de patients admis³. Pour s'attaquer à ce problème critique pour la santé publique et les systèmes de santé, il faudra non seulement de meilleurs outils d'évaluation des risques, mais aussi une nouvelle approche systémique à la prise en charge de la MPOC.

Même si la plupart des poussées de MPOC peuvent être gérées sans hospitalisation, faire la distinction entre les patients qui doivent ou non être admis pose au quotidien un défi clinique aux urgentologues. Une poussée de MPOC représente une décompensation ou une insuffisance respiratoire et, sans une intervention rapide, elle s'accompagne d'un risque de détérioration gravissime. Il n'est pas facile de diagnostiquer la décompensation pulmonaire et ses complications chez les patients qui présentent des poussées de MPOC parce que l'examen physique, les débits de pointe et les saturations en oxygène ne sont pas, en soi, des mesures fiables de l'insuffisance pulmonaire et de son pronostic à court terme. Tant d'incertitudes rendent plus délicate la décision d'admettre un patient pour une surveillance étroite et un traitement intensif.

En 2014, Stiell et ses collaborateurs ont constaté que les patients qui présentaient des poussées de MPOC étaient hospitalisés dans 38 % des cas, tandis que ceux qui recevaient leur congé représentaient 50 % des complications ultérieures⁴. Dans ce numéro du *CMAJ*, le même groupe d'auteurs fait état d'un taux

global de 9,5 % de complications graves à court terme incluant décès, admission pour surveillance, ventilation assistée, événements coronariens ou réhospitalisation⁵. Plus de 10 % de ces événements sont survenus chez des patients qui avaient été admis, mais 8,3 % sont survenus chez des patients qui avaient initialement reçu leur congé des urgences.

L'objectif principal de l'étude de Stiell et collègues était de valider l'échelle d'évaluation OCRS (Ottawa COPD Risk Scale), un outil de mesure conçu pour prédire le risque de telles complications graves à court terme⁵. Selon les auteurs, un seuil d'admission de plus de 1 point sur cette échelle augmenterait sa sensibilité de 50 % pour ce type de complications graves, mais impliquerait une hausse de 25 % des admissions. Par ailleurs, un seuil de plus de 2 points améliorerait la sensibilité de 38 % tout en donnant lieu à une légère augmentation des admissions. Même si cette amélioration peut sembler relativement modeste, il s'agit d'un contexte où les incertitudes sont grandes et les erreurs ont d'importantes répercussions.

Seulement 4 des 10 éléments de l'OCRS concernent directement l'appareil respiratoire; un même nombre de points concerne la maladie cardiovasculaire, et les 2 autres concernent l'insuffisance rénale et l'anémie. Il est frappant, quoique peu surprenant, que le pronostic des poussées de MPOC dépende principalement de facteurs extrapulmonaires. Près des deux tiers des patients hospitalisés pour des poussées de MPOC présentent 1 comorbidité ou plus qui affecte leur MPOC⁶. Au Canada, la moitié des coûts excédentaires attribuables à la MPOC, principalement imputables aux hospitalisations, découlent de comorbidités, et le quart seulement, de la MPOC elle-même⁷. Or, on déplore une absence quasi-totale de lignes directrices fondées sur la recherche et sur des données probantes pour orienter la prise en charge de la multimorbidité dans le contexte de la MPOC.

Les observations de Stiell et de ses collaborateurs ont des implications pour tout le système de santé. La suggestion selon laquelle les taux élevés d'hospitalisations pour MPOC au pays seraient peut-être insuffisants arrive à un moment où les gouvernements des provinces et des territoires et les décideurs en matière de santé consacrent beaucoup d'efforts à mettre au point des interventions pour en réduire le nombre. Il est indispensable de reconnaître que la multimorbidité est au cœur de ce problème si l'on veut que les stratégies fonctionnent. Nous devons investir en recherche dans ce secteur, mais nous n'avons pas le loisir d'attendre les résultats pour agir. Pour la prise en charge de la MPOC, nous devons abandonner cette vision étroite centrée sur la maladie et adopter une approche élargie et coordonnée de la multimorbidité en faisant appel à d'autres professionnels de la santé, en encourageant davantage la réadaptation pulmonaire et la vaccination et en continuant de travailler à la prévention primaire, principalement par le contrôle/abandon du tabagisme. Tant que nous n'obtiendrons pas de meilleurs rendements à ce niveau, les couloirs des hôpitaux canadiens resteront encombrés.

Références

1. *L'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) au Canada 2018 : Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques*. Ottawa: Agence de la santé publique du Canada; 2018. Accessible ici : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/asthme-maladie-pulmonaire-obstructive-chronique-canada-2018.html (consulté le 1 novembre 2018).
2. *Indicateurs sur les hospitalisations, les chirurgies, les nouveau-nés et les accouchements, 2016-2017*. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé; 2018. Accessible ici : https://secure.cihi.ca/free_products/hospch-2016-2017-snapshot_fr.pdf (consulté le 1 novembre 2018).
3. SNISA Nombre de visites au service d'urgence et durée du séjour par province et territoire, 2016-2017. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé; 2017. Accessible ici : www.cihi.ca/fr/snisa-nombre-de-visites-au-service-durgence-et-duree-du-sejour-2016-2017-0 (consulté le 1 novembre 2018).
4. Stiell IG, Clement CM, Aaron SD, et coll. Clinical characteristics associated with adverse events in patients with exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: a prospective cohort study. *CMAJ* 2014;186:E193-204.
5. Stiell IG, Perry JJ, Clement CM, et coll. Clinical validation of a risk scale for serious outcomes among patients with chronic obstructive pulmonary disease managed in the emergency department. *CMAJ* 2018;190:E1406-13.
6. Faner R, Gutiérrez-Sacristán A, Castro-Acosta A, et coll. Molecular and clinical disease of comorbidities in exacerbated COPD patients. *Eur Respir J* 2015;46:1001-10.
7. Chen W, FitzGerald JM, Sin DD, et coll. Canadian Respiratory Research Network. Excess economic burden of comorbidities in COPD: a 15-year population-based study. *Eur Respir J* 2017;50. pii: 1700393. doi: 10.1183/13993003.00393-2017.

Intérêts concurrents : Se rendre à www.cmaj.ca/site/misc/cmaj_staff.xhtml

Affiliations : Département de médecine (Flegel), Université McGill, Montréal, Qué.; rédacteur adjoint senior du *CMAJ* (Flegel); rédacteur adjoint du *CMAJ* (Stanbrook); Département de médecine (Stanbrook), Université de Toronto; Institut de recherche en services de santé (Stanbrook), Toronto, Ont.

Correspondance à : Éditeur du *CMAJ*, cmaj@cmajgroup.ca

RÉSUMÉS DE RECHERCHE ■ POPULATIONS VULNÉRABLES

Consultations effectives et demandes de consultation en spécialité pour les diagnostics liés à la douleur chez les enfants et les jeunes des Premières Nations et non des Premières Nations

Margot Latimer PhD RN, Sharon Rudderham BBA, Lynn Lethbridge MA, Emily MacLeod MA, Katherine Harman PT PhD, John R. Sylliboy MA, Corey Filiaggi MSc, G. Allen Finley MD

Pour la version anglaise de l'article, veuillez consulter doi: 10.1503/cmaj.180198

Infographie accessible à www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.180198/-/DC1

CONTEXTE : Les jeunes Autochtones ont des taux plus élevés de maladies chroniques qui nuisent à un sain développement, y compris des taux élevés de maux d'oreilles et de dents, de douleurs thoraciques et musculosquelettiques, en plus de problèmes de céphalées, d'arthrite et de santé mentale. Cette étude se penche sur les différences entre les diagnostics liés à la douleur chez les enfants des Premières Nations et non des Premières Nations.

MÉTHODES : Les données d'une étude de population menée auprès d'enfants et de jeunes des Premières Nations et non des

Premières Nations assortis selon l'âge et le sexe ont été consultées pour une région spécifique du Canada atlantique. L'objectif principal de l'étude était de comparer les taux de diagnostics de maladies douloureuses et les consultations en spécialité entre les cohortes. L'objectif secondaire était de déterminer s'il y a des corrélations entre l'exposition précoce à la douleur physique et la douleur à l'adolescence (santé physique et mentale).

RÉSULTATS : Même si les diagnostics liés aux maux d'oreilles et de gorge étaient plus probables dans le groupe des Premières