

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

Nations que dans le groupe non des Premières Nations (oreilles 67,3 % c. 56,8 %, $p < 0,001$; gorge 89,3 % c. 78,8 %, $p < 0,001$, respectivement), les enfants du groupe des Premières Nations étaient moins susceptibles de voir le spécialiste requis (oreilles 11,8 % c. 15,5 %, $p < 0,001$; gorge 12,7 % c. 16,1 %, $p < 0,001$, respectivement). Les nouveau-nés des Premières Nations étaient plus susceptibles d'être admis dans une unité de soins intensifs néonataux (USIN) que les nouveau-nés non des Premières Nations (24,4 % c. 18,4 %, $p < 0,001$, respectivement). Les nouveau-nés non des Premières Nations admis dans une USIN étaient plus susceptibles de recevoir un diagnostic en santé mentale à l'adolescence, contrairement aux nouveau-nés du groupe des Premières Nations (3,4 % c. 5,7 %, $p < 0,03$, respectivement). Les enfants des Premières Nations porteurs d'un diagnostic d'otite ou d'infection urinaire durant la petite enfance étaient près de 2 fois plus susceptibles d'avoir un diagnostic de céphalée ou de douleur

abdominale à l'adolescence (rapport des cotes [RC] 1,9, intervalle de confiance [IC] de 95 % 1,1–3,0, et RC 1,7, 95 % CI 1,2–2,3, respectivement).

INTERPRÉTATION : Les enfants des Premières Nations ont reçu plus de diagnostics liés à la douleur que les enfants non des Premières Nations, mais n'ont pas eu accès aux spécialistes ou aux services en santé mentale requis et n'ont pas reçu de diagnostics de problèmes de santé mentale au même point que les jeunes non des Premières Nations. Les écarts sont évidents en ce qui concerne les diagnostics liés à la douleur et les traitements dans ces cohortes comparatives spécifiques. Il faudra approfondir la recherche sur l'accès aux soins et les traitements en milieu communautaire pour déterminer de quelle façon améliorer la prestation des soins pour les maladies infantiles courantes qui affectent la santé et le développement.

RÉSUMÉS DE RECHERCHE

Validation clinique d'une échelle de risque de complications graves chez les patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique pris en charge aux urgences

Ian G. Stiell MD MSc, Jeffrey J. Perry MD MSc, Catherine M. Clement RN, Robert J. Brison MD MPH, Brian H. Rowe MD MSc, Shawn D. Aaron MD, Andrew D. McRae MD PhD, Bjug Borgundvaag MD PhD, Lisa A. Calder MD MSc, Alan J. Forster MD MSc, Jennifer Brinkhurst BAH, George A. Wells PhD MSc

Pour la version anglaise de l'article, veuillez consulter doi: 10.1503/cmaj.180232

Voir l'éditorial connexe à www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.181462

CONTEXTE : L'échelle d'évaluation du risque OCSR (Ottawa COPD Risk Scale) pour la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), qui comporte 10 critères, a déjà été utilisée pour identifier les patients amenés aux urgences pour MPOC qui étaient exposés à un risque élevé de complications graves à court terme. Nous avons voulu valider l'OCSR de manière prospective et explicite lorsqu'elle est appliquée par les urgentologues.

MÉTHODES : Nous avons réalisé cette étude de cohorte prospective en regroupant des patients vus aux urgences de 6 hôpitaux de soins tertiaires et nous avons recruté des adultes ayant présenté une poussée aiguë de MPOC entre mai 2011 et décembre 2013. Les médecins ont examiné les patients selon les critères de l'OCSR consignés sur des formulaires avec le score de risque total. Nous avons suivi les patients pendant 30 jours et le paramètre principal, complications graves à court terme, était défini comme suit : décès, admission pour surveillance, intubation, ventilation non invasive, infarctus du myocarde ou rechute avec hospitalisation.

RÉSULTATS : Nous avons inscrit 1415 patients âgés en moyenne de 70,6 ans (É.-T. 10,6); 50,2 % étaient des femmes. Des complications graves à court terme sont survenues dans 135 cas (9,5 %). L'incidence des complications graves à court terme allait de 4,6 % pour un score total de 0, à 100 % pour un score de 10. Comparativement à la pratique actuelle, un score-seuil OCSR supérieur à 1 porterait la sensibilité en ce qui concerne les complications graves à court terme de 51,9 % à 79,3 % et ferait augmenter les hospitalisations de 45,0 % à 56,6 %. Un seuil supérieur à 2 améliorerait la sensibilité à 71,9 % et 47,9 % des patients seraient admis.

INTERPRÉTATION : Dans le cadre de cette validation clinique d'un outil de stratification du risque associé à la MPOC utilisé aux urgences, nous avons constaté que, comparativement à la pratique actuelle, l'OCSR présentait une meilleure sensibilité pour ce qui est des complications graves à court terme. Cette échelle de risque peut désormais être utilisée par les urgentologues pour faciliter leurs décisions concernant les cas de MPOC, ce qui devrait permettre une diminution des hospitalisations superflues et des congés risqués.