

MINISTERE DE LA SANTE
REGION LORRAINE
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE
DE NANCY

**IMPACT D'UN REPERAGE DE LA B.P.C.O. PAR LE
MASSEUR-KINESITHERAPEUTE EN SERVICE DE
READAPTATION FONCTIONNELLE**

Mémoire présenté par **Camille PONS**
étudiante en 3^{ème} année de masso-kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat
de Masseur-Kinésithérapeute
2014-2015

MINISTERE DE LA SANTE
REGION LORRAINE
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE
DE NANCY

**IMPACT D'UN REPERAGE DE LA B.P.C.O. PAR LE
MASSEUR-KINESITHERAPEUTE EN SERVICE DE
READAPTATION FONCTIONNELLE**

Mémoire présenté par **Camille PONS**
étudiante en 3^{ème} année de masso-kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat
de Masseur-Kinésithérapeute
2014-2015

SOMMAIRE

RÉSUMÉ

1. INTRODUCTION.....	1
2. PHYSIOPATHOLOGIE DE LA B.P.C.O.	2
2.1. Définition.....	2
2.2. Diagnostic de la B.P.C.O.	2
2.3. Classification.....	3
2.4. Facteurs de risque.....	3
2.4.1. Le tabac.....	3
2.4.2. Risques professionnels.....	4
2.4.3. Pollution atmosphérique.....	4
2.4.4. Facteurs génétiques.....	4
2.5. Physiopathologie de la B.P.C.O.	5
2.5.1. Modifications physiques.....	5
2.5.2. Trouble ventilatoire obstructif.....	5
2.5.3. Inflammation et remodelage bronchique.....	5
2.5.4. Distension thoracique.....	5
2.5.5. Perturbation de l'hématose.....	6
2.5.6. Complication : H.T.A.P.	6
2.6. Manifestations cliniques de la B.P.C.O.	6
2.6.1. La toux.....	6
2.6.2. L'expectoration.....	7
2.6.3. La dyspnée.....	7
2.6.4. Dysfonction des muscles squelettiques.....	8
2.6.5. Autres manifestations.....	8
3. ETAT DES LIEUX.....	9
3.1. Données nationales et régionales.....	9
3.1.1. Consommation de tabac.....	9
3.1.1.1. En France.....	9
3.1.1.2. En Lorraine.....	10
3.1.1.3. Lutte contre le tabagisme.....	11

3.1.2. Epidémiologie de la B.P.C.O. en France.....	11
3.1.3. Epidémiologie de la B.P.C.O. en Lorraine.....	12
3.2. Données économiques.....	13
3.3. Réglementation.....	14
3.3.1. Décret d'actes du masseur-kinésithérapeute.....	14
3.3.2. Référentiel du métier et des compétences du masseur-kinésithérapeute.....	15
3.4. Littérature.....	16
3.5. La place des kinésithérapeutes dans le repérage de la B.P.C.O.....	16
4. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	17
4.1. Présentation du lieu de l'étude.....	17
4.2. Matériel utilisé.....	17
4.2.1. Questionnaire.....	17
4.2.2. Méthode d'analyse des résultats.....	17
4.2.3. Méthode bibliographique.	17
5. PROTOCOLE.....	18
5.1. Critères d'inclusion.....	18
5.2. Critères d'exclusion.....	19
5.3. Questionnaire.....	19
5.4. Transmission au médecin traitant.....	19
5.5. Questionnaire au médecin traitant.....	20
5.6. Questionnaire téléphonique au patient.....	20
6. RESULTATS.....	21
6.1. Participants à l'étude.....	21
6.2. Questionnaire au médecin traitant.....	22
6.3. Questionnaire téléphonique au patient.....	24
7. DISCUSSION.....	26
8. CONCLUSION.....	29

RÉSUMÉ

Objectif : Evaluer le taux d'adressage à un pneumologue suite à un repérage positif de la B.P.C.O. réalisé par le masseur-kinésithérapeute via un questionnaire.

Méthode : Les patients fumeurs et anciens fumeurs constituaient la population cible dans deux services de réadaptation fonctionnelle. Un questionnaire de repérage de la B.P.C.O. leur été proposé durant leur rééducation. S'il était positif, le résultat était envoyé au médecin généraliste du patient. Le médecin recevait également un questionnaire dont le but était de connaître ses propositions pour son patient à la suite de ce repérage. 5 à 6 mois après le questionnaire de repérage, les patients ont été contacté par téléphone et ont répondu à un autre questionnaire, le but étant de savoir si des mesures complémentaires ont été prévues à la suite du repérage.

Résultats : 51 patients ont répondu au questionnaire de repérage : 18 questionnaires étaient positifs. 9 médecins sur 18 ont répondu au questionnaire leur étant destiné. Le sujet du repérage de la B.P.C.O. devait être abordé avec 6 patients. 3 patients devaient être adressés à un pneumologue, 2 devaient réaliser une mesure du souffle et consulter un pneumologue, et 1 patient devait réaliser une mesure du souffle. Le questionnaire téléphonique a révélé qu'aucun patient n'a consulté de pneumologue, un patient a réalisé une mesure du souffle et il a ensuite refusé une consultation en pneumologie. 1 patient a réalisé une radiographie pulmonaire. Dans la période suivant le repérage, 11,7% des participants à l'étude ont arrêté leur consommation de tabac, 17,6% des participants ont significativement réduit leur consommation de tabac.

Conclusion : Le taux d'adressage à un pneumologue est inférieur à celui espéré en théorie et inférieur à celui attendu d'après les réponses des médecins généralistes. Il est toutefois important que le kinésithérapeute reste impliqué dans le repérage de la B.P.C.O., puisque dans la période suivant le questionnaire de repérage, une baisse du tabagisme a été observée au sein de l'échantillon de l'étude.

Mots-clés : B.P.C.O., tabac, dépistage, questionnaire, kinésithérapie

Keywords: C.O.P.D., tobacco, screening, questionnaire, physiotherapy

1. INTRODUCTION

La broncho pneumopathie chronique obstructive (B.P.C.O.) est une pathologie respiratoire dont la prévalence ne cesse d'augmenter dans le monde. Son étiologie principale est le tabagisme. (1)

Cette pathologie se caractérise par différents symptômes, les plus courants étant la toux quotidienne, régulièrement accompagnée d'expectorations, souvent en début de matinée. Toux et expectorations sont souvent banalisées, elles sont la plupart du temps considérées à tort comme des fatalités liées au tabagisme. La dyspnée à l'effort est également un symptôme, souvent ignorée, si bien qu'elle s'intensifie progressivement jusqu'à apparaître parfois pour des tâches simples du quotidien. (2) La banalisation des symptômes et des facteurs de risque complique le dépistage de la B.P.C.O., retardant le début de la prise en charge.(2)

La pathologie est évolutive. Le risque, plus accru en cas de non diagnostic et d'absence de prise en charge, est d'atteindre l'insuffisance respiratoire chronique (I.R.C.). (1) A ce stade, les hospitalisations sont fréquentes et les traitements conséquents. Cette prise en charge tardive représente donc un coût important. (3)

Le dépistage précoce de la B.P.C.O. est un enjeu de santé publique à l'échelle mondiale. (2) Les actions de sensibilisation et de prévention se sont multipliées au cours des dernières années. Des campagnes de dépistage se sont également répandues à travers le monde. Malgré ces innovations, nous estimons que la B.P.C.O. sera la troisième cause de mortalité dans le monde d'ici 2020. (2) En France, la mobilisation et l'implication des professionnels médicaux et paramédicaux s'organisent. Les différentes professions se coordonnent pour optimiser le parcours de soin et la prise en charge de la B.P.C.O. (4)

Dans cette étude, nous avons souhaité estimer la place occupée par le masseur-kinésithérapeute dans le repérage de la B.P.C.O. au sein d'un centre de soins de suite et de réadaptation. L'objectif était de déterminer les impacts qu'un tel repérage peut engendrer au sein d'un parcours de soins coordonné par le médecin traitant.

2. PHYSIOPATHOLOGIE DE LA B.P.C.O.

2.1. Définition

La B.P.C.O. est une maladie respiratoire chronique, définie par une obstruction permanente des voies aériennes. L'installation de la pathologie se fait de façon lente et progressive. Dans la B.P.C.O., il existe une diminution du volume expiratoire maximal à la première seconde (V.E.M.S.) et une réponse pulmonaire inflammatoire anormale vis-à-vis de certaines substances nocives gazeuses ou particulaires.(5) Cette limitation est non complètement réversible. (Figure 1)

2.2. Diagnostic de la B.P.C.O.

Le diagnostic de B.P.C.O. ne peut être affirmé qu'après une exploration fonctionnelle respiratoire (E.F.R.). L'E.F.R permet d'obtenir le coefficient de Tiffeneau :

$$Tiffeneau = \frac{V. E. M. S.}{C. V.}$$

V.E.M.S. est le volume expiratoire maximal à la première seconde, et C.V. est la capacité vitale du sujet. Ce rapport permet de mettre en évidence l'existence d'un trouble ventilatoire obstructif (T.V.O.) quand il est inférieur à 0,7. L'E.F.R. est pratiquée après administration d'un bronchodilatateur. (1)

2.3. Classification

On définit la gravité de la B.P.C.O. selon la classification de la *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* G.O.L.D. (5) Pour des patients présentant un trouble ventilatoire obstructif ($V.E.M.S./C.V. < 0,7$) :

Stade	Degré d'atteinte	V.E.M.S. mesuré par rapport au V.E.M.S. théorique
1	Léger	$\geq 80\%$
2	Modéré	$50\% \leq V.E.M.S. \leq 80\%$
3	Sévère	$30\% \leq V.E.M.S. \leq 50\%$
4	Très sévère	$\leq 30\%$

2.4. Facteurs de risque

2.4.1. Le tabac

Le principal facteur de risque de la B.P.C.O. est le tabagisme: 80% des cas de B.P.C.O. sont dits post-tabagiques (10). C'est l'inhalation de la fumée qui est mise en cause, les personnes exposées au tabagisme passif peuvent également développer une B.P.C.O. liée au tabac (6).

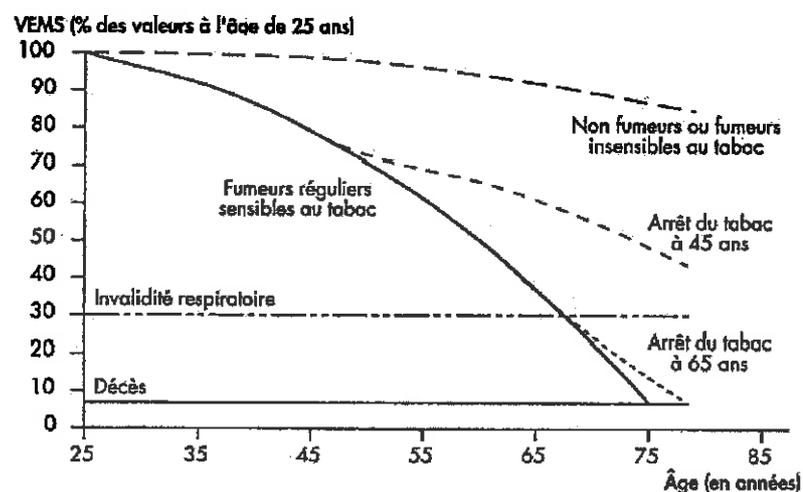


Figure 1 : Courbe de Fletcher montrant le déclin du V.E.M.S. au cours du temps dans la B.P.C.O.

2.4.2. Risques professionnels

Il est difficile d'évaluer avec précision le rôle de l'exposition professionnelle comme facteur de risque de la B.P.C.O. L'exposition prolongée aux poussières (minérales, végétales), aux fumées, aux gaz et aux vapeurs peut provoquer l'apparition progressive de la B.P.C.O., et cela indépendamment du tabagisme actif ou passif. (1)

2.4.3. Pollution atmosphérique

Démontrer avec précision l'implication de la pollution atmosphérique dans l'incidence apparition de nouveaux cas de la B.P.C.O. est difficile. Néanmoins plusieurs études montrent que le déclin du V.E.M.S. des habitants de régions hautement polluées est plus rapide. De plus, la pollution de l'air intérieur par l'utilisation de fourneaux ou de cheminées ouvertes peut devenir un facteur important de risque de développer une B.P.C.O. (1)

2.4.4. Facteurs génétiques

« Le déficit homozygote en α 1-antitrypsine est le seul facteur de risque clairement identifié de B.P.C.O. [...] Plusieurs gènes candidats ont été identifiés mais leur rôle dans la pathogénèse de la B.P.C.O. reste encore à démontrer. » (1)

2.5. Physiopathologie de la B.P.C.O.

2.5.1. Modifications physiques

Au stade initial de la B.P.C.O., nous observons une métaplasie des cils muqueux ainsi qu'une altération de la production du mucus. Ces modifications devancent le T.V.O., détaillé ci-dessous. (6)

2.5.2. Trouble ventilatoire obstructif

Les voies aériennes de diamètre inférieur à 2mm sont le siège de l'obstruction, où il existe une augmentation de l'épaisseur de la paroi bronchique. Plus la B.P.C.O. est à un stade avancé, plus l'épaisseur des parois bronchiques est importante. (7)

2.5.3. Inflammation et remodelage bronchique

Il existe une inflammation bronchique réactionnelle dès le stade précoce de la B.P.C.O., et plus généralement chez tous les patients fumeurs. Un remodelage des bronches distales et des alvéoles s'opère suite à l'inflammation, celui-ci est fonction de la durée d'exposition au tabac. (8)

2.5.4. Distension thoracique

« L'atteinte des voies aériennes distales, consécutive à l'inflammation et au remodelage, est responsable d'une distension thoracique dynamique. (...) Au repos, en présence d'un T.V.O., le temps expiratoire nécessaire à la vidange pulmonaire complète pour

arriver à la capacité résiduelle fonctionnelle (C.R.F.) est plus long que chez le sujet sain. Lors de l'exercice, en raison de l'élévation de la fréquence respiratoire et du volume courant, le temps expiratoire est insuffisant pour que la vidange pulmonaire soit complète. Ceci conduit à une élévation progressive, à chaque cycle respiratoire, des volumes télé-expiratoire et télé-inspiratoire : la distension thoracique dynamique s'accroît progressivement. » (9)

2.5.5. Perturbation de l'hématose

Pour les formes les plus sévères de B.P.C.O., au stade d'insuffisance respiratoire chronique (I.R.C.), les gaz du sang révèlent une $PaO_2 < 60 \text{ mmHg}$ et/ou une $PaCO_2 > 50 \text{ mmHg}$ à distance d'un épisode aigu.

2.5.6. Complication : H.T.A.P.

L'hypertension artério-pulmonaire (H.T.A.P.) est un phénomène adaptatif défini par l'augmentation des résistances artérielles pulmonaires, qui peut entraîner une insuffisance cardiaque droite. Elle est responsable d'une fatigabilité importante des personnes qui en souffrent.

2.6. Manifestations cliniques de la B.P.C.O.

2.6.1. La toux chronique

Le patient atteint de B.P.C.O. présente une toux chronique, celle-ci est observée au moins durant trois mois par an, pendant deux années consécutives. Elle est prédominante le matin au réveil et le soir au coucher. Ce symptôme est souvent longtemps ignoré avant d'être sérieusement considéré par le patient. (6)

2.6.2. L'expectoration

Le dysfonctionnement des cils muqueux et la surproduction de mucus créent une gêne à la circulation de l'air au niveau des voies aériennes. Quand le surplus de mucus s'accumule, ce dernier est expectoré par le patient lors de l'effort de toux. L'expectoration est translucide en dehors de toutes infections respiratoires. (6)

2.6.3. La dyspnée

La dyspnée est perçue par le patient comme étant une gêne respiratoire. La respiration est pénible, difficile et inconfortable. La dyspnée apparaît dans un premier temps lors d'efforts physiques. (6) « La distension thoracique dynamique va être à l'origine de la dyspnée et de l'intolérance à l'effort par l'élévation de la charge inspiratoire et la réduction des capacités diaphragmatiques [...] La limitation ventilatoire d'effort chez le patient B.P.C.O. est liée à une augmentation progressive du volume télé-expiratoire qui va nécessiter l'arrêt de l'exercice. » (9)

Souvent, le patient se plaint de cette gêne respiratoire à un moment avancé, où le déclin du V.E.M.S. est significativement avancé. Dans les formes les plus évoluées de B.P.C.O., nous pouvons observer une dyspnée de repos. La qualité de vie est alors nettement détériorée. La dyspnée est une incapacité à l'origine d'une spirale de déconditionnement (9) (Figure 2).

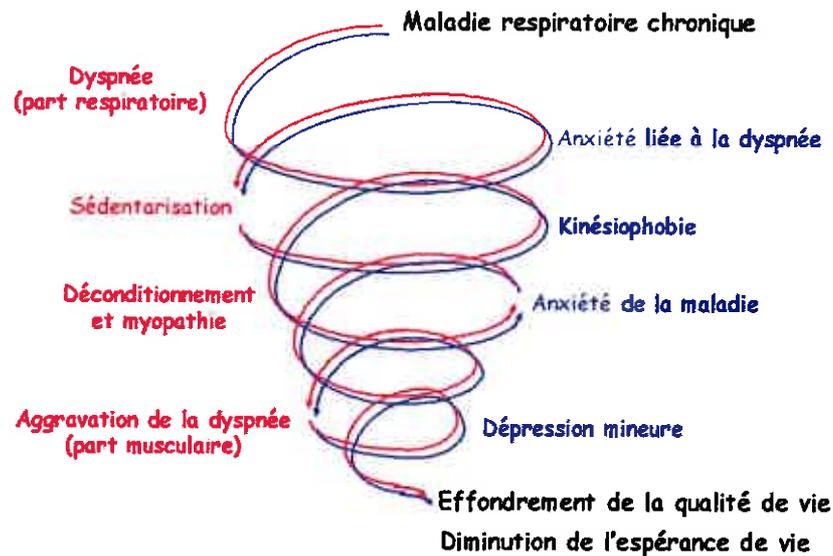


Figure 2 : Schéma de la spirale du déconditionnement chez le patient atteint de B.P.C.O.

2.6.4. Dysfonction des muscles squelettiques

La sédentarité, l'inflammation systémique et le stress oxydant peuvent expliquer la dysfonction des muscles squelettiques du patient atteint de B.P.C.O. L'atrophie et la faiblesse musculaire, surtout observées au niveau des membres inférieurs, entretiennent l'intolérance à l'effort. Ces répercussions musculaires ont un impact direct sur la qualité de vie des patients, indépendamment de la déficience de la fonction respiratoire. (1)

2.6.5. Autres manifestations

A un stade avancé de la maladie, des répercussions peuvent exister au niveau de l'humeur, des performances intellectuelles, du sommeil, de la vie sociale et de la sexualité. (1) Le tableau clinique de la B.P.C.O. est difficilement établi par le patient, car le début de la pathologie est insidieux, les différents symptômes sont peu spécifiques et d'intensité variable. Dans la plupart des cas, les patients attribuent à tort ces troubles à leur âge, à leur condition

physique. De ce fait, la B.P.C.O. est une maladie sous diagnostiquée, ce qui implique un retard de prise en charge. (10)

3. ETAT DES LIEUX

3.1. Données nationales et régionales

3.1.1. Consommation de tabac

3.1.1.1. En France

En 2010 en France, nous recensons 37,4% de fumeurs chez les hommes et 30,2% chez les femmes.

La consommation quotidienne de tabac diminue nettement avec l'âge à partir de 30 ans : nous comptons alors 30,8% de fumeurs chez les hommes et 24,1% chez les femmes. La consommation occasionnelle de tabac diminue également avec l'âge (Figure 3). En moyenne pour des fumeurs réguliers, 14,7 cigarettes sont fumées quotidiennement par les hommes, contre 12,3 cigarettes par les femmes. 68,3% des fumeurs quotidiens consomment plus de dix cigarettes par jour, à savoir 72,1% des hommes et 63,9% des femmes. Sont inclus dans ces estimations les cigarettes manufacturées, roulées, les cigarillos, les cigares et la pipe.

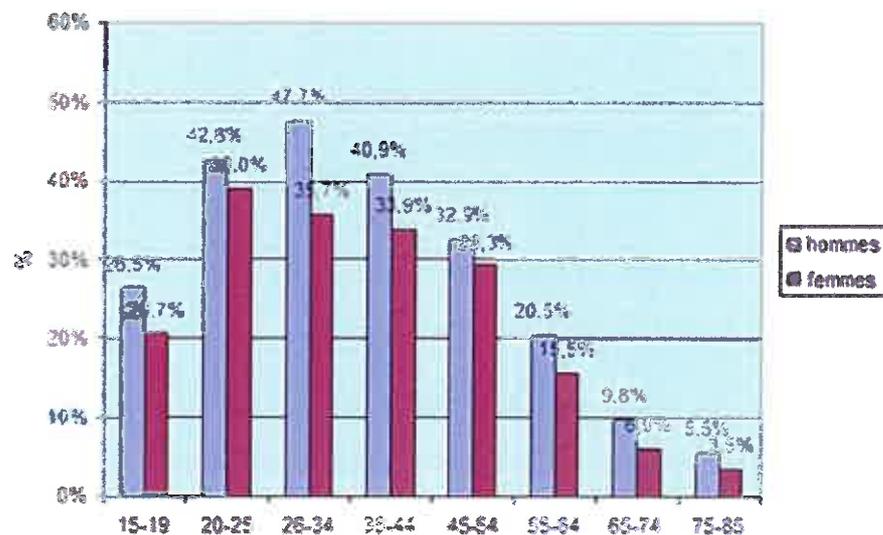


Figure 3 : Proportion de fumeurs quotidiens de tabac en 2010, suivant l'âge et le sexe (11)

3.1.1.2. En Lorraine

En 2005, la Lorraine était la troisième région française avec la plus grande proportion de fumeurs quotidiens entre 15 et 75 ans (Figure 4). Il y a 31,7% de fumeurs quotidiens dans cette tranche d'âge, pour une moyenne nationale de 28,3%. En Lorraine, les 25-35ans sont les plus grands consommateurs quotidiens de tabac. (12)

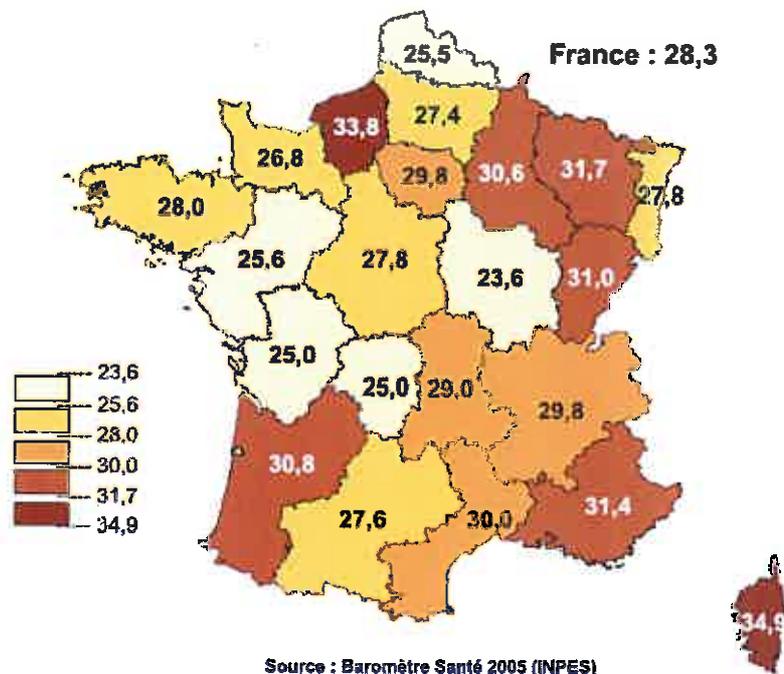


Figure 4 : Proportion de fumeurs quotidiens chez les 15-75 ans par région en 2005 (13)

D'après le baromètre santé de l'IN.P.E.S., « l'usage de la cigarette permettrait aux plus précaires de gérer le stress et l'anxiété associés à leur situation. » (11) La Lorraine connaît un taux de chômage important, supérieur au taux national, il est donc envisageable qu'une part importante des fumeurs lorrains fassent un usage anxiolytique du tabac.

3.1.1.3. Lutte contre le tabagisme

Plusieurs lois ont été mises en place afin de lutter contre le tabagisme : la loi Veil du 9 juillet 1976 interdit la publicité en faveur du tabac et la distribution gratuite de tabac (14), la loi Evin interdit depuis 1991 de fumer dans les lieux publics clos ainsi que dans les transports en commun (15). Un décret publié en 2006 a renforcé la loi Evin en augmentant le nombre de zones concernées par l'interdiction de fumer (16). En 2014, Marisol Touraine présente le Programme National de Réduction du Tabagisme, intégré au projet de loi santé. Une des principales mesures est l'adoption des paquets de cigarettes neutres afin de les rendre moins attractifs (17).

Des campagnes de prévention se sont répandues afin de sensibiliser la population aux risques liés à la consommation de tabac. Pour renforcer la lutte anti-tabac, les prix des différents produits tabagiques ont été augmentés progressivement. Entre 2002 et 2004, le prix du paquet de vingt cigarettes le plus vendu passe de 3,60€ à 5€. En 2014 en France, le prix du paquet de 20 cigarettes le plus vendu est de 7€ (11).

Malgré ces différentes mesures, « l'envie d'arrêter de fumer a fortement diminué depuis 2005 où elle concernait 64,8% des fumeurs réguliers âgés de 15 à 75 ans, à 57,6% en 2010. Les hommes sont plus nombreux à déclarer vouloir arrêter de fumer que les femmes (60,8% contre 53,6%) » (18)

3.1.2. Epidémiologie de la B.P.C.O. en France

Concernant la prévalence de la B.P.C.O. les données les plus récentes remontent à 2003. Elles indiquaient alors une prévalence de 7,5% dans une population âgée de plus de 45 ans. Cette estimation reste approximative et probablement inférieure à la réalité, du fait de la difficulté d'établir le diagnostic de B.P.C.O. dans la population. (19)

A propos des hospitalisations liées à la B.P.C.O. : « Dans une étude effectuée en France en 2004 auprès de patients recrutés dans des services d'urgence, plus de 90% des

patients avaient été hospitalisés, 12% avaient été hospitalisés en soins intensifs, et la mortalité hospitalière était de 7,4%. » (19) Une autre étude réalisée en France a montré que 22% des personnes ayant une B.P.C.O. ou bronchite chronique ont été hospitalisés au moins une fois dans leur vie pour une B.P.C.O. 11% des personnes de l'étude avaient été hospitalisés dans l'année écoulée (19). Une augmentation du nombre d'hospitalisations liées à la B.P.C.O. a été observée depuis le début des années 2000. Cette augmentation est particulièrement marquée chez les femmes, ce qui reflète l'évolution des habitudes tabagiques et le vieillissement de la population (19). Les régions les plus concernées par les hospitalisations pour exacerbation liée à la B.P.C.O. sont le Nord Pas de Calais, l'Alsace, la Lorraine, la Bretagne et la Réunion. Les hospitalisations sont plus fréquentes en hiver, notamment lors des années marquées par les épidémies de grippe. (19)

En France en 2006, le taux de mortalité attribuable à la B.P.C.O. était de 8,2 pour 10 000. La majorité des décès survenaient en hiver (19). La B.P.C.O. était responsable de 1,4% des décès en France pour la période 2000-2002, et mentionnée comme cause associée au décès dans 3% des décès (19).

3.1.3. Epidémiologie de la B.P.C.O. en Lorraine

D'importantes variations de taux de mortalité sont observables à l'intérieur de la Lorraine. Les taux comparatifs de mortalité élevés du Bassin Houiller, du Bassin de Briey et du territoire de Thionville sont probablement en partie liés au passé minier et industriel de ces territoires. D'une façon plus générale, ces territoires de Lorraine sont à proximité du Luxembourg où le tabac est depuis toujours moins coûteux pour les consommateurs. Cette situation géographique pourrait participer aux taux élevés de mortalité dans ces territoires. (21)

Entre 2006 et 2010, chaque année, 3338 Lorrains ont effectué un séjour hospitalier, avec comme diagnostic principal une B.P.C.O. La B.P.C.O. concerne en Lorraine 12 315 patients hospitalisés par an, en tant que diagnostic principal ou associé. Cela représente 508,3 patients ayant effectué une hospitalisation liée à la B.P.C.O. pour 100 000 habitants. Tous ces patients ont reçu un traitement pour leur B.P.C.O., qu'elle ait été ou non à l'origine de leur séjour (21).

La Lorraine est la région qui affiche le taux comparatif de mortalité lié à la B.P.C.O. le plus élevé en France. Il s'élève à 42,3 décès pour 100 000 habitants, c'est 63% de plus que le niveau national. (21) La B.P.C.O. est à l'origine d'environ 1000 décès par an en Lorraine. La B.P.C.O. est la cause initiale de 434 décès par an en Lorraine, entre 2006 et 2010. Cette pathologie figure comme cause associée au décès ou comorbidité pour 578 décès par an. « Au total, la mortalité liée à la B.P.C.O. représente 1011 décès par an, soit 4,9% de l'ensemble des décès, toutes causes confondues. » (21) « 80 à 90% de ces décès seraient liés à la consommation de tabac et 15 à 20% seraient liés à des expositions professionnelles, les anciens mineurs, les ouvriers du textile, du B.T.P. et de la sidérurgie étaient les plus concernés. » Sur une échelle départementale, la Moselle enregistrait en 2006-2010 le taux comparatif de mortalité le plus élevé de France. Il y avait 49,2 décès liés à la B.P.C.O. pour 100 000 habitants (21).

3.2. Données économiques

Les études faites à l'international permettent d'avoir un aperçu de l'impact économique que provoque cette pathologie, mais elles ne sont pas directement transposables à la situation de la France.(6) En effet, chaque pays a son propre système de santé, il peut donc y avoir de grandes variabilités, même au sein de l'Union européenne. (19) Un patient B.P.C.O. italien représente un coût annuel direct estimé à 151 euros par an, alors qu'en Espagne, ce même patient représente un coût annuel direct estimé à 1185 euros. (19)

« En France, le coût annuel direct d'un patient B.P.C.O. a été estimé à 4366 euros par an. Ce coût était significativement différent selon que la B.P.C.O. soit de stade modéré (3697 euros par patient et par an), sévère (3813 euros par patient et par an) ou très sévère (7502 euros par patient et par an). » (19) Ces coûts directs comprennent la consommation de soins et de services de santé des patients, les coûts des consultations, des explorations, des traitements, des hospitalisations et les frais de transports. (19)

Une autre étude française menée en 2001 a également montré que plus le stade de B.P.C.O. est avancé, plus les dépenses de santé sont conséquentes. (22) Cette même étude a identifié les principaux postes de dépenses de la prise en charge générale de la B.P.C.O. comme étant les hospitalisations (35% des dépenses soit 1509,9 euros/an/patient) et les médicaments (31% des dépenses soit 1340,6 euros/an/patient). « Dans le cadre du suivi habituel de la B.P.C.O., les deux premiers postes de dépenses étaient les médicaments (29% des coûts) et l'assistance respiratoire (25% des coûts), suivis par les coûts dans les centres de convalescence (18%).» (22) Au terme de cette étude, le coût direct imputable à la B.P.C.O. à l'échelle nationale était de 2,2 milliards d'euros, soit 1,5% des dépenses courantes de santé en 2001 (22).

Une étude menée en Espagne et publiée en 2003 mettait en évidence le faible coût que représentaient les consultations et tests permettant de diagnostiquer la B.P.C.O. (15,4%), par rapport au coût bien plus important qu'engendraient les hospitalisations et les traitements médicamenteux (plus de 40%). (23)

3.3. Réglementation

3.3.1. Décret d'actes du masseur-kinésithérapeute

Faisant partie intégrante d'un parcours de soins coordonné par le médecin traitant, le kinésithérapeute est invité à participer à des actions de dépistage, y compris celui de la

B.P.C.O. D'après le Guide du parcours de soins de la B.P.C.O., « les circonstances de découverte peuvent être : le suivi d'une bronchite chronique, l'apparition d'un des symptômes de la B.P.C.O. ou une exacerbation, identifiés par le médecin ou par d'autres professionnels : pharmacien, infirmier(e), kinésithérapeute. » (4)

D'après le Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur kinésithérapeute, « selon les secteurs d'activité où il exerce et les besoins rencontrés, le masseur-kinésithérapeute participe à différentes actions d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement. » (24) « Ces actions concernent en particulier [...] la collaboration, en particulier avec les autres membres des professions sanitaires et sociales, permettant de réaliser des interventions coordonnées, notamment en matière de prévention » (24)

3.3.2. Référentiel du métier et des compétences du masseur-kinésithérapeute

Ce référentiel a été rédigé par l'Ordre National des Masseurs-Kinésithérapeutes. Là aussi, la participation aux actions de prévention et de dépistage est encouragée pour le kinésithérapeute, en coordination avec les différentes professions de santé et en particulier avec le médecin traitant :

- « - accroissement des activités de prévention primaire par suite de l'évolution démographique, des coûts économiques de soins en fin de vie et de la dépendance.
- développement des activités de détection au sein des activités de prévention [...]
- développement du travail en réseau avec différents professionnels de santé sur la réalisation de parcours de soins organisés pour le traitement et la continuité des soins
- exigence accrue de travail en étroite coopération avec les médecins traitants » (25)

3.4. Littérature

De nombreuses études se sont intéressées au dépistage de la B.P.C.O. Certaines concernent les outils du dépistage : questionnaires et mini-spiromètres sont fréquemment utilisés dans les opérations de repérage précoce de la pathologie. L'utilité et l'efficacité de tels outils sont démontrées dans de nombreuses études. (26)(27)(28)(29)(30)(31)(32)(33)(34)

Trois corps de métiers sont représentés dans ces études : en premier lieu les médecins généralistes (34), puis les pharmaciens (26) et les infirmières (31). Les contextes d'études sont très variables. Des repérages ont lieu dans des cabinets de médecine générale (32), des centres de prévention (29), des pharmacies (26), des cliniques spécialisées dans l'appareil respiratoire (28), alors que d'autres sont réalisées dans des services d'urgences (35), ou lors d'évènements de santé publique (30). La question de la faisabilité du dépistage de la B.P.C.O. en pratique courante est posée, dans ces différents contextes d'études (35)(36)(26).

3.5. La place des kinésithérapeutes dans le repérage de la B.P.C.O.

Les kinésithérapeutes sont inclus dans le parcours de soins du patient B.P.C.O., et à ce titre ils peuvent être à l'initiative du dépistage de la pathologie (37). La profession est cependant très peu représentée dans les études de repérage. Une étude a été menée en région Lorraine dans un cabinet par un kinésithérapeute libéral. Un mini-questionnaire était proposé à une population cible, si le questionnaire était positif, une mini-spirométrie était réalisée par le kinésithérapeute. Avec l'accord du patient, les résultats du questionnaire et de la spirométrie étaient envoyés au médecin traitant. Au final, le taux d'adressage à un pneumologue était très faible (38).

4. MATERIEL ET METHODE

4.1. Présentation du lieu de l'étude

Cette étude a été réalisée au sein des services de médecine physique et réadaptation des hôpitaux Félix Maréchal à Metz et Bel Air à Thionville, en Moselle, Lorraine. Par leur implantation géographique, les lieux choisis pour l'étude illustrent pleinement la problématique régionale.

4.2. Matériel utilisé

4.2.1. Questionnaire

Au mois de juin 2014, la H.A.S. propose le document « Auto questionnaire Dépistage B.P.C.O. », adapté de la *Global initiative for Chronic Obstructive for Lung Disease*. Le questionnaire est considéré comme un outil à la disposition du professionnel de santé pour entamer un repérage précoce de la B.P.C.O. Il se compose de cinq questions, auxquelles le patient répond par oui ou par non (Annexe I). Deux réponses « oui » peuvent constituer un signe d'alarme. Trois réponses « oui » ou plus conduisent le médecin traitant à effectuer une mesure du souffle par spirométrie ou à adresser le patient à un pneumologue.

4.2.2. Méthode d'analyse des résultats

Les résultats obtenus seront analysés et comparés aux résultats espérés en théorie.

4.2.3. Méthode bibliographique

Nos recherches s'étendent sur la période de 2003 à 2015. Différentes bases de données informatiques ont été utilisées : PubMed, EMPremium, Science Direct, Cochrane Library,

Kiné la revue, Kiné Scientifique, le site de l'H.A.S., le site de l'Organisation Mondiale de la Santé, le site de l'Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales.

C'est la littérature anglo-saxonne qui a été majoritairement consultée, par l'intermédiaire des mots-clés suivants : « C.O.P.D. screening », « C.O.P.D. screening questionnaire », « C.O.P.D. early detection questionnaire », « C.O.P.D. screening smokers », « effectiveness early detection C.O.P.D. », « cost effectiveness C.O.P.D. screening », « C.O.P.D. physiopathology ».

En français, des mots-clés semblables ont été utilisés : « dépistage B.P.C.O. », « questionnaire dépistage B.P.C.O. », « physiopathologie B.P.C.O. », « économie B.P.C.O. France »

La littérature étant redondante pour ce sujet d'étude, nous avons sélectionné les articles dont le titre, le résumé et les mots-clés correspondaient le plus à notre thème d'étude. Nous avons volontairement ciblé une période de recherche restreinte pour limiter le nombre de correspondances.

5. PROTOCOLE

5.1. Critères d'inclusion

L'inclusion a été effectuée dans les services de médecine physique et réadaptation de l'hôpital Félix Maréchal de Metz et de l'hôpital Bel Air de Thionville. Nous invitons les patients fumeurs ou anciens fumeurs à répondre au questionnaire de repérage. L'initiative était toujours prise par le thérapeute.

5.2. Critères d'exclusion

Les patients étaient exclus de l'étude s'ils avaient une pathologie respiratoire connue ou un suivi régulier chez le pneumologue.

5.3. Questionnaire

Si le patient souhaitait participer à l'étude, un court entretien individuel était prévu afin d'expliquer la démarche, d'obtenir le consentement éclairé du patient (Annexe II) et de réaliser le questionnaire. Une fiche synthétique était distribuée à chaque participant, à titre de rappel de l'entretien effectué (Annexe III).

Si le patient répondait positivement à au moins trois des cinq questions du questionnaire, son numéro de téléphone et les coordonnées de son médecin traitant étaient conservés pour la suite de l'étude. Nous prévenions le patient que nous reprendrions contact avec lui par téléphone au courant du mois de mars 2015, afin de savoir si des mesures ont été prises avec le médecin traitant suite au questionnaire de repérage. Une copie du courrier envoyé au médecin traitant était remise au patient.

5.4. Transmission au médecin traitant

Le médecin traitant recevait un courrier expliquant le principe de l'étude et la situation de son patient (Annexe IV). Le questionnaire du patient était joint au courrier.

5.5. Questionnaire au médecin traitant

Un questionnaire à l'attention du médecin traitant était également intégré dans le courrier. Il est composé de cinq questions. Les réponses permettent de connaître son avis sur l'outil de repérage utilisé et de savoir si le médecin poursuit la démarche diagnostique et thérapeutique (Annexe V).

Afin d'obtenir un maximum de réponses de la part des médecins traitants et pour les inciter à nous envoyer le questionnaire rempli, une enveloppe affranchie à notre adresse leur était fournie dans le courrier.

5.6. Questionnaire téléphonique au patient

Le temps écoulé entre la réalisation du questionnaire de repérage de la B.P.C.O. et l'appel téléphonique au patient devait être suffisamment long pour que le patient ait une occasion de consulter son médecin traitant. Les questionnaires téléphoniques ont donc été réalisés durant la première partie du mois de mars 2015, soit 5 à 6 mois après la réalisation du questionnaire de repérage.

Nous devions dans un premier temps savoir si le patient avait consulté son médecin traitant depuis la réalisation du questionnaire et s'ils avaient évoqué ensemble le repérage de la B.P.C.O. Le but était ensuite d'apprendre si le médecin traitant avait proposé de réaliser des examens complémentaires et surtout une consultation chez un pneumologue. D'autre part, nous demandions aux patients fumeurs s'ils avaient modifié leur consommation de tabac depuis la réalisation du questionnaire (Annexe VI).

6. RESULTATS

6.1. Participants à l'étude

Au total, l'étude a duré 7 mois (de septembre 2014 à mars 2015). 51 personnes ont accepté de répondre au questionnaire. Parmi elles, 33 n'ont pas été retenues pour la suite : 32 personnes avaient moins de trois réponses positives au questionnaire, 1 personne bénéficiait déjà d'un suivi régulier en pneumologie dans le cadre d'une apnée du sommeil. Au total, 18 personnes ont été incluses dans la suite de l'étude après réponse au questionnaire. (Figure 5)

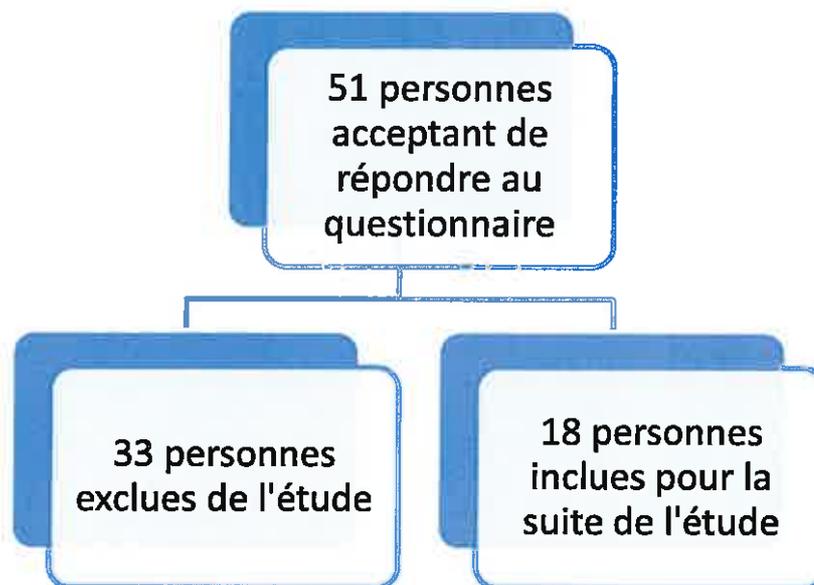


Figure 5 : schéma de recrutement des participants à l'étude.

L'âge moyen de l'échantillon est de 58,6 +/- 12,26 ans, avec un tabagisme moyen de 23,14 +/- 10,42 PA. 61,1% sont des hommes, 38,9% sont des femmes. 55,5% sont fumeurs actifs, 44,5% sont anciens fumeurs.

6.2. Questionnaire au médecin traitant

18 médecins ont reçu le courrier contenant le questionnaire de repérage de leur patient, et le questionnaire leur étant destiné. La moitié nous a répondu. Six médecins ont répondu qu'ils évoqueront le repérage de la B.P.C.O. avec leur patient lors de leur prochaine consultation (66,7%). Trois médecins (33,3%) ont décidé de ne pas évoquer le sujet avec leur patient (Figure 6). Les trois raisons évoquées sont les suivantes : les symptômes sont attribuables à l'obésité du patient, une surveillance respiratoire est déjà en place dans le cadre d'un asthme ancien, il n'y a pas suspicion de B.P.C.O.

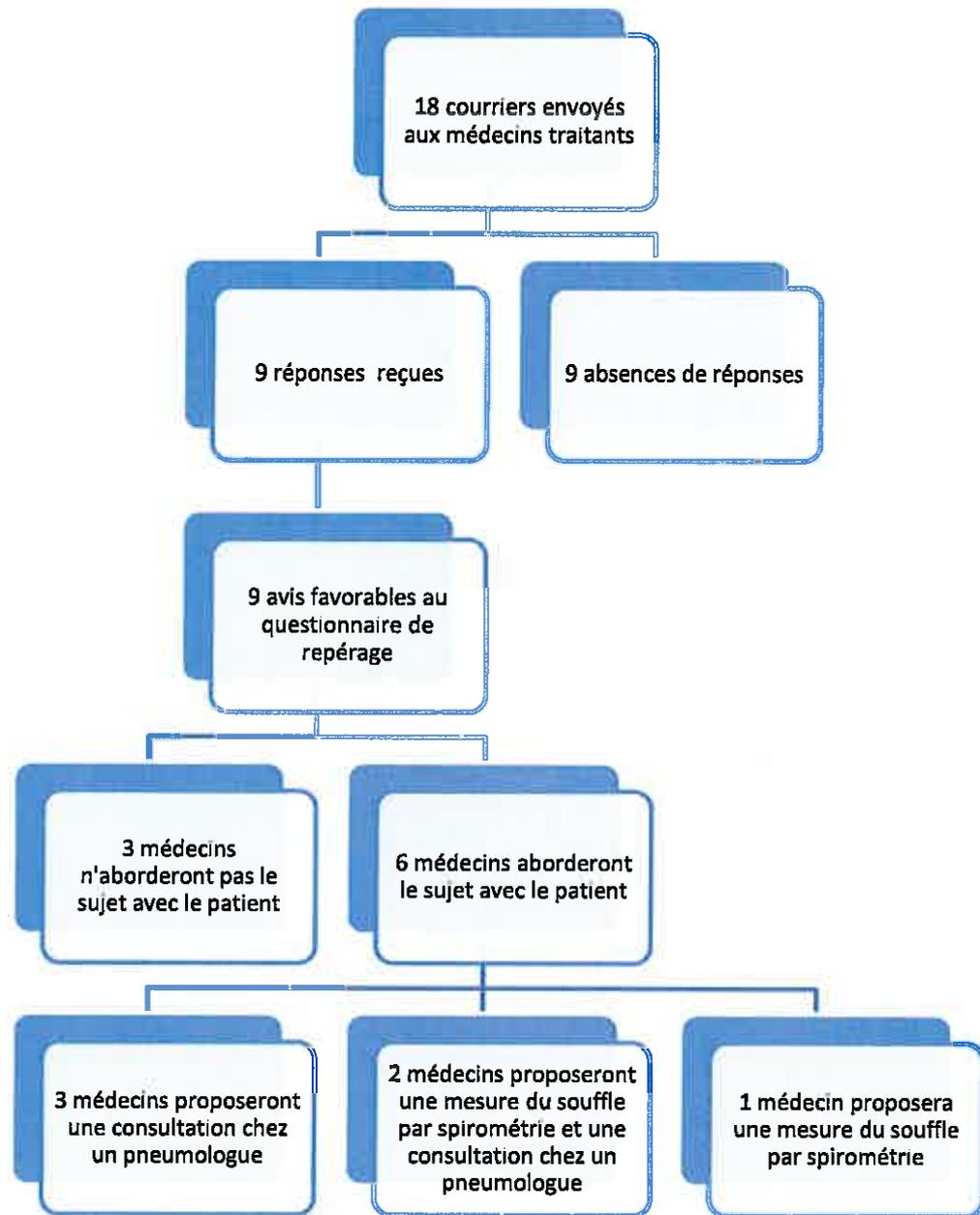


Figure 6 : Schéma des réponses reçues par les médecins traitants

6.3. Questionnaire téléphonique au patient

Dès le début du mois de mars 2015, nous avons contacté les patients par téléphone. Comme nous le montre la figure 3, des modifications des habitudes tabagiques ont été adoptées à la suite du repérage. (Figure 7)

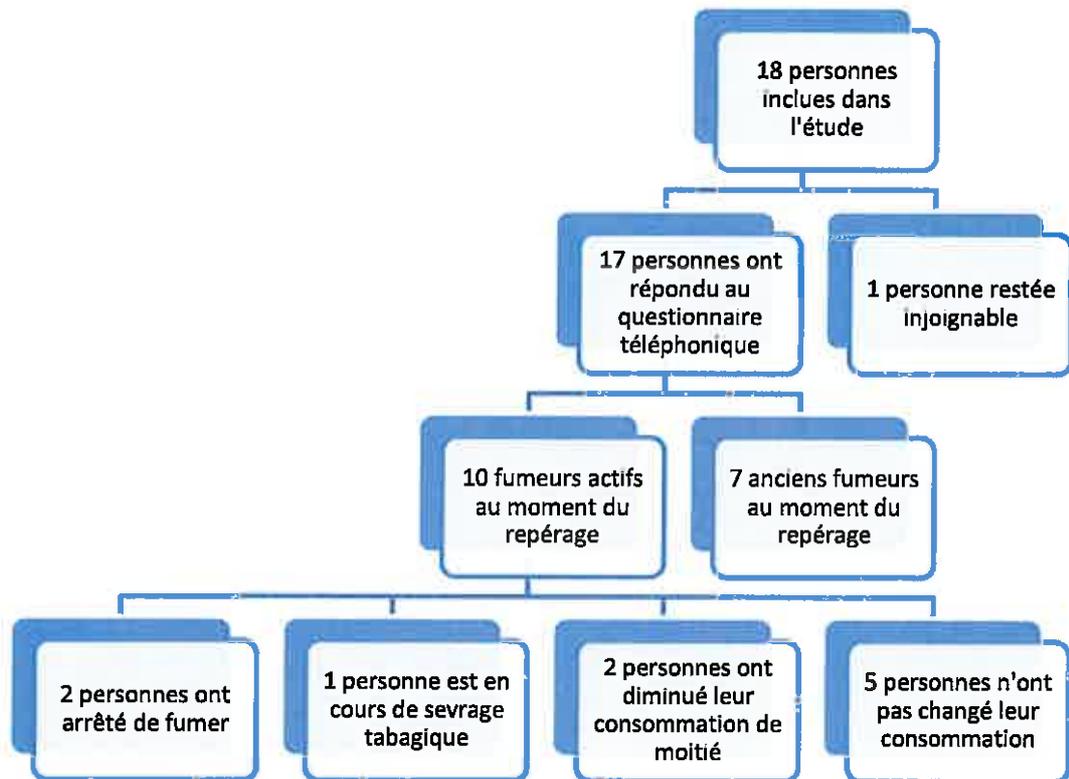


Figure 7 : Schéma montrant les modifications de tabagisme après le repérage

Parmi les patients qui ont répondu au questionnaire téléphonique (Figure 8) le patient qui a effectué une radio pulmonaire n'a pas bénéficié d'autres examens complémentaires et n'a pas été adressé à un pneumologue, car d'après son médecin généraliste, la radiographie pulmonaire était normale. Le patient ayant réalisé une mesure du souffle par spirométrie n'a pas su nous donner le résultat exact de cet examen, il savait seulement qu'il était très mauvais. Son médecin a voulu l'orienter vers un pneumologue mais il a refusé car il ne compte pas arrêter de fumer et ne voyait pas l'intérêt d'un suivi pneumologique dans ces conditions.

Les 3 autres patients ayant abordé le questionnaire de repérage avec leur médecin traitant n'ont effectué aucun examen complémentaire et n'ont pas été orienté vers un pneumologue. Malgré leurs réponses positives au questionnaire, leurs médecins n'estimaient pas qu'il fût nécessaire de poursuivre l'action de repérage dans leurs cas. Les 9 personnes n'ayant pas évoqué le questionnaire avec leur médecin traitant ont toutes affirmé qu'elles avaient oublié de le faire. (Figure 8)

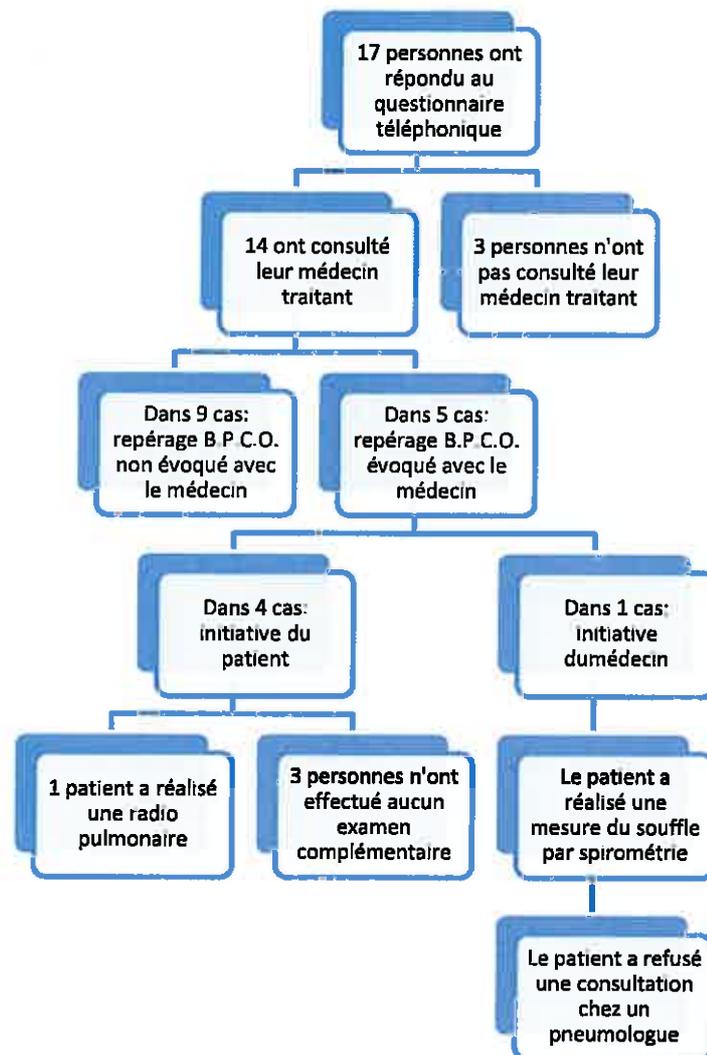


Figure 8 : Schéma des réponses au questionnaire téléphonique

En mettant en parallèle les réponses des médecins généralistes avec les réponses au questionnaire téléphonique, nous observons que :

- une seule consultation chez un pneumologue a été proposée, alors que 5 médecins avaient répondu qu'ils proposeraient cette consultation spécialisée à leur patient.
- Une seule personne a bénéficié d'une mesure du souffle par spirométrie, alors que 3 médecins envisageaient cet examen pour leur patient.
- Un seul médecin a abordé de lui-même le sujet du repérage de la B.P.C.O. avec son patient, alors que 6 médecins prévoyaient de le faire.

7. DISCUSSION

D'après l'hypothèse de recherche formulée, un patient repéré par le questionnaire de dépistage de la B.P.C.O. est censé être adressé en consultation à un pneumologue par son médecin traitant. L'hypothèse émise n'a pas été vérifiée par l'étude. En effet, un seul médecin traitant a proposé à son patient de consulter un pneumologue. Le patient a cependant refusé la consultation.

La faible taille de l'échantillon ne nous permet pas d'apporter de conclusion applicable à une plus grande échelle. Comme pour de nombreuses études similaires, le taux d'adressage à un pneumologue par le médecin traitant est insuffisant. En pratique générale, le taux d'adressage à un pneumologue pour des patients à risque de B.P.C.O. est faible. (34) Dans la plupart des cas, ces études suggèrent que les outils et méthodes utilisés représentent une utilité et une efficacité pour l'identification de patients à risque de B.P.C.O.(36)(33)(26)(27). Dans 100% des réponses reçues par les médecins généralistes au cours de notre étude, ces derniers jugeaient le questionnaire utilisé pour le repérage comme judicieux. Ces outils utilisés n'ont cependant pas valeur de diagnostic et doivent motiver une consultation chez un pneumologue ou la réalisation d'une E.F.R.(2). Souvent, le patient identifié comme étant potentiellement

atteint d'une B.P.C.O. ne réalise pas cet examen. Les patients n'arrivent donc pas toujours jusqu'au diagnostic et aucun parcours de soins ne peut alors être instauré (35)(34).

Le point positif observé dans certaines études est la baisse du tabagisme après le diagnostic de B.P.C.O.(35)(36). C'est également le cas dans notre étude puisque 2 patients ont totalement arrêté leur consommation de tabac après avoir répondu au questionnaire de repérage (11,8%), 1 personne est en cours de sevrage tabagique (5,9%) et 2 personnes ont déjà réduit leur consommation quotidienne de moitié (11,8%). En tout, 29,5% des 17 personnes contactées par téléphone ont modifié leurs habitudes tabagiques dans les suites du questionnaire de repérage.

Des obstacles existent du côté des sujets à dépister mais aussi du côté des acteurs du dépistage. Du côté des patients, nous pouvons supposer que la méconnaissance de la pathologie est la principale barrière au dépistage (26)(36). Beaucoup ne voient sans doute pas l'intérêt de ce dépistage car ils n'ont pour la plupart jamais entendu parler de cette pathologie auparavant. Une étude ciblait spécialement les sujets fumeurs de 40 à 55 ans au sein d'une ville. Ces derniers étaient invités à réaliser une spirométrie. Seulement 9% de la population ciblée a réalisé le test (29).

Comme c'était le cas pour certaines études (40) (36), nous pouvons imaginer que des patients abandonnent l'action de dépistage en cours de route, parfois par angoisse du diagnostic final ou par déni. Un patient de notre étude assimilait à tort le dépistage de la B.P.C.O. à l'arrêt forcé du tabac, il ne souhaitait pas modifier sa consommation et n'a donc pas poursuivi le repérage en refusant une consultation chez un pneumologue. Nous pouvons imaginer que ce patient n'a pas reçu toutes les informations permettant de comprendre l'importance du diagnostic, même s'il reste fumeur.

Des patients ont oublié d'aborder le sujet de la B.P.C.O. avec leur médecin (64,3%), compte tenu du temps plus ou moins long écoulé depuis la réponse au questionnaire de repérage. Au-delà de cet oubli, plusieurs patients ont déclaré qu'ils ne considéraient pas la poursuite du repérage de la B.P.C.O. comme une priorité au vu de leurs problèmes de santé actuels. Pour rappel, notre étude était menée dans deux services de rééducation et réadaptation fonctionnelle.

Du côté des médecins traitants, plusieurs éléments constituent sans doute des obstacles au dépistage de la B.P.C.O. Certains symptômes, notamment la dyspnée, sont difficilement quantifiables et évaluables, comme l'ont souligné certaines études (39). Par ailleurs, l'utilisation du matériel de spirométrie demeure problématique pour certains praticiens non formés, nous pouvons supposer qu'ils ne s'impliquent donc pas dans ce dépistage. (2) La mise en place d'un parcours de soins ou la réalisation d'examen complémentaires comme la spirométrie peuvent être considérées comme chronophages pour le médecin traitant. Le manque de temps et la charge de travail supplémentaire due au dépistage est considérée comme un désavantage par de nombreux médecins traitants. La contrepartie financière est en ce sens souvent évoquée pour faciliter l'adhésion des médecins traitants aux actions de dépistage de la B.P.C.O.(40). Il est également possible que certains médecins n'aient pas pris connaissance du courrier que nous leur avons adressé : il a pu, par exemple, être lu par un médecin remplaçant.

Différentes options pourraient permettre d'optimiser le taux d'adressage à un pneumologue. Lors du repérage, nous pouvons inciter davantage les patients à aborder le sujet de la B.P.C.O. avec leur médecin traitant. Un système de relance verbale au cours de la rééducation pourrait diminuer la tendance à l'oubli, bien que ce ne soit pas toujours envisageable. La réalisation d'une mini-spirométrie par le masseur-kinésithérapeute pourrait concrétiser le repérage et laisser un souvenir plus vif au patient que le questionnaire de repérage seul. Mais tous les services de rééducation et tous les masseurs kinésithérapeutes libéraux ne sont pas équipés et formés à l'utilisation du mini-spiromètre. L'organisation de campagnes de repérage de la B.P.C.O. par le masseur-kinésithérapeute au sein d'un

département, d'un bassin ou d'une localité pourrait améliorer à la fois l'adhésion du patient mais également celle du médecin traitant. La mise en place de parcours de soins serait alors favorisée.

8. CONCLUSION

L'inhalation de fumée de tabac est le principal facteur de risque pour le développement de la B.P.C.O. Les patients fumeurs et anciens fumeurs constituent en ce sens une population cible, au sein de laquelle il est nécessaire de systématiser le dépistage.

Le Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 identifie le masseur-kinésithérapeute comme participant aux actions de repérage. Dans cette étude, le masseur-kinésithérapeute était à l'initiative de l'action de repérage de la B.P.C.O., lors de l'exercice de son activité en service de réadaptation fonctionnelle. Il est nécessaire pour le masseur-kinésithérapeute de mettre en application ce décret en multipliant autant que possible sa participation aux actions de repérage de la B.P.C.O. Le masseur-kinésithérapeute est un thérapeute de choix pour le repérage de la B.P.C.O. : il possède des connaissances relatives à la pathologie, tant au niveau des symptômes qu'au niveau de la prise en charge. Il est amené à rencontrer un patient sur plusieurs séances, la plupart du temps dans des situations d'effort plus ou moins intenses, pouvant révéler une dyspnée.

Même si dans cette étude, aucun repérage entamé n'a été mené à terme avec consultation chez le pneumologue, notre action n'a pas été vaine :

- Les patients repérés bénéficient désormais d'informations concernant la B.P.C.O., ses symptômes et ses facteurs de risque.

- Certains patients ont, dans la période suivant le repérage, arrêté ou diminué leur consommation de tabac. Nous pouvons supposer qu'un message de sensibilisation a été perçu par ces patients.

Cette notion de sensibilisation est primordiale car à l'heure actuelle, seul l'arrêt du tabac permet de ralentir la progression de la B.P.C.O.

Cette action de repérage de la B.P.C.O. par le kinésithérapeute pourra être menée en service de réadaptation fonctionnelle mais également en cabinet libéral, surtout auprès de patients n'ayant jamais bénéficié de prise en charge respiratoire. La mise en place de campagnes de repérage de la B.P.C.O. par les kinésithérapeutes au sein d'une ville, d'un département, pourrait permettre d'augmenter la participation de certains thérapeutes au repérage, et pourrait également améliorer le taux d'adressage à un pneumologue par les médecins généralistes. Le Conseil Départemental de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes de Meurthe-et-Moselle est à l'initiative d'une campagne de repérage de la B.P.C.O. par les kinésithérapeutes libéraux à la fin de l'année 2014, mais aucun compte-rendu de cette action n'a été communiqué à ce jour.

Par ses connaissances et son intervention, le kinésithérapeute est un des principaux acteurs du repérage de la B.P.C.O. et doit participer à la lutte contre cette pathologie d'ampleur croissante.

BIBLIOGRAPHIE

1. G. Gayan-Ramirez, W. Janssens, M. Decramer. Physiopathologie de la bronchopneumopathie chronique obstructive. EMC - Pneumologie 2012;1-12 [Article 6-030-A-12].
2. Roche N. Comment améliorer le diagnostic de broncho-pneumopathie chronique obstructive dans la population? Presse Médicale. déc 2005;34(21):1612-4.
3. Patout M, Zysman M, Raheison Semjen C, Perez T, Cuvelier A, Roche N. Épidémiologie et dépistage de la BPCO en France. Workshop de la Société de pneumologie de langue française (SPLF). Rev Mal Respir. oct 2014;31(8):693-9.
4. Haute Autorité de Santé. Guide parcours de soins B.P.C.O. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_bpco_finale.pdf
5. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Pocket Guide to C.O.P.D. diagnosis, management and prevention. http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Pocket_2014_Jun11.pdf
6. Huchon G. Bronchopneumopathie chronique obstructive : une maladie sous-diagnostiquée et à la mortalité élevée. Presse Médicale. mars 2008;37(3, Part 1):374-5.
7. Héron M. Appareil respiratoire et physiopathologie de la BPCO. Soins. nov 2006; 51 (710):29-32.
8. Cuvelier A. Physiopathologie des BPCO. Rev Mal Respir. nov 2005;22(5):16-26.
9. Similowski P, Feuillet S. De l'inflammation des petites voies aériennes à la dyspnée d'effort dans la bronchopneumopathie chronique obstructive. Rev Mal Respir. nov 2008;25(9, Supplement 1):25-8.
10. Cooper CB. Airflow obstruction and exercise. Respir Med. 1 mars 2009;103(3):325-34.
11. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Premiers résultats du baromètre santé 2010. Evolutions récentes du tabagisme en France. <http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/Evolutions-recentes-tabagisme-barometre-sante2010.pdf>
12. Observatoire régional de la santé et des affaires sociales en Lorraine. La consommation de tabac et de cannabis en Moselle et en Lorraine. <http://www.orsas.fr/component/phocadownload/category/8-addictions.html?download=94:107-tabacannabis>

13. Observatoire régional de la santé et des affaires sociales en Lorraine. Epidémiologie des conduites addictives en Lorraine.
<http://www.orsas.fr/component/phocadownload/category/8-addictions.html?download=107:epidemiologie-des-conduites-addictives-en-lorraine-tabac-alcool-drogues-illicites>
14. Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme.
15. LOI no 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. 91-32 janv 10, 1991.
16. Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. 2006-1386 nov 15, 2006.
17. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Programme national de réduction du tabagisme. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/150212_PNRT-Complet-V_DEF_2_.pdf
18. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Prévalence du tabagisme en France et comparaisons internationales.
<http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/prevalence-tabagisme.pdf>
19. Patout M, Zysman M, Raherison Semjen C, Perez T, Cuvelier A, Roche N. Épidémiologie et dépistage de la BPCO en France. Workshop de la Société de pneumologie de langue française (SPLF). Rev Mal Respir. oct 2014;31(8):693-9.
20. Fuhrman C, Delmas M-C. Épidémiologie descriptive de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France. Rev Mal Respir. févr 2010;27(2):160-8.
21. Observatoire régional de la santé et des affaires sociales. Bulletin de l'ORSAS, année 2014 numéro 6. <http://www.orsas.fr/component/phocadownload/category/26-lettres-et-bulletins.html?download=205:bulletin-orsas-n%C2%B06-juin-2014>
22. Fournier M, Tonnel A-B, Housset B, Huchon G, Godard P, Vervloet D, et al. Impact économique de la BPCO en France : étude SCOPE. Rev Mal Respir. avr 2005;22(2, Part 1):247-55.
23. Miravittles M, Murio C, Guerrero T, Gisbert R. Costs of chronic bronchitis and copd*: A 1-year follow-up study. Chest. 1 mars 2003;123(3):784-91.
24. Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. 96-879 oct 8, 1996.
25. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Référentiel du métier et des compétences des masseurs-kinésithérapeutes. <http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2011/05/referentiel.pdf>

26. Castillo D, Guayta R, Giner J, Burgos F, Capdevila C, Soriano JB, et al. COPD case finding by spirometry in high-risk customers of urban community pharmacies: A pilot study. *Respir Med.* 1 juin 2009;103(6):839-45.
27. Oike T, Senjyu H, Higa N, Kozu R, Tanaka T, Asai M, et al. Detection of Airflow Limitation Using the 11-Q and Pulmonary Function Tests. *Intern Med.* 2013;52(8):887-93.
28. Kida K, Wakabayashi R, Mizuuchi T, Murata A. Screening for suspected chronic obstructive pulmonary disease with an eleven-item pre-interview questionnaire (11-Q). *Intern Med Tokyo Jpn.* 2006;45(21):1201-7.
29. Stratelis G, Jakobsson P, Molstad S, Zetterstrom O. Early detection of COPD in primary care: screening by invitation of smokers aged 40 to 55 years. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* mars 2004;54(500):201-6.
30. Nelson SB, LaVange LM, Nie Y, Walsh JW, Enright PL, Martinez FJ, et al. Questionnaires and pocket spirometers provide an alternative approach for copd screening in the general population. *Chest.* 1 août 2012;142(2):358-66.
31. Thorn J, Tilling B, Lisspers K, Jörgensen L, Stenling A, Stratelis G. Improved prediction of COPD in at-risk patients using lung function pre-screening in primary care: a real-life study and cost-effectiveness analysis. *Prim Care Respir J.* 2012;21(2):159.
32. Kögler H, Metzdorf N, Glaab T, Welte T. Preselection of patients at risk for COPD by two simple screening questions. *Respir Med.* juill 2010;104(7):1012-9.
33. Freeman D, Nordyke RJ, Isonaka S, Nonikov DV, Maroni JM, Price D, et al. Questions for COPD diagnostic screening in a primary care setting. *Respir Med.* oct 2005;99(10):1311-8.
34. Guerin J-C, Roche N, Vicaut É, Piperno D, Granet G, Jannin M, et al. Sujets à risque de BPCO en médecine générale : comment favoriser la réalisation de spirométries et la détection précoce de l'obstruction bronchique ? *Rev Mal Respir.* sept 2012;29(7):889-97.
35. Vial M, Apelt P, Cavalli P, Guerin T, Vercherin P, Vergnon J-M. Faisabilité d'un dépistage de la BPCO aux urgences. *Rev Pneumol Clin.* févr 2012;68(1):10-6.
36. Riegels-Jakobsen T, Skouboe M, Dollerup J, Andersen CB, Staal LB, Jakobsen RB, et al. Municipality screening of citizens with suspicion of chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2012;7:35-41.
37. Pierre B. Intérêt du dépistage de la BPCO par le masseur-kinésithérapeute. *Kinésithérapie scientifique* 2013 ; 539 : 51-53

38. Bender A. Dépistage de la BPCO en kinésithérapie libérale : place et avenir du praticien dans le parcours de soins coordonné, étude préliminaire. *Kinésithérapie Rev.* nov 2014;14(155):32-3.
39. Roche N, Perez T, Martinat Y, Huas D, Serrier P, Pribil C, et al. Difficultés de l'évaluation de la dyspnée et de la fonction respiratoire en médecine générale. *Presse Médicale.* juill 2009;38(7-8):1041-8.
40. Dirven JAM, Tange HJ, Muris JWM, van Haaren KMA, Vink G, van Schayck OCP. Early detection of COPD in general practice: implementation, workload and socioeconomic status. A mixed methods observational study. *Prim Care Respir J J Gen Pract Airw Group.* sept 2013;22(3):338-43.

ANNEXES

Annexe I:

Questionnaire utilisé pour le repérage de la B.P.C.O.

Annexe II :

Formulaire d'information et de consentement éclairé

Annexe III :

Fiche synthétique destinée au patient

Annexe IV :

Courrier adressé au médecin traitant

Annexe V :

Questionnaire destiné au médecin traitant

Annexe VI :

Questionnaire téléphonique

Annexe I : questionnaire utilisé pour le repérage de la B.P.C.O.



Auto-questionnaire
Dépistage BPCO

Faites le test : aurais-je une BPCO ?

La BPCO ou Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive est une **maladie** pulmonaire chronique, fréquente mais que les personnes ignorent souvent.

Si vous répondez à ces questions, cela aidera à savoir si vous avez une BPCO

Toussez-vous souvent (tous les jours) ? Oui Non

Avez-vous souvent une toux grasse ou qui ramène des crachats ? Oui Non

Êtes-vous plus facilement essouffé que les personnes de votre âge ? Oui Non

Avez-vous plus de 40 ans ? Oui Non

Avez-vous fumé ou fumez-vous ? Oui Non

Si vous répondez positivement à trois de ces questions*, le médecin généraliste peut soit mesurer votre souffle à l'aide d'un spiromètre soit vous orienter vers un pneumologue.

Découvrir une BPCO précocement permettra de prévenir des lésions pulmonaires ultérieures. Des traitements sont disponibles pour que vous vous sentiez mieux.

* ou avez-vous été exposé de manière prolongée ou répétée à **des** gaz, poussières, fumées, vapeurs dans le cadre de votre travail ?

** deux réponses « oui » peuvent déjà constituer un signe d'alarme

* Adapté du Décret (arrêté) relatif à l'hygiène et à la sécurité au travail, 2004

Annexe II : Formulaire d'information et de consentement éclairé

Repérage des troubles de la fonction respiratoire auprès de patients fumeurs ou anciens fumeurs au cours de leur rééducation.

Formulaire d'information

Madame, Monsieur,

Vous êtes ou avez été fumeur au cours de votre vie. Il est aujourd'hui reconnu que la consommation de tabac est nocive pour la santé.

Les troubles de la fonction respiratoire font partie des risques liés à la consommation de tabac. Ces troubles peuvent apparaître tardivement et ainsi retarder le diagnostic et la prise en charge.

A titre préventif, vous êtes invité à répondre à un questionnaire de repérage des troubles de la fonction respiratoire, liés à la consommation de tabac.

S'il est positif, ce questionnaire sera envoyé à votre médecin traitant. Ce dernier fournira son avis médical et envisagera avec vous les étapes ultérieures de votre prise en charge.

Nous souhaitons vous contacter par téléphone au courant du mois de février 2015 afin d'évaluer avec vous les suites qui ont été données à ce questionnaire.

Votre participation à cette enquête consiste donc dans un premier temps à répondre à un bref questionnaire, puis dans un second temps à être contacté par téléphone pour répondre à un second bref questionnaire.

Votre participation est librement consentie et n'engendrera aucune modification de votre prise en charge en rééducation. Vous ne ferez l'objet d'aucune charge financière.

Nous garantissons la confidentialité absolue de vos données personnelles.

Document réalisé dans le cadre du mémoire de fin d'étude de Camille POISS

Formulaire de consentement éclairé

Je, soussigné(e), M, Mme, Mlle né(e) le.....

- ⇒ Déclare avoir reçu oralement et par écrit toutes les informations nécessaires précisant les modalités de déroulement de cette étude.
- ⇒ J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions qui me paraissent utiles pour la bonne compréhension de la note d'information et de recevoir des réponses claires et précises.
- ⇒ J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant avant de prendre ma décision.
- ⇒ J'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche dans les conditions ci-dessus, sachant que je suis libre de refuser sans que cela ait de conséquences sur la qualité de mes soins.
- ⇒ J'accepte d'être contacté(e) par téléphone dans le cadre de cette étude.
- ⇒ Je suis conscient que je peux arrêter à tout moment ma participation à cette recherche sans supporter aucune responsabilité.

Je donne mon accord pour participer à cette étude dans les conditions ci-dessous.

- ⇒ Cet accord ne décharge en rien les organisateurs de l'étude de leur responsabilité.
- ⇒ Toutes les données et informations qui me concernent resteront strictement confidentielles.
- ⇒ Je pourrai à tout moment demander toute information complémentaire aux organisateurs de l'étude.

⇒ Fait à le

Signature de l'investigateur

Signature du Volontaire
précédée de la mention lu et approuvé

Annexe III : Fiche synthétique destinée au patient

REPÉRAGE DES TROUBLES RESPIRATOIRES



Vous êtes ou avez été fumeur au cours de votre vie. Il est aujourd'hui reconnu que la consommation de tabac est nocive pour la santé.

Les troubles de la fonction respiratoire font partie des risques liés à la consommation de tabac.

Ces troubles peuvent apparaître tardivement et ainsi retarder le diagnostic et la prise en charge.

À titre préventif, vous êtes invité à répondre à un questionnaire de repérage des troubles de la fonction respiratoire, liés à la consommation de tabac. S'il est positif, ce questionnaire sera envoyé à votre médecin traitant. Ce dernier fournira son avis médical et envisagera avec vous les étapes ultérieures de votre prise en charge.

Annexe IV : Courrier adressé au médecin traitant

Camille PONS
Étudiante en masso-kinésithérapie
I.L.F.M.K.
57 bis rue de Nabécor
54000 Nancy

Objet : Repérage de la B.P.C.O. en service de médecine physique et de réadaptation.

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon travail de fin d'étude, je réalise un repérage de la B.P.C.O. chez les patients bénéficiant d'une prise en charge masso-kinésithérapique à l'hôpital Felix Maréchal.

Ce repérage repose sur un questionnaire récemment validé par la Haute Autorité de Santé « Aurai-je une B.P.C.O. ? Auto-dépistage ».

Le questionnaire de votre patient, est joint à ce courrier.

Il a été repéré comme étant potentiellement porteur d'une B.P.C.O.

Je l'invite à prendre contact avec vous à sa sortie de l'hôpital, afin que vous puissiez définir avec lui d'une éventuelle suite à donner à ce repérage.

A ce titre, un autre questionnaire vous est fourni (pièce jointe « Fiche retour »), à remplir si vous le voulez bien par vos soins et à me retourner dans l'enveloppe prévue à cet effet. Il s'agit ici d'évaluer si la méthode de repérage de la B.P.C.O. utilisée par le masseur-kinésithérapeute est pertinente et encouragée par le médecin traitant.

Je vous remercie par avance de l'attention que vous porterez à mon travail, et vous prie de recevoir mes sincères salutations.

Camille PONS

Annexe V : Questionnaire destiné au médecin traitant

Ce questionnaire est à remplir par le médecin traitant de l'asthmatique/fumeur.

Une fois rempli, merci de le retourner dans l'enveloppe déjà adressée prévue à cet effet, avant le 28 février 2022.

Question 1 : Considérez-vous que le questionnaire « Avez-vous une B.P.C.O. » auto-questionnaire est judicieux pour un repérage précoce ?

- a. Oui
- b. Non

Question 2 : Lors de la prochaine consultation de votre patient, évoquerez-vous le repérage de la B.P.C.O. avec lui ?

- a. Oui
- b. Non

Question 3 : Si vous avez répondu Oui à la question 2, qu'allez-vous proposer à votre patient ?

- a. Mesure du pouffe (spirométrie)
- b. Consultation chez un pneumologue
- c. Autre, précisez :

Question 4 : Si une prise en charge respiratoire a été initiée à ce jour, quelle est-elle ?

- a. Traitement inhalé
- b. Programme de réhabilitation respiratoire
- c. Séances de kinésithérapie respiratoire
- d. Autre, précisez :

Question 5 : Si vous avez répondu Non à la question 2, pourquoi décidez-vous de ne pas prendre en considération le repérage effectué ?

- a. Manque de précision du test
- b. Malgré les réponses positives, vous ne suspectez pas de B.P.C.O. chez ce patient.
- c. Si le patient n'évoque rien de lui-même, vous décidez de ne pas poursuivre le dépistage.
- d. Autre, précisez :

Merci de votre coopération.

Annexe VI : Questionnaire téléphonique

Questionnaire téléphonique

- 1) Avez-vous consulté votre médecin traitant depuis que vous avez répondu au questionnaire lors de votre rééducation ?
Oui, question 2 Non, pourquoi ?

- 2) Est-ce que le questionnaire a été évoqué ?
Oui, question 3 Non, pourquoi ne pas en avoir parlé ? Question 10

- 3) Par qui a été abordé le sujet ?
Par le patient Par le médecin

- 4) Des examens complémentaires ont-ils été prévus par votre médecin traitant ?
Oui, question 5 Non, question 6

- 5) Lesquels et quels en sont les résultats ?

- 6) Une consultation chez un pneumologue est-elle prévue ?
Oui, question 7 Non, question 9

- 7) Qui a proposé cette consultation ?
Le médecin Le patient

- 8) Si la consultation chez le pneumologue a déjà eu lieu, quels examens ont été réalisés ?

- 9) Une prise en charge vous a-t-elle été proposée ?

- 10) Avez-vous modifier votre consommation de tabac depuis le questionnaire ?

RÉSUMÉ

Objectif : Evaluer le taux d'adressage à un pneumologue suite à un repérage positif de la B.P.C.O. réalisé par le masseur-kinésithérapeute via un questionnaire.

Méthode : Les patients fumeurs et anciens fumeurs constituaient la population cible dans deux services de réadaptation fonctionnelle. Un questionnaire de repérage de la B.P.C.O. leur été proposé durant leur rééducation. S'il était positif, le résultat était envoyé au médecin généraliste du patient. Le médecin recevait également un questionnaire dont le but était de connaître ses propositions pour son patient à la suite de ce repérage. 5 à 6 mois après le questionnaire de repérage, les patients ont été contacté par téléphone et ont répondu à un autre questionnaire, le but étant de savoir si des mesures complémentaires ont été prévues à la suite du repérage.

Résultats : 51 patients ont répondu au questionnaire de repérage : 18 questionnaires étaient positifs. 9 médecins sur 18 ont répondu au questionnaire leur étant destiné. Le sujet du repérage de la B.P.C.O. devait être abordé avec 6 patients. 3 patients devaient être adressés à un pneumologue, 2 devaient réaliser une mesure du souffle et consulter un pneumologue, et 1 patient devait réaliser une mesure du souffle. Le questionnaire téléphonique a révélé qu'aucun patient n'a consulté de pneumologue, un patient a réalisé une mesure du souffle et il a ensuite refusé une consultation en pneumologie. 1 patient a réalisé une radiographie pulmonaire. Dans la période suivant le repérage, 11,7% des participants à l'étude ont arrêté leur consommation de tabac, 17,6% des participants ont significativement réduit leur consommation de tabac.

Conclusion : Le taux d'adressage à un pneumologue est inférieur à celui espéré en théorie et inférieur à celui attendu d'après les réponses des médecins généralistes. Il est toutefois important que le kinésithérapeute reste impliqué dans le repérage de la B.P.C.O., puisque dans la période suivant le questionnaire de repérage, une baisse du tabagisme a été observée au sein de l'échantillon de l'étude.

Mots-clés : B.P.C.O., tabac, dépistage, questionnaire, kinésithérapie

Keywords: C.O.P.D., tobacco, screening, questionnaire, physiotherapy