

Colibri-BPCO : Prise en charge des patients avec BPCO en Consultation en CHU, CHG et en médecine libérale

- C. Pison**
CHUGA, UGA
Grenoble
- P. Andujar**
CH Intercommunale
Créteil
- E. Kelkel**
CH Métropole Savoie
Chambéry
- A. Briault**
CHUGA
Grenoble
- C. Jeanjean**
Cabinet libéral
Grenoble
- J. Pernot**
CH Métropole Savoie
Chambéry
- D. Bertrand**
Cabinet libéral
Saint-Ismier
- F. Herengt**
SSR
Dieulefit
- B. Guillaud-Ségard**
Cabinet libéral
Saint-Jean de Maurienne
- JL Pépin**
CHUGA, UGA
Grenoble
- M. Destors**
CHUGA
Grenoble
- S. Leroy**
Hôpital Pasteur
CHU Nice
- H. Ben Saidane**
Cabinet libéral
Grenoble
- J. Gonzalez**
CHU Pitié-Salpêtrière
Paris
- B. Camara**
CHUGA
Grenoble
- N. Debabeche**
Cabinet libéral
Voiron
- S. Ernesto**
HCL-Croix Rousse
Lyon
- A. Plaidoux**
Cabinet libéral
Grenoble
- C. Bosc**
CHUGA
Grenoble
- A. Guerder**
CHU Pitié-Salpêtrière
Paris
- S. Pontier-Marchandise**
CHU
Toulouse
- F. Maurel**
Cabinet libéral
Aix
- L. Boyer**
CHU Henri Mondor
Créteil
- D. Hess**
ACCCP
Grenoble
- P. R. BURGEL**
CHU Cochin
Paris
- N. Roche**
CHU Cochin
Paris
- B. Aguilaniu**
UGA, Cabinet libéral
Grenoble

Introduction

La prise en charge des patients atteints de BPCO bénéficie de recommandations internationales GOLD 2017⁽¹⁾. La relation entre les caractéristiques des patients et les lieux de prise en charge n'est pas clairement établie en France.

Il a été proposé au Pays-Bas un système de Santé dit A, B, C, D ou chaque secteur a des missions spécifiques avec bien sûr de nombreuses interactions, Figure 1.

Références
1. Vogelmeier CF, Criner GJ, Martinez FJ, Anzueto A, Barnes PJ, Bourbeau J, Celli BR, Chen R, Decramer M, Fabbri LM, Frith P, Halpin DM, Lopez Varela MV, Nishimura M, Roche N, Rodriguez-Roisin R, Sin DD, Singh D, Stockley R, Vestbo J, Wedzicha JA, Agustí A. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report: GOLD Executive Summary. Eur Respir J. 2017 Mar 6;49(3)

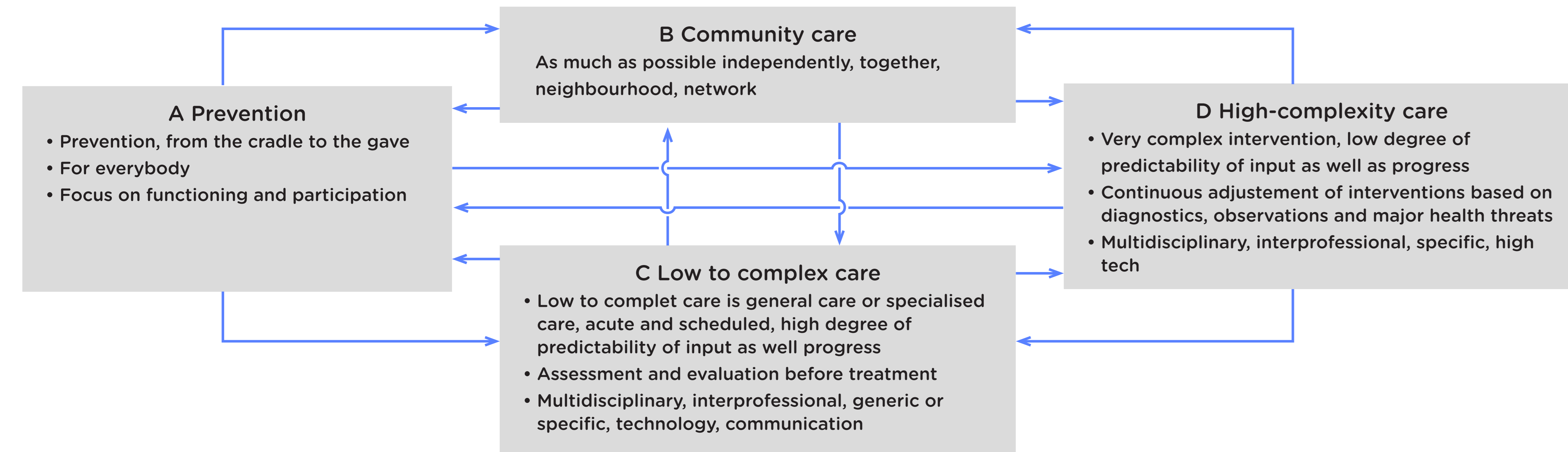


Figure 1 : Système de santé A, B, C, D aux Pays Bas

La distinction entre les soins de faibles à complexes et les soins hautement complexes est largement basée sur la prévisibilité.

E. Wouters, I. Augustin. COPD health-care delivery : a holistic and dynamic approach is needed. Lancet Respiratory Medicine, 2016.

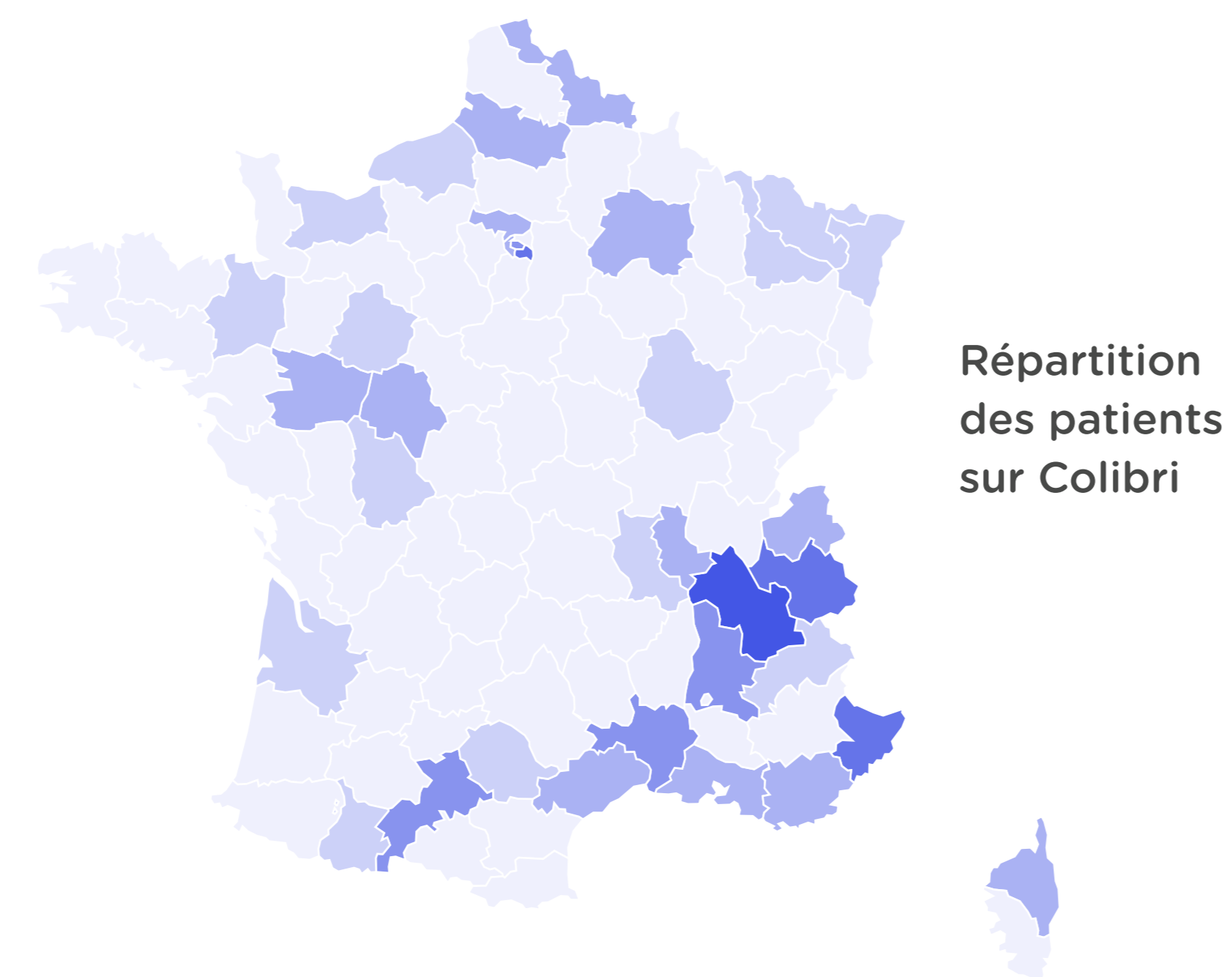
Nous faisons l'hypothèse qu'il un existe un gradient de sévérité pour la prise en charge des patients avec BPCO entre médecine libérale, CHG et CHU.

Méthodes

Nous avons extrait les données de l'observatoire Colibri-BPCO⁽²⁾ (www.colibri-pneumo.fr), outil de consultation collaboratif utilisé en médecine de ville, de CH ou de CHU, avec près de 4500 patients inclus en janvier 2018.

Parmi ces patients, nous avons exclus ceux participant à un essai clinique, et ceux n'ayant pas un minimum de critères remplis (Sexe, Age, Tabagisme, IMC, Traitements, Comorbidités, Exacerbations, VEMS, CVF). Cela aboutit à une cohorte de 2544 patients.

Références
2. Kelkel E, Herengt F, Ben Saidane H, Veale D, Jeanjean C, Pison C, Pernot J, Pépin JL, Guillaud-Ségard B, Gonzalez-Bermejo J, Aguilaniu B. [COLIBRI: Improving clinical practice and producing relevant scientific data]. Rev Mal Respir. 2016 Jan;33(1):5-16



Résultats

	n	CHU 995	CH + SSR 651	Libéral 898	p
	%	39,1	25,6	35,3	
Caractéristiques, 2544					
Âge	2544	65,8 ± 10,0	66,6 ± 10,2	65,4 ± 1,5	0,115
Sexe, % hommes	2544	72,8	69,7	66,0	0,006*
IMC	2505	25,3 ± 5,8	26,7 ± 6,1	25,6 ± 5,4	<0,001*
Fumeur actif, %	2544	29,0	25,5	39,6	<0,001*
Exacerbation ≥ 1 sévère (Hospit) ou ≥ 2 moyennes,%	2544	40,7	39,9	22,8	<0,001*
Comorbidité cardio-circulatoire ou diabète, %	1573	66,6	71,1	58,6	<0,001*
Activités, 1944					
Marche quotidienne hors-domicile					
< 10 min, %		25,0	14,6	9,5	<0,001*
> 60 min, %	1944	23,8	21,4	31,7	<0,001*
Activité uniquement domestique%		47,6	46,0	37,3	<0,001*
Symptômes, 2143					
mMRC ≥ 2, %	1095	65,3	63,0	46,2	<0,001*
CAT, 0-40	1079	18,3 ± 8,5	16,7 ± 7,6	16,3 ± 7,5	0,003*
DIRECT, 0-33	788	14,8 ± 8,7	12,3 ± 7,3	10,4 ± 6,7	<0,001*
HAD - A ≥ 8	787	41,6	28,0	38,2	0,003*
HAD - D ≥ 8		43,6	30,0	34,5	0,003*
Physiologie, 2544					
VEMS, % th.	2544	53,1 ± 23,1	56,6 ± 20,0	64,2 ± 20,8	<0,001*
CVF, % th.	2229	80,7 ± 22,7	82,1 ± 20,3	86,6 ± 20,1	<0,001*
CVL, % th.	1605	83,6 ± 21,7	87,1 ± 20,2	92,9 ± 20,4	<0,001*
CPT, % th.	1180	115,1 ± 2,8	109,7 ± 23,4	114,1 ± 19,6	<0,001*
DL _{CO} , % th.	1360	55,8 ± 38,0	55,6 ± 28,2	68,2 ± 25,5	<0,001*
PaO ₂ , mmHg	1359	72,5 ± 13,8	67,6 ± 10,4	72,6 ± 10,5	<0,001*
PaCO ₂ , mmHg	2544	39,9 ± 8,0	40,3 ± 7,5	37,6 ± 5,4	<0,001*
GOLD IV, %		21,9	13,4	6,3	<0,001*
Prescription, 2544					
Oxygène, %	2544	27,1	19,7	9,1	<0,001*
VNI, %	2544	11,4	10,6	2,8	<0,001*
PPC, %		5,1	8,4	8,5	0,006*

Il apparaît que le système de santé français pour la prise en charge des BPCO en libéral, plutôt ambulatoire, hospitalier général et hospitalier universitaire reproduit en partie un schéma B, C et D (fig. 1)

Il existe des limites à notre étude :
• ce sont les données d'un observatoire et non d'une cohorte avec des données manquantes ;
• les médecins participants ne sont pas nécessairement représentatifs des collègues pneumologues prenant en charge les patients avec BPCO

Conclusion

Il existe un fort gradient de sévérité des BPCO en fonction du lieu de prise en charge ce qui est conforme aux moyens techniques et soignants mis à disposition

dans ces structures. Néanmoins, il n'est pas établi que cet observatoire soit représentatif de la pratique pneumologique française.

Cette publication a été réalisée avec le soutien institutionnel d'Agir à Dom, AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Chiesi, GlaxoSmithKline et Novartis.