

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement

Le 26 septembre 2017 à Poitiers

Par Madame Claire Poutrain

Titre

BPCO post-tabagique : La réhabilitation respiratoire d'un patient peut-elle en améliorer la prise en charge par son médecin traitant?

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Claude Meurice

Membres : Madame le Professeur Virginie Migeot
Madame le Docteur Marion Albouy-Llaty
Monsieur le Docteur Fabrice Caron

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Jean-Christophe Poutrain

Le Doyen,

Année universitaire 2016 - 2017

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (**surnombre jusqu'en 08/2019**)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy

Professeur associé des disciplines médicales

- ROULLET Bernard, radiothérapie

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maitres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARRILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements :

A Monsieur le Professeur Jean-Claude Meurice,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse,

Veillez trouver ici mes sincères remerciements et mon profond respect.

A Madame le Professeur Virginie Migeot,

Vous avez accepté de juger mon travail aujourd'hui,

Veillez trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux et ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Marion Albouy-Llaty,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury,

Soyez assurée de ma reconnaissance

A Monsieur le Docteur Fabrice Caron,

Pour avoir accepté de m'aider dans la réalisation de ce travail,

Pour votre disponibilité et votre gentillesse,

J'aimerais vous faire part de ma plus grande reconnaissance,

Soyez assuré de mon estime.

A Monsieur le Professeur Jean-Christophe Poutrain,

Je te remercie d'avoir dirigé cette thèse,

Ta présence, ton soutien, tes conseils et ta disponibilité ont été une aide précieuse pour moi,

Au long de ce travail de thèse, mais aussi durant ces années d'études.

Ceci vient clôturer une belle période qui a débuté lorsque tu m'as donné l'envie de faire de la médecine générale,

Et en ouvre une autre de belle confraternité, qu'elle que soit la distance qui nous sépare.

A Madame le Docteur Julie Dupouy,

Pour l'aide statistique précieuse que vous m'avez apporté.

A tous les médecins qui ont accepté de participer à ce travail,

Merci pour le temps que vous m'avez accordé ainsi que vos précieux témoignages.

A Monsieur Hervé Millet, directeur du centre de réadaptation du Moulin Vert,

Merci pour votre confiance.

A mes co-internes devenus mes amis, pour tous ces moments de bonheur et le soutien dans les moments difficiles, Pauline, Virginie, Katy, Anne-Flore, Romain, Anaïs, Clémence, Marie, Elise, Adèle, Aurélie, Joshua, Camille, Vincent, Edouard, Béa, Clothilde, Sébastien, Julie et...

Aux Docteurs Marie-Cécile Brethenoux, Marie-T Hebert, Gilles Cavaro, Laurent Seguin, à tous les médecins, les para-médicaux, qui ont su guider mes pas et renforcer ma confiance.

Au Docteur Malleville,

Merci !

Au Docteur France Gayaudon, pour l'aide et la relecture, aux Docteurs Colas, pour votre confiance et votre gentillesse.

A Martin Winckler, aux Docteurs Carter, Ross, Greene et les autres, à nos Dimanches soirs, à JD et Turk, aux Dr Robbins et Warner...

A Maman,

Pour ce soutien infaillible de longue haleine,

Ces nuits au téléphone, (toutes) ces inquiétudes apaisées,

C'est bon, je te libère, c'est fini !!! Enfin pour ce qui est des études...

Merci d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

A JB,

Pour le soutien, l'écoute, les repas soutien-écoute-Plana et tout le reste.

A Axel, Juliette, Pierre, Anne, Gabriel,

Pour votre indispensable présence, qu'elle dure pour toujours.

A tous les membres de ma famille et à mes amis qui m'ont aidé d'une manière ou d'une autre.

A toi Geoffroy,

Merci pour ton amour, ta présence et la sécurité que tu m'offres tous les jours.

Ton soutien m'a été indispensable, sois assuré de trouver le mien dans tous tes projets.

Notre plus grande aventure va commencer bientôt, je suis heureuse de la vivre au côté de l'homme que tu es.

Abréviations :

ADRREP : Association pour le Développement de la Réhabilitation Respiratoire en Poitou-Charentes.

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

ATS : American Thoracic Society

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

CVF : Capacité Vitale Forcée

DEP : Débit Expiratoire de Pointe

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EFR : Epreuves Fonctionnelles Respiratoires

ERS : European Respiratory Society

GOLD : Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease

GT : Graduation Thérapeutique

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PA : Paquet-Année

SPLF : Société de Pneumologie en Langue Française

VEMS : Volume Expiré Maximal en une Seconde

Sommaire :

1. <u>Introduction</u>	11
2. <u>Pré-requis</u>	12
2.1. <u>Définition</u>	12
2.2. <u>Epidémiologie de la BPCO : une question prioritaire de santé publique</u>	13
2.3. <u>Rôle du médecin traitant</u>	14
2.4. <u>Place de la réhabilitation respiratoire</u>	15
2.5. <u>L'après stage</u>	17
2.6. <u>Réhabilitation et poursuite du tabagisme</u>	18
2.7. <u>Constat d'insuffisance</u>	19
3. <u>Objectif</u>	20
4. <u>Matériel et méthode</u>	21
4.1. <u>Inclusion et exclusion</u>	21
4.2. <u>Données recueillies</u>	22
4.2.1. Données générales	22
4.2.2. Etude du comportement antérieur des médecins face à la BPCO	22
4.2.3. Etude des modifications de pratiques liées à la BPCO depuis la prise en charge d'un de leur patient	22
4.2.4. Etude de la considération de la réhabilitation respiratoire et de l'après-stage	23
4.2.5. Etude des modifications des représentations liées au tabagisme	23
4.3. <u>Recueil et analyse des informations</u>	23
5. <u>Résultats</u>	24
5.1. <u>Participation</u>	24
5.2. <u>Description de la population étudiée</u>	25
5.3. <u>Résultats</u>	26
5.3.1. Données générales	26
5.3.2. Dépistage et prise en charge	28
5.3.3. Réhabilitation respiratoire.....	32
5.3.4. Représentation du tabagisme.....	33

6. <u>Discussion</u>	34
6.1. <u>Forces de l'étude</u>	34
6.2. <u>Limites de l'étude</u>	34
6.3. <u>A propos de l'échantillon étudié</u>	35
6.4. <u>Données générales</u>	36
6.5. <u>Evolution des pratiques de dépistage et de prise en charge de la BPCO</u>	38
6.5.1. Amélioration du dépistage... ..	38
6.5.2. ...Mais pas de l'utilisation des mesures de souffle	38
6.5.3. Il reste de l'espoir	40
6.6. Réhabilitation respiratoire	43
6.6.1. Quelle évolution de la considération de la réhabilitation respiratoire	43
6.6.2. Des enjeux de maintien des acquis intégrés	44
6.7. Evolution des représentations sur le tabagisme	45
7. <u>Conclusion</u>	46
8. <u>Bibliographie</u>	48
9. <u>Annexes</u>	53
10. <u>Résumé</u>	62
<u>Serment d'Hippocrate</u>	63

1. Introduction :

Le tabagisme et la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), sont des problèmes majeurs de santé publique en France. La BPCO est responsable d'au moins 8000 des 73 000 décès imputables au tabac chaque année (17 000 décès annuels comportent la mention BPCO en position variable). Sa prévalence en France s'élève à 7.5 % des adultes de plus de 40 ans. Et depuis 2005, la part de fumeurs quotidiens recommence à augmenter. (1) (2)

Ces chiffres alarmants impliquent que les internes de médecine générale se retrouvent rapidement confrontés aux enjeux liés à cette pathologie.

J'ai ainsi pu remarquer, au cours de mes stages et de mes premiers remplacements, de grandes diversités de pratiques concernant cette pathologie.

Lorsqu'une BPCO était suspectée, il était fréquent qu'un traitement soit initié sans épreuve fonctionnelle respiratoire, souvent par difficulté d'accès à cet examen, entendre distance ou délai importants.

Je me souvenais qu'en théorie, la réhabilitation respiratoire faisait partie intégrante de la prise en charge de la BPCO mais en pratique je n'ai pas rencontré de patient qui avait pu en bénéficier. Les médecins que j'ai pu interroger à ce sujet, ne sachant pas où, ni comment adresser leurs patients, avaient parfois évincé cet aspect du traitement de leur prise en charge.

Pourtant, le plan BPCO de 2005 (programme d'actions en faveur de la BPCO 2005-2010, « connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO ») (3), réalisé par la Société de Pneumologie de Langue Française et le Ministère de la Santé, devait notamment : « renforcer l'information et la formation des professionnels de santé et améliorer l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge ».

C'est dans ce contexte que nous nous sommes attachés à savoir si la facilité d'accès à la réhabilitation respiratoire et à l'information médicale qui en découle permet d'améliorer la prise en charge de cette pathologie par le médecin généraliste.

2. Prérequis :

2.1. Définition

La Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) post-tabagique, pathologie évitable et soignable, est caractérisée par un trouble ventilatoire obstructif progressif et une réponse inflammatoire exagérée des bronches et des poumons secondaires à une exposition au tabac. Les exacerbations et les comorbidités contribuent à la sévérité de la pathologie. (Définition du GOLD (Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease) 2017). (4)

Les expressions de bronchite chronique et d'emphysème ne sont plus utilisées. Elles sont désormais englobées dans le diagnostic de BPCO.

La définition retenue est celle de la conférence de consensus du GOLD. Elle repose sur la baisse de la valeur absolue du rapport Volume Expiré Maximal en une Seconde (VEMS) sur Capacité Vitale Forcée (CVF) inférieure à 70 % de la mesure théorique, mesurées lors d'épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR). Elle doit être confirmée comme étant non réversible même après broncho-dilatateurs inhalés, indépendamment de tout critère de référence.

Cet examen devrait être proposé à tout patient présentant des symptômes tels que toux chronique et dyspnée, et/ou un historique d'exposition au tabac (plus de 10 paquets-année (PA)). D'autant plus que nous savons que 2/3 des BPCO ne sont pas diagnostiquées. (5)

La force de ce diagnostic est de pouvoir proposer un traitement dont l'objectif est double :

-Le soulagement immédiat des symptômes par un traitement médicamenteux adapté au résultat de l'EFR (figure 1).

-La réduction du nombre d'évènements morbides à long terme diminuant la qualité de vie des patients dont les exacerbations font partie.

Figure 1 : Stades de classification de la BPCO selon le GOLD et gradation thérapeutique.

Stade I (léger)	Stade II (modéré)	Stade III (sévère)	Stade IV (très sévère)
VEMS/CVF < 70 % VEMS < 80 % Th	VEMS/CVF < 70 % 50 % Th < VEMS < 80 % Th	VEMS/CVF < 70 % 30 % Th < VEMS < 50 % Th	VEMS/CVF < 70 % VEMS < 30 % Th ou VEMS < 50 % Th avec IRC* ou insuffisance cardiaque droite
Traitement systématique : Arrêt du tabac (et/ou autres facteurs de risque) Vaccinations antigrippale/antipneumococcique			
⊕ Bronchodilatateurs de courte durée d'action à la demande			
⊕ Traitement de fond par au moins un bronchodilatateur de longue durée d'action			
⊕ Réhabilitation respiratoire			
⊕ Corticothérapie inhalée si exacerbations répétées et VEMS < 70 % Th			
⊕ Oxygénothérapie au long cours si PaO ₂ ≤ 55 mmHg Envisager réduction de volume pulmonaire et/ou transplantation			

Classification des patients souffrant de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) selon la classification du Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) avec propositions thérapeutiques en fonction des stades. IRC : insuffisance respiratoire chronique; VEMS : volume expiratoire maximal par seconde; CVF : capacité vitale forcée; th : valeur théorique. Astérisque : IRC : pression artérielle en oxygène (PaO₂) < 60 mmHg avec ou sans hypercapnie (pression partielle en dioxyde de carbone [PaCO₂] > 50 mmHg).

2.2. Epidémiologie de la BPCO : une question prioritaire de santé publique

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 2002, la BPCO était la cinquième cause de décès dans le monde.

Le nombre total de décès par BPCO devait, selon les projections, augmenter de plus de 30 % dans les dix ans à venir : nous y sommes, avec 3 millions de décès en 2012 et 210 millions de malades. (6) (7)

En France, sa prévalence se situe autour de 7.5 % chez les adultes de plus de 40 ans. (1)

Elle atteint ainsi 3.5 millions de malades, dont 1 million à un stade symptomatique, 130 000 nécessitant une oxygénothérapie de longue durée, et entraîne 100 000 hospitalisations et 17 500 décès par an. (8)

C'est actuellement la 5^{ème} cause de mortalité.

Le plan BPCO de 2005 (3) (programme d'action en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive 2005-2010) avait pour objectif de diminuer la fréquence et la mortalité de la BPCO, et d'améliorer la qualité de vie des malades, notamment en plaçant le médecin généraliste au premier rang du dépistage et de la prise en charge.

2.3. Rôle du médecin traitant

A travers son rôle de proximité et de premier recours, le médecin généraliste est le mieux placé pour assurer le dépistage de la BPCO, comme il le fait pour d'autres pathologies chroniques.

Ce plan gouvernemental devait favoriser ce dépistage précoce de la BPCO par le médecin généraliste en l'étendant à tous les patients fumeurs ou anciens fumeurs de plus de 40 ans. (9)

De nombreux obstacles ont entravé la réalisation de tels objectifs, notamment des doutes sur l'intérêt du dépistage précoce de la BPCO, des difficultés de communication ou de réalisation.

La faible utilisation des mini-spiromètres type Piko-6 sur lequel l'accent avait été mis peut s'expliquer par l'absence de diagnostic complet et de prise en charge autonome du patient par le médecin généraliste à l'issue de ce test. (10) (11)

S'ajoute à cela que 44% des patients ayant bénéficié de l'évaluation de leur « âge pulmonaire » par un mini-spiromètre refusent la spirométrie chez le pneumologue par peur des résultats. Celle-ci devrait pourtant réduire le sous-diagnostic d'une part et l'inadaptation de la médication des patients n'ayant jamais bénéficié de mesure spirométrique d'autre part ; l'absence de spirométrie complète entraînant une sous-estimation du nombre de patients atteints et de la sévérité de leur atteinte pour au moins un tiers d'entre eux. (12)

Ainsi, de nouvelles stratégies orientent vers une formation des médecins généralistes à la spirométrie (13), les rendant ainsi autonomes, d'autant plus que le nombre de pneumologues est amené à diminuer de 20% d'ici à 2030.

2.4. Place de la réhabilitation respiratoire

En 2013, l'American Thoracic Society (ATS) et l'European Respiratory Society (ERS) en proposent une nouvelle définition, mettant en avant sa fonction non seulement de réadaptation à l'effort mais aussi d'éducation et de changement des comportements et modes de vie.

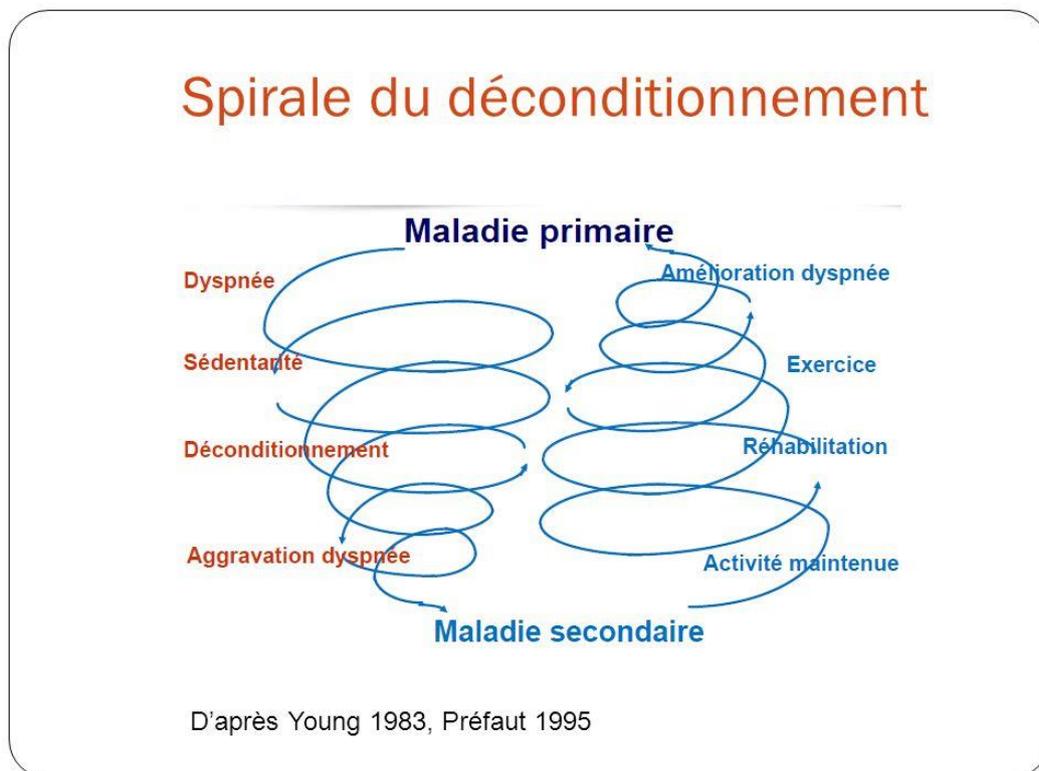
Le groupe Alvéole de la SPLF (Société de Pneumologie en Langue Française) en fait une traduction : « la réhabilitation respiratoire est une intervention globale et individualisée, reposant sur une évaluation approfondie du patient, incluant, sans y être limitée, le réentraînement à l'effort, l'éducation, les changements de comportement visant à améliorer la santé globale, physique et psychologique des personnes atteintes de maladies respiratoires chroniques et à promouvoir leur adhésion à long terme à des comportements adaptés à leur état de santé ». (14)

La réhabilitation respiratoire tient une place centrale dans la prise en charge de la BPCO puisqu'elle peut être proposée, quel que soit le stade de la pathologie, à tous les patients ayant un rapport VEMS/CVF inférieur à 70%.

Elle est particulièrement indiquée chez des patients présentant, malgré une prise en charge optimale de leur maladie, une dyspnée ou une intolérance à l'exercice et/ou une réduction de leurs activités sociales en rapport avec leur état de santé. (15)

Le but est d'enrayer la spirale du déconditionnement, décrite par Young en 1983 et révisée par Préfaut en 1995, résumée en dyspnée=> sédentarité => déconditionnement => aggravation de la dyspnée. Ceci au travers d'une prise en charge globale du patient ; respiratoire, cardio-vasculaire, musculaire, nutritionnelle et psychologique (figure 2).

Figure 2 : Spirale du déconditionnement et du réentraînement selon Young, révisée par Préfaut.



Selon le GOLD (4), la réhabilitation respiratoire a fait preuve d'efficacité (grade A) de multiples manières:

- Amélioration des capacités à l'effort.
- Réduction de la perception de l'essoufflement.
- Amélioration de la qualité de vie liée à la respiration.
- Réduction du nombre et de la durée des hospitalisations.
- Réduction de l'anxiété et de la dépression associées à la BPCO.
- Amélioration de la récupération après hospitalisation pour exacerbation.

Elle permet aussi (grade B) une amélioration de la fonction des membres supérieurs, une augmentation de la survie, des bénéfices étendus au-delà de la période de RR, une amélioration de l'action des bronchodilatateurs.

Une Meta-analyse parue en 2015 dans la revue Cochrane (16) confirme ces données. Selon ses résultats, la réhabilitation respiratoire améliore de telle manière la dyspnée, la fatigue, les fonctions émotionnelles, la sensation de contrôle de la santé et la qualité de vie que d'autres études sont inutiles pour en confirmer les résultats.

Le plan BPCO de 2005 avait d'ailleurs pour objectif d'améliorer l'accès à la réhabilitation respiratoire en en développant le réseau et en la faisant connaître aux médecins de ville.

2.5. L'après-stage :

L'après-stage ou la réhabilitation respiratoire « à long terme » est le véritable défi de la réhabilitation respiratoire.

L'enjeu majeur est le maintien des acquis, en termes de dyspnée, de qualité de vie et de diminution des exacerbations. Il faut rendre le patient autonome et acteur de sa santé à travers un changement de ses comportements (activité, observance) (17). Sans cela, les bénéfices de la réhabilitation respiratoire ne sont pas pérennes au-delà de 12 à 18 mois (18).

Le rôle du médecin traitant et du pneumologue est majeur : coordonner la poursuite d'une activité physique, continuer l'éducation nutritionnelle et thérapeutique du patient, et rechercher une baisse de la qualité de vie et d'éventuels besoins dans la sphère psychosociale.

Pour cela, les associations de patients et associations sportives proposent un soutien et des aides à la poursuite d'une activité physique ludique, attrayante et adaptée à la capacité du patient. (15) (19)

Des stages itératifs peuvent aussi être nécessaires afin de maintenir l'activité physique, les capacités respiratoires et la qualité de vie, même si leur efficacité diminue avec leur répétition. (20)

2.6. Réhabilitation et poursuite du tabagisme :

Les études concernant le tabagisme durant la réhabilitation respiratoire sont peu nombreuses.

La poursuite du tabagisme durant le stage serait associée à une moindre adhésion au programme (21). Il n'est pas démontré pour autant que l'incapacité à arrêter son tabagisme soit un facteur pronostic d'échec du programme. (22)

Cependant, les effets de la réhabilitation respiratoire sur la dyspnée et la qualité de vie seraient similaires chez les anciens fumeurs et tabagiques actifs et la réduction du tabagisme serait meilleure suite au stage que chez des patients fumeurs traités par d'autres moyens. (21) (23)

De plus, selon une étude publiée dans la revue « Thorax » en 2006, un diagnostic de BPCO associé à un conseil minimal entraîne de manière significative un taux plus élevé de sevrage tabagique sur le long terme. (24)

Ainsi, le patient fumeur ne semble pas devoir être exclu des programmes de réhabilitation respiratoire.

L'orientation actuelle est en faveur de l'inclusion de ces patients, auxquels est proposée une participation active, à un programme de sevrage tabagique en cours de réhabilitation respiratoire. (22)

Ceci peut de plus aider le médecin généraliste à passer outre l'obstacle de l'arrêt du tabac, et poursuivre ainsi une démarche de soin pour le patient sans perdre de temps.

2.7. Constat d'insuffisance :

Depuis l'étude de Gilles Jebrak en 2009 (25), nous savons que les recommandations de prise en charge de la BPCO sont très peu suivies en France.

Seulement 10% des patients qui devraient bénéficier d'une réhabilitation respiratoire en bénéficient réellement.

Dans cette étude, cette trop faible prescription pouvait, entre autres, s'expliquer par l'information insuffisante des généralistes et le nombre trop limité de structures en France.

Et ces 10% sont majoritairement pris en charge à un stade IV de la BPCO (26).

De même, en 2009, vingt experts mondiaux de la réhabilitation respiratoire se sont réunis et ont fait émerger seulement trois points d'amélioration à apporter à cette prise en charge, dont l'augmentation de son accessibilité et de sa reconnaissance fait partie. (27) (28)

On peut alors se demander si les médecins généralistes exerçant à proximité d'une telle structure, d'autant plus si un de leur patient y a été admis, ont une pratique plus proche des recommandations concernant la prise en charge de la BPCO.

3. Objectifs:

L'objectif principal de cette étude était de montrer que la réhabilitation respiratoire d'un patient souffrant de BPCO post-tabagique peut être l'occasion d'une communication permettant à son médecin traitant d'améliorer la prise en charge de cette pathologie.

Les objectifs secondaires étaient, premièrement, de vérifier que suite à cette communication, les médecins généralistes avaient compris l'intérêt et les enjeux de l'après-réhabilitation.

Cette étude devait ensuite montrer que la réhabilitation respiratoire de son patient peut permettre au médecin généraliste de contourner la problématique de l'arrêt du tabagisme dans la prise en charge de la BPCO post-tabagique.

Pour ces objectifs, nous avons retenu de manière arbitraire un sentiment d'amélioration chez au moins 25% des médecins comme seuil positif.

4. Matériel et Méthode :

4.1. Inclusion et exclusion :

Après accord du Dr Caron Fabrice et de M. Millet Hervé, directeur du centre de Réadaptation du Moulin Vert de Nieul l'Espoir, nous avons effectué une relecture des courriers de sortie de tous les patients ayant bénéficié d'une réhabilitation respiratoire entre 36 et 12 mois avant le début de l'inclusion.

Ont été inclus les médecins généralistes de patients de plus de 40 ans pris en charge pour une BPCO post-tabagique entre 36 et 12 mois avant le début de l'inclusion.

Les médecins dont les patients avaient moins de 40 ans ou avaient été pris en charge pour une cause autre qu'une BPCO ou pour une BPCO non secondaire à un tabagisme ont été exclus.

Un courrier d'information avec entête de la faculté de Poitiers et du centre de réadaptation du Moulin Vert (voir Annexe 1) ainsi qu'un exemplaire du questionnaire (voir Annexe 2) ont été adressés aux 102 médecins généralistes concernés par voie postale et ce, en 3 envois différés afin de limiter le temps entre la réception du courrier et le contact téléphonique. Le courrier précisait que les médecins seraient contactés par téléphone dans les jours suivants et que la réponse au questionnaire demanderait environ 5 minutes.

Ce temps de réponse avait été testé avec 2 médecins volontaires auparavant.

4.2. Données recueillies : (voir Annexe 3)

4.2.1. Données générales :

Pour chaque médecin nous avons précisé les points suivants :

-Sexe

-Exercice en milieu rural, semi-rural ou en ville ainsi que seul ou en groupe : recherche d'une différence dans la pratique, notamment sur la question du temps disponible pour la prise en charge, de l'accès à l'information et de la motivation.

-Année d'obtention de la thèse : existe-t-il une modification significative des pratiques liée à la BPCO entre les médecins ayant terminé leurs études avant et après 2005, date de la parution du plan gouvernemental BPCO ?

4.2.2. Etude du comportement antérieur des médecins face à la BPCO :

-Existence d'un sentiment de découragement face à la problématique du tabac, notamment pour des patients atteints d'une BPCO.

-Pour le patient en question, mode d'entrée en réhabilitation respiratoire et selon l'hypothèse d'un envoi quasi uniquement par le pneumologue, motif de consultation avec le spécialiste.

-Connaissance antérieure d'un établissement de réhabilitation respiratoire afin de juger si le fait de connaître un établissement, sans contact au travers des patients, incite seul à utiliser ses services.

4.2.3. Etude des modifications de pratiques liées à la BPCO depuis la prise en charge d'un de leur patient :

-Amélioration du dépistage : notion de population cible, tabagisme, calcul de la consommation en termes de paquets/année, tenue de dossier médical.

- Recherche d'une évolution de l'utilisation des mesures diagnostiques du souffle.
- Amélioration de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse.

4.2.4. Etude de la considération de la réhabilitation respiratoire et de l'après-stage :

- Recherche d'une prise en considération de la réhabilitation respiratoire en tant que traitement disponible.
- Compréhension des enjeux de l'après-stage et des moyens disponibles.

4.2.5. Etude de l'évolution des représentations liées au tabagisme :

- Recherche d'une diminution du sentiment d'obstacle lié à l'arrêt du tabac en rapport avec la disponibilité d'un établissement de réhabilitation respiratoire à proximité.

4.3. Recueil et analyse des informations :

Le recueil des données a été effectué par téléphone, e-mail ou fax entre le 11 février 2017 et le 17 mars 2017.

Les réponses au questionnaire ont fait l'objet d'une analyse descriptive.

5. Résultats :

5.1. Participation :

102 médecins généralistes correspondaient aux critères d'inclusion.

Ceci a permis le recueil de 33 questionnaires, soit un taux de réponse de 32.4% (figure 3).

Parmi les 69 médecins généralistes restants (67.6%) :

-39 n'ont pas donné de réponse

-11 ont invoqué un manque de temps

-9 sont retraités

-3 ont quitté la pratique libérale pour une pratique hospitalière

-2 étaient en arrêt de longue durée

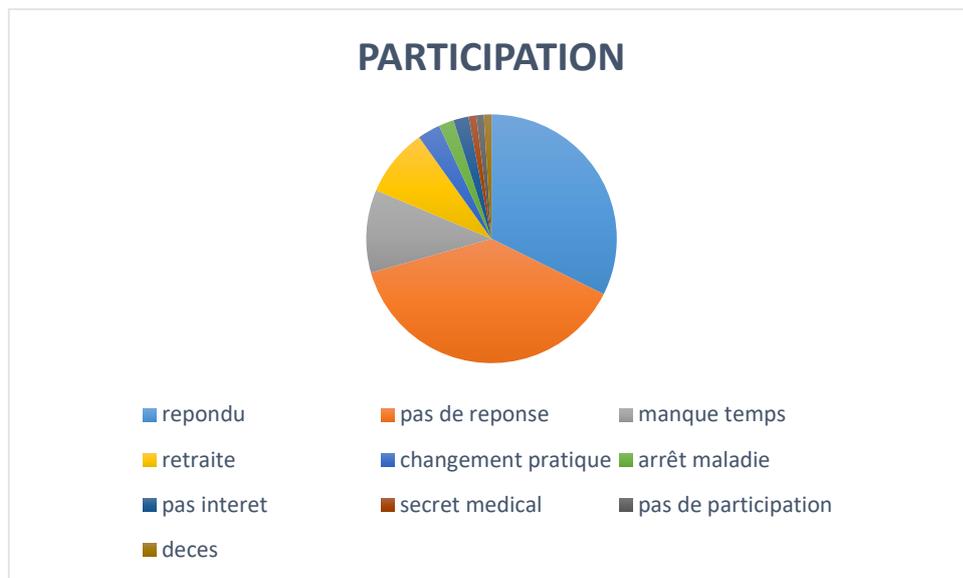
-2 n'étaient pas intéressés par ce sujet

-1 a invoqué son impossibilité de répondre en raison du secret médical

-1 ne souhaitait plus répondre aux étudiants

-1 est décédé.

Figure 3 : Participation et motifs de non-participation.



5.2. Description de la population étudiée:

-Taille de la population P: N= 33

-Sexe: 10 (30.3%) femmes et 23 (69.7%) hommes

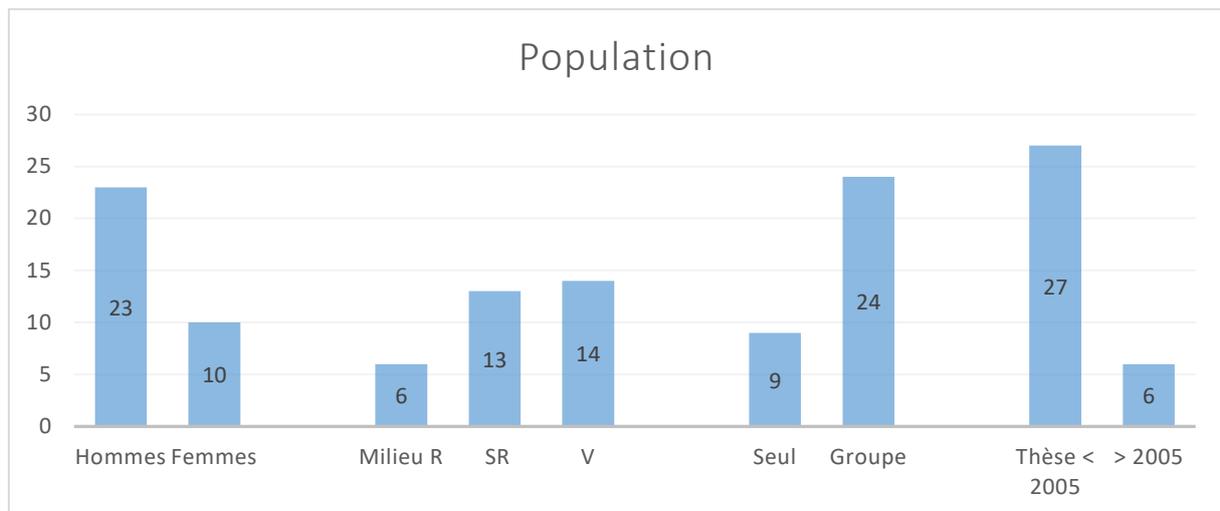
-Milieu d'exercice : 6 (18.2%) en rural, 13 (39.4%) en semi-rural et 14 (42.4%) en ville

-Mode d'exercice : 24 (72.7%) exercent en groupe, 9 (27.3%) exercent seuls

-Année d'obtention de la thèse : 27 (81.8%) avant 2005, 6 (18.2%) après 2005

(Figure 4)

Figure 4 : Description de la population.



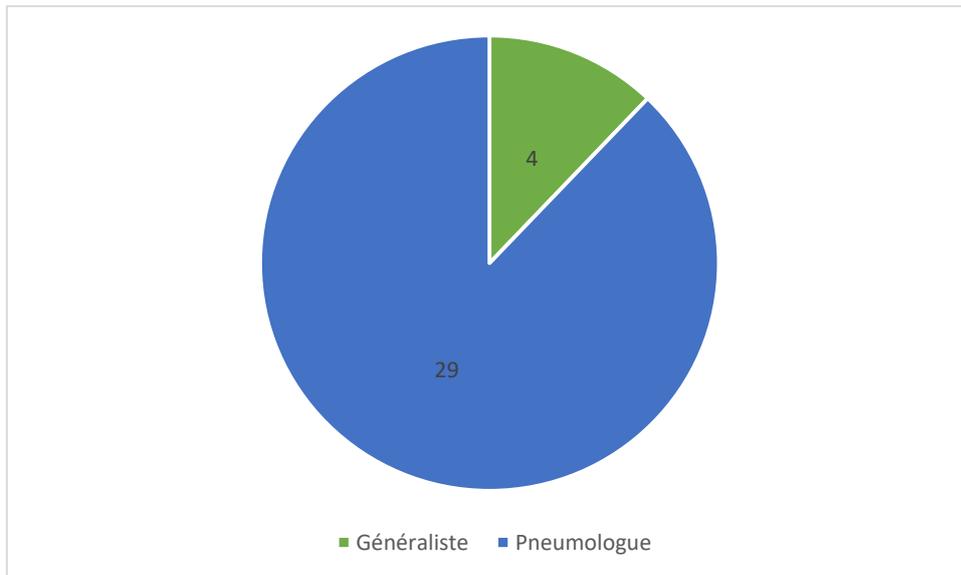
5.3. Résultats :

5.3.1. Données générales :

15 (45.5%) médecins se disent découragés par le sevrage tabagique et 14 (42.4%) par le sevrage tabagique dans la BPCO en particulier.

Seuls 4 (12.1%) médecins sur les 33 interrogés avaient adressé eux-mêmes le patient en réhabilitation respiratoire, les autres patients avaient été pris en charge par un pneumologue (figure 5).

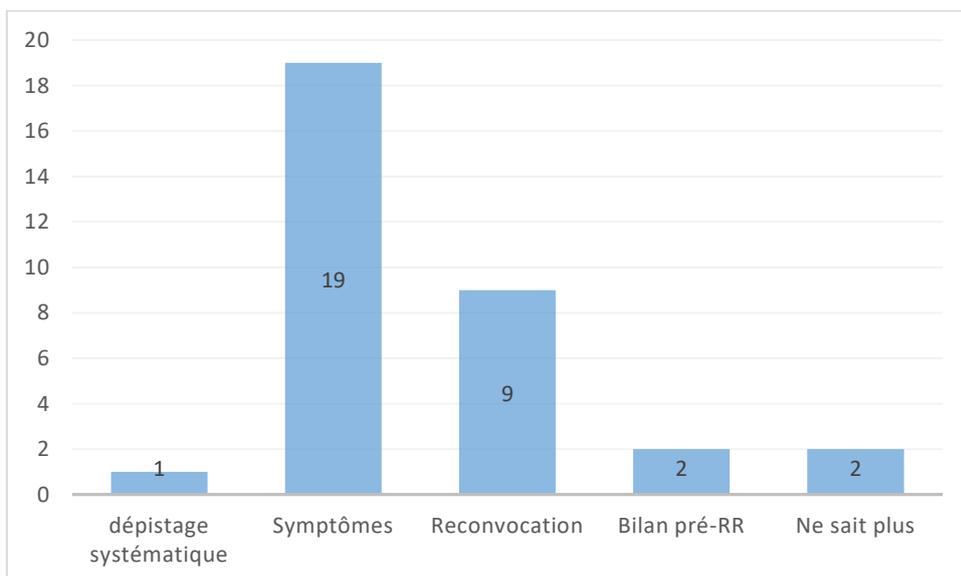
Figure 5 : Médecin responsable de l'entrée en réhabilitation respiratoire



19 (57.6%) médecins avaient initialement adressé le patient au pneumologue devant l'apparition de symptômes respiratoires.

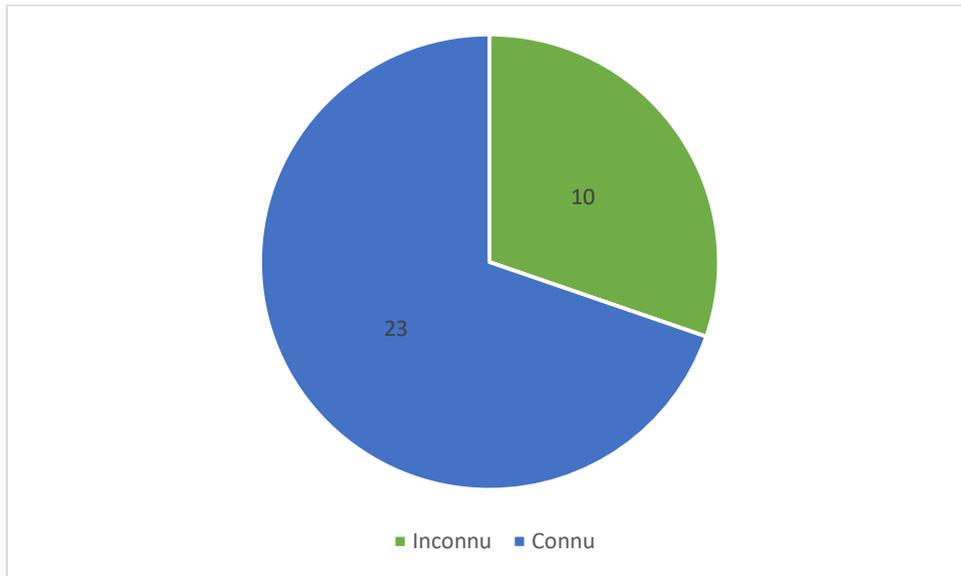
Seul 1 (3%) médecin avait adressé le patient pour un dépistage systématique. 9 (27.3%) patients avaient été reconvoqués par le spécialiste dans le cadre d'un suivi. 2 (6.1%) médecins avaient envoyé leur patient dans un but spécifique de réhabilitation respiratoire et 2 (6.1%) médecins ne se souvenaient plus du motif de la prise en charge initiale (figure 6)

Figure 6 : Motif d'envoi au spécialiste.



Enfin, 23 (69.7%) médecins connaissaient déjà un établissement de réhabilitation respiratoire (région ou extérieur) (figure 7).

Figure 7 : Connaissance d'un établissement de réhabilitation respiratoire.

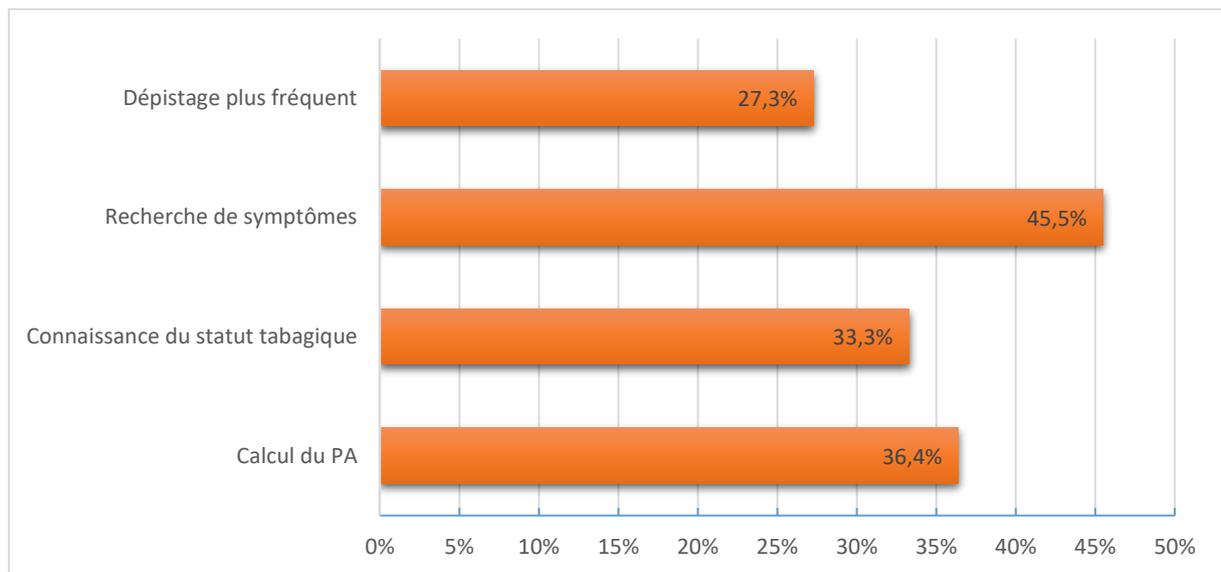


5.3.2. Dépistage et prise en charge :

Suite à la prise en charge d'un de leurs patients en réhabilitation respiratoire, 9 (27.3%) médecins ayant répondu ont le sentiment de plus souvent dépister la BPCO dans la population cible, plus de 40 ans et plus de 20 paquets-années (PA), et 15 (45.5%) disent plus en rechercher les symptômes.

11 (33.3%) se renseignent plus souvent sur le statut tabagique et le notent dans le dossier, et 12 (36.4%) estiment plus la consommation en termes de PA qu'avant cette prise en charge (figure 8).

Figure 8 : Sentiment d'amélioration du dépistage de la BPCO.

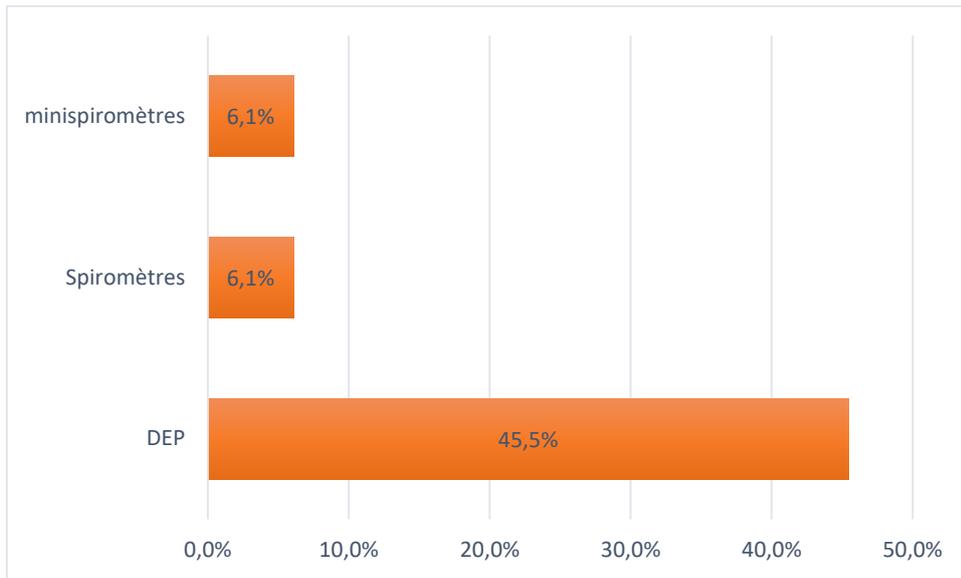


En revanche, la communication autour de la prise en charge de leur patient a très peu incité les médecins à utiliser une mesure de souffle afin de dépister précocement la BPCO : seuls 2 (6.1%) utilisent un mini-spiromètre.

Plus interrogateur, 15 (45.5%) médecins répondent utiliser un peak-flow ou Débit Expiratoire de Pointe (DEP) dans le cadre du dépistage de la BPCO.

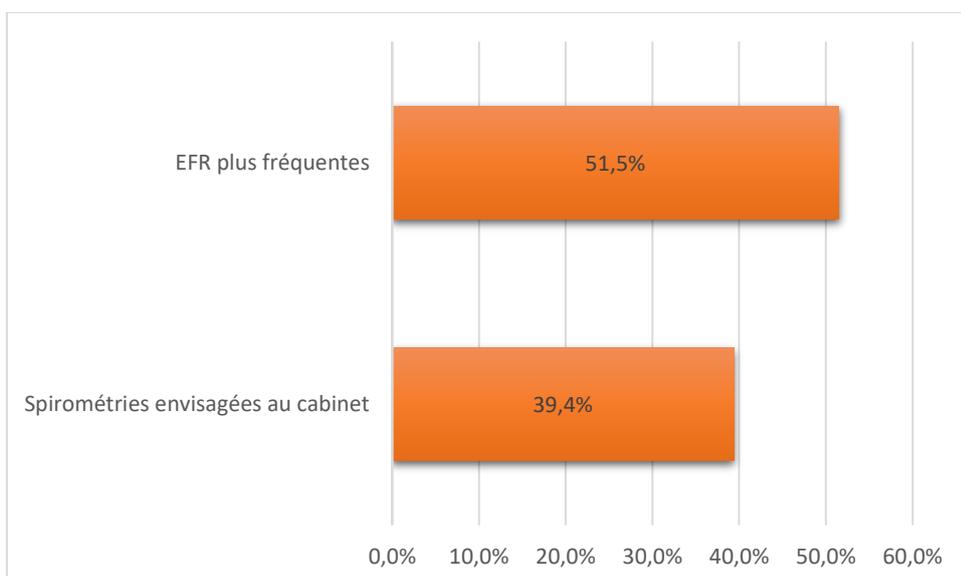
A noter que 2 (6.1%) médecins pratiquent déjà des spirométries complètes au cabinet (figure 9).

Figure 9 : Utilisation d'une mesure de souffle au cabinet.



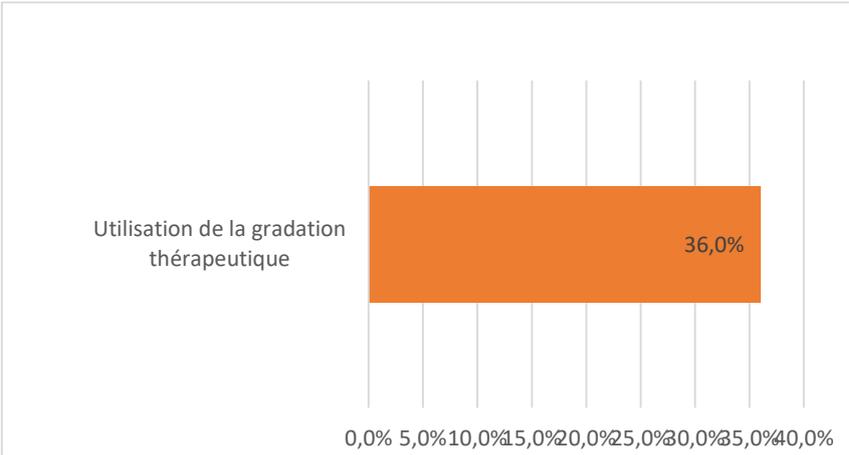
Concernant l'amélioration des pratiques après réhabilitation respiratoire d'un de leurs patients, 17 (51.5%) médecins adressent plus souvent des patients suspects de BPCO aux spécialistes afin de réaliser une EFR. De plus, 13 (39.4%) médecins ont depuis pensé à réaliser eux-mêmes des spirométries complètes au cabinet (figure 10).

Figure 10 : Amélioration des pratiques de mesures du souffle.



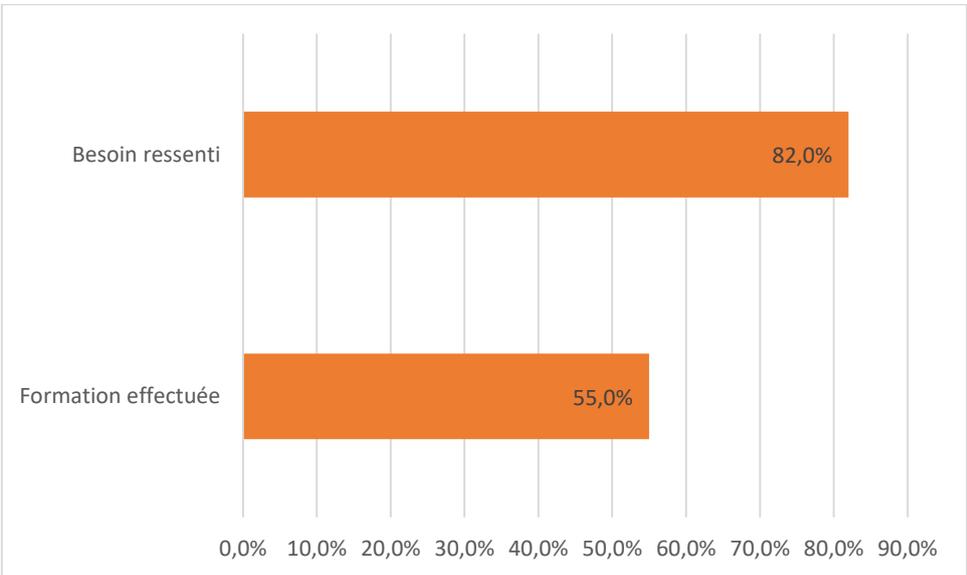
Cette prise en charge de leurs patients en réhabilitation respiratoire a entraîné une amélioration de l'utilisation de la gradation thérapeutique dans l'adaptation du traitement médicamenteux chez 12 (36.4%) médecins parmi ceux ayant répondu au questionnaire (figure 11).

Figure 11 : Amélioration de l'utilisation de la gradation thérapeutique.



Suite à cette communication, 27 (81.8%) médecins ont ressenti un besoin de formation sur le sujet de la BPCO et 18 (54.5%) en ont effectué une (soirée de formation au minimum) (figure 12).

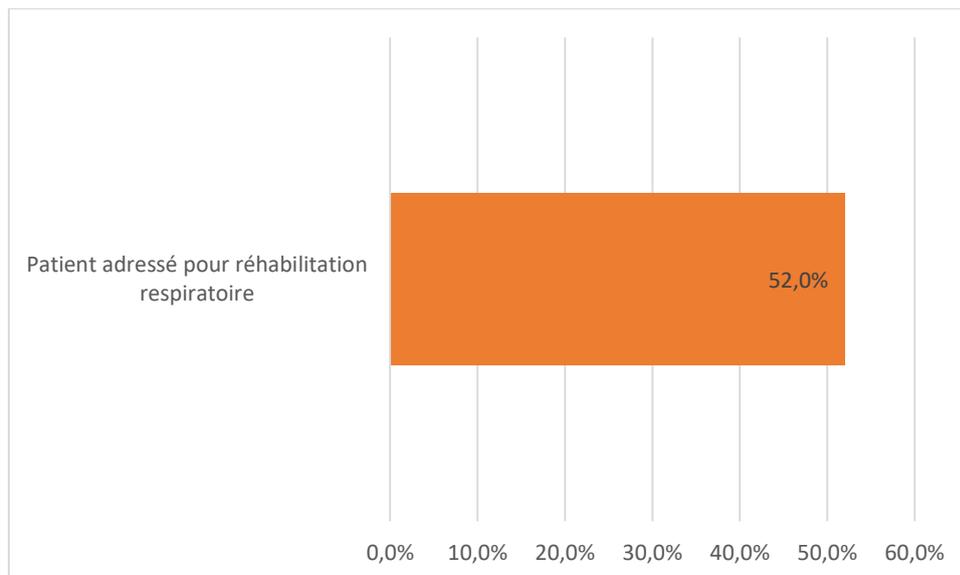
Figure 12 : Formation sur le sujet de la BPCO



5.3.3. Réhabilitation respiratoire :

17 (51.5%) médecins ont affirmé avoir, depuis cette prise en charge, adressé eux-mêmes un autre patient à un pneumologue en pensant à une réhabilitation respiratoire (figure 13).

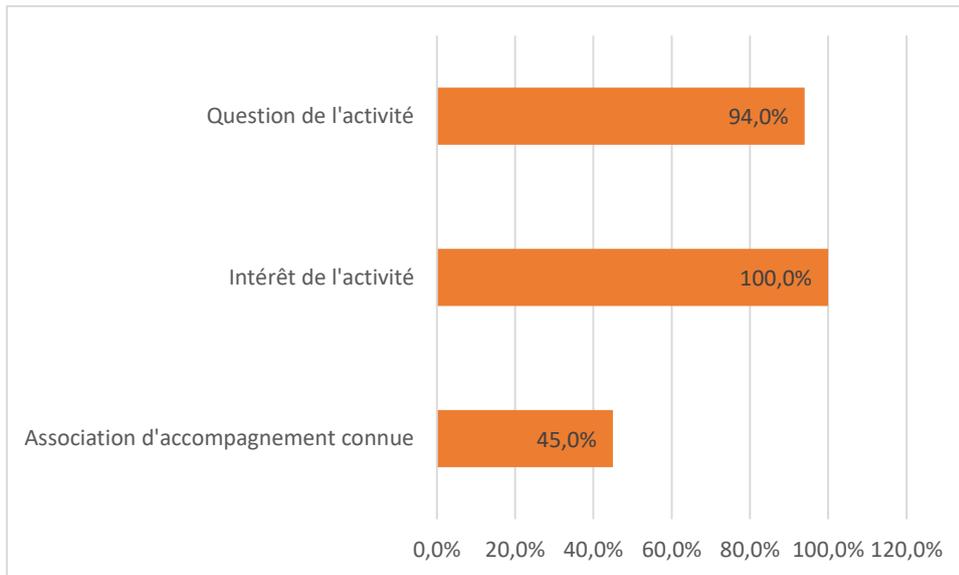
Figure 13 : Proportion des médecins ayant adressé un patient au pneumologue en pensant à une réhabilitation respiratoire.



31 (93.9%) médecins posent systématiquement la question du maintien de l'activité physique aux patients sortis de réhabilitation respiratoire et 33 (100%) voient un intérêt au maintien de cette activité physique.

Suite à la lecture du courrier de sortie, 15 (45.5%) médecins ont pris connaissance d'une structure d'accompagnement des patients pour le maintien de l'activité physique (figure 14).

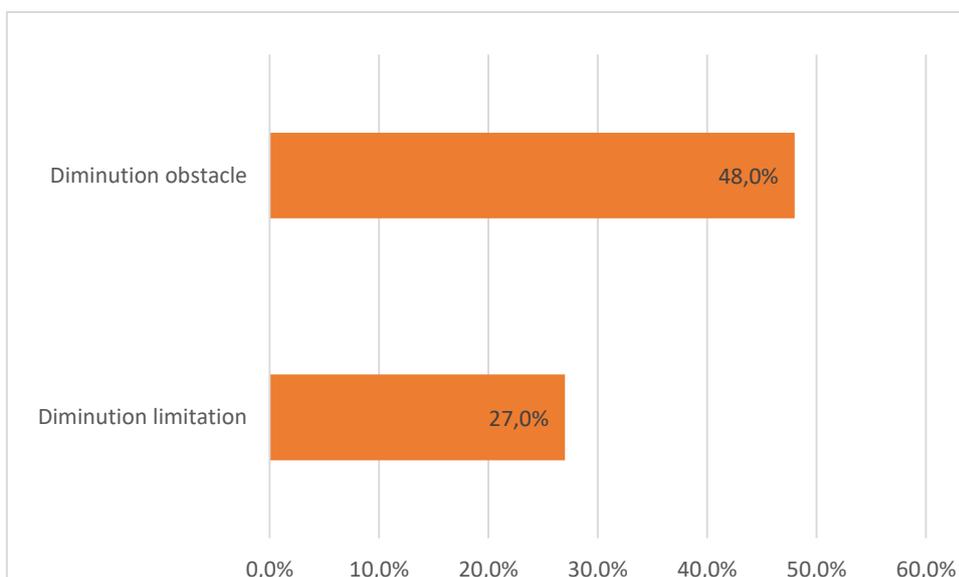
Figure 14 : L'après réhabilitation



5.3.4. Représentation du tabagisme :

Selon leur déclaration, la possibilité d'une réhabilitation respiratoire entraîne une diminution du sentiment d'obstacle lié à l'arrêt du tabagisme chez les patients atteints de BPCO pour 16 (48.5%) médecins. 9 (27.3%) d'entre eux se sentent moins limités par la problématique du tabac en général (figure 15).

Figure 15 : Représentations du tabagisme



6. Discussion :

6.1. Forces de l'étude :

La force principale de ce travail est son originalité puisque nous n'avons pas trouvé de question d'étude identique dans la littérature.

Nous avons décidé de centrer notre étude sur des médecins dont un patient avait effectivement été pris en charge en réhabilitation respiratoire et non seulement sur des médecins exerçant à proximité d'un centre de réhabilitation respiratoire. Ceci afin de vérifier s'il existe une différence d'impact entre l'information générale sur cette thérapeutique, et l'information reçue directement au travers de la prise en charge d'un patient.

6.2. Limites de l'étude :

Il existe possiblement un biais de sélection à type de biais de volontariat, les médecins ayant répondu pouvant être ceux intéressés par le sujet de la BPCO donc plus susceptibles de modifier leur pratique suite à une communication autour du patient.

De plus, nous pouvons penser que cette étude comporte un biais d'information. En effet, les médecins ayant répondu par téléphone ont pu obtenir des précisions sur le sens des questions, contrairement à ceux ayant répondu par mail ou fax.

Les données ayant été obtenues sur un mode déclaratif, un biais de mémoire est envisageable, mais concernant seulement les questions portant sur la prise en charge initiale du patient.

Avec un nombre de 33 médecins (taux de réponse de 32.4%), l'effectif de notre échantillon est trop faible pour obtenir des résultats statistiquement significatifs ($p < 0.05$). Le recueil était initialement proposé par téléphone et en cas de manque de temps ou d'indisponibilité, il était proposé au médecin d'adresser le questionnaire rempli par mail. Malgré ces dispositions, 39 médecins n'ont donné ni réponse ni motif de non-réponse.

Ceux qui ont répondu par téléphone ont pourtant déclaré se souvenir avoir reçu le courrier du fait de la présence de l'entête du centre de réadaptation du Moulin Vert, ce qui a semblé faciliter leur collaboration sur ce travail.

Nous n'avons pas souhaité étendre la période de recueil car il semblait indispensable de laisser un minimum d'un an de recul aux médecins après la prise en charge de leur patient au Moulin Vert afin de leur permettre d'évaluer la modification des pratiques.

Une étude multicentrique régionale aurait permis le recueil d'un plus grand nombre de questionnaires (300 à 400 patients pris en charge par an au centre la Croix Rouge de La Rochelle), mais nous avons préféré concentrer notre étude sur une prise en charge ambulatoire qui est, semble-t-il, plus facilement choisie par les patients plutôt que l'hospitalisation (proximité et absence de rupture avec le milieu familial, programmes modulables pour patients actifs, suivi par la même équipe) et qui présente, avec la réhabilitation au domicile, le plus de possibilités de développement (29).

6.3. A propos de l'échantillon étudié :

Selon l'atlas de la démographie médicale de la région Poitou-Charentes édité pour l'année 2015, la proportion de femmes exerçant dans le département de la Vienne est de 47% contre 30.3% (10 femmes) dans notre échantillon.

A noter que la proportion de médecins retraités (8.8%, 9 pour 102 médecins) dans la population incluse semblait élevée mais la part des médecins retraités dans les inscrits au conseil régional de l'ordre des médecins est de 24.8%.

Dans notre étude, seulement 18.2% (6 médecins) des médecins avaient obtenu leur thèse après 2005, ce qui correspond à la moyenne départementale de 18% de médecins de moins de 40 ans.

6.4. Données générales :

15 (45.5%) médecins se disent découragés par le sevrage tabagique et 14 (42.4%) par la prise en charge du sevrage spécifiquement chez le patient BPCO. Ceci correspond aux résultats obtenus lors d'une étude de 2006 (30), dans laquelle les médecins déclaraient un sentiment d'efficacité face au tabac d'environ 50%, les autres se retrouvant démunis face au sevrage tabagique.

Après analyse bivariée de nos résultats, il ne semble pas que les médecins ayant obtenu leur thèse après la parution du plan BPCO, et malgré les outils que propose celui-ci dans le dépistage et la prise en charge de la BPCO, se sentent moins découragés face à la problématique du tabac dans cette pathologie (tableau1).

Tableau 1 : Découragement face au tabac dans la BPCO selon l'année d'obtention de la thèse [nombre (%)].

Année obtention thèse	Découragement face au tabac	
	Oui	Non
Après 2005 (plan BPCO)	2 (33,3%)	4 (66,7%)
Avant 2005	12 (44,4%)	15 (55,6%)

Test de Fisher, $p=1$

En revanche, malgré des résultats non significatifs du fait de la faible taille de l'échantillon, il semble exister une tendance montrant que les médecins se sentent moins découragés face à la problématique du tabac s'ils exercent en groupe plutôt que seuls (tableau 2).

Notre étude n'a pas recherché les déterminants du découragement face au tabagisme chez les médecins généralistes, mais il n'est pas illogique de penser que l'isolement pourrait en être un. Dans ce cas, les nouveaux modes d'exercice privilégiés par les jeunes généralistes, en maisons de santé pluri-disciplinaires, pourraient être favorables à la problématique du tabac. Notamment, un des médecins interrogés par téléphone a affirmé ne pas se sentir découragé par le sevrage tabagique du fait de la présence en maison de santé d'une infirmière ASALEE

assurant une éducation thérapeutique face aux pathologies liées au tabac pour les patients volontaires.

Tableau 2 : Découragement face au tabac selon le mode d'exercice [nombre (%)].

Mode d'exercice	Découragement face au tabac	
	Oui	Non
Groupe	10 (41,7%)	14 (58,3%)
Seul	5 (55,6%)	4 (44,4%)

Test de Fisher, $p=0.70$

Très peu de médecins - 2 (6.1%) à 4 (12.1%) selon les questions 7 ou 8 - avaient adressé eux-mêmes le patient en réhabilitation respiratoire, alors même que 23 (69.7%) répondaient connaître un centre de réhabilitation respiratoire avant cette prise en charge.

Notre échantillon est ici trop faible pour rechercher si le milieu d'exercice favorise l'envoi d'un patient à un spécialiste dans un but de réaliser une réhabilitation respiratoire.

19 (57.6%) médecins avaient adressé leur patient au pneumologue devant l'apparition de symptômes, et seulement 1 (3%) médecin pour un dépistage systématique selon les critères plus de 40 ans et plus de 20 PA.

Ces résultats étaient attendus puisque l'on sait que la plupart des BPCO sont diagnostiquées à un stade III ou IV, donc à un stade le plus souvent symptomatique. De même, dans une étude de 2001 sur le comportement des médecins face au tabac et à ses conséquences (31), seuls 3% des médecins avaient déclaré demander des examens respiratoires de manière systématique chez les patients à risque de BPCO.

6.5. Evolution des pratiques de dépistage et de prise en charge de la BPCO :

6.5.1. Amélioration du dépistage... :

Les résultats de notre étude sont positifs en ce qui concerne une amélioration des pratiques de dépistage de la BPCO.

Le critère de sentiment d'amélioration de plus de 25% est respecté puisque 9 (27.3%) médecins estiment dépister plus fréquemment la BPCO dans la population cible, et 15 (45.5%) déclarent une augmentation de la recherche des symptômes respiratoires.

Dans ses recommandations sur l'arrêt de la consommation de tabac (32), la HAS recommande un dépistage du tabagisme, en termes de quantité et durée de consommation chez tous les patients (résultats en Paquet-Année). Il est aussi recommandé que ces données soient notées dans le dossier du patient. Ainsi, dans cet article de 2001 (31), les auteurs montraient que seulement 26% des médecins calculaient la consommation du patient en PA. Sur ce critère, notre étude retrouve une amélioration de 36.4%, soit 9 médecins sur 33 qui affirment avoir amélioré leur connaissance du tabagisme de leurs patients.

6.5.2. ...Mais pas de l'utilisation des mesures de souffle :

Nous souhaitons rechercher une augmentation de l'utilisation des mini-spiromètres et spiromètres chez les médecins ayant été thésés après la parution du plan BPCO de 2005. Malheureusement, la faible population ne nous permet pas de conclure à ce sujet ($p=1$), et dans notre échantillon, il ne semble pas y avoir eu de modification des pratiques de diagnostic de la BPCO en médecine libérale suite aux recommandations de ce programme (tableau 3).

Tableau 3 : Fréquence d'utilisation d'un mini-spiromètre ou spiromètre selon l'année d'obtention de la thèse [nombre (%)].

Année obtention thèse	Utilisation mini-spiromètre ou spiromètre	
	Oui	Non
Après 2005 (plan BPCO)	0 (0%)	6 (100%)
Avant 2005	2 (7%)	25 (93%)

Test de Fisher, $p=1$

Les résultats montrent aussi que 15 (45.5%) des médecins interrogés disent utiliser un Peak-Flow comme mesure de souffle afin de dépister la BPCO. Nous avons initialement décidé de mettre l'item « Peak-flow » ou débit expiratoire de pointe (DEP) dans les propositions de réponse de la mesure de l'obstruction bronchique dans la BPCO afin de savoir si les méthodes permettant effectivement ce type de mesure étaient connues des généralistes. Pour les médecins ayant répondu par téléphone j'ai systématiquement précisé que la question portait sur une mesure de souffle spécifique de la BPCO.

Ces résultats assez étonnants sont finalement concordants avec cette même étude de 2001 parue dans la revue du praticien (31), dans laquelle 14% des médecins disaient utiliser un DEP systématiquement comme mesure du souffle pour dépister la BPCO et ce chiffre montait à 27% devant l'apparition de symptômes de BPCO.

Cela évoque malheureusement le fait que la mise en œuvre du plan BPCO de 2005 n'a pas permis d'améliorer l'information et la formation des médecins généralistes concernant les mesures de dépistage de la cette pathologie.

6.5.3. Il reste de l'espoir :

Cependant, l'échec de l'utilisation des mini-spiromètres en médecine de ville oriente plutôt la tendance actuelle vers une réalisation de spirométries complètes par les généralistes, ce qui leur permettrait d'être entièrement autonomes pour le diagnostic et le traitement de la BPCO. Il est rassurant de constater que 13 (39.4%) médecins de notre étude se disent intéressés par la réalisation de ces spirométries au cabinet suite à la prise en charge de leur patient en réhabilitation respiratoire.

Comme nous pouvions nous y attendre, la réalisation de spirométries est plus souvent envisagée par les médecins exerçant en groupe que par les médecins exerçant seuls, ce qui semble cohérent compte tenu du partage du temps et des frais de matériel (tableau 4), avec des résultats toujours dépendants du faible effectif mais se rapprochant de la significativité ($p=0.26$).

Tableau 4 : Réflexion sur la réalisation de spirométries complètes en médecine de ville selon le mode d'exercice [nombre (%)].

Mode d'exercice	Spirométries envisagées au cabinet	
	Oui	Non
Groupe	11 (45,8%)	13 (54,2%)
Seul	2 (22,2%)	7 (77,8%)

Test de Fisher, $p= 0.26$

De plus, 17 (51.5%) médecins de notre étude affirment adresser plus souvent qu'auparavant les patients suspects de BPCO au spécialiste pour réalisation d'une épreuve fonctionnelle respiratoire de confirmation. Avec un résultat se rapprochant de la significativité ($p=0.12$), il semblerait que ce sont plutôt les médecins dépistant plus fréquemment la BPCO qui adressent plus souvent ces mêmes patients pour EFR (tableau 5).

Tableau 5 : Envoi des patients au spécialiste pour EFR en fonction du sentiment d'augmentation du dépistage de la BPCO en population cible [nombre(%)].

Dépistage plus fréquent	Patient plus souvent adressé pour EFR	
	Oui	Non
Oui	7 (77,8%)	2 (22,2%)
Non	10 (41,7%)	14 (58,3%)

Test de Fisher, $p=0.12$

Ceci permet une amélioration de l'utilisation de la gradation thérapeutique afin d'adapter le traitement au stade de la BPCO chez 12 (36.4%) des médecins de notre étude. 12 médecins qui, malgré un résultat non significatif du fait du faible échantillon, pourraient être de manière logique ceux qui s'intéressent plus au stade de la BPCO en adressant les patients au pneumologue pour EFR (tableau 6).

Tableau 6 : Amélioration de l'utilisation de la gradation thérapeutique (GT) en fonction de l'augmentation de la demande d'EFR [nombre (%)].

Augmentation demande EFR	Augmentation utilisation GT	
	Oui	Non
Oui	7 (41,2%)	10 (58,2%)
Non	5 (31,3%)	11 (68,7%)

Test du Chi 2 avec correction de Yates, $p=0.82$

En revanche, la faible taille de l'échantillon ne permet pas de savoir si ces médecins qui recherchent plus souvent les symptômes de BPCO (tableau 7) ou qui demandent plus souvent des EFR pour leurs patients (tableau 8) envisagent de réaliser des spirométries au cabinet afin d'acquérir plus d'autonomie dans cette prise en charge. Nos résultats semblent montrer l'inverse pour ceux qui demandent plus souvent une EFR mais avec un $p=0.39$ il est difficile de conclure sans prendre de risque (tableau 8).

Tableau 7 : Réflexion sur la réalisation de spirométries complètes au cabinet selon le motif d'envoi initial pour symptômes [nombre (%)].

Envoi pour symptômes	Spirométries envisagées au cabinet	
	Oui	Non
Oui	8 (42,1%)	11 (57,9%)
Non	5 (35,7%)	9 (64,3%)

Test du Chi2 avec correction de Yates, $p=0.99$

Tableau 8 : Proportion de médecins envisageant la réalisation de spirométries complètes au cabinet en fonction de l'augmentation de la demande d'EFR [nombre (%)].

Augmentation demande EFR	Spirométries envisagées au cabinet	
	Oui	Non
Oui	5 (29,4%)	12 (70,6%)
Non	8 (50,0%)	8 (50,0%)

Test du Chi2 avec correction de Yates, $p=0.39$

La prise en charge de leur patient et la réception du courrier de sortie a semblé interroger les médecins sur leur maîtrise de la BPCO car 27 (81.8%) d'entre eux ont ressenti un besoin de formation sur ce sujet et 18 (54.5%) ont déjà effectué une formation d'au moins une soirée sur ce thème.

Selon un rapport de la DRESS (33), l'agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC) a indiqué que 45% des médecins ont effectué une formation médicale continue sur l'année 2014. Et sur un mode déclaratif, selon une étude de 2007, plus de 75% des médecins déclaraient avoir participé à au moins une soirée de formation sur l'année et environ 80% ressentaient annuellement un besoin de formation. Ceci semble cohérent avec les résultats obtenus dans cette étude.

6.6. Réhabilitation respiratoire :

6.6.1. Quelle évolution de la considération de la réhabilitation respiratoire ?

Après la sortie de leur patient de l'établissement du Moulin Vert, notre objectif est atteint puisque 17 (51.5%) médecins affirmaient avoir adressé un patient à un pneumologue en pensant lui faire réaliser un stage de réhabilitation respiratoire.

Ce résultat est important à souligner. Dans la première partie du questionnaire, et malgré le fait que 23 (69.7%) médecins connaissaient un établissement de réhabilitation respiratoire, seulement 4 (12.1%) avaient déjà adressé le patient à un pneumologue dans le but de lui faire réaliser un stage de réhabilitation respiratoire. Ce résultat est d'ailleurs probablement surestimé par le fait que dans notre méthodologie, si un médecin avait eu au cours des 24 mois d'étude plusieurs patients pris en charge au Moulin Vert, nous avons décidé de l'interroger sur le dernier patient pris en charge dans l'ordre chronologique afin de minimiser le biais de mémoire. Il est donc probable que parmi ces 4 (12.1%) médecins, certains aient pensé eux-mêmes à un stage au Moulin Vert car un autre de leur patient y avait déjà été admis.

Nous pouvons ainsi remarquer que le nombre de médecins ayant adressé un patient en pensant à une réhabilitation respiratoire passe à 17 (51.5%) après la prise en charge d'au moins un de leurs patients.

Cela signifie qu'il ne suffit pas qu'un médecin connaisse un établissement effectuant de la réhabilitation respiratoire pour qu'il pense lui-même à en faire bénéficier ses patients. Il faut qu'il ait reçu, au travers d'un patient, une information spécifique sur la réalisation du stage et ses bénéfices, lus dans le courrier et constatés chez le patient.

La question de la difficulté de prescription de la réhabilitation respiratoire par le médecin généraliste revient souvent pour justifier ce faible chiffre (28), les pistes de réflexion invoquées dans cet article sont l'augmentation de la proximité des centres, de l'information des médecins généralistes et le positionnement de la RR comme un traitement d'égale importance aux médicaments dans la BPCO. Nous pouvons donc remarquer que pour nos

médecins chez qui ces trois facteurs d'amélioration invoqués sont présents, les résultats sont en effet très positifs.

Plusieurs médecins contactés par téléphone ont invoqué le fait qu'ils ne savaient pas comment « prescrire » une réhabilitation respiratoire, notamment lorsqu'ils souhaitaient que celle-ci soit réalisée au domicile. Il semble important aujourd'hui de communiquer sur le fait que la réhabilitation respiratoire se fait au sein de structures hospitalières, ambulatoires ou de réseaux déjà établis, pour lesquels les médecins peuvent se renseigner sur le site « alvéole » de la SPLF, à travers la carte de la réhabilitation respiratoire (34). D'autre part, il existe des réseaux informels lorsque certaines régions n'ont pas eu les moyens d'en créer de plus officiels. Dans notre cas par exemple, les médecins sont informés de leur existence via le courrier de fin de prise en charge du patient au Moulin Vert. Il est nécessaire de les rassurer sur le fait que contrairement à leurs craintes, le rôle de coordinateur des différents intervenants de cette réhabilitation respiratoire ne leur incombe pas, ce travail de coordination étant déjà effectué au sein des différentes structures.

6.6.2. Des enjeux de maintien des acquis intégrés :

Les réponses quasi unanimes aux questions relatives à la poursuite de l'activité physique suggèrent que les médecins généralistes ont bien compris le bénéfice de l'activité physique sur la fonction respiratoire des patients.

Les suggestions de moyens d'accompagnement pour le maintien de l'activité physique présentes dans les courriers de sortie des patients ont été lues et retenues par 15 (45.5%) des médecins participants, ce qui répond positivement à notre objectif. Ceux interrogés par téléphone connaissaient au moins une des associations évoquées dans ce courrier (ADRREP, « Coach Athlé » ou « Rando Santé »).

6.7. Evolution des représentations sur le tabagisme :

Nous nous attendions à ce que la facilité d'accès à un centre de réhabilitation respiratoire associé à la constatation des bénéfices sur leur patient permettent aux médecins généralistes qui se sentaient découragés par le tabac de pouvoir contourner l'obstacle de l'arrêt du tabagisme dans la prise en charge de la BPCO et de se sentir moins limités par le tabac en général.

Notre objectif semble atteint puisque 16 (48.5%) médecins participants ont déclaré que la réhabilitation respiratoire pouvait permettre de contourner cet obstacle et 9 (27.3%) qu'ils se sentaient moins limités par la poursuite du tabac. Malheureusement, l'analyse bivariée ne réussit pas à démontrer que ce sont les médecins qui se sentaient initialement découragés par le tabac dans la BPCO qui se sentent moins limités au final. Ces résultats sont toujours à considérer avec prudence, le faible effectif ne permettant pas de conclure avec significativité ($p=1$ pour les tableaux 9 et 10).

Tableau 9 : Diminution du sentiment d'obstacle lié à l'arrêt du tabac grâce à la réhabilitation respiratoire selon le découragement initial par le tabac dans la BPCO [nombre (%)].

Découragement	Impression d'obstacle diminuée	
	Oui	Non
Oui	6 (42,9%)	7 (57,1%)
Non	10 (52,6%)	9 (47,4%)

Test du Chi2 avec correction de Yates, $p=1$

Tableau 10 : Diminution du sentiment général de limitation lié au sevrage tabagique selon le découragement initial lié au tabac dans la BPCO [nombre (%)].

Découragement	Impression limitation diminuée	
	Oui	Non
Oui	4 (28,6%)	10 (71,4%)
Non	5 (26,3%)	14 (73,7%)

Test de Fisher, $p=1$.

7. Conclusion :

Par son rôle de premier recours et la grande prévalence de cette pathologie, chaque médecin voit en moyenne un patient atteint de BPCO par jour.

Selon les résultats de notre étude, on pourrait penser qu'un seul patient pris en charge en réhabilitation respiratoire permettrait de modifier positivement la pratique de son médecin traitant concernant la BPCO et l'inciterait à adresser lui-même d'autres patients en stage.

Avec cette prise en charge, les médecins généralistes qui en doutaient ont la preuve de l'efficacité de la réhabilitation respiratoire et non plus seulement l'information de cette efficacité.

Le découragement de près d'un médecin sur deux face au tabac pourrait expliquer l'échec du plan BPCO de 2005.

Il est impossible de motiver tous les médecins traitants sur ce sujet, comme le montre notre taux de participation, mais à la lecture de nos résultats, la réhabilitation respiratoire semblerait être le moyen de d'intéresser de nouveau les généralistes à la prise en charge de la BPCO et de contourner leur découragement face au tabac.

Suite aux entretiens avec les généralistes ayant accepté de participer à notre étude, deux points semblent importants à considérer pour poursuivre la regain de motivation des médecins :

-La réhabilitation respiratoire devrait être promue de manière plus soutenue comme traitement à part entière de la BPCO dans la formation primaire des médecins, et il serait bénéfique d'éclaircir les modalités d'entrée des patients, la crainte d'une prescription et d'une coordination complexes semblant être des freins chez de nombreux généralistes.

-Les nouveaux modes d'exercice pluri-professionnels en maisons de santé sembleraient, en libérant du temps médical, favoriser la motivation des généralistes et leur permettre de varier leurs pratiques en se formant à de nouvelles compétences.

Dans un récent mémoire du diplôme inter universitaire de réhabilitation respiratoire (35), Camille Badatcheff, interne en médecine générale, suggérait que les généralistes étaient demandeurs d'un « retour » sur ce qu'il se passe en centre de réhabilitation respiratoire. Notre étude confirme bien qu'un retour d'information est bénéfique au dépistage et à la prise en charge de la BPCO par les médecins généralistes.

Ces résultats restent fragiles compte tenu de notre effectif et d'autres études plus larges devraient être réalisées afin de les confirmer.

8. Bibliographie :

- 1) Fuhrman C, Delmas MC, pour le groupe épidémiologie et recherche clinique de la SPLF. Epidémiologie descriptive de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France. Rev Mal Respir. Fev 2010;27(2):160-8
- 2) Programme National de Réduction du Tabagisme : Vers une France sans tabac 2014-2019. Commandité par le ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. [Internet]. [cité 7 juill 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
- 3) Programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) 2005-2010 « connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO ». Commandité par le ministère de la santé et des solidarités. [Internet]. [cité 27 févr 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_bpcopdf.pdf
- 4) GOLD 2017. Guide poche pour le diagnostic, le traitement et la prévention. Guide pour les professionnels de santé. Rapport 2017. [Internet]. [cité 7 juill 2017]. Disponible sur: <http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/04/wms-GOLD-2017-Pocket-Guide-Final-French.pdf>
- 5) Hill K, Goldstein RS, Guyatt GH, Blouin M, Tan WC, Davis LL, et al. Prevalence and underdiagnosis of chronic obstructive pulmonary disease among patients at risk in primary care. CMAJ. 20 avr 2010;182(7):673-8.
- 6) OMS. Principales causes de mortalité dans le monde [Internet]. [cité 4 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/fr/>
- 7) OMS. Charge de morbidité due à la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) [Internet]. [cité 4 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/respiratory/copd/burden/fr>

- 8) Fondation du Souffle. BPCO. [Internet]. [cité 7 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.lesouffle.org/maladie/bpco-broncho-pneumopathie-chronique-obstructive/>
- 9) Claustre J, Pison C. BPCO: comment dépister. Rev Prat Med Gen. Mai 2015;29(942):417-22.
- 10) Chambellan A, Housset B. Dépistage et diagnostic précoce de la BPCO en médecine générale. Rev Mal Respir. 2014;31:391-393.
- 11) Darmon D, Roche N, Ghasarossian C, Stach B, Cittée J, Housset B. Détection de la BPCO en médecine générale : quelle perspective ? Rev Mal Respir. févr 2015;32(2):94-6
- 12) Mapel DW, Dalal AA, Johnson P, Becker L, Hunter AG. A Clinical Study of COPD Severity Assessment by Primary Care Physicians and Their Patients Compared with Spirometry. Am J Med. 1 juin 2015;128(6):629-37
- 13) Lorenzo A, Morin C. Des spirométries en médecine générale ? Tout reste à faire... Le point de vue de médecins généralistes. Rev Mal Respir. 2015;32:91-93.
- 14) Surpas P, Stelianides S. Qu'est-ce que la réhabilitation respiratoire en 2015 ? Rev Mal Respir. 2015;32 :893-894.
- 15) Surpas P. Réhabilitation respiratoire. Rev Prat. Fev 2012;26(876):149-150.
- 16) McCarthy B, Casey D, Devane D, Murphy K, Murphy E, Lacasse Y. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2015 [cité 14 nov 2016]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003793.pub3/abstract>

- 17) Grosbois JM, Bart F, Aron C et al. Modalités de suivi et évaluation de l'efficacité de la réhabilitation respiratoire à long terme. Rev Mal Respir. 2005;22:112-118
- 18) Moullec G, Ninot G, Varray A, Prefaut C. Quelles solutions pour l'après-réhabilitation des patients BPCO? Rev Mal Respir. 2007;24:121-132
- 19) HAS. Guide du parcours de soins. Bronchopneumopathie chronique obstructive. [Internet]. [cité 21 avr 2017]. Disponible sur: http://splf.fr/wp-content/uploads/2014/07/guide_parcours_de_soins_bpco_finale.pdf
- 20) Foglio K, Bianchi L, Bruletti G et al. Seven-year time course of lung function, symptoms, health-related quality of life, and exercise tolerance in COPD patients undergoing pulmonary rehabilitation programs. Respir Med. 2007;101:1967-70 [Internet]. [cité 5 mai 2017]. Disponible sur: [http://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111\(07\)00149-7/pdf](http://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111(07)00149-7/pdf)
- 21) Santana VTS, Squassoni SD, Neder JA, Fiss E. Influence of current smoking on adherence and responses to pulmonary rehabilitation in patients with COPD. Brazilian Journal of Physical Therapy. févr 2010;14(1):16-23
- 22) Urban T. Sevrage tabagique et réhabilitation respiratoire. Rev Mal Respir. 2005;22:84-85 [Internet]. [cité 21 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.rev-mal-respir.com/showarticlefile/157240/index.pdf>
- 23) Postolache P, Nemeş R-M, Petrescu O, Merişanu I-O. Smoking cessation, pulmonary rehabilitation and quality of life at smokers with COPD. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi. mars 2015;119(1):77-80
- 24) Bednarek M, Gorecka D, Wielgomas J, Czajkowska-Malinowska M, Regula J, Mieszko-Filipczyk G, et al. Smokers with airway obstruction are more likely to quit smoking. Thorax. oct 2006;61(10):869-73.

- 25) Jebrak G. Recommandations et prise en charge de la BPCO en France: les recommandations sur la prise en charge de la BPCO ne sont pas suivies dans la vraie vie ! Rev Mal Respir. 2010 ;27(1):11-8. [Internet]. 2009 [cité 16 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/showarticlefile/240445/main.pdf>
- 26) Raheison C, Berteaud E, Bernady A, Blanchard E, Casteigt J, Nocent-Eijnani C, et al. Comment sont pris en charge les patients BPCO ? Données de la cohorte Palomb. Rev Mal Respir. 1 janv 2016;33:A19-20.
- 27) Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C, et al. An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Key Concepts and Advances in Pulmonary Rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med. 15 oct 2013;188(8):e13-64
- 28) Surpas P. Pourquoi la réhabilitation respiratoire est-elle si peu prescrite? Comment y remédier? [Internet]. [cité 22 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/showarticlefile/240452/main.pdf>
- 29) Lemoigne E, Desplans J, Lonsdorfer E. Stratégies de la réhabilitation respiratoire. Rev Mal Respir. 2005;22:100-11. [Internet]. [cité 7 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/showarticlefile/157244/index.pdf>
- 30) Depinoy D, Vannobel R. Médecins généralistes et patients fumeurs: des occasions manquées? Rev Prat Med Gen. 2006;20:181-6 [Internet]. [cité 19 déc 2015]. Disponible sur: http://ns226617.ovh.net/MG/2006/720/MG_2006_720_181.pdf
- 31) Garrigues-Naserzadeh N, Sasco AJ, Lang F, Vergnon JM. Le médecin généraliste face à un patient fumeur. Rev Prat Med Gen. 2002;16(571):600-4. [Internet]. [cité 4 déc 2015]. Disponible sur: http://ns226617.ovh.net/MG/2002/571/MG_2002_571_600.pdf

- 32) HAS. Recommandations de bonnes pratiques. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. 2014 [Internet]. [cité 4 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/reco2 clics arret de la consommation de tabac 2014 2014-11-13 10-51-48 441.pdf>
- 33) Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. La formation continue des professionnels de santé [Internet]. [cité 18 juill 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche15-3.pdf>
- 34) Société de pneumologie en langue française. Groupe Alvéole. La carte de la réhabilitation [Internet]. [cité 26 févr 2016]. Disponible sur: <http://splf.fr/groupes-de-travail/groupe-alveole/la-carte-de-la-rehabilitation/>
- 35) Badatcheff C. Point de vue du médecin généraliste sur sa place dans la réhabilitation respiratoire à partir de quatre entretiens et perspectives. [Mémoire pour l'obtention du diplôme inter universitaire de réhabilitation respiratoire]. Nantes : université de Nantes, faculté de médecine de Nantes. 2016.

9. Annexes :

- 1) Lettre informative adressée par courrier aux médecins inclus.

- 2) Questionnaire adressé par courrier aux médecins inclus.

- 3) Tableau brut de recueil de données.

Annexe 1 : Lettre informative adressée par courrier aux médecins inclus.



Poitiers le 23/01/2017,

Cher confrère, chère consœur,

Je réalise actuellement ma thèse de médecine générale sur le thème de la prise en charge de la BPCO post-tabagique par le médecin traitant.

Ce travail est dirigé par le Professeur Jean-Christophe Poutrain, professeur de médecine générale de la faculté de Toulouse, présidé par le Professeur Jean-Claude Meurice, chef de service de pneumologie du CHU de Poitiers, et réalisé en collaboration avec le Docteur Fabrice Caron, pneumologue coordonateur du centre de réhabilitation du Moulin Vert à Nieuil-l'Espoir.

Le plan BPCO de 2005 et les dernières recommandations HAS visent à impliquer le médecin généraliste au centre du dépistage et de la prise en charge de cette pathologie, méconnue du grand public et pourtant bientôt 3^{ème} cause mondiale de décès.

Malheureusement, les efforts fournis en ce sens depuis ce plan ce sont révélés insuffisants pour répondre à un tel objectif.

Je sollicite ainsi votre aide, tenant compte du fait que votre patient(e) M(me) a été pris(e) en charge pour une BPCO post-tabagique au Moulin vert en

Vous trouverez ci-joint le questionnaire de ma thèse auquel je vous demanderai de répondre par téléphone dans les semaines suivantes, durant un entretien d'environ 5 minutes. A cet effet je me permettrai de vous contacter sans tarder.

Vous remerciant par avance pour votre aide,

Bien confraternellement,

Claire Poutrain

poutrain.claire@neuf.fr
06 59 30 72 68

Annexe 2 : Questionnaire adressé par courrier aux médecins inclus.

Questionnaire :

1) Etes-vous un homme ou une femme?

Homme / femme

2) Exercez-vous en milieu rural (moins de 2000 habitants), semi-rural ou en ville (plus de 10 000 habitants)?

Rural / semi-rural / ville

3) Exercez-vous seul ou en groupe?

Seul / en groupe

4) En quelle année avez-vous obtenu votre thèse ?

Généralités sur la BPCO post-tabagique:

5) Vous sentez-vous découragé par le sevrage tabagique en général?

Oui / non

6) Vous sentez-vous découragé par le sevrage tabagique dans la BPCO?

Oui / non

7) Est-ce vous ou un pneumologue qui avez adressé le patient en réhabilitation respiratoire (RR)?

Vous / Pneumologue

8) Pourquoi avoir adressé le patient au pneumologue?

Dépistage systématique de la BPCO / symptômes, plainte / Rendez-vous de contrôle demandé par le pneumologue / bilan pré-réhabilitation / ne sait plus.

9) Connaissiez-vous avant cette hospitalisation un établissement de RR?

Oui / non

Dépistage/ prise en charge de la BPCO post-tabagique:

10) Depuis la RR de votre patient, diriez-vous plus fréquemment dépister la BPCO dans la population cible? (plus de 40 ans et plus de 20 PA).

Oui / non

11) En terme de consommation de tabac ?

Oui / non

12) En terme de PA ?

Oui/non

13) La notion de tabagisme est-elle plus souvent indiquée dans le dossier médical?

Oui / non

14) En terme de recherche de symptômes ?

Oui / non.

15) En utilisant une mesure de souffle: peak-flow (débitmètre de pointe) / mini-spiromètre (Piko-6 ou Neo-6, BPCO-6) / spiromètre/ non

16) Adressez-vous plus souvent les patients concernés chez le pneumologue pour réalisation d'une EFR?

Oui / non

17) Avez-vous pensé à réaliser vous-même des spirométries au cabinet?

Oui / non

18) Diriez-vous plus souvent utiliser la gradation thérapeutique afin d'adapter le traitement médicamenteux?

Oui / non

19) Avez-vous ressenti un besoin de formation sur le sujet de la BPCO depuis cette prise en charge?

Oui / non / formation effectuée

Réhabilitation respiratoire:

20) Avez-vous depuis adressé vous-même un patient à un pneumologue dans un but de RR?

Oui / non

21) Posez-vous systématiquement aux patients après RR la question de l'activité physique?

Oui / non

22) Voyez-vous un intérêt dans le maintien de l'activité physique?

Oui / non

23) Avez-vous connaissance des différentes possibilités d'accompagnement des patients dans le cadre du maintien des acquis disponibles sur votre secteur?

Oui / non

Représentation du tabagisme:

24) Vous semble-t-il maintenant que la RR peut permettre de contourner l'obstacle de l'arrêt du tabac dans la prise en charge de la BPCO?

Oui / non

25) Vous sentez-vous moins limité par la problématique de l'arrêt du tabagisme?

Oui / non

Annexe 3 : Tableau brut de recueil de données.

Médecins	Sexe	milieu	groupe	anthe<>2005	decourag	decouragbpcc
1	F	R	G	apres	0	0
2	H	V	S	avant	1	0
3	F	SR	G	avant	1	1
4	F	R	G	apres	0	0
5	F	V	G	avant	0	0
6	H	V	G	apres	0	1
7	H	V	G	apres	0	1
8	F	V	G	avant	0	0
9	H	SR	S	avant	0	0
10	H	SR	G	avant	1	1
11	H	V	S	avant	0	0
12	F	SR	G	apres	0	0
13	H	SR	G	avant	0	1
14	H	R	G	avant	1	1
15	H	V	G	avant	0	0
16	H	V	S	avant	1	0
17	H	SR	G	avant	1	1
18	F	R	S	avant	1	1
19	H	V	S	avant	1	0
20	H	V	G	avant	1	1
21	F	SR	G	apres	1	0
22	H	SR	G	avant	0	0
23	H	SR	G	avant	1	1
24	F	R	G	avant	0	0
25	F	SR	G	avant	1	1
26	H	V	G	avant	1	1
27	H	SR	S	avant	0	0
28	H	SR	G	avant	0	0
29	H	V	S	avant	0	0
30	H	SR	G	avant	1	1
31	H	V	G	avant	0	0
32	H	R	G	avant	0	0
33	H	V	S	avant	1	1

HOMMES	MILIEU R	GROUPE	AVANT 2005	15	14
23	6	24	27	45,5%	42,4%
69,7%	18,2%	72,7%	81,8%		
FEMMES	MILIEU SR	SEUL	APRES 2005		
10	13	9	6		
30,3%	39,4%	27,3%	18,2%		
	MILIEU V				
	14				
	42,4%				

envoirr	motifsyst	motifsymp	motifcontr	motifbilan	motifnsp	rrconnu	
P	0	1	0	0	0	0	0
P	0	0	1	0	0	0	1
P	0	1	0	0	0	0	1
P	0	0	1	0	0	0	1
P	0	1	0	0	0	0	0
P	0	1	0	0	0	0	1
P	0	0	0	0	0	1	1
P	0	1	0	0	0	0	0
P	0	0	1	0	0	0	1
P	0	0	1	0	0	0	1
P	0	1	0	0	0	0	0
P	0	0	1	0	0	0	1
G	0	0	0	0	1	0	1
G	0	1	0	0	0	0	0
P	0	0	0	0	1	0	1
P	0	1	0	0	0	0	1
P	0	1	0	0	0	0	1
P	0	1	0	0	0	0	0
G	0	1	0	0	0	0	1
P	0	0	1	0	0	0	0
P	0	1	0	0	0	0	1
P	0	0	1	0	0	0	1
P	0	1	0	0	0	0	1
P	0	0	1	0	0	0	1
P	0	1	0	0	0	0	1
P	1	0	0	0	0	0	1
P	0	0	0	0	0	1	1
P	0	1	0	0	0	0	0
P	0	1	0	0	0	0	1
P	0	0	1	0	0	0	0
P	0	1	0	0	0	0	1
P	0	0	1	0	0	0	0
P	0	1	0	0	0	0	1
G	0	1	0	0	0	0	1

PNEUMO: 1 19 9 2 2 23
 29 3,0% 57,6% 27,3% 6,1% 6,1% 69,7%

87,9%

GENERAL:

4

12,1%

depistplus	consotaba	paqannee	tabadossier	rechsympt	mespeakf	mesminspiro	
0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	1	1	0
0	0	0	0	0	0	1	0
0	0	0	0	0	0	1	0
0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	0	0
0	0	0	0	0	0	1	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	0	0
0	0	1	1	1	1	1	0
0	1	1	1	1	1	1	0
1	1	1	1	1	1	1	0
1	1	1	1	1	1	0	1
0	0	0	0	1	1	1	0
0	0	0	0	0	0	1	0
0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	0	0	0	1	1	0
1	0	1	1	1	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	1	0	0	0	1	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	1	1	1	1	1	0
1	1	1	1	1	1	1	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	1	1
0	0	0	0	0	1	1	0
1	1	1	1	1	1	0	0
1	1	1	1	0	1	0	0
9	11	12	11	15	15	2	
27,3%	33,3%	36,4%	33,3%	45,5%	45,5%	6,1%	

messpiro	mesnon	pneumoefr	spirocab	gradtherap	formation	formeffect
0	1	1	0	1	1	0
0	0	1	0	1	1	1
0	0	1	0	0	1	1
0	0	0	0	0	0	0
0	1	1	0	0	0	0
0	1	1	1	0	1	1
0	0	0	0	0	1	1
0	1	0	0	0	1	0
0	1	0	0	0	1	1
0	1	0	1	0	1	1
0	1	1	0	0	1	1
0	0	1	0	1	1	0
0	0	1	0	0	1	0
0	0	1	0	0	1	1
0	0	1	0	1	1	0
0	0	1	1	0	0	1
0	0	0	1	0	1	1
0	0	0	1	0	1	1
0	0	1	0	0	1	0
0	1	1	1	0	1	0
0	0	0	0	0	1	1
0	0	0	1	1	1	0
0	0	1	0	1	1	1
1	0	0	1	1	1	1
0	0	1	1	1	1	0
0	0	0	0	0	1	1
0	1	0	0	0	0	0
0	1	0	1	1	1	0
0	1	0	0	0	0	0
0	0	0	1	0	1	1
0	0	1	1	0	0	0
1	0	0	1	1	1	1
0	1	1	0	1	1	1
2	12	17	13	12	27	18
6,1%	36,4%	51,5%	39,4%	36,4%	81,8%	54,5%

pneumorr	questaphy	interet	accompconnu	obstacletaba	moinlimite
0	1	1	0	0	0
0	1	1	1	1	1
0	1	1	1	0	0
1	1	1	1	0	0
0	1	1	1	1	0
0 nsp		1	0	0	0
1	0	1	1	1	0
0	1	1	1	0	0
0	1	1	0	0	0
1	1	1	0	0	1
1	1	1	0	1	0
1	1	1	1	1	0
1	1	1	0	0	0
1	1	1	1	0	0
1	1	1	0	1	1
0	1	1	0	0	0
1	1	1	0	1	0
0	1	1	0 nsp		0
1	1	1	0	1	1
0	1	1	0	1	1
0	1	1	0	1	1
0	1	1	1	0	0
0	1	1	0	1	0
1	1	1	1	1	0
1	1	1	1	0	0
1	1	1	1	0	0
0	1	1	0	0	0
1	1	1	1	0	0
0	1	1	0	1	0
1	1	1	1	1	1
1	1	1	0	0	0
1	1	1	1	1	1
0	1	1	0	1	1
17	31	33	15	16	9
51,5%	93,9%	100,0%	45,5%	48,5%	27,3%

10. Résumé :

Introduction : la broncho-pneumopathie chronique obstructive est un problème majeur de santé publique, 5^{ème} cause de décès en France. Trop peu de cas sont diagnostiqués et traités selon les recommandations. Le médecin généraliste est le mieux placé en premier recours pour le dépistage et le traitement de cette pathologie, dont le but est de soulager les symptômes, de réduire les évènements morbides et d'améliorer la qualité de vie des patients. L'amélioration de la prise en charge doit passer par la disponibilité de centre de réhabilitation respiratoire. Nous avons cherché à savoir si la proximité d'un tel centre et le stage d'un de leur patient permettent aux généralistes d'améliorer leur prise en charge de la BPCO.

Méthode : nous avons réalisé une étude descriptive mono-centrique. 102 questionnaires et courriers d'information ont été adressés aux médecins traitant de patients pris en charge au centre de réhabilitation respiratoire du Moulin vert de Nieuil-L'Espoir entre 12 et 36 mois avant le recueil pour une BPCO post-tabagique.

Résultats : 33 (32.4% de participation) questionnaires ont été recueillis puis analysés. Le critère d'amélioration des pratiques de plus de 25% des médecins est respecté pour quasiment l'ensemble des critères. 9 (27.3%) estiment plus dépister la BPCO, 17 (51.5%) demandent plus d'EFR, 12 (36.4%) utilisent plus la gradation thérapeutique et 33 (100%) voient un intérêt au maintien de l'activité physique. Seule la mesure du souffle au cabinet n'est pas améliorée avec 2 (6.1%) médecins pratiquant des spirométries ou mini-spirométries. Mais 13 (39.4%) médecins envisagent de réaliser des spirométries complètes dans le futur. Le sentiment de limitation liée au tabac est diminué chez 9 (27.3%) médecins.

Discussion et conclusion : il semblerait que l'entrée d'un de leur patient en réhabilitation respiratoire permette aux médecins de se réintéresser à la BPCO, d'améliorer leur pratique, et d'y adresser eux même des patients comme 17 (51.5%) d'entre eux l'ont fait. Les nouveaux modes de pratiques en maisons pluridisciplinaires sembleraient accentuer ces améliorations. La formation primaire des médecins devrait insister sur la place et les modes de prescription de la réhabilitation respiratoire dans le traitement de la BPCO.



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

