

# Soins intégrés et BPCO

## Bénéfiques pour les patients !

### Rédaction

**I. Peytremann-Bridevaux**  
**P.-O. Bridevaux**  
**B. Burnand**

Cette rubrique présente les résultats d'une revue systématique récente telle que publiée par la Collaboration Cochrane dans la *Cochrane Library* (<http://www.thecochranelibrary.com>). Volontairement limité à un champ de recherche circonscrit, cet article reflète l'état actuel des connaissances de ce domaine. Il ne s'agit donc pas de recommandations pour guider la prise en charge d'une problématique clinique considérée dans sa globalité (guidelines). Les auteurs de ce résumé se basent sur la revue systématique et ne remettent pas en question le choix des articles inclus dans la revue.

### Scénario

Vous voyez à nouveau en consultation urgente une patiente de 68 ans, connue pour une BPCO de stade 2. Elle se plaint d'une dyspnée intolérable depuis dix jours. Vous connaissez ses difficultés à gérer sa maladie, sa médication (elle vient de l'interrompre), son anxiété face à ses symptômes et ses limitations dans la vie quotidienne. Elle a été hospitalisée deux fois durant ces six derniers mois. Vous vous posez la question d'inscrire cette patiente dans un programme de soins intégrés pour patients BPCO, pour tenter de diminuer la fréquence de ses consultations en urgence et d'améliorer sa qualité de vie.

### Question

Quels sont les bénéfices des programmes de soins intégrés pour les patients BPCO ?

### Contexte

La BPCO est responsable d'une diminution de la qualité de vie et de la tolérance à l'exercice, et cause des exacerbations pouvant nécessiter des hospitalisations. Idéalement, sa prise en charge devrait comprendre des éléments pharmacologiques (par exemple bronchodilatateurs, corticostéroïdes inhalés) et non pharmacologiques (éducation, autogestion, plan d'action, réentraînement). L'objectif de cette revue systématique est d'évaluer l'efficacité des programmes de soins intégrés de la BPCO en termes de qualité de vie, de tolérance à l'exercice, de risque et de durée d'hospitalisation. Elle actualise les revues systématiques non Cochrane publiées auparavant.

### Résultats

Vingt-six essais comparatifs randomisés (2997 patients, 11 pays) ont été identifiés. Comparés aux soins habituels, les programmes de soins intégrés dans la prise en charge des patients BPCO comportant  $\geq 2$  composantes (par exemple éducation et suivi pro-actif),  $\geq 2$  professionnels de santé (par exemple médecin et physiothérapeute spécialisé), et d'une durée minimale de 3 mois :

- améliorent les scores de qualité de vie spécifique (différence de moyenne du score globale du SGRQ -3,7, IC 95%: -5,8 à -1,6; 13 essais; différence moyenne du score global du CRQ: 1, IC 95%: 0,7-1,4; 4 essais);
- augmentent la distance de marche des patients (43,9 mètres, IC 95%: 21,8-65,9; 4 essais).
- diminuent le risque d'hospitalisation (OR 0,7, IC 95%: 0,5-0,99;

### Adresses

Drs Isabelle Peytremann-Bridevaux et Bernard Burnand  
 Institut universitaire de médecine sociale et préventive  
 CHUV et Université de Lausanne et Cochrane Suisse  
 Route de la Corniche 10, 1010 Lausanne

Dr Pierre-Olivier Bridevaux  
 Service de pneumologie  
 Hôpital du Valais, 1950 Sion et HUG, 1211 Genève 14

■ ■ ■  
 Rev Med Suisse 2014; 10: 305

### Accès gratuit à la Cochrane Library pour les médecins installés en cabinet

L'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) permet aux médecins installés d'accéder gratuitement à la «Cochrane Library» depuis juin 2012; [www.samw.ch/fr/Projets/litterature-medicale-specialisee/Cochrane-Registrierung.html](http://www.samw.ch/fr/Projets/litterature-medicale-specialisee/Cochrane-Registrierung.html). Cette offre nécessite un enregistrement en ligne incluant la saisie d'informations sur la personne et son adresse, et elle est exclusivement réservée aux médecins en cabinet ne disposant pas encore d'un accès à la Cochrane Library (par l'intermédiaire d'une institution ou d'une licence privée).

7 essais) et la durée d'hospitalisation (différence moyenne de -3,8 jours, IC 95%: -5,9 à -1,7; 6 essais) durant les 3 à 12 mois de suivi. Aucun effet indésirable n'est signalé. La mortalité des patients des programmes de soins intégrés est similaire à celle des patients bénéficiant des soins usuels (OR 0,96, IC 95%: 0,5-1,7; 5 essais).

### Limites

- Les interventions et contextes de mise en œuvre sont hétérogènes.
- Les résultats de trois études publiées en 2012, identifiées par les auteurs, n'ont pas été considérés dans les analyses de cette revue.
- L'efficacité à long terme reste inconnue.
- Les bénéfices en termes de qualité de vie telle que mesurée par le SGRQ, se situent juste en dessous d'une différence de score pouvant être considérée comme ressentie par le patient (différence minimale cliniquement significative du SGRQ: 4 points).

### Conclusions des auteurs

Les programmes de soins intégrés améliorent non seulement la qualité de vie des patients BPCO mais aussi leur tolérance à l'exercice. Ils diminuent de plus les risques et durées d'hospitalisation.

### Réponse à la question clinique

Ces résultats permettent de confirmer les bénéfices des programmes structurés de prise en charge de la BPCO, dénommés ici soins intégrés. Ils permettent aussi de modérer l'inquiétude liée à un excès de mortalité qui avait été mis en évidence dans un grand essai randomisé comparatif américain en 2012. En effet, des analyses complémentaires à celles de cette revue Cochrane, incluant les données de mortalité de 25 des 29 études identifiées par les auteurs (dont celles publiées en 2012 mais non considérées dans les analyses), confirment l'absence de risque excessif de mortalité des patients inclus dans un programme de soins intégrés. L'autogestion des symptômes d'exacerbation de la BPCO, à l'aide de plans d'action, doit toutefois retenir toute l'attention des professionnels de santé. Les patients peuvent en effet ne pas reconnaître les situations symptomatiques dangereuses sans l'aide des professionnels de santé.

Abréviations: BPCO: bronchopneumopathie chronique obstructive; SGRQ: St-Georges Respiratory Questionnaire; CRQ: Chronic Respiratory Questionnaire; IC: intervalle de confiance; OR: odds ratio.

Référence: Kruis AL, Smidt N, Assendelft WJ, et al. Integrated disease management interventions for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 10: CD009437. doi: 10.1002/14651858.CD009437.pub2.