



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Freins au dépistage de la BPCO par spirométrie : étude qualitative  
auprès des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 26 avril 2023 à 16h00  
au Pôle Formation  
**par Marion GINOUX**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT**

**Assesseur :**

**Monsieur le Docteur Marc VOGEL**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Dominique DELSART**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises  
dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**



## Liste des abréviations

|       |                                                                                     |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| ARS   | Agence Régionale de Santé                                                           |
| BPCO  | Bronchopneumopathie Chronique Obstructive                                           |
| CAT   | COPD Assessment Test                                                                |
| CPAM  | Caisse Primaire d'Assurance Maladie                                                 |
| CPTS  | Communauté Professionnelle Territoriale de Santé                                    |
| CRD2M | Commission de Recherche des Départements de<br>Médecine et de Maïeutique de la FMMS |
| DES   | Diplôme d'Études Spécialisées                                                       |
| DPC   | Développement Professionnel Continu                                                 |
| DREES | Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et<br>des Statistiques       |
| DU    | Diplôme Universitaire                                                               |
| EFR   | Explorations Fonctionnelles Respiratoires                                           |
| ERTL4 | Épreuves de Repérage des Troubles du Langage à 4 ans                                |
| FFP   | Fédération Française de Pneumologie                                                 |
| FMC   | Formation Médicale Continue                                                         |
| GOLD  | Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease                              |
| Gs    | Cotation de spécialiste en médecine générale                                        |
| HAS   | Haute Autorité de Santé                                                             |
| MMRC  | Modified Medical Research Council                                                   |
| MSP   | Maison de Santé Pluridisciplinaire                                                  |
| MSU   | Maître de Stage Universitaire                                                       |
| NGAP  | Nomenclature Générale des Actes Professionnels                                      |
| OMS   | Organisation Mondiale de la Santé                                                   |
| PNRT  | Programme National de Réduction du Tabagisme                                        |
| SPLF  | Société de Pneumologie de Langue Française                                          |
| TVO   | Trouble Ventilatoire Obstructif                                                     |
| VEMS  | Volume Expiratoire Maximal par Seconde                                              |

# Table des matières

|                                                                                         |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>RESUME</b> .....                                                                     | <b>9</b>  |
| <b>INTRODUCTION</b> .....                                                               | <b>10</b> |
| I.    La situation actuelle de la Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO)..... | 10        |
| A.    Généralités .....                                                                 | 10        |
| B.    Épidémiologie .....                                                               | 11        |
| II.   Le problème de santé publique posé par la BPCO.....                               | 11        |
| A.    Impact socio-économique .....                                                     | 11        |
| B.    La BPCO : une maladie sous diagnostiquée .....                                    | 12        |
| III.  Les enjeux en médecine générale.....                                              | 12        |
| A.    Pourquoi dépister ? .....                                                         | 12        |
| B.    Rôle clé du médecin généraliste pour le dépistage .....                           | 13        |
| <b>MATERIELS ET METHODES</b> .....                                                      | <b>14</b> |
| I.    Choix du type d'étude .....                                                       | 14        |
| II.   Population étudiée.....                                                           | 14        |
| III.  Recueil des données .....                                                         | 15        |
| A.    La méthode utilisée.....                                                          | 15        |
| B.    Le guide d'entretien.....                                                         | 15        |
| C.    Le matériel .....                                                                 | 16        |
| IV.  Analyse des données .....                                                          | 17        |
| V.   Aspects éthique et règlementaire .....                                             | 17        |
| <b>RESULTATS</b> .....                                                                  | <b>18</b> |
| I.    Description de l'échantillon .....                                                | 18        |
| II.   Freins liés à la pathologie .....                                                 | 19        |
| A.    Évolution longue et silencieuse .....                                             | 19        |
| 1.    Une pathologie d'évolution lente.....                                             | 19        |
| 2.    La spirométrie : un examen non-urgent .....                                       | 19        |
| B.    Symptômes recherchés non spécifiques .....                                        | 20        |
| C.    Association à des comorbidités .....                                              | 21        |
| D.    Autres causes de BPCO .....                                                       | 21        |
| III.  Freins liés au médecin généraliste .....                                          | 22        |
| A.    Organisation et logistique.....                                                   | 22        |
| 1.    La limite de temps .....                                                          | 22        |

|     |                                                        |    |
|-----|--------------------------------------------------------|----|
| 2.  | La charge de travail .....                             | 23 |
| 3.  | La consultation dédiée.....                            | 23 |
| 4.  | Déjà pratiquée par un associé .....                    | 24 |
| B.  | Manque de connaissance et de compétence .....          | 24 |
| 1.  | Le manque de connaissance .....                        | 24 |
| 2.  | Le manque de compétence .....                          | 25 |
| C.  | Sous-estimation de la pathologie .....                 | 26 |
| 1.  | Le faible nombre de fumeurs .....                      | 26 |
| 2.  | Le tabagisme non recherché .....                       | 26 |
| 3.  | Selon la plainte .....                                 | 27 |
| 4.  | Selon la consommation de tabac.....                    | 27 |
| 5.  | Selon l'âge.....                                       | 28 |
| 6.  | Selon le sexe.....                                     | 28 |
| 7.  | Selon l'aspect physique.....                           | 29 |
| D.  | Orientation chez le spécialiste.....                   | 29 |
| 1.  | Dépistage par le pneumologue .....                     | 29 |
| 2.  | Proximité des spécialistes .....                       | 30 |
| 3.  | Contourner l'incertitude.....                          | 30 |
| E.  | Priorisation d'autres pathologies .....                | 31 |
| 1.  | Un autre type de patientèle.....                       | 31 |
| 2.  | Le tabac source d'autres pathologies .....             | 31 |
| F.  | Manque d'intérêt .....                                 | 32 |
| G.  | Les craintes du médecin généraliste .....              | 33 |
| 1.  | La crainte de devenir un technicien .....              | 33 |
| 2.  | La crainte de se disperser .....                       | 33 |
| 3.  | La crainte de déléguer les tâches .....                | 33 |
| IV. | Freins liés au matériel de la spirométrie .....        | 34 |
| A.  | La nécessité de se former .....                        | 34 |
| 1.  | Une formation chronophage .....                        | 34 |
| 2.  | Une formation ignorée .....                            | 34 |
| B.  | La pression commerciale ressentie .....                | 35 |
| 1.  | Sensation d'infantilisation et de manipulation : ..... | 35 |
| 2.  | Démarchage commercial.....                             | 35 |
| C.  | L'absence d'expérience .....                           | 36 |
| D.  | Le scepticisme envers les gestes techniques.....       | 36 |
| 1.  | Le risque de dysfonctionnement .....                   | 36 |
| 2.  | Une communication inhabituelle .....                   | 37 |

|     |                                                            |    |
|-----|------------------------------------------------------------|----|
| E.  | L'aspect économique .....                                  | 37 |
| 1.  | Une cotation non valorisée .....                           | 37 |
| 2.  | Une cotation non cumulable .....                           | 37 |
| 3.  | La non rentabilité .....                                   | 38 |
| 4.  | L'achat d'un nouvel appareil .....                         | 39 |
| 5.  | Un aspect économique non déterminant .....                 | 39 |
| 6.  | Un logiciel non compatible avec certains ordinateurs ..... | 39 |
| V.  | Freins liés au patient, selon le médecin généraliste ..... | 40 |
| A.  | La méconnaissance de la maladie .....                      | 40 |
| 1.  | Les symptômes sous-estimés.....                            | 40 |
| 2.  | Ne pas mesurer l'impact sur sa santé.....                  | 40 |
| B.  | La réticence du patient.....                               | 41 |
| 1.  | Patient fermé au sujet du tabagisme.....                   | 41 |
| 2.  | Déni des risques du tabagisme.....                         | 42 |
| 3.  | Difficulté de changer de mode de vie.....                  | 42 |
| C.  | La négligence de sa santé .....                            | 43 |
| 1.  | Manque d'assiduité aux consultations spécialisées .....    | 43 |
| 2.  | Déni de pathologie.....                                    | 44 |
| 3.  | Mauvaise observance thérapeutique .....                    | 44 |
| D.  | La pluralité des motifs de consultation.....               | 45 |
| E.  | L'inconscience collective .....                            | 45 |
| 1.  | La construction sociale autour du tabac.....               | 45 |
| 2.  | La tolérance du tabagisme .....                            | 46 |
| 3.  | Les bénéfices secondaires du tabac.....                    | 46 |
| F.  | L'inégalité sociale.....                                   | 47 |
| 1.  | L'inégalité selon le lieu de vie .....                     | 47 |
| 2.  | Le coût du dépistage au cabinet de médecine générale ..... | 47 |
| VI. | Éléments favorisant la spirométrie au cabinet .....        | 48 |
| A.  | La BPCO : problème de santé publique .....                 | 48 |
| 1.  | La BPCO sous diagnostiquée.....                            | 48 |
| 2.  | Le coût de la maladie .....                                | 48 |
| B.  | Les bénéfices pour le patient .....                        | 49 |
| 1.  | Dépistage précoce.....                                     | 49 |
| 2.  | Prise de conscience du patient .....                       | 49 |
| 3.  | Lieu connu et familier pour le patient .....               | 49 |
| 4.  | Accès aux soins du patient à faible revenu .....           | 50 |
| 5.  | Utilité multiple du spiromètre .....                       | 50 |

|      |                                                                  |    |
|------|------------------------------------------------------------------|----|
| C.   | Être ouvert à la spirométrie .....                               | 51 |
| 1.   | Être intéressé par la spirométrie .....                          | 51 |
| 2.   | Attrait pour les gestes techniques .....                         | 51 |
| 3.   | Diversifier son activité.....                                    | 51 |
| 4.   | Outil adapté à la médecine générale .....                        | 52 |
| 5.   | Pouvoir coter l'examen .....                                     | 52 |
| D.   | Le savoir et l'expérience .....                                  | 53 |
| 1.   | Avoir expérimenté durant les études.....                         | 53 |
| 2.   | Avoir été formé .....                                            | 53 |
| E.   | Être sensibilisé au dépistage.....                               | 54 |
| 1.   | Soigner des patients avec une BPCO.....                          | 54 |
| 2.   | Être sensibilisé par ses confrères .....                         | 54 |
| 3.   | Position idéale du médecin généraliste.....                      | 55 |
| F.   | Être compétent.....                                              | 55 |
| G.   | Le mode d'exercice et l'environnement .....                      | 56 |
| 1.   | Accès difficile aux spécialistes.....                            | 56 |
| 2.   | Délais pour avis spécialisés.....                                | 56 |
| 3.   | Éviter la multiplication des consultations spécialisées .....    | 57 |
| 4.   | Décharger les pneumologues .....                                 | 58 |
| 5.   | Être installé en groupe.....                                     | 58 |
| VII. | Pistes d'amélioration .....                                      | 59 |
| A.   | Amélioration de la formation.....                                | 59 |
| 1.   | Enseigner au cours des études .....                              | 59 |
| 2.   | Recevoir une formation.....                                      | 59 |
| 3.   | Informé le médecin.....                                          | 60 |
| B.   | Évolution de la médecine générale .....                          | 60 |
| 1.   | Évolution de la pratique .....                                   | 60 |
| 2.   | Rester ouvert à l'évolution .....                                | 61 |
| 3.   | Envisager des solutions.....                                     | 62 |
| 4.   | Évolution progressive .....                                      | 63 |
| 5.   | Revaloriser la cotation de la spirométrie .....                  | 65 |
| C.   | Prévention par le médecin généraliste .....                      | 65 |
| 1.   | Rôle majeur du médecin traitant .....                            | 65 |
| 2.   | Approche centrée-patient .....                                   | 66 |
| 3.   | Sensibiliser le grand public .....                               | 67 |
| 4.   | Sensibiliser le médecin au dépistage.....                        | 68 |
| 5.   | Le conseil minimal : un principe bien connu du généraliste ..... | 69 |



|                                    |                                                                                |           |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| D.                                 | Questionnements des médecins .....                                             | 70        |
| 1.                                 | Les missions en tant que médecin généraliste .....                             | 70        |
| 2.                                 | La remise en question .....                                                    | 71        |
| 3.                                 | La prise de conscience de ses propres limites.....                             | 71        |
| VIII.                              | Modélisation .....                                                             | 72        |
| <b>DISCUSSION</b>                  | .....                                                                          | <b>73</b> |
| I.                                 | Forces et limites de l'étude .....                                             | 73        |
| A.                                 | Forces de l'étude .....                                                        | 73        |
| B.                                 | Limites de l'étude .....                                                       | 74        |
| II.                                | Obstacles pratiques.....                                                       | 75        |
| A.                                 | Limitation par le temps et le coût.....                                        | 75        |
| B.                                 | La consultation dédiée : freinée par les multiples motifs.....                 | 76        |
| C.                                 | Priorisation d'autres pathologies : manque d'intérêt pour la spirométrie ..... | 77        |
| III.                               | Manque de sensibilisation et d'information .....                               | 78        |
| A.                                 | Le manque d'information des patients sur cette pathologie .....                | 78        |
| B.                                 | Le manque de sensibilisation des médecins .....                                | 79        |
| 1.                                 | Faible proportion estimée de BPCO dans la patientèle.....                      | 79        |
| 2.                                 | Estimation clinique de la BPCO .....                                           | 79        |
| 3.                                 | Biais sexuel et biais lié à l'âge .....                                        | 80        |
| C.                                 | Des recommandations peu connues .....                                          | 81        |
| IV.                                | Réticence du patient à se faire dépister .....                                 | 82        |
| A.                                 | Le refus du dépistage.....                                                     | 82        |
| B.                                 | Une pathologie liée au tabagisme .....                                         | 82        |
| V.                                 | Éléments favorisant la spirométrie au cabinet .....                            | 84        |
| A.                                 | L'inégalité d'accès aux pneumologues.....                                      | 84        |
| B.                                 | L'exercice en groupe.....                                                      | 84        |
| C.                                 | Le médecin généraliste : pilier de la prévention et du dépistage.....          | 85        |
| D.                                 | La simplification du parcours de soin.....                                     | 86        |
| VI.                                | Perspectives d'amélioration.....                                               | 87        |
| A.                                 | Sensibiliser le grand public et les médecins .....                             | 87        |
| 1.                                 | Promouvoir le dépistage .....                                                  | 87        |
| 2.                                 | Sensibiliser le grand public via la lutte contre le tabac .....                | 88        |
| B.                                 | Améliorer la formation .....                                                   | 88        |
| <b>CONCLUSION</b>                  | .....                                                                          | <b>90</b> |
| <b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> | .....                                                                          | <b>91</b> |
| <b>ANNEXES</b>                     | .....                                                                          | <b>98</b> |

## Résumé

**Contexte** : La BPCO est une pathologie respiratoire chronique fréquente qui peut être prévenue et traitée. Pourtant son dépistage, grâce à la spirométrie par le médecin généraliste, reste marginal. L'objectif de ce travail de recherche était d'explorer les freins au dépistage de la BPCO par spirométrie en médecine générale dans le Nord et le Pas-De-Calais.

**Méthode** : Il s'agissait d'une étude qualitative avec une approche inspirée de la phénoménologie interprétative. Il a été réalisé un échantillonnage raisonné homogène chez les médecins généralistes installés en libéral dans le Nord et le Pas-de-Calais.

**Résultats** : Onze médecins ont participé à cette étude. Le sous-diagnostic de la BPCO semblait lié au manque de sensibilisation à la fois du grand public et du médecin généraliste. La maladie d'évolution progressive et ses symptômes discrets étaient négligés. La réticence du patient au sevrage tabagique favorisait les situations de déni de la maladie, rendant le dépistage plus complexe. L'aspect chronophage et le manque de rentabilité étaient aussi des obstacles à la réalisation de cet examen par le médecin généraliste. Le dépistage de la BPCO ne représentait pas une priorité dans sa pratique. Il développait des compétences selon les besoins de sa patientèle mais aussi en fonction de ses intérêts intellectuels. Néanmoins, le médecin généraliste était ouvert à la spirométrie et se sentait compétent pour l'utiliser.

**Conclusion** : La mise en lumière de ces éléments ouvre de nouvelles opportunités dans le domaine du dépistage. La sensibilisation du patient sur les risques du tabac serait une occasion pour l'informer sur la BPCO. Une formation durant le cursus universitaire du futur médecin généraliste pourrait le familiariser avec le spiromètre. La réalisation de cet examen par le médecin généraliste permettrait à un plus grand nombre de patients d'accéder au dépistage.

# Introduction

## I. La situation actuelle de la Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO)

### A. Généralités

La BPCO est une pathologie respiratoire chronique fréquente qui peut être prévenue et traitée (1,2). Selon l’OMS, c’est la 3ème cause de décès dans le monde avec 3,23 millions de décès en 2019 (3). Elle regroupe un ensemble de maladies respiratoires chroniques hétérogènes, mais qui sont toujours associées à un trouble ventilatoire obstructif (TVO) permanent non complètement réversible, d’installation progressive (2,4).

Elle est liée à une inflammation des voies aériennes en réponse à des toxiques inhalés. Le tabagisme est imputable à 80 % (1,5). L’évolution naturelle de la maladie se fait vers l’insuffisance respiratoire chronique (6).

Le diagnostic passe par une découverte de TVO et requiert obligatoirement la réalisation d’une spirométrie (1,2).

La spirométrie est la méthode de référence pour le dépistage de la BPCO (1). Il s’agit d’une méthode simple, reproductible et non invasive destinée à évaluer la fonction respiratoire d’un individu.

## **B. Épidémiologie**

La BPCO est relativement méconnue du grand public, pourtant elle n'est pas rare. Selon la Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), la prévalence globale mondiale est de 10,3%. Elle devrait augmenter face au vieillissement de la population dans les pays riches et à l'augmentation des fumeurs dans les pays émergents (1,7).

Concernant la France, la prévalence est de 7,5% (3,5 millions en 2010), chiffres probablement sous-estimés pour sous-diagnostic (5). La BPCO est responsable de 18000 décès par an (6).

Selon Santé Publique France (SPF), en 2021, environ un tiers des adultes déclarait un tabagisme actif (31,9%). Il existe une hausse du tabagisme quotidien chez les femmes et les personnes les moins diplômées. Cela est en partie expliqué par un impact plus important de la crise sanitaire du SARS COV2 sur elles (8).

## **II. Le problème de santé publique posé par la BPCO**

### **A. Impact socio-économique**

La BPCO induit des frais socio-économiques importants (9). Dans l'Union Européenne, le coût total des maladies respiratoires est estimé à 6% du budget santé annuel (38,6 milliards d'euros) et la BPCO représente 56% de ce coût (1,9). La plus grande part de ces dépenses (87%) est représentée par les hospitalisations, qui font elles-mêmes suites aux exacerbations (10).

Les exacerbations, nécessitant une hospitalisation, mènent à un risque accru de mortalité. Souvent négligées des patients et des praticiens, elles restent un évènement majeur catastrophique dans l'histoire naturelle de la maladie (9,10).

## **B. La BPCO : une maladie sous-diagnostiquée**

Selon une enquête menée en 2013, l'acronyme BPCO évoque une banque plutôt qu'une maladie (11). Dans une autre étude française, 8% de la population interrogée connaît le terme BPCO et seuls 66% d'entre eux l'associent à une maladie respiratoire (12).

Plus des deux tiers des BPCO ne seraient pas diagnostiqués (13,14). La plupart des études internationales montrent que moins de 6% des adultes auraient connaissance de leur diagnostic, ce qui reflète la méconnaissance et le sous-diagnostic de cette maladie dans le monde (1). Des études montrent que moins d'un tiers des patients avec une BPCO auraient eu un diagnostic formel par spirométrie (15,16).

Or, la détection précoce de cette maladie, qui évolue de façon silencieuse est un enjeu majeur (17).

## **III. Les enjeux en médecine générale**

### **A. Pourquoi dépister ?**

Si la BPCO ne peut être guérie, la prise en charge précoce ralentit son évolution et peut aussi inverser certains symptômes (5). Le déclin du Volume Expiratoire Maximal par Seconde (VEMS) est plus rapide au stade initial de la maladie (18).

Poser le diagnostic permet de mieux traiter les patients : améliorer la dyspnée, la capacité à l'exercice, la qualité de vie, ainsi que de limiter les complications (2).

Un dépistage précoce et une prise en charge appropriée pourraient avoir un impact significatif pour la santé publique (1).

## **B. Rôle clé du médecin généraliste pour le dépistage**

Le médecin généraliste joue un rôle central dans la prise en charge de la BPCO car il est le médecin de premier recours, connaît son patient et son environnement. Il peut ainsi prévenir, identifier les patients à risque et les dépister (19).

L'existence d'outils comme le spiromètre de bureau pourrait lui permettre d'effectuer le dépistage. Selon une étude française, 88,9% des médecins généralistes participants recommandent l'utilisation de cet outil à leurs confrères (18).

Devant l'augmentation de la prévalence de la BPCO, l'intégration de la spirométrie en pratique quotidienne de premier recours semble indispensable.

Pourtant, comme le montrent plusieurs études, l'utilisation de ce geste technique par les médecins généralistes reste marginale (16,20). Dans une étude française menée en 2015, la spirométrie est utilisée par seulement 2% des médecins généralistes (21).

L'objectif de ce travail de recherche était de répondre à la question suivante : quels sont les freins à l'utilisation de la spirométrie en cabinet par les médecins généralistes du Nord et du Pas-De-Calais dans le cadre du dépistage de la BPCO ?

Ce travail de recherche nous a permis d'explorer cette question, aucune étude qualitative n'étant retrouvée dans notre recherche bibliographique.

# **Matériels et méthodes**

## **I. Choix du type d'étude**

Il s'agissait d'une étude qualitative avec une approche inspirée de la phénoménologie interprétative. Le caractère qualitatif était plus adapté pour étudier la question de recherche par la liberté de parole laissée aux participants. Elle permettait de mieux comprendre le vécu d'un phénomène, à savoir les freins à l'utilisation du spiromètre dans le cadre du dépistage de la BPCO.

## **II. Population étudiée**

La population étudiée concernait les médecins généralistes installés en libéral dans le Nord et le Pas-de-Calais. L'échantillonnage raisonné homogène a été retenu, permettant le recrutement de médecins généralistes libéraux avec une part plus ou moins importante de BPCO dans leur patientèle. Ils pouvaient exercer seuls ou en cabinet de groupe.

Les remplaçants n'étaient pas inclus dans l'étude, pour permettre un retour d'expérience de médecins réalisant le suivi de leurs patients.

Les médecins généralistes étaient contactés par mail, SMS ou contact téléphonique. Le sujet d'étude n'était pas dévoilé avant l'entretien. Un rendez-vous était fixé si le médecin acceptait de participer.

### **III. Recueil des données**

#### **A. La méthode utilisée**

Le recueil des données a été réalisé de façon présentielle pour 10 des 11 entretiens, et un seul a été fait par appel téléphonique. Les entretiens présentiels ont été réalisés au sein des cabinets de chaque participant ou à leur domicile, après leur avoir laissé le choix du lieu. Un journal de bord était tenu pour prendre des notes de terrain pour chaque entretien. Le recueil des données s'est déroulé de juillet 2022 à janvier 2023.

L'étude a été menée dans un premier temps, par des entretiens individuels semi-dirigés. Ils permettaient d'orienter les questions pour pouvoir se centrer sur le sujet d'étude, tout en conservant une liberté dans les réponses. Le caractère individuel donnait l'avantage de récolter des données plus sensibles, de s'affranchir de biais comme la peur du jugement par les autres participants.

#### **B. Le guide d'entretien**

Le guide d'entretien, qui servait de trame, permettait de contourner le manque d'expérience de l'investigatrice et lui apportait la réassurance de maintenir un certain contrôle de l'entretien. Il comportait des questions secondaires pour relancer la discussion si nécessaire. Ce guide a d'abord été évalué en atelier de formation universitaire à la recherche qualitative, permettant les premières modifications puis sa validation. Selon les échanges et les interactions avec le médecin interrogé, les questions pouvaient être adaptées. Le guide d'entretien est disponible en annexe.



Au fil des entretiens, le guide évoluait et les entretiens étaient rendus plus ouverts. Ainsi, les participants évoquaient au mieux leur vécu, leur ressenti sur le sujet, ce qui était en accord avec l'approche par phénoménologie interprétative.

Le recueil et l'analyse des données étaient réalisés au fur et à mesure, dans une démarche itérative. Les entretiens ont été faits jusqu'à suffisance de données c'est-à-dire, lorsque deux entretiens consécutifs n'apportaient plus de nouvelles propriétés lors du codage.

### **C. Le matériel**

L'enregistrement des entretiens était réalisé avec une application d'enregistrement vocal d'un smartphone et d'un dictaphone au format WMA. Le fichier audio était transféré sur un ordinateur, puis retranscrit de façon anonymisé dans son intégralité à l'aide du lecteur audio Otranscribe® sur un fichier Word®.

La retranscription était réalisée par l'investigatrice, lui permettant une immersion dans les données. Pour rester fidèle aux entretiens, les pauses, les hésitations ainsi que les fautes grammaticales étaient retranscrites telles quelles.

Les données pouvant nuire à l'anonymat ont été supprimées et un numéro a été attribué à chaque entretien (E1-E11).

## **IV. Analyse des données**

En parallèle à la retranscription, le verbatim était analysé selon la méthode de la phénoménologie interprétative. L'encodage initial des verbatims en étiquettes expérientielles était réalisé à l'aide du logiciel NVivo for MAC version 13®. Ce dernier rendait l'encodage plus aisé.

Pour limiter les biais d'interprétation et pouvoir croiser les analyses de verbatim, une triangulation des données a été réalisée pour la majeure partie des entretiens. Elle était effectuée avec d'autres internes de médecine générale en cours d'étude qualitative (C.D., P.D. et S.D.).

Cette étude a suivi les critères de scientificité de la grille COREQ (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research), relatifs à une étude qualitative. Elle est disponible en annexe.

## **V. Aspects éthique et règlementaire**

Avant le début de chaque entretien, le consentement oral concernant l'enregistrement et la retranscription était recueilli. Tous les participants ont accepté.

L'anonymat était garanti par attribution de numéro pour chaque entretien (E1-E11) et chaque participant (M1-M11). Les enregistrements vocaux ont été détruits immédiatement après avoir été retranscrits.

Cette étude a été évaluée en commission CRD2M et était conforme à la méthodologie de référence MR-004. Il n'y avait pas de déclaration de conformité auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), ni auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP) nécessaire.

# Résultats

## I. Description de l'échantillon

Au total, onze médecins généralistes ont été interrogés. Tous avaient une activité libérale. L'échantillon était constitué de 6 hommes et 5 femmes. Un des médecins généralistes interrogés pratiquait la spirométrie au cabinet. Les entretiens individuels duraient entre 12 min et 50 secondes et 30 min et 55 secondes. La durée moyenne des entretiens était de 23 min et 8 secondes.

Les caractéristiques de l'échantillon et des entretiens sont représentées dans le tableau ci-dessous :

| Participants | Sexe | Tranche d'âge | Exercice   | Pratique la spirométrie | MSU | Lieu de l'entretien | Durée de l'entretien |
|--------------|------|---------------|------------|-------------------------|-----|---------------------|----------------------|
| M1           | F    | 55 - 60       | Semi-rural | Non                     | Oui | Cabinet             | 12 min 50            |
| M2           | H    | 35 - 40       | Semi-rural | Non                     | Oui | Cabinet             | 14 min 53            |
| M3           | F    | 50 - 55       | Urbain     | Non                     | Non | Cabinet             | 25 min 56            |
| M4           | H    | 40 - 45       | Semi-rural | Oui                     | Oui | Cabinet             | 18 min 23            |
| M5           | H    | 60 - 65       | Semi-rural | Non                     | Non | Cabinet             | 22 min 02            |
| M6           | F    | 50 - 55       | Urbain     | Non                     | Oui | Cabinet             | 25 min 23            |
| M7           | H    | 55 - 60       | Urbain     | Non                     | Oui | Domicile            | 25 min 47            |
| M8           | H    | 40 - 45       | Semi-rural | Non                     | Non | Cabinet             | 30 min 55            |
| M9           | H    | 30 - 35       | Urbain     | Non                     | Oui | Cabinet             | 21 min 22            |
| M10          | F    | 45 - 50       | Semi-rural | Non                     | Oui | Téléphone           | 27 min 19            |
| M11          | F    | 35 - 40       | Urbain     | Non                     | Non | Cabinet             | 24 min 35            |

## II. Freins liés à la pathologie

### A. Évolution longue et silencieuse

#### 1. Une pathologie d'évolution lente

Le médecin généraliste rapportait une non prise de conscience du patient vis-à-vis de la pathologie.

M5 : « Alors quelques fois ils disent « *Non* ». Mais quand on dit " *Est-ce que vous êtes capable d'aller faire deux kilomètres à pied ?*" ils disent " *Ah docteur non, je saurais pas. Je suis trop essoufflé*". Mais eux, l'essoufflement c'est dans, ... c'est se lever, aller fermer la télévision, se rasseoir. Donc dans ce cadre-là, ils imaginent pas qu'ils sont essoufflés, mais ils sont essoufflés dès qu'ils font un moindre effort. »

#### 2. La spirométrie : un examen non-urgent

Devant une évolution très progressive de la BPCO, les délais de consultation chez le pneumologue ne semblaient pas être problématiques pour le médecin généraliste.

M2 : « Bah y'a pas vraiment d'urgence à les faire. »

M4 : « Alors une BPCO c'est pas une urgence hein. »

M8 : « Après je dis, y'a pas d'urgence, ça peut être dans l'année. »

## B. Symptômes recherchés non spécifiques

Pour le médecin généraliste, cette pathologie était peu symptomatique. Les symptômes recherchés étaient majoritairement : la toux, le crachat du matin, la dyspnée, la limitation des activités et les bronchites à répétition. Une amyotrophie ou un amaigrissement pouvaient aussi être recherchés.

M7 : « Est-ce qu'ils ont des gênes respiratoires ? Est-ce qu'ils toussent facilement le matin ? Est-ce qu'ils sont facilement essouffés dès qu'ils font une marche rapide ou dès qu'ils montent les escaliers ? Est-ce qu'ils ont des sensations de manque d'air ou de choses comme ça ? Et puis voilà, est-ce qu'ils ont fait plusieurs épisodes infectieux pendant l'année ? »

M1 : « Une toux chronique, une amyotrophie, une dyspnée croissante, euh.. un amaigrissement. »

M5 : « Ils disent " *Bah non c'est tout euh, je sais que je dois arrêter de fumer, mais je suis pas gêné...*". »

Le médecin généraliste ressentait une difficulté à faire comprendre aux patients qu'ils étaient malades. Certains médecins généralistes décrivaient des examens faussement rassurants. Il était possible d'avoir des symptômes non corrélés aux résultats des EFR.

M5 : « Il a quand même déjà fait des EFR, qui curieusement sont bonnes, sont pas trop mauvaises. Enfin, ne sont pas catastrophiques hein, il a un VEMS à 75%. Donc, c'est pas trop trop mal pour un type qui a une BPCO (rire). Les radios de poumons, les scanners, enfin on se dit "*Il va faire un néo ce mec-là*". Mais non, pour le moment non. »

## **C. Association à des comorbidités**

L'existence de comorbidités pouvait parasiter le diagnostic. Le médecin ne plaçait pas le dépistage de la BPCO comme une priorité.

M10 : « Bah après des fois, c'est peut-être pas toujours le seul problème, y'a peut-être d'autres problèmes de santé à côté. »

M3 : « Les patients qui ont beaucoup de problèmes, qui ont des comorbidités surtout. »

## **D. Autres causes de BPCO**

Le médecin généraliste citait des exemples : la silice, la pollution de l'air, les produits toxiques, les fumées professionnelles et le textile.

M10 : « Avant quand je remplaçais aux mines, là y'en avait plus facilement en fait mais c'est aussi à cause de la silicose etc. qui se rajoutait. »

M5 : « C'est un monsieur qui a travaillé dans le textile à Roubaix »

M9 : « Plus aussi des expositions à des produits toxiques, des fumées professionnelles et tout ça. »

### III. Freins liés au médecin généraliste

#### A. Organisation et logistique

##### 1. La limite de temps

Le manque de temps était un facteur limitant pour le médecin généraliste. Le champ lexical du sport (en l'occurrence, de la course à pied) était utilisé pour illustrer les propos.

M11 : « Après c'est toujours le problème, on est constamment à courir après le temps et ... je vois pas à quel moment j'irais rajouter ça dans mon planning (rire). »

M2 : « En pratique c'est du temps en plus, donc c'est un peu la course pour pouvoir le faire, le réaliser. »

Le médecin généraliste estimait que la réalisation de cet acte prenait plus d'un quart d'heure. Il pensait que c'était incompatible avec une consultation de médecine générale.

M3 : « Je sais pas combien de temps il faut pour faire une spirométrie, mais je pense que ça prend plus qu'un quart d'heure à mon avis. Et donc euh bon, je pense que c'est une question de temps en fait hein. »

M11 : « Je pense que pour faire un dépistage et pouvoir l'interpréter et expliquer au patient faut au moins, j'en sais rien je pense qu'il faut au moins une demie heure pour faire les choses correctement ? Ça me paraît un minimum en tout cas ! (rire). »

## 2. La charge de travail

La charge de travail déjà importante était évoquée. Les journées de consultation du médecin généraliste étaient déjà trop denses pour rajouter le dépistage par spirométrie.

M6 : « Après c'est toujours pareil, on peut pas tout faire en médecine générale ! C'est compliqué, ou alors il nous faudrait des journées de 36 heures ! »

M10 : « Bah voilà, là mon planning est plein toute la semaine. Et beh je ne sais pas où je vais mettre les patients. Donc j'apprends à dire « *Non* » là cette semaine (rire). Mais bon ! »

## 3. La consultation dédiée

Pour le médecin généraliste, la spirométrie devait nécessiter une consultation dédiée à cet acte. Il concevait cette consultation comme chronophage. Devoir reconvoquer le patient était parfois complexe.

M2 : « J'ai du mal à reconvoquer un patient, lui proposer un autre rendez-vous pour faire la spirométrie et puis libérer du temps pour faire de la spirométrie correctement. »

M10 : « Si on veut faire des choses faut faire revenir des patients mais euh.. c'est des fois compliqué quoi. 'Fin c'est un peu dommage de les faire revenir alors qu'ils sont là quoi ! »

M7 : « Non, il faut une consultation dédiée. Euh.. une consultation c'est 15 minutes, on est sur rendez-vous. Si tu veux faire correctement le truc, il faut une consultation dédiée au spiromètre. »



#### 4. Déjà pratiquée par un associé

Certains médecins généralistes, installés avec des collègues pratiquant la spirométrie, pouvaient leur adresser leurs patients. Ils ne voyaient pas l'utilité d'en réaliser eux-mêmes.

M9 : « Bah nous maintenant, y'a un de mes confrères ici qui a acheté un spiromètre, donc on a fait un protocole au sein de la maison médicale. »

M1 : « Comme on est en cabinet de groupe, je préfère les adresser à mon associé qui en fait plutôt que de les faire moi-même. »

## B. Manque de connaissance et de compétence

### 1. Le manque de connaissance

La définition de la BPCO était imprécise, mal connue et floue pour le généraliste. Pour certains, le diagnostic était clinique et la spirométrie n'était pas obligatoire. Le dépistage se faisait en fonction de la symptomatologie et de la plainte du patient. La spirométrie venait compléter le diagnostic et servait à connaître le stade de la maladie (grader la maladie). L'intérêt de réaliser les EFR n'était pas clair pour certains.

M7 : « Même si normalement, c'est gêne respiratoire et plus de 3 épisodes infectieux dans l'année ? C'est pas ça la définition de la BPCO ? »

M10 : « Alors, au diagnostic c'est pas obligatoire, mais ça va dans les suites du diagnostic quoi je dirais. 'Fin on va déjà savoir euh.. cliniquement ce que ça donne mais je pense que ça complète le diagnostic. »

M4 : « Et y'en a qui disent " Oh c'est long ... Oh il faut se former euh.. Ouais est ce que ça a vraiment un intérêt ?" Ils sont un peu mitigés ouais. »

Dans ce contexte, le praticien instaurait le traitement de la BPCO sans avoir fait de spirométrie et sans avoir le diagnostic de la maladie.

M5 : « Alors ça j'instaure oui, ça maintenant, ah oui oui oui bien sûr ! Souvent de toute façon c'est validé par le pneumo hein. De toute façon y'a pas 36 médicaments hein. »

M9 : « Quand le patient avait le profil, je lui mettais un traitement. »

## **2. Le manque de compétence**

Une sensation de manque de compétence et de légitimité était retrouvée.

Certains pensaient que les actes techniques correspondaient mieux au métier du spécialiste. Il ressortait une volonté à ne pas vouloir se substituer aux spécialistes.

Pour d'autres, la place du dépistage et du suivi était celle du pneumologue.

M8 : « Bah limite, je trouve que c'est plus la place d'un médecin formé ou d'un pneumologue ou quelqu'un qui prend le temps pour le faire. Parce que moi je suis largué quoi, c'est pas notre métier à nous. »

M10 : « En général si je suspecte ça, je vais aussi envoyer au pneumologue de toute façon pour qu'il fasse des EFR. Ça va être plus le pneumologue avec les EFR qui va euh, qui va continuer le suivi. »

## C. Sous-estimation de la pathologie

La proportion estimée par le médecin généraliste de patients atteint de BPCO était faible.

M7 : « Je peux les compter sur les doigts des deux mains »

M9 : « Je suis à 950 patients là, euh.. je dois en avoir peut être une vingtaine qui sont BPCO. »»

Plusieurs facteurs participaient à cette sous-estimation :

### 1. Le faible nombre de fumeurs

Le médecin généraliste avait l'impression que la prévalence de fumeurs actifs devenait moins importante et que par conséquent la proportion de patients BPCO était faible.

M5 : « J'ai peut-être l'impression qu'il y a moins de gros fumeurs chez les jeunes qu'avant, dans mon impression clinique. »

M3 : « Alors, j'ai des patients qui sont BPCO mais qui sont plus fumeurs, et qui sont déjà étiquetés en fait. Mais les nouveaux y'en a pas énormément. »

### 2. Le tabagisme non recherché

La question du tabagisme n'était pas creusée si non avouée par le patient. Le tabagisme passif ou sévère n'était pas recherché si le patient ne le mentionnait pas spontanément.

M8 : « Et c'est vrai que, par exemple, je pense que j'y pense jamais pour les tabagismes passifs. Les gens qui n'ont pas de tabac avoué je ne pose pas de question de savoir, si eux ne le disent pas ... »

M1 : « Sévère ou non ! Parce que même sévère les gens peuvent avoir une BPCO. »

### 3. Selon la plainte

Le médecin généraliste prenait en compte la symptomatologie. Le patient qui ne parlait pas de ses symptômes ou qui ne s'en plaignait pas, n'était pas dépisté.

M6 : « Surtout le ressenti et le confort du patient en fait. Dès qu'il est gêné dans la vie de tous les jours, lui ça va pas donc il va venir consulter pour ça, c'est plus ça. Disons qu'on va plus se baser sur comment il se sent, plutôt que des évaluations par des chiffres en fait. C'est plus un ressenti du patient. »

M9 : « S'il se plaint de rien le patient, on va juste faire des conseils sur le sevrage. S'ils se plaignent de rien, je les dépiste pas spécialement. »

### 4. Selon la consommation de tabac

Le médecin généraliste essayait de quantifier la consommation de tabac. Les différentes formes de tabagisme rendaient la tâche difficile, il ne pouvait pas toujours compter en « paquet-année ». Le dépistage était influencé par cette quantification.

M9 : « Bah, alors c'est vrai que quand ils fument plus d'un paquet par jour on ... je pense que ça fait un petit déclic. On se dit « *Tiens, bon euh.. Peut-être quand même là ...* ». »

M4 : « Comme elle fait des tubes elle-même bah elle sait pas. Mais j'évalue entre 40 et 80 cigarettes par jour (...) Bah c'est plus simple quand les gens achètent des paquets, mais il y en a de moins en moins comme ça coûte très cher. »

M11 : « Quand c'est "*beaucoup*" bah en fait tout est relatif (...) Donc euh.. j'ai pas de .. j'ai pas de critère précis à donner. »

## 5. Selon l'âge

L'âge du patient était un critère majeur d'orientation au dépistage. Les personnes trop âgées ou trop jeunes n'étaient pas dépistées. L'âge limite de cinquante ans était suggéré par le médecin généraliste.

M7 : « En fonction de l'âge également, parce que bon.. euh.. j'ai une patiente qui a 84 ans qui fume toujours, j'ai arrêté de l'embêter avec ça. »

M5 : « Parce que moi mes gros fumeurs c'est des gens qui ont 50 ans aujourd'hui hein. Des gens qui ont toujours fumé en étant jeune, le grand père fumait, le père fumait, ils étaient ... Là aujourd'hui il y a moins de très gros fumeurs chez les jeunes. »

M9 : [En parlant d'une patiente de 40 ans] « Non elle est encore trop jeune. Mais elle le sera jamais j'espère. »

## 6. Selon le sexe

Les femmes seraient moins dépistées que les hommes. Dans l'inconscient du médecin généraliste, la BPCO restait une maladie touchant majoritairement des patients masculins.

M10 : « Si c'est un homme c'est vrai qu'on y pense plus facilement. »

M8 : « Je pense qu'on y pense moins chez les femmes. (...) Ouais je pense, je suis obligé de l'avouer. »

Certains mentionnaient l'évolution de la prévalence du tabagisme féminin. Ils étaient plus alertés chez les patientes jeunes.

M8 : « Parce qu'on sait que les jeunes ont beaucoup... Les jeunes filles, enfin "*jeunes*" comme moi quoi, euh "*middle-age*" (rire). On va dire les quaranténaires, ont beaucoup fumé garçons comme filles dans leur jeunesse »

M5 : « Par contre, il y a le tabagisme féminin qui me pose problème. Parce qu'avant, on n'en rencontrait pas. J'ai pas beaucoup de patientes de 60 ans qui fument deux paquets de clopes par jour. »

## 7. Selon l'aspect physique

L'aspect physique du patient pouvait aussi conditionner le dépistage. Il semblait y avoir des caractéristiques physiques attirant l'œil du médecin, tirant la sonnette d'alarme pour le dépistage.

M8 : « Et en plus, je dirais presque ça se voit sur leurs têtes, à leurs voix, à leurs vêtements, à leurs odeurs et tout. Forcément ça on y pense. »

## D. Orientation chez le spécialiste

### 1. Dépistage par le pneumologue

Devant une suspicion de BPCO, le médecin généraliste adressait le patient chez le pneumologue pour le dépistage et le diagnostic.

M6 : « Nous, on fait pas de test de dépistage ici. Moi j'envoie chez le pneumologue. »

M9 : « J'adressais devant toute suspicion de BPCO. »

## 2. Proximité des spécialistes

L'accès au pneumologue apparaissait facilité pour certains généralistes. Pour le médecin généraliste, le fait de travailler en secteur urbain lui facilitait la tâche. Il n'hésitait pas à prendre directement contact avec le pneumologue pour faciliter la prise de rendez-vous.

M7 : « Ah je te dis, moi je m'embête pas hein, avec les pneumos autour de moi, hop ! (... ) On a une pratique urbaine, hyper favorisée, avec des spécialistes partout. »

M5 : « Moi je travaille plutôt avec les pneumologues de ville hein. J'ai quand même deux-trois pneumologues que je connais bien et qui me rendent bien service, où je peux avoir des rendez-vous un peu plus rapides quand même. »

M3 : « Moi quand y'a besoin je téléphone. Quand je veux que ce soit rapide, j'appelle le pneumologue et je prends le rendez-vous. »

## 3. Contourner l'incertitude

Le fait d'adresser au pneumologue semblait être une solution devant une incertitude, permettant d'avoir un avis pour le traitement et valider le diagnostic. Le médecin généraliste suggérait aussi que savoir passer la main aux spécialistes était une valeur.

M3 : « Je me dis le plus simple, c'est que quand j'ai un doute, c'est de l'envoyer chez le pneumologue en fait. »

M9 : « Bon, moi j'aimais bien que les patients, qu'ils soient ... avant de leur instaurer un traitement ou avant de valider qu'ils aient besoin d'un traitement, qu'ils aient des épreuves de souffle hein. Pour savoir déjà quantifier un peu le .. déjà pour être sûr que c'est une BPCO. »

M8 : « Et c'est ce qui fait la richesse du métier et la richesse d'un territoire avec justement quand on connaît bien ses correspondants, et qu'on sait adresser. »

## **E. Priorisation d'autres pathologies**

### **1. Un autre type de patientèle**

Certains généralistes montraient un intérêt pour une autre catégorie de patients. Le fait de déjà pratiquer d'autres actes au cabinet, serait un frein à la spirométrie. Le médecin généraliste estimait que cet acte n'était pas en adéquation avec les besoins de sa patientèle.

M1 : « Euh.. je pense qu'on a tous des chevaux de bataille et des attraites pour des pathologies en particuliers. Mais on peut pas tout faire 'fin c'est pas possible. »

M11 : « Je fais beaucoup de gynéco, donc euh .. je fais des frottis, je pose des implants, je les enlève, j'enlève des stérilets, euh.. voilà. Je fais de la suture quand j'ai des patients à suturer. »

M6 : « Ici on fait beaucoup de pédiatrie, on a les mallettes des Sensory tests, les ERTL4 tous ces trucs-là, parce que moi c'est un champ que j'aime bien »

### **2. Le tabac source d'autres pathologies**

Le tabagisme évoquait une autre pathologie que la BPCO pour le généraliste. Il évoquait en premier lieu les maladies cardiovasculaires et les cancers. Le versant addictologique était aussi cité avec une difficulté à sortir de la dépendance.

M5 : « Je leur dis, y'a pas que le problème du poumon hein. Le tabac c'est franchement une cochonnerie hein, ça abîme tout ! C'est quand même source de très nombreux cancers pas seulement le cancer du poumon, et puis aussi tout ce qui est artériopathies. Voilà, coronaropathie, AOMI, voilà. »

M6 : « C'est la dépendance. Et après, forcément les cancers parce que c'est ça que les gens craignent en premier même s'ils ne le formulent pas. »



## F. Manque d'intérêt

Le médecin généraliste exposait un désintérêt pour la réalisation de la spirométrie en cabinet.

M8 : « J'avoue c'est pas le domaine qui m'attire le plus, en tout cas le côté technique de la spirométrie bon euh.. »

M11 : « Si j'avais plus le temps peut être que je le ferais ? Encore que, je suis pas sûre, parce que c'est pas quelque chose qui m'intéresse particulièrement mais voilà. (...) Encore une fois, je pense qu'après on pratique des actes ou des gestes techniques en fonction de ce qui nous intéresse ! »

Le médecin généraliste ne participait pas aux formations organisées par différents organismes (CPAM, FMC, ...). Certains médecins généralistes ne connaissant pas le fonctionnement de l'appareil, pouvaient imaginer que le geste était complexe et difficile d'accès.

M1 : « Il y a eu des formations qui ont été faites à la CPAM pour le faire. Euh j'ai pas participé parce que de toute façon, je pensais que j'allais pas le faire derrière. »

M11 : « Je les ai vues passer dans les Formations Médicales Continues, mais comme ça m'intéresse pas, je l'ai pas fait (rire) ! »

## **G. Les craintes du médecin généraliste**

### **1. La crainte de devenir un technicien**

Il pouvait exister une crainte que l'activité du médecin généraliste soit réduite à la seule réalisation de la spirométrie. Le praticien n'avait pas envie de devenir un technicien.

M6 : « Faire du dépistage pour faire du dépistage, faire rentrer dix patients pour faire dix spirométries coter leur CCAM et puis après c'est tout bah ... »

### **2. La crainte de se disperser**

Pour certains médecins généralistes, il était délétère de faire divers actes techniques. Le médecin généraliste disait qu'il était inutile d'avoir trop de médecins généralistes pratiquant la spirométrie. Certains devaient se concentrer sur cet acte, comme s'il s'agissait d'une sur-spécialité à la médecine générale.

M9 : « Je suis pas sûr que ça vaille le coup que tout le monde se forme. Parce que .. bah c'est un peu se disperser et c'est bien que y'en ait un qui le fasse euh... voilà qui soit concentré là-dessus. »

### **3. La crainte de déléguer les tâches**

Le médecin généraliste paraissait sceptique quant à la délégation des tâches. Cela ne semblait pas être une solution évidente pour favoriser la réalisation de la spirométrie.

M6 : « On va nous rétorquer qu'on a des assistants médicaux pour ça. Mais bon ! Tout n'est pas ... »

## IV. Freins liés au matériel de la spirométrie

### A. La nécessité de se former

#### 1. Une formation chronophage

Le médecin généraliste voyait une contrainte horaire à la formation. Le praticien cherchait des formations orientées selon sa pratique.

M11 : « C'est compliqué de trouver le temps pour faire des formations. Donc j'essaie de cibler des formations sur des choses qui vont m'être utiles dans mon quotidien. »

M3 : « C'est pas tant de rencontrer c'est de se dire " *Oui, je veux bien qu'on vienne m'expliquer, mais ça va me manger une demie heure de mon temps*". Et puis le temps parfois tu l'as pas, et tu préfères le garder pour tes patients. »

#### 2. Une formation ignorée

D'autres, n'ont jamais été sollicités pour réaliser une formation, ignorant l'existence même de cette dernière.

M10 : « Non on me l'a jamais proposée non, y'a jamais personne qui m'en a parlé avant vous. »

M7 : « Ah j'en ai pas entendu parlé. Ou alors c'est rentré dans une oreille, c'est ressorti par l'autre, c'est plus vraisemblable (rire). »

## **B. La pression commerciale ressentie**

### **1. Sensation d'infantilisation et de manipulation :**

Une pression commerciale, par les sociétés de leasing, pouvait se faire ressentir pour le généraliste. Certains n'appréciaient pas ce sentiment de se faire imposer une pratique. La sensation d'être infantilisé et manipulé était désagréable pour le praticien.

M6 : « Bah moi, je pars du principe que je suis grande, je sais me former, je lis des choses, je voilà... Donc s'il y a des documents dont j'ai besoin, je vais moi chercher l'information, après peut-être pour d'autres ont en besoin. (...) J'aime pas qu'on me force la main quoi (rire) ! C'est dans mon tempérament, je déteste ça ! »

### **2. Démarchage commercial**

Les publicités pour la spirométrie prenaient plusieurs formes : par téléphone, par courrier, etc. Le médecin généraliste en avait une très mauvaise perception.

M7 : « Une mini formation avec l'appareil je pense que c'est pour vendre et pas pour être efficace. (...) Tu reçois par la presse ou tu reçois par coups de téléphone. »

M6 : « On est très régulièrement sollicités par téléphone, pour acheter des appareils de dépistage de BPCO par téléphone. C'est très très fréquent (...) C'est totalement inapproprié comme démarche quoi. C'est horripilant. »

M8 : « Bah alors moi, on a déjà essayé de me vendre un appareil de spirométrie. Donc c'est un organisme, qui vend des trucs c'est une histoire avec des abonnements et tout ça. Moi j'ai refusé parce que ... je trouvais que c'était scandaleux cette histoire. »

## **C. L'absence d'expérience**

Le médecin généraliste n'avait jamais eu l'occasion d'utiliser l'appareil en cabinet. Il suggérait que le manque d'expérience était un frein pour acquérir le matériel. Le fait de ne pas réaliser souvent le geste, le rendait moins confiant et moins à l'aise avec la pratique.

M11 : « Et puis quand on n'en fait pas beaucoup, on n'est pas très bon sur l'interprétation des examens, euh .. donc voilà. »

M3 : « Bah en fait il faudrait pouvoir faire de la spirométrie au cabinet de ville. Donc euh, nous on nous a déjà proposé de le faire, euh pff.. Non j'ai jamais fait en fait. »

## **D. Le scepticisme envers les gestes techniques**

### **1. Le risque de dysfonctionnement**

Le médecin soulignait le risque de dysfonctionnement du matériel utilisé pour réaliser des gestes techniques comme la spirométrie. Il semblait exister de mauvaises expériences avec la panne de certains outils médicaux.

M7 : « Faire des gestes techniques pour faire des gestes techniques, en général d'expérience, ça apporte plus de merde qu'autre chose. Parce qu'il y a toujours un truc qui marche pas, un truc qui déconne machin-truc etc. Au moins un stétho ça tombe pas en panne, c'est très basique hein. »

## 2. Une communication inhabituelle

Le médecin généraliste craignait d'altérer la relation de confiance avec son patient. La spirométrie était un geste patient-dépendant et exigeait une bonne participation de sa part. Elle pouvait requérir une certaine autorité du médecin.

M4 : « Et puis si t'as pas l'habitude et que t'as pas bien stimulé les gens au départ t'oses pas leur crier dessus "*Allez soufflez soufflez !*" (...) J'avais essayé de faire faire par la secrétaire : c'était difficile, elle osait pas. »

## E. L'aspect économique

### 1. Une cotation non valorisée

La cotation de la spirométrie standard n'était pas connue du médecin généraliste. Certains ignoraient l'existence même de cette cotation. D'autres connaissaient la cotation, mais relataient une impression d'un travail non valorisé.

M10 : « Je sais même pas si y'avait une cotation ou un truc particulier.. oh je sais même plus euh.. j'avais pas utilisé tant que ça. Y'avait une cotation ? »

M9 : « Bah voilà, si c'est cher et qu'en plus la cotation elle est pas valorisante oui, ça peut être un frein oui. J'ai déjà suffisamment de trucs, je vais pas m'embêter à faire quelque chose qui va me faire perdre de l'argent euh...(..) Mais c'est vrai que si on a un aspect purement financier, ça encourage pas au dépistage. »

### 2. Une cotation non cumulable

La cotation du geste n'était pas avantageuse selon le médecin généraliste. Il déplorait l'impossibilité de cumuler les actes.

M10 : « Alors c'est peut-être pas une histoire de pas rentable, c'est une histoire de "*Est-ce qu'on peut cumuler avec le ...*". C'est le problème du cumul en fait. »

M4 : « Non, on ne peut pas accumuler, c'est un acte technique en fait. Tu peux cumuler aucun acte technique avec les actes NGAP. ( ... ) Donc il faut juste coter les EFR tous seuls et ta consultation elle est gratos. Donc c'est un acte CCAM alors que la consult c'est un acte à part. Et donc ça c'est très chiant. »

M9 : « Bah, en fait, en l'occurrence on bloque deux créneaux de 15 minutes. En méd gé, c'est à peu près 25 euros les 15 minutes. Donc tu bloques un créneau de deux créneaux, qui en temps normal te rapporterait 2 Gs, donc 50 euros. Et là te rapportent moins que deux consultations. »

### **3. La non rentabilité**

Le médecin généraliste mettait en lumière la non-rentabilité de la réalisation de la spirométrie en cabinet. Il estimait qu'il y avait peu de patients à dépister, et que le coût de l'appareil ne serait pas amorti. Il y avait une image de mauvais investissement.

M11 : « J'ai dû en faire un ou deux sur mes 6 mois, en sachant que mon Maître de stage il était euh... il était vraiment pour faire plein d'examens comme ça ! Bon je suis pas sûre que ce soit très rentable d'avoir un appareil au cabinet. »

M3 : « Je vois pas l'intérêt d'investir dans un truc dont je ne vais pas me servir souvent quoi. »

M7 : « C'est le budget. C'est à dire, si t'as pas le recrutement, l'amortissement n'est pas fait avec le nombre de personnes que tu vas tester. »

#### **4. L'achat d'un nouvel appareil**

Pour certains médecins généralistes, le principe même de devoir acheter un nouvel appareil était un frein. Ils décrivaient un matériel onéreux.

M9 : « Faut voir le coût du spiromètre. Après ... pfff.. je pense que tout seul à acheter c'est peut-être un peu un frein ... je sais pas, ça coûte combien un spiromètre ? »

M11 : « Après c'est encore un appareil en plus à avoir, c'est toujours un aspect financier qui vient se rajouter. »

#### **5. Un aspect économique non déterminant**

Au contraire, l'apport économique des actes techniques semblait ne pas intéresser certains généralistes. Le praticien réalisait déjà des consultations plus longues pour d'autres pathologies.

M11 : « Je bloque déjà une demie heure pour les suivis gynéco avec les frottis pour lequel je suis payée 38 euros pour le frottis et euh .. je bloque déjà une demie heure pour mes patients dépressifs euh.. pour lesquels je vais être payée que 25 euros. Donc, c'est pas juste un aspect euh.. le côté financier qui fait que je fais pas de dépistage de BPCO. »

#### **6. Un logiciel non compatible avec certains ordinateurs**

Certains médecins généralistes pointaient le fait que le logiciel de spirométrie de bureau n'était pas compatible avec leurs ordinateurs. Le logiciel n'était pas utilisable avec les ordinateurs Mac.

M2 : « Et puis surtout ce qui était rédhibitoire au début, c'est que c'était compatible sur le logiciel sur PC et nous ici on est sur Mac, donc on n'a pas pu les utiliser. »



## **V. Freins liés au patient, selon le médecin généraliste**

### **A. La méconnaissance de la maladie**

#### **1. Les symptômes sous-estimés**

Les symptômes respiratoires avaient tendance à être sous-estimés et banalisés par le patient. Si bien qu'il ne se rendait pas compte du déclin de sa fonction respiratoire.

M6 : « C'est le problème entre l'urgence ressentie et l'urgence réelle. Ils ressentent une petite gêne au moment d'une exacerbation, puis après ils sont habitués en fait. Donc ils adaptent aussi leur style de vie. »

M2 : « Bah déjà ils se rendent pas forcément compte qu'il sont essoufflés. Pour eux c'est le quotidien, et c'est normal d'avoir cette capacité respiratoire-là. »

#### **2. Ne pas mesurer l'impact sur sa santé**

Le médecin généraliste ressentait une incompréhension des enjeux de la BPCO par son patient et les conséquences sur sa santé. Le praticien exprimait qu'il était difficile, pour le patient, de concevoir que ses symptômes actuellement légers, pouvaient progressivement devenir gênants, voire invalidants dans le futur.

M6 : « Après c'est peut-être lié à ma patientèle hein, mais comme c'est quelque chose au final les gens ne mesurent pas l'impact que ça peut avoir sur... au long cours en fait la BPCO et comment ça peut vraiment, même si elle est légère, après devenir beaucoup plus handicapant. »

## B. La réticence du patient

Le manque de sensibilisation du grand public et la méconnaissance de la maladie, limitaient la motivation du patient à se faire dépister.

### 1. Patient fermé au sujet du tabagisme

D'après le médecin généraliste, la réticence au dépistage était aussi liée à un manque de volonté d'arrêter de fumer. Certains patients étaient fermés au sujet du sevrage tabagique, si bien que le praticien pouvait arrêter de mentionner le tabagisme devant un patient non-réceptif.

M9 : « Bah, en fait, je leur demande toujours s'ils sont motivés, parce que sinon c'est pas la peine. »

M7 : « Bah.. ils bottent vite en touche hein, ceux qui ont pas envie d'en parler ! "*Bah docteur on va pas changer hein, ça fait euh.. 40 ans que je fume*". Bon bah c'est tout. »

Le patient pouvait se montrer réticent envers les problèmes de santé en général et refuser d'aborder le sujet du tabagisme. Pour certains, fumer était possiblement vu comme une honte. Ils choisissaient de dissimuler leur consommation de tabac au médecin traitant.

M6 : « Quelqu'un qui va pas consulter facilement par exemple, ou que je sens assez réticent sur les problèmes de santé. Parce que je sais que y'a du tabagisme et tout ça. »

M8 : « J'essaye de le faire relativement systématiquement avec les fumeurs que je connais. Parce que y'en a qui se cachent hein, qui nous avouent pas tout. »

## 2. Dénier des risques du tabagisme

Certains patients, dans le déni des risques encourus, trouvaient des bénéfices secondaires motivant la poursuite du tabac.

M7 : « Y'en a la moitié qui sont avec leur tabac parce qu'ils réussissent pas à comprendre que c'est dangereux, ou ils veulent pas comprendre. »

M8 : « Elle, pour l'instant, elle a rien changé. Elle a rien changé et pas du tout décidée. C'est ... elle, pour l'instant, malgré ce qui est arrivé à ses parents, elle dit "*Ouais mais le stress, c'est trop dur gna gna*". »

## 3. Difficulté de changer de mode de vie

Il demeurait difficile pour le patient de changer de style de vie et sortir de la dépendance. Avoir un mode de vie plus sain semblait être ardu pour lui. Pour certains patients, le tabac était un moyen de substituer d'autres drogues.

M3 : « On pense dire aux gens c'est facile si on veut arrêter. Mais non, c'est pas si facile que ça. Pour les petits fumeurs, il faut vraiment une volonté euh... énorme pour arrêter de fumer en fait. »

M6 : « Et après, dans une partie de la patientèle qui a plus un passé addictif sur des drogues lourdes, c'est de déplacer la substitution, enfin la dépendance, vers autre chose. Mais ... c'est difficile aussi de leur demander de tout arrêter quoi. »

## C. La négligence de sa santé

### 1. Manque d'assiduité aux consultations spécialisées

Le patient pouvait manquer d'assiduité et ne pas prendre ses rendez-vous de consultation spécialisée. Les conséquences qui en découlaient pouvaient être graves, menant à une exacerbation de BPCO, voire une hospitalisation du patient.

M6 : « Des patients qui tardent à prendre le rendez-vous, ça ils ne le disent pas. »

M11 : « Et quand je l'ai revue à sa sortie d'hospitalisation, elle m'a dit qu'elle savait qu'elle devait s'en prendre qu'à elle-même. Parce que je lui avais répété à chaque fois que je la voyais, qu'elle devait aller faire son.. qu'elle devait aller voir le spécialiste. »

Pour le médecin généraliste, la consultation spécialisée permettait une prise de conscience du patient sur son état de santé. Le fait de consulter le pneumologue soulignerait l'importance du problème. Le généraliste rapportait qu'après explications, le patient n'était pas réticent au fait de devoir consulter un spécialiste.

M11 : « Des fois, ne serait-ce que les envoyer faire le dépistage ça les réveille aussi un peu. »

M6 : « Quelqu'un qui est avec des comorbidités ou qui voit pas l'intérêt, bah là je pense que de remettre une couche avec un autre médecin qui puisse avoir le même discours et renforcer : ça a certainement plus d'impact. »

## 2. Dénier de pathologie

D'après le médecin généraliste, accepter d'avoir une maladie chronique semblait difficile pour le patient et l'étape du déni pouvait être plus ou moins longue.

M11 : « Elle dit qu'elle savait qu'elle était pas bien et qu'elle avait pas envie de prendre conscience de l'état exactement où elle était. Un déni, oui complètement. »

M8 : « Elle a quand même quelques symptômes et tout ça mais pour l'instant elle est un peu dans le déni. »

M6 : « Souvent il faut un chemin quand même, annoncer qu'on peut avoir une maladie chronique c'est compliqué hein. »

## 3. Mauvaise observance thérapeutique

D'autres, reconnaissaient être malades. Cependant, les patients négligeaient leur santé avec une mauvaise observance de leurs traitements.

M11 : « (...) Qui a une insuffisance respiratoire oxygène-dépendante sur sa BPCO, qui est censé mettre son oxygène quand il sort de chez lui, et qu'il ne met pas du tout. »

## D. La pluralité des motifs de consultation

Le médecin généraliste se sentait obligé de répondre à toutes les demandes du patient durant une consultation. Il pouvait exister un certain clivage avec le spécialiste.

M3 : « Ce sont des patients qui ont l'habitude de venir pour euh, plein de chose et pas un seul motif de consultation. Donc euh.. donc ça part un peu dans tous les sens parfois et donc c'est compliqué. »

M10 : « Et même des patients qui sont pas mes patients hein ! Qui me demandent "*Bah au final, est ce que vous pouvez me prendre la tension ?*". Je dis "*Non ! Là je suis pneumo aujourd'hui, je suis rien d'autre quoi*" (rire). (...) Mais c'est compliqué au patient de comprendre, parce que c'est le même Docteur ! (...) A un pneumologue il l'aurait pas demandé, mais on est médecins généralistes : donc on fait tout. »

## E. L'inconscience collective

### 1. La construction sociale autour du tabac

Le tabagisme était vu comme un outil social, permettant de rassembler les personnes. Certains individus commençaient à fumer sous influence de la société. Cette image continuait à évoluer avec le temps.

M7 : « Alors moi j'ai fait mon service militaire, mais y'avait pas de cigarettes de troupes. Mais dix ans avant, ils distribuaient encore des cigarettes de troupes quoi. Bah c'était "*l'homme viril qui fume*" quoi. »

M8 : « Euh.. moi je dirais, quand j'étais étudiant, tout le monde fumait et ... euh... même on fumait à la cafét de la fac de médecine à Lille. (...) Et en plus moi, quand j'ai fumé, j'ai fumé beaucoup moi. Je suis genre, influençable de ce point de vue là. »

## 2. La tolérance du tabagisme

Certains médecins généralistes estimaient que le tabagisme était trop toléré dans la société actuelle. Il était encore vu comme faisant partie du mode de vie du patient, vu comme « normal » et ne poussait pas au dépistage de la BPCO. Cela représentait un danger pour le patient.

M5 : [ En parlant du tabac ] « Je trouve qu'on est beaucoup trop léger avec ça ... »

## 3. Les bénéfices secondaires du tabac

Malgré l'évolution des consciences autour du tabac, le patient y voyait un bénéfice secondaire. Pour certains, fumer restait un plaisir. Pour d'autres, il était anorexigène et/ou anxiolytique.

M6 : « On a des femmes pour lesquelles, le tabac ça les empêche de manger, donc elles vont garder la ligne avec le tabac, c'est pas négligeable quand même. Pour beaucoup c'est aussi un anxiolytique, alors avec le cercle ils sont accros à la nicotine donc forcément dès qu'il n'y a plus de nicotine ils sont pas bien, ils sont stressés. »

M7 : « Je pense à ma petite dame de 83 ans qui continue à fumer parce que de toute façon elle n'a plus rien dans la vie à part le tabac.

(...) Pour certains, c'est ancré dans leur tête comme étant « *un plaisir du pauvre* » le tabac. C'est à dire que, maintenant ça commence à coûter cher mais euh.. quand les paquets de cigarettes ils augmentent de prix, on dit "*Bah c'est dégueulasse ! C'est le seul plaisir que les pauvres peuvent s'offrir*". Mais c'est dingue d'avoir pu rentrer ça dans la mentalité des gens. »

## **F. L'inégalité sociale**

### **1. L'inégalité selon le lieu de vie**

Pour le médecin généraliste, le patient venant d'un milieu industriel et plus défavorisé, était plus exposé aux toxiques comme le tabac et les fumées professionnelles.

M8 : « Je pense pas qu'on soit dans une population ... Par rapport à d'autres endroits où j'avais remplacé, très industriels, plus défavorisés et tout ça, où là vraiment, y'avait un taux de tabagisme énorme de ... je pense que c'est plus élevé. Plus aussi des expositions à des produits toxiques, des fumées professionnelles et tout ça enfin voilà. »

### **2. Le coût du dépistage au cabinet de médecine générale**

Le patient pouvait rencontrer des difficultés à avancer des frais plus importants. Le prix de la consultation avec dépistage par spirométrie était décrit par le médecin comme un frein à sa réalisation.

M6 : « Le test de dépistage au cabinet c'est une CCAM donc ça a un coût, donc euh... comment l'amener au patient ? Enfin je veux dire, il faut prévoir un rendez-vous pour ça, il faut lui expliquer que ça va être une consultation qui sera plus chère. »



## VI. Éléments favorisant la spirométrie au cabinet

### A. La BPCO : problème de santé publique

#### 1. La BPCO sous-diagnostiquée

Certains médecins généralistes étaient sensibilisés au sous-diagnostic de cette pathologie et au défaut de dépistage. Ils décrivaient une méconnaissance de leurs patients vis-à-vis de la spirométrie.

M5 : « J'ai l'impression que c'est pas très connu du patient, c'est connu du médecin mais pas tellement du patient de dire qu'on fait des tests. (...) Autant les gens vont me dire « *N'oubliez pas Docteur de me faire mon taux de PSA pour la prostate.* », mais la spirométrie ils vont pas vous dire " *Mais Docteur, vous ne m'avez pas demandé de faire ma spirométrie, je voudrais...*". »

M8 : « On n'a pas non plus un nombre d'insuffisants respiratoires énorme. Après, je pense que c'est sous-diagnostiqué en effet. (...) Il y a sans doute beaucoup de BPCO qui passent inaperçues. »

#### 2. Le coût de la maladie

Certains médecins généralistes mentionnaient l'impact économique de la maladie. Ils plaçaient la BPCO comme un enjeu de santé publique.

M9 : « L'intérêt global du dépistage ça serait, du coup, à visée des patients, du coup à améliorer leur symptomatologie, qu'ils puissent diminuer la ... Après à améliorer le traitement de la maladie, diminuer les symptômes, diminuer les risques d'insuffisance respiratoire chronique euh... diminuer aussi éventuellement le risque de cancer s'ils arrêtent de fumer donc voilà globalement. Et diminuer les coûts pour la santé quoi. »

## **B. Les bénéfices pour le patient**

### **1. Dépistage précoce**

Le médecin généraliste exposait qu'un dépistage précoce était bénéfique pour le patient, permettant une meilleure évolution de la pathologie.

M11 : « Et puis qu'ils apprennent tôt à ... les symptômes qui doivent les faire évoquer une exacerbation quand c'est confirmé qu'ils ont une BPCO. Plus on prend tôt le problème, et.. moins il y a de risques d'évolution défavorable. »

### **2. Prise de conscience du patient**

Les résultats de la spirométrie rendaient la pathologie plus concrète pour le patient. Pour le médecin généraliste, le seul fait de mentionner le dépistage était le début de la prise en charge en éveillant la conscience des patients.

M2 : « Et l'intérêt de la spiro c'est de permettre de pouvoir objectiver et dire « *Bah non là vous respirez à 70% de la normale quoi* ». »

M4 : « Je pense que c'est un début de prise en charge dans l'esprit des gens, c'est un petit peu comme si je les envoyais voir l'addicto. »

### **3. Lieu connu et familier pour le patient**

Le dépistage au cabinet du médecin traitant permettait au patient d'avoir un délai plus court par un praticien connu. Ces éléments créaient un climat plus rassurant pour lui.

M10 : « C'est intéressant parce que du coup ça évite d'aller voir le pneumo à l'hôpital, parce que c'est plus près. Il y a la proximité, la disponibilité du coup ! »

M9 : « Parce que les patients après euh.. voilà il faut qu'ils se déplacent aussi, c'est normal hein. Mais c'est vrai que, si on leur propose des consultations là où ils ont l'habitude d'aller euh.. je pense que ça améliorerait le dépistage. »

#### **4. Accès aux soins du patient à faible revenu**

Le médecin prenait en considération les moyens financiers de ses patients. Les dépassements d'honoraires, le lieu de consultation (hôpital, clinique ou libéral) étaient des contraintes supplémentaires. Il les tenait en compte pour obtenir un rendez-vous chez le spécialiste.

M6 : « L'accès au soin il va se poser dans la problématique des personnes à faible revenu (...). En fait, on ne va pas forcément avoir un délai long d'indisponibilité de spécialistes, mais plutôt un délai long du fait d'avoir recours à un spécialiste qui prendra une mutuelle pour la prise en charge en fait. »

#### **5. Utilité multiple du spiromètre**

Les participants mentionnaient une pluralité d'utilisation du spiromètre : le dépistage de la BPCO et son suivi, le suivi de l'asthme.

M3 : « Par exemple chez les enfants asthmatiques ... Bon bah après tu fais que ça quoi, tu fais tout ce qui tourne autour de la pneumologie le jour de la consultation où tu fais la spirométrie en fait. »

M4 : « Bah alors après je leur fais des EFR régulièrement, pour essayer de leur montrer si on a gagné quelque chose ou du moins si on n'a pas perdu. Quand on a perdu c'est de leur dire voilà c'est vraiment important d'arrêter. »

## **C. Être ouvert à la spirométrie**

### **1. Être intéressé par la spirométrie**

Le médecin généraliste était ouvert à l'utilisation du spiromètre. Certains montraient un attrait pour le domaine de la pneumologie en général. L'idée d'avoir le matériel dans un futur proche lui était accessible.

M5 : « Ça me rebute pas du tout. En plus moi j'aime bien la pneumo, donc si je pouvais avoir un outil confortable pour étayer mes diagnostics ça m'aiderait. »

M9 : « Après, si je suis amené à changer de cabinet, je pense que je le ferais pour apporter ça en plus. Je pense que c'est bien d'avoir cet outil-là. »

### **2. Attrait pour les gestes techniques**

Le médecin généraliste aimait réaliser des gestes techniques. Cet attrait était un élément incitant à la réalisation de la spirométrie au cabinet.

M4 : « Moi j'aime bien faire un tas de trucs, donc ça rentre un peu dans ma façon de faire. Je sais pas si on peut mettre spécifiquement l'EFR quelque part là-dedans. »

### **3. Diversifier son activité**

Le médecin mentionnait que de réaliser des actes divers était valorisant. Cela permettait également de varier les consultations et de proposer plus de services.

M8 : « Je trouve que tout ce qui dans notre métier .... c'est gratifiant de pouvoir faire le plus de choses possibles dans les cabinets. Donc moi je suis pour avoir du matériel, de pouvoir faire des trucs intéressants et des petits gestes et des petites choses comme ça, qui nous permettent de diversifier notre activité. »

#### **4. Outil adapté à la médecine générale**

Le praticien était ouvert à l'utilisation du spiromètre. Il estimait que l'outil était adapté à la pratique en cabinet de médecine générale.

##### ***a. Utilisation facile***

Le médecin généraliste déclarait que l'utilisation du spiromètre de bureau semblait peu complexe et adapté à la médecine générale.

M3 : « Je ne pense pas que ce soit très compliqué à utiliser en fait. »

M5 : « Je pense que la spirométrie c'est beaucoup plus facile comme interprétation et voilà : donc je pense que c'est un outil qui est adapté aux généralistes. »

##### ***b. Un geste rapide***

Certains médecins généralistes interrogés déclaraient que la durée d'une spirométrie était courte. Il était alors possible de la réaliser durant une consultation.

M4 : « En vrai ça prend 10 minutes. Mais même moins hein, si ça se passe super bien 5 minutes c'est fini mais c'est assez variable »

#### **5. Pouvoir coter l'examen**

Pour certains participants, la cotation de la spirométrie standard semblait avantageuse.

M1 : « En fait c'est attractif puisque tu le cotes. Si tu fais une spiro tu la cotes »

M6 : « C'est pas une histoire du coût de l'appareil, parce que de toute façon effectivement comme y'a une cotation qui est assez intéressante, voilà »

## **D. Le savoir et l'expérience**

### **1. Avoir expérimenté durant les études**

Certains médecins généralistes avaient déjà expérimenté l'appareil durant leurs études. Connaître le matériel et l'avoir utilisé était un point essentiel quant à la décision de l'acquérir. Le médecin généraliste pratiquant la spirométrie n'hésitait pas à former ses étudiants en leur faisant utiliser l'appareil.

M11 : « Quand j'étais interne, ça remonte... mais mon Maître de stage, il avait un appareil au cabinet du coup pour faire du dépistage. »

M4 : [En parlant de ses internes] « Ah ouais je leur fais faire ouais. Ils font tous les EFR, je les forme. Mais y'en a qui accrochent plus ou moins. »

### **2. Avoir été formé**

Le médecin généraliste était plus apte à utiliser l'appareil après avoir eu une formation.

M2 : « Alors moi, j'avais été formé par la sécu qui nous avait filé des spiromètres. Et euh sur le principe c'est intéressant. »

M4 : « Quand la sécu a sorti sa formation, bah j'y étais parce que je me suis formé un petit peu sur le tas on va dire. Parce que je trouvais ça intéressant à les faire les EFR. »

## **E. Être sensibilisé au dépistage**

### **1. Soigner des patients avec une BPCO**

Le médecin généraliste avait l'habitude de voir des patients souffrant de BPCO. Certains médecins généralistes connaissaient la définition de la BPCO et que la spirométrie était nécessaire pour la confirmer.

M10 : « Oui, on en voit tous les jours quand même des BPCO. »

M11 : « Et beh... je crois que y'a un item qui dit qu'il faut un ... pour dire que c'est obstructif il faut avoir fait un EFR pour confirmer la BPCO. Donc euh .. même si on a des symptômes cliniques qui nous font évoquer, de mémoire (rire), il me semble que il faut le diagnostic EFR pour confirmer la BPCO. »

### **2. Être sensibilisé par ses confrères**

Tout au long de son parcours, depuis les stages du Diplôme d'Études Spécialisées (DES), le médecin généraliste était sensibilisé à de nouvelles pratiques. Le médecin, installé en groupe, pouvait être sensibilisé au dépistage de la BPCO par ses confrères ou ses associés.

M10 : « Bah c'est le médecin que je remplaçais qui m'avait montré en fait. »

M8 : « Et je vois l'appareil le spiromètre du cabinet parce qu'on me l'a présenté, parce que X. [confrère] m'en avait parlé, j'avais hésité à faire le truc et tout (...). Et là maintenant je dirais, on a été sensibilisés entre autres par certains confrères du coin qui sont très sensibilisés à la BPCO et qui nous ont guidés sur le fait qu'on est sûrement largement au-dessous des dépistages. 'Fin qu'on .. il y a sans doute beaucoup de BPCO qui passent inaperçues, 'fin qui sont pas soignées ni diagnostiquées. »

### 3. Position idéale du médecin généraliste

La position du médecin généraliste permettait de voir régulièrement le patient. Il pouvait réévaluer le patient, suivre ses symptômes et se rendre compte des changements. Le voir fréquemment permettait d'être plus attentif au dépistage.

M11 : « Les patients qui sont, passé un certain âge, qui ont un suivi chronique, je vais aller plus facilement les envoyer et plus facilement aller faire du dépistage. »

### F. Être compétent

Le médecin généraliste se sentait compétent pour gérer les phases initiales de la pathologie. Il n'adressait pas d'emblée au spécialiste si l'état du patient et sa capacité de compréhension étaient bons.

M6 : « Quelqu'un qui va être un peu jeune, qui va être acteur de sa santé, qui va comprendre, qui va mettre en place un sevrage tabagique et tout : on va gérer nous, on va pas forcément demander un avis du pneumologue. »

M9 : « Si c'est très sévère, on l'envoie vers le pneumologue. Si c'est euh... si on a un VEMS entre 50 et 80, on le gère en ville quoi. »

À la suite du dépistage, le médecin généraliste pouvait instaurer le traitement de la BPCO. Il connaissait et avait l'habitude des médicaments utilisés dans cette pathologie. Le traitement améliorait la symptomatologie des patients, qui étaient alors plus motivés à se prendre en charge.

M8 : « En fonction du stade et tout ça, mais oui on peut instaurer le traitement. Je pense que ça aide les gens à se motiver. »

M5 : « Souvent de toute façon c'est validé par le pneumo hein. De toute façon y'a pas 36 médicaments hein »



## **G. Le mode d'exercice et l'environnement**

### **1. Accès difficile aux spécialistes**

Le médecin généraliste déclarait que l'accès aux spécialistes devenait compliqué. Il déplorait un manque de disponibilité des pneumologues.

M11 : « L'accès aux spécialistes et l'accès aux médecins de manière générale devient compliqué. »

M4 : « Il y a un manque, surtout c'est que les pneumos ils sont pas du tout disponibles. »

M5 : « Comme il y a déjà une hyper spécialisation en pneumologie : tel pneumo il fait plutôt tel type de chose, tel autre il s'occupe plutôt des apnées et tel autre ... et le pneumologue généraliste, y'en a en ville mais pas beaucoup à l'hôpital. »

### **2. Délais pour avis spécialisés**

Le médecin généraliste évoquait que le problème de délai touchait toutes les spécialités. Le délai pour une consultation chez le pneumologue était variable selon le lieu d'exercice. Dans un milieu urbain, proche de Lille en l'occurrence, il était plus court. Les délais rendaient le dépistage hospitalier impossible.

M3 : « En général, on l'a dans le trimestre la consultation pneumo. En tout cas à Lille, après ailleurs je sais pas. »

M4 : « Les pneumo euh... c'est 9 mois je crois, 9 mois de délai de pneumo ça fait long. Et ça va pas s'améliorer ouais. »

M9 : « Après les délais actuellement à l'hôpital ils sont pas acceptables quoi ! Quand .. voilà moi à Tourcoing c'est pas avant deux ans quoi ! Donc ça c'est pas acceptable. »

Le patient pouvait être découragé face aux délais des consultations chez le pneumologue. Il arrivait que le patient oublie son rendez-vous de consultation chez le pneumologue.

M5 : « Le pneumologue c'est peut-être pas la spécialité la plus problématique en ce moment. Mais ça n'empêche qu'il y a quand même des délais et que les gens baissent les bras en disant "*Ah non c'est trop long, j'y vais pas*". »

M9 : « Oui, bah oui quand ils appellent on leur dit "*Vous avez pas rendez-vous avant un an*". Bah .. déjà si ils ont pas oublié au bout de un an c'est bien ! Et puis... c'est vrai que ça va pas les encourager à se dépister, ils vont peut-être être moins motivés à y aller. »

### **3. Éviter la multiplication des consultations spécialisées**

Pour certains médecins, la spirométrie permettrait de limiter le nombre de consultations spécialisées du patient comorbide. La multiplication des rendez-vous pouvait être source de démotivation. Ils suggéraient le spiromètre au cabinet comme allié, pour une meilleure adhésion aux soins.

M10 : « Et on vient de leur faire faire le cardiologue, et puis euh.. le diabète pour autre chose, et puis bah là faut reprendre un rendez-vous pour ça ! Donc c'est des fois un cumul. »

M5 : « Souvent les BPCO de stade débutant ils ont pas envie d'y aller. ( ...) Oui oui, quand même il faut y mettre toute son énergie et répéter plusieurs fois d'y aller. »

M11 : « Elle venait me voir pour son renouvellement de traitement (rire). Mais euh.. du coup elle refusait toute prise en charge spécialisée ! »

#### **4. Décharger les pneumologues**

Pour les médecins interrogés, la spirométrie au cabinet permettrait d'améliorer, en termes de délai, l'accès aux consultations spécialisées.

M8 : « Je pense que c'est bien aussi qu'il y ait des médecins généralistes qui fassent des EFR. Parce que voilà, je pense que les délais de pneumo sont hyper longs et donc euh ... ça aide d'avoir un diagnostic, un vrai diagnostic sans avoir accès forcément au pneumo. »

M9 : « Ça permet de décharger aussi les cabinets de pneumologie. Euh.. pour des BPCO qui sont légères ou modérées quoi. »

#### **5. Être installé en groupe**

Les cabinets de groupe étaient avantageux pour la pratique de la spirométrie. Les médecins travaillant ensemble dans un cabinet de groupe pouvaient mutualiser le matériel. De plus, être dans une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP), par exemple, permettait d'avoir des aides financières.

M9 : « En fait nous, comme on est une MSP, on a des fonds par l'ARS, avec des protocoles voilà qu'on doit rédiger et mettre en pratique afin d'améliorer la couverture médicale des patients et leur proposer des meilleurs soins. »

M8 : « Le fait d'être à trois, de mutualiser le matériel, de mutualiser l'utilisation et tout déjà ça rend les choses un petit peu plus rentables entre guillemets, même si on n'est pas là pour la rentabilité. »

## VII. Pistes d'amélioration

### A. Amélioration de la formation

#### 1. Enseigner au cours des études

Pour le médecin généraliste, la spirométrie devrait être apprise durant le cursus universitaire.

M6 : « Il faut que ce soit euh... appris pendant les études en fait. C'est un appareil que les étudiants doivent connaître, apprendre à utiliser. »

#### 2. Recevoir une formation

Le médecin généraliste envisageait une formation faite par un pneumologue, avec qui il collaborerait de préférence. Une formation courte par le spécialiste pourrait inciter le généraliste à réaliser la spirométrie au cabinet.

M3 : « Si c'était notre pneumo de référence avec qui on travaille et qu'on décide de faire une soirée euh avec lui et il nous forme ou il nous explique, c'est plus intéressant dans ce sens-là. »

M7 : « Si tu veux le faire sérieusement, il faut que t'aies quelque chose de solide, que tu puisses avoir un vrai bagage pour ... Je ne demande pas un DU en spirométrie, mais euh ... il faut que tu puisses avoir un truc qui tient la distance. »

### 3. Informer le médecin

Le médecin généraliste participait aux congrès et aux Formations Médicales Continues (FMC) pour se tenir à jour. Parler de la spirométrie à ce moment-là semblait judicieux. Le praticien évoquait qu'il pouvait exister des aprioris erronés sur le dépistage en cabinet et sur la formation, pouvant freiner les médecins.

M10 : « La FMC et euh.. peut-être lors des congrès en parler plus facilement ? C'est peut être aussi un autre moyen d'avoir l'information euh et de se dire "*Bah tiens ça peut.. c'est vrai que ça a un intérêt, il faudrait que je m'y mette quoi*". (...) Après parfois c'est juste une histoire d'information, dire que ouais, qu'il y a des mécanismes enfin des appareils qui sont peut-être assez faciles d'accès etc. Et puis ouais, une euh.. une formation qui peut être assez rapide »

## B. Évolution de la médecine générale

### 1. Évolution de la pratique

Le praticien jugeait que pour faire du dépistage, la médecine générale devait se tourner vers la prévention. Il estimait que ce serait une nouvelle façon de voir les choses, d'un autre angle, un « virage ». Cette pratique aurait un bénéfice global.

M6 : « C'est toujours pareil, si on veut que ça rentre dans les pratiques quotidiennes, il faut effectivement que la médecine générale se tourne plus vers de la prévention que du soin. Ça c'est un virage. (...) Les choses peuvent changer avec les générations qui arrivent et sont moins dans le soin et plus dans le travailler avant, pour éviter que ça arrive après. Ce serait mieux quand même ! »

## 2. Rester ouvert à l'évolution

Le médecin généraliste était intéressé par l'évolution de son travail. Il était en faveur de nouveaux projets, d'avoir de nouvelles activités et d'améliorer sa pratique.

M10 : « Je suis ouverte à tout ! Bah oui, j'ai bien fait la formation pour la polygraphie donc après on n'est pas à un truc euh ... »

M8 : « On a des projets, après notre MSP elle est récente hein, ça fait vraiment, c'est que la première année où ça tourne vraiment comme MSP c'est à dire avec des projets de soins et tout ça. »

Le médecin généraliste avait des idées pour améliorer le dépistage. Il était prêt à réorganiser son planning, en lien avec ses confrères, pour sensibiliser le grand public. Il imaginait réaliser des séances de dépistage dans les cabinets de médecine générale. Cela permettrait d'inclure des patients réticents à la consultation spécialisée et de donner une chance aux patients venant de milieux plus défavorisés.

M8 : « Je pense que ce serait hyper sympa, hyper intéressant avec des médecins généralistes formés et tout, d'organiser des séances entre guillemets de dépistage un peu. Ou faire un peu de médiatisation auprès de la population dans les cabinets en disant « *Bah euh tel jour, à tel endroit on pourra vous dépister gratuitement en quelques minutes d'une éventuelle BPCO* ». »

M6 : « L'avenir serait effectivement à se dire voilà, on se dote d'outils de dépistage à peu près pour tout ce qu'on peut, et qu'on propose aux patients des consultations de dépistage, ça sera aussi le sens de cette fameuse consultation de 45 ans. »

### 3. Envisager des solutions

Le médecin généraliste pensait à des solutions pour améliorer sa pratique.

#### **a. Collaborer avec d'autres soignants et paramédicaux**

Articuler sa pratique avec d'autres professionnels de santé était possible. Le médecin généraliste imaginait que la collaboration avec des pharmaciens était possible. Ces derniers pouvaient informer les patients sur l'existence du dépistage et les adresser aux médecins généralistes. Certains praticiens évoquaient une collaboration avec des pneumologues qui consulteraient dans les cabinets de généralistes pour réaliser le dépistage.

M8 : « Ça peut être dans le cadre d'une action de santé publique avec la MSP, avec la pharmacie qui ferait je ne sais quoi... Qui nous enverrait des gens le Mois sans tabac en disant "*Bah si vous voulez vous faire dépister, ils ont ce qu'il faut*". Ça pourrait être une action comme ça. »

M9 : « Bah, je pense que... après on pourrait faire des consultations avancées de pneumologues dans des cabinets médicaux hein de ... qui pourrait se dégager j'en sais rien, allez une demie journée, alors en fonction du cabinet, je sais pas tous les deux ou trois mois ... Bah où les médecins pourraient adresser leurs patients avec suspicion de BPCO. »

#### **b. Délégation des tâches**

Le médecin généraliste supposait que la délégation des tâches à d'autres soignants, était un gain de temps. Certains évoquaient la possibilité de leur faire réaliser l'acte technique, pour se concentrer sur l'interprétation des résultats.

M6 : « Peut-être que je demanderais aux internes de faire la spirométrie (rire) ! »

M5 : « On parle des infirmières dans les pratiques avancées, des assistants médicaux, et ça peut être un moyen de dégager du temps, en tout cas d'avoir une capacité à le faire au cabinet. (...) On devrait justement pouvoir prendre du temps pour des choses comme ça qui sont beaucoup plus spécialisées qui sont de notre ressort. »

### ***c. Créer un cadre de travail propice***

La réalisation de la spirométrie en cabinet était facilitée en créant un cadre de travail propice.

M7 : « Si y'a des trucs qui pourrait faciliter ? Une pièce dédiée, ne serait-ce que ça. (...) Et tu mets un créneau sur l'agenda « *Créneau spirométrie* ». On fait attention à pas avoir le même avec les associés et puis voilà. »

## **4. Évolution progressive**

### ***a. S'installer en groupe***

Un des médecins généralistes déclarait avoir changé sa pratique après s'être installé dans une MSP. Un associé pratiquait la spirométrie, ce qui lui permettait de ne plus adresser le patient vers un pneumologue.

M9 : « C'est vrai que là du coup j'ai.. Bah en premier recours j'ai pas besoin d'adresser au pneumologue, j'adresse à mon confrère donc ça a changé ça dans ma pratique quoi. »



### ***b. Devenir Maître de stage***

Être Maître de Stage Universitaire (MSU) demeurerait aussi un moyen de découvrir de nouvelles pratiques.

M6 : « Si on accueille un étudiant qui nous dit " Ah bah si, moi j'ai appris ça avec la spirométrie, c'est vachement bien, il faut essayer et tout " ça donnera peut-être envie d'essayer. »

### ***c. S'adapter à sa patientèle***

Le médecin généraliste articulait sa pratique autour du patient. Il prenait en compte le profil et les demandes de sa patientèle. Les patients vieillissaient en même temps que le médecin et leurs pathologies changeaient avec le temps.

M9 : « Ça répond aussi aux demandes de notre patientèle où voilà, on a beaucoup de patients fumeurs. Et puis on a vu aussi qu'on a des délais chez les pneumologues qui commencent à être long. (...) J'ai peut-être moins de patients BPCO que mon confrère à côté, qui est plus âgé et qui forcément sa patientèle l'a suivi. »

### ***d. Priorisation des consultations***

Pour le praticien, il existait en médecine générale comme dans les autres spécialités, des consultations dont on pourrait se passer. Cela permettrait de débloquer du temps pour d'autres pratiques comme du dépistage.

M9 : « En médecine générale y'a des consultations qui sont inutiles, et dans les autres spécialités y'a des consultations qui sont inutiles quoi. Et ... je pense qu'il faut faire un tri là-dedans pour permettre de libérer plus de créneau et d'améliorer le dépistage, entre autres et autres choses.

(...) Les médecins ils voient leurs patients pour un renouvellement de ventilation de VNI, ils les voient tous les ans, bah déjà s'ils les voyaient tous les deux ou trois ans, ça permettrait de dégager des consultations en plus pour d'autres choses ! »

## **5. Revaloriser la cotation de la spirométrie**

Certains mentionnaient la nécessité de revaloriser de la cotation de la spirométrie.

M7 : « Si on pouvait les coter on pourrait les enchaîner et du coup ça te prend une demi-heure pour faire ta consult plus derrière les EFR : mais ce serait pas gênant si ça suivait financièrement. »

## **C. Prévention par le médecin généraliste**

### **1. Rôle majeur du médecin traitant**

Le médecin traitant jouait un rôle majeur dans la prévention. En informant, en expliquant et en conseillant le patient, le praticien agissait en amont de l'apparition de la maladie. Cela avait un impact positif sur l'évolution de la pathologie.

M11 : « Faire une éducation du patient avant qu'il soit à un stade où ils ont besoin d'oxygène tout le temps (rire) ! Leur apprendre leur maladie, qu'ils comprennent que le tabac il faut l'arrêter, que c'est pas juste pour les embêter qu'on leur répète mais parce qu'il y a déjà un impact sur les santé. »

M8 : « Pour moi, c'est vraiment une des raisons pour laquelle je m'engage dans une CPTS. C'est pour pouvoir faire de la prévention, de la santé publique, alors que j'en ai pas le temps de le faire dans ma vie de méd gé de tous les jours. Parce que là on aura des structures, on aura des financements, on pourra se dégager du temps »

## 2. Approche centrée-patient

### a. Approche personnalisée

Le médecin généraliste adaptait son approche à chaque patient, afin de proposer un accompagnement personnalisé.

M2 : « J'essaye de trouver des petites approches que je note dans le dossier, comme ça quand je les revois la fois d'après je leur en parle, pour savoir si effectivement ils ont essayé. Si ça a marché ou pas quoi. Et essayer des différentes choses pour adapter à chaque patient quoi. »

### b. Médecin empathique

Concernant le tabac, le médecin généraliste utilisait une approche non-culpabilisante. Il sortait du paternalisme en se mettant sur le même pied d'égalité.

M3 : « Le soutien je pense. Faut essayer de comprendre pourquoi il fume et puis il faut être, il faut vraiment être derrière eux pour les inciter à arrêter de fumer quoi. Et pas forcément les culpabiliser euh par rapport au tabac en fait. »

M4 : « J'aime bien les revoir et en rediscuter. (...) Ce qui est important, c'est de pas les ... de pas les euh... enfin d'essayer de pas leur imposer un jugement. »

Il n'hésitait pas à mentionner son propre tabagisme pour motiver le patient et pour qu'il puisse se projeter.

M7 : « J'ai beaucoup plus d'humilité et je dis toujours aux patients que je suis un ancien fumeur. Ah je le dis toujours ! " *Je suis un ancien fumeur, donc c'est certainement pas un jugement ou une culpabilité à vous faire porter. Moi j'ai réussi à arrêter de fumer, et ce serait cool que vous réussissiez* " (...) Personne n'est parfait. »

M8 : « Bah déjà, je peux leur dire qu'on peut arrêter quoi. Et que je peux raconter mon expérience personnelle. (...) Bah s'ils me disent « *Ah mais vous savez pas, gna gna* ». Bah si je sais, j'ai essayé quand même. Ouais. »

### ***c. Proximité médecin-patient***

Le médecin traitant avait une relation de longue date avec le patient. Il connaissait le patient dans sa globalité, son mode de vie, son histoire personnelle et familiale. Il adaptait son discours à chacun, il pouvait effleurer les sujets délicats.

M8 : « Ça aide un petit peu, ouais. Connaître le contexte et tout ça. Bah disons que, on arrive à chatouiller la corde sensible quand c'est comme ça, plus facilement que si on connaît pas les gens. (...) Et je pense justement qu'en étant médecin généraliste, moi j'ai un peu les leviers personnels et tout ça, la connaissance du mode de fonctionnement du patient qui pourra peut-être aider à l'amener un peu plus vers l'arrêt du tabac. »

### **3. Sensibiliser le grand public**

Le médecin généraliste mesurait l'importance d'informer le patient. Le patient vivant avec ses symptômes non gênants, ne consultait pas son médecin. Il ne pouvait pas imaginer la mauvaise évolution de sa capacité respiratoire. Il fallait éduquer le patient, lui apprendre la maladie, répéter les informations et changer les habitudes. Le but était qu'il comprenne que dépister servait à prévenir l'aggravation.

M6 : « Ça va aussi changer pour les patients, c'est une histoire d'éducation des patients hein, aller voir le médecin quand tu vas bien : ça ne vient pas à l'esprit !

(...) J'ai remarqué que, pour tout ce qui est pathologie chronique évolutive, non douloureuse, parce que ça ne fait pas mal une BPCO, on a vraiment besoin de s'y mettre tous ensemble pour leur faire comprendre que "*Oui oui, maintenant là ça va, mais après ça n'ira plus*". Donc il faut qu'on prévienne. »

M5 : « Une campagne peut-être nationale de dépistage du tabac en disant que : il faut aller voir son médecin traitant qui fera un dépistage, qui vous enverra chez le pneumologue. Il faut inciter ça c'est toujours pareil hein (...) On n'en parle pas assez ! Même sur les paquets de cigarettes, on vous met des photos horribles hein, pour vous dire que ça peut donner le cancer, mais y'a pas un logo qui est marqué euh... "*Tabac = BPCO = danger*" ça devrait mis ! »

#### **4. Sensibiliser le médecin au dépistage**

Le médecin généraliste reconnaissait le défaut de dépistage de la BPCO, portant plus leur attention sur le traitement de cette pathologie. La première étape était de l'évoquer. Sans cette étape, l'engrenage du dépistage ne pouvait pas être démarré.

M7 : « Première des raisons qui vient améliorer le dépistage, c'est peut-être y penser plus systématiquement. Comme on pense plus systématiquement aux vaccins aujourd'hui. (...) Mais ouais il faut y penser plus... première manière c'est d'y penser plus souvent. »

M5 : « Alors on a des soirées médicales de temps en temps sur la BPCO mais c'est uniquement pour parler des traitements. Mais pas du dépistage ... Donc effectivement ça mériterait de ... mais je pense qu'il faudrait aussi qu'on soit appuyés, qu'il faut être plus courageux sur la BPCO. »

## 5. Le conseil minimal : un principe bien connu du généraliste

### a. *Conseils pour sevrage tabagique*

Le médecin généraliste était systématique, il essayait de trouver un déclic pour inciter au sevrage. Pour le praticien, l'entretien motivationnel et le conseil minimal faisaient partie intégrante de la prise en charge du tabagisme. Il abordait le sujet même lorsqu'il ne s'agissait pas du motif initial de la consultation.

M1 : « Moi je parle de l'entretien motivationnel à l'arrêt du tabac. Donc ça c'est un outil inclus dans la prise en charge, bien qui n'est pas inclus dans le dépistage mais plutôt voilà. Mais euh, et les messages courts à chaque consultation. »

M2 : « Moi j'insiste toujours, c'est d'essayer de trouver un déclic, pas forcément leur demander d'arrêter de fumer, mais de leur dire "*Essayez de faire ça*". »

### b. *Créer un cadre propice*

Le médecin généraliste évoquait le tabagisme aux moments propices. Cela restait un sujet sensible, pouvant affecter certains patients. Pour le médecin, parler du tabac à des moments inadaptés pouvait gêner le patient, estimant qu'il ne serait pas réceptif et qu'il ne fallait pas le brusquer.

M8 : « Des fois juste, je me dis c'est peut-être pas le moment. S'il vient pour carrément autre chose. 'Fin le type il vient, il est en burn-out, 'fin je vais pas commencer à l'embêter avec son tabac. »

M4 : « Et finalement le seul truc compliqué c'est de ne pas les braquer. »

### **c. Motiver et encourager le patient**

Le médecin généraliste répétait les informations pour maintenir la motivation du patient. Prendre le temps d'expliquer, revoir le patient et de revenir sur les informations semblait important. Il rendait le patient acteur de sa santé et lui proposait des solutions adaptées. La motivation et le désir de sevrage étaient le pilier de l'arrêt du tabac.

L'arrivée du remboursement des substituts nicotiques avait réveillé une motivation au sevrage pour certains patients.

M4 : « Je lui ai proposé des patchs, elle trouvait que ça avait l'air facile à faire. Je lui ai proposé des gommes en plus, elle a trouvé que c'était bien de pouvoir gérer elle-même. (...) Il y a plein plein de manière de faire, euh donc j'aime bien les revoir et en rediscuter. »

M5 : « Et l'arrivée des remboursements des patchs antitabac et tout ça, ça a certainement déclenché des envies d'arrêter de fumer, en se disant "*Bah je vais me faire aider*". »

## **D. Questionnements des médecins**

### **1. Les missions en tant que médecin généraliste**

Le médecin généraliste se questionnait sur ses missions se demandant jusqu'où allait son rôle.

M6 : « D'autre part : qu'est-ce que je fais de ces analyses après ? Je fais quoi ? Je vais jamais voir le pneumo ? Je vais voir le pneumo ? Je travaille plus avec les spécialistes ? »

## 2. La remise en question

Le médecin généraliste se questionnait sur sa pratique et les modifications de celle-ci. Certains médecins généralistes reconnaissaient qu'ils ne pensaient pas au dépistage de façon systématique. Il s'interrogeait sur son mode de pratique dans d'autres conditions de travail.

M7 : « Bah y'a des fumeurs mais ils sont pas encore en BPCO quoi, je veux dire euh... Ou alors je les dépiste pas assez vite ? Mais euh ... tu vas pas utiliser un spiromètre pour un type qui fume si ? ... Si, tu peux dépister : ça s'appelle du dépistage ! (rire). »

M6 : « C'est pas reproductible si j'étais dans un désert médical avec pas beaucoup de spécialistes, peut-être que je ne le ferai pas non plus parce que j'aurais juste pas le temps du tout ! C'est possible aussi. Peut-être que je me dirais "*Allez ça vaut le coup, on y va comme ça on débrouille avant d'aller voir le spécialiste*" ? Je sais pas. »

## 3. La prise de conscience de ses propres limites

Le médecin généraliste reconnaissait ses limites. Il connaissait les domaines où il excellait et ceux où il préférait passer la main.

M8 : « Je préfère passer une partie de mon quart d'heure à faire de l'éducation sur le tabac, parce que je pense que je suis meilleur là-dessus, et puis adresser pour la spiro (...). Je pense qu'on peut pas être bon partout. Nous, on nous demande déjà d'être assez omnipotent. 'Fin en tout cas dans le dépistage, dans les connaissances générales pour pouvoir bien prendre en charge les gens. Et donc, on peut tous avoir chacun notre petite spécificité mais je pense qu'on peut pas tout faire. »



## VIII. Modélisation

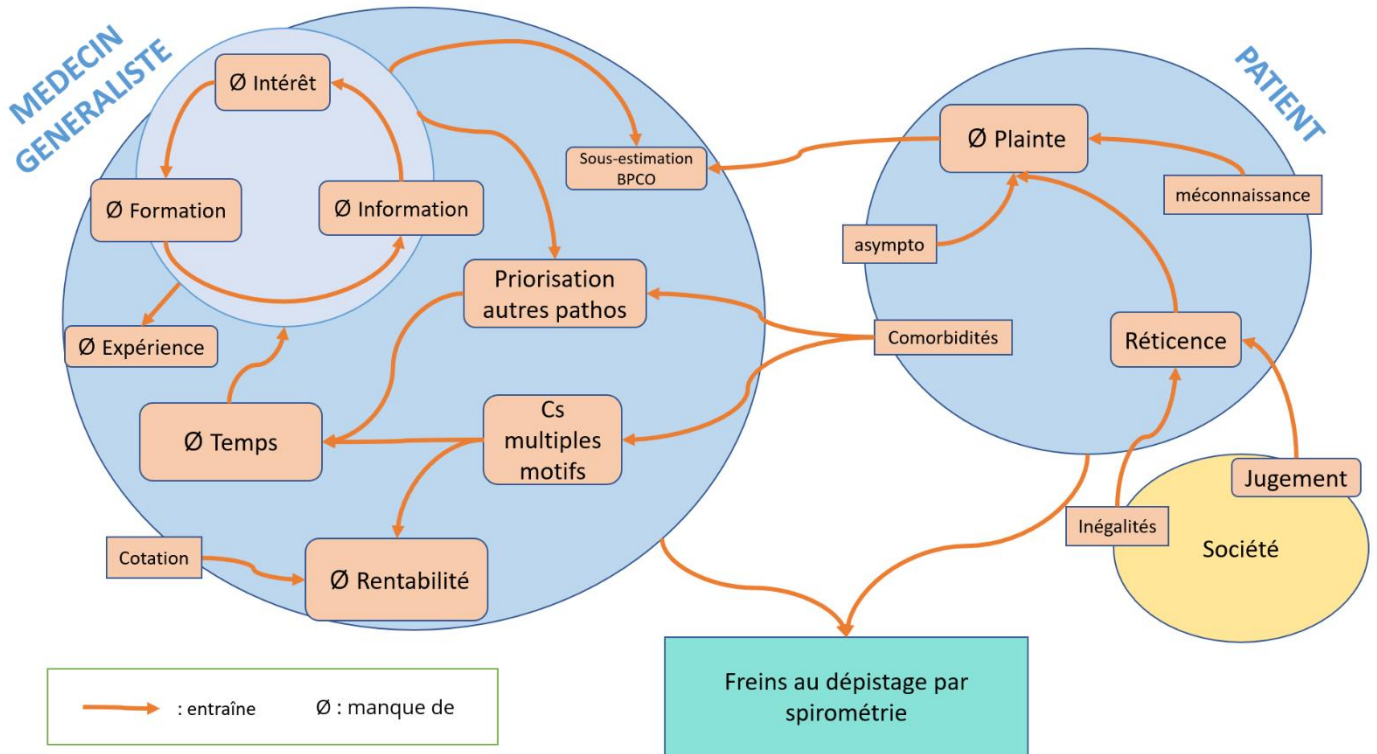


Figure : Modèle explicatif simplifié des freins au dépistage de la BPCO par spirométrie.

# Discussion

## I. Forces et limites de l'étude

### A. Forces de l'étude

Il s'agissait de la première étude qualitative consacrée au vécu des médecins généralistes concernant les freins à l'utilisation du spiromètre en cabinet. Le choix de la méthode qualitative semblait pertinent pour dégager une connaissance intime des vécus des participants.

L'échantillonnage raisonné homogène a été choisi pour être en accord avec l'approche inspirée de la phénoménologie interprétative. Le recrutement de onze médecins généralistes avec une expérience commune nous a permis d'arriver à la suffisance de données, essentielle pour la validité de notre étude.

Pour s'affranchir des biais de conformité, aucun participant ne connaissait le sujet à l'avance. Le caractère individuel des entretiens a permis de contourner d'autres biais comme la peur du jugement par les autres participants.

L'analyse des données a été réalisée de façon itérative, chaque entretien a été retranscrit puis codé avant l'enregistrement du suivant. Cette démarche a permis une amélioration des échanges au fil des entretiens et de plonger dans l'univers de chaque participant par une analyse idiographique, c'est-à-dire sans comparaison aux autres.

La triangulation des données entre l'investigatrice et d'autres chercheurs formés à la recherche qualitative, a enrichi la réflexion dans l'analyse.

Pour finir, 29 des 32 critères de la grille COREQ ont été respectés.

## **B. Limites de l'étude**

En recherche qualitative, la qualité des entretiens et de leur analyse dépend des compétences et de l'expérience des chercheurs. Néanmoins, malgré une formation universitaire, il s'agissait de la première étude menée par l'investigatrice. Devant son manque d'expérience, les premiers entretiens ont été menés de façon semi-dirigée à l'aide d'un guide d'entretien. Or il est recommandé de réaliser des entretiens ouverts lors d'une analyse inspirée de la phénoménologie interprétative.

La durée moyenne des entretiens était de 23 minutes, certains thèmes n'ont peut-être pas été assez approfondis, et auraient pu être mieux développés.

Les entretiens ne permettaient pas de s'assurer de l'authenticité des discours des participants, il pouvait exister un biais d'investigation. Toutefois, nous avons supposé la véracité de leurs propos.

Le biais de volontariat semblait inévitable dans cette étude. Sur les onze médecins ayant accepté de participer, sept étaient des MSU. Il était possible que ces derniers soient plus sensibilisés à la participation aux travaux de thèses.

Un entretien a été réalisé par téléphone. Ce moyen d'échange limitait l'accès au langage non-verbal, et donc au ressenti des participants.

Les freins liés aux patients étaient exprimés à travers le prisme subjectif de la vision des médecins interrogés, il pouvait en découler un biais d'interprétation.

L'échantillon présentait une homogénéité sur l'exercice de la médecine générale. Néanmoins, il ne permettait pas de représenter la réalité de la population des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais, aucun des participant n'exerçant en zone rurale. De plus, un des médecins interrogés pratiquait la spirométrie en cabinet. Cependant, son point de vue apportant une richesse supplémentaire à l'étude, l'entretien a été conservé. Ces points ont été certainement des sources de biais de sélection.

## **II. Obstacles pratiques**

### **A. Limitation par le temps et le coût**

Le manque de temps était le principal obstacle revenu, cité par tous les participants de notre étude. Ils estimaient que la durée nécessaire à la réalisation de la spirométrie était de 15 à 30 minutes. Dans la littérature, on retrouvait que le temps moyen de réalisation d'une spirométrie variait de 15 à 19 minutes (22,23) sans compter les 20 minutes du test de réversibilité aux bronchodilatateurs. Selon une enquête de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), la durée moyenne d'une consultation de médecine générale était de 18 minutes (24). Le temps de réalisation de cet examen semblait difficilement compatible avec une consultation classique.

Le manque de rentabilité était rapporté par les médecins généralistes interrogés. En France, le test de spirométrie correspond à l'acte de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) « GLQP012 – mesure de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée », rémunéré 40,28 euros (25).

Certains médecins généralistes interrogés ignoraient l'existence de cette cotation pour l'acte de la spirométrie. Pour d'autres, cette dernière n'étant pas cumulable avec la cotation de la consultation du généraliste (Gs), la rémunération semblait insuffisante et peu valorisante.

Une activité non-rentable semblait être un frein la réalisation de la spirométrie en cabinet par les médecins généralistes. Ce constat était retrouvé dans la littérature (26,27). La revalorisation de la cotation, ou la rendre cumulable avec la Gs, étaient des solutions proposées par les participants comme piste d'amélioration.

A contrario, d'autres médecins généralistes interrogés, voyaient la possibilité de coter l'examen comme élément incitant à la spirométrie. Cependant, il était à noter que ces médecins ne connaissaient pas le montant de la cotation. Il aurait été intéressant de connaître leur avis après communication du prix.

Certains médecins généralistes interrogés imaginaient que le prix d'achat de l'appareil ne serait pas amorti car peu utilisé. Devant une prévalence estimée faible de BPCO, la plupart des participants interrogés pensaient n'avoir que très peu de patients à dépister. Cet aspect était retrouvé dans la littérature (20).

Les obstacles liés au temps et au coût étaient largement retrouvés dans les études (28–30). Dans l'une d'elles, les médecins étaient surpris d'apprendre que l'appareil de spirométrie était moins cher que ce qu'ils imaginaient (environ 1000 dollars [ Soit 920 euros selon le cours actuel ]) (31).

## **B. La consultation dédiée : freinée par les multiples motifs**

Plusieurs médecins généralistes interrogés suggéraient qu'une consultation dédiée à la spirométrie pourrait diminuer l'impact de cet aspect chronophage et faciliter la pratique de cet examen au cabinet.

Cependant, ils faisaient également remarquer un autre obstacle : les consultations à multiples motifs. En médecine générale, le patient ne venait rarement que pour un seul motif et parlait en moyenne de 2,6 motifs par consultation (32).

Certains médecins généralistes interrogés, en tant qu'omnipraticiens, se disaient submergés et sursollicités par les multiples demandes. Ils faisaient remarquer qu'à la différence du spécialiste, ils se sentaient parfois obligés de répondre à d'autres motifs, même s'il s'agissait d'une consultation dédiée à un acte.

Dans la littérature, les médecins avaient aussi des difficultés à refuser des demandes de patients (33).

Les médecins généralistes interrogés rapportaient également une surcharge de travail, leurs journées de consultation ne permettaient pas de planifier d'autres créneaux de consultations. Il pouvait être vu comme difficile de prioriser la BPCO dans le peu de temps disponible (28,34).

### **C. Priorisation d'autres pathologies : manque d'intérêt pour la spirométrie**

Certains médecins généralistes interrogés consacraient déjà des consultations plus longues et dédiées à d'autres pathologies. Par exemple, une étude française retrouvait qu'un tiers des médecins généralistes pratiquait régulièrement des actes de gynécologie (35).

Dans notre étude, plusieurs participants déclaraient manquer d'intérêt pour la spirométrie et prioriser d'autres domaines de pathologie. Une analyse anthropologique observait que chaque médecin généraliste développait des domaines de compétence en fonction de ses intérêts intellectuels (17).

A noter que selon une enquête de la DREES, un tiers des généralistes pensaient se spécialiser pour répondre à la raréfaction des spécialistes dans leur zone (34).

Ces éléments mettaient en évidence un cercle vicieux : le manque d'intérêt pour la spirométrie entraînait un manque de motivation pour se former et aboutissait à un manque d'information et de sensibilisation, alimentant le manque d'intérêt.

### **III. Manque de sensibilisation et d'information**

Plusieurs médecins généralistes interrogés déclaraient suivre un nombre restreint de patients BPCO, mais reconnaissaient la probable sous-estimation du nombre de ces patients. Le sous-diagnostic de la BPCO était une réalité bien connue dans la littérature (14,20,38).

#### **A. Le manque d'information des patients sur cette pathologie**

Comme mentionné par plusieurs médecins généralistes interrogés, la BPCO était une pathologie méconnue du grand public.

Les praticiens interrogés pensaient que le patient était peu conscient de l'installation progressive de ses symptômes et n'en parlait pas à son médecin traitant. Par exemple, dans l'étude de Roche et al, 40% des patients interrogés présentaient une dyspnée supérieure au grade 1 de l'échelle mMRC, mais seulement 9% s'en plaignaient spontanément (12).

Cette banalisation et négligence des signes respiratoires entraînaient un retard du « déclic » pour dépister. En effet, les médecins avaient tendance à proposer les EFR seulement aux patients rapportant eux-mêmes une plainte fonctionnelle. Ce constat était décrit dans la littérature (28,39,40).

La BPCO passait au second plan et n'engendrait pas de plainte de la part du patient. Elle paraissait moins « grave » que les maladies cardiovasculaires surtout dans un contexte de comorbidités multiples (28,41,42).

## **B. Le manque de sensibilisation des médecins**

Dans notre étude, l'intérêt du dépistage par spirométrie était sous-estimé par le médecin généraliste.

### **1. Faible proportion estimée de BPCO dans la patientèle**

Tous les médecins généralistes interrogés déclaraient n'avoir que très peu de BPCO dans leur patientèle, au maximum une vingtaine. En se penchant sur l'épidémiologie, la prévalence de cette maladie était de 7,5% des adultes en France (5).

Selon la fiche produite par l'Assurance Maladie, en février 2022, le nombre moyen de patients suivis par un généraliste comme médecin traitant était de 965, et le nombre moyen de patients différents vus dans l'année était de 1549 (43). En se calquant sur la prévalence de cette maladie en France, le nombre moyen de patients avec une BPCO par médecin traitant serait alors de 72. Ce qui est bien loin de la proportion de BPCO estimée par les participants dans leur patientèle.

Avoir la notion du nombre de patients à dépister, ou du moins, avoir un ordre d'idée pourrait sensibiliser le médecin généraliste au dépistage (20).

### **2. Estimation clinique de la BPCO**

La définition de la pathologie et le rôle du spiromètre n'étaient pas clairs pour tous. Certains médecins généralistes interrogés se fiaient à la clinique pour définir la BPCO. Or, la dyspnée était parfois absente (29,44).



Contrairement aux propos des médecins interrogés, il n'existait pas de lien de causalité significatif avec la durée du tabagisme. En effet le seuil de paquet-année n'apportait pas de différence significative au dépistage (45,46).

Une grande proportion des patients était donc considérée comme BPCO sans avoir fait de spirométrie pour le confirmer (41,47,48).

### **3. Biais sexuel et biais lié à l'âge**

Plusieurs médecins généralistes interrogés avouaient que la BPCO gardait encore cette image historique de « maladie d'homme » et l'âge limite de 50 ans étaient souvent mentionnés.

Dans la littérature, les femmes et les personnes jeunes (moins de 50 ans) étaient moins dépistées que les hommes (1,49,50). Elles consultaient moins pour ce motif et moins d'EFR étaient réalisées pour elles. Ces patientes avaient tendance à être considérées comme asthmatiques plutôt que BPCO (51,52).

Pourtant dans notre étude, les médecins généralistes voyaient bien que, depuis plusieurs années, la prévalence du tabagisme se majorait chez les femmes jeunes.

Pour la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF), dans leur étude « femmes et poumons » menée en 2017, les femmes étaient plus vulnérables et présentaient des formes de BPCO plus sévères. Plusieurs spécificités chez les femmes étaient à relever (53). Le phénotype était différent avec un âge plus jeune et une atteinte bronchique plus fréquente que l'emphysème. Le tableau clinique différait avec, par exemple, un retentissement fonctionnel plus marqué (dyspnée plus intensément ressentie), ou encore des signes anxiodépressifs pouvaient être au premier plan. Concernant les comorbidités, il y avait un surrisque de cancer pulmonaire, d'ostéoporose et d'asthme associé (50,54).

La spirométrie, avec ses résultats objectifs, pourrait permettre de limiter ce biais. Mais il semblait avant tout nécessaire de sensibiliser le médecin généraliste pour qu'il ait le réflexe de dépister les patients avec des symptômes et/ou des facteurs de risques (52,55,56).

### **C. Des recommandations peu connues**

Dans les dernières recommandations de la SPLF, de la GOLD, ainsi que de la HAS, la spirométrie était toujours placée comme l'examen de référence, obligatoire pour poser le diagnostic.

Pour la GOLD, il fallait penser au diagnostic de BPCO chez tout patient avec dyspnée, toux chronique, expectoration, infections respiratoires récurrentes ou exposition à des facteurs de risques. Avec une confirmation du diagnostic par spirométrie toutefois obligatoire (1).

La HAS quant à elle, mettait un âge clé à 40 ans (17). Selon ses recommandations, il fallait dépister les patients de plus de 40 ans et avec au moins un signe clinique ou un facteur de risque.

## **IV. Réticence du patient à se faire dépister**

### **A. Le refus du dépistage**

Plusieurs médecins généralistes interrogés rapportaient que la prescription des EFR n'aboutissait pas toujours à sa réalisation par le patient. Cela rejoignait les données retrouvées dans la littérature (31,57).

Dans l'étude française de Roche et al, réalisée sur 2758 sujets représentatifs de la population, seulement 56% des EFR prescrites aboutissaient à la consultation spécialisée. La raison principale en était le refus (68%). Le refus du dépistage concernait majoritairement les fumeurs (12). Une autre étude suggérait que la réalisation de la spirométrie par le médecin traitant améliorerait le dépistage. L'examen était bien accepté par les patients, 66% étaient revenus pour l'examen et seulement 11% avaient refusé (22).

### **B. Une pathologie liée au tabagisme**

Selon certains médecins généralistes interrogés, les patients non motivés au sevrage tabagique, n'en parlaient pas d'eux-mêmes et pouvaient le dissimuler.

Les barrières psychologiques au dépistage de la BPCO étaient décrites dans la littérature (28). Il pouvait exister une stigmatisation autour du tabagisme, la maladie pouvait être vue comme « auto-infligée ». Elle pouvait renvoyer à des sentiments de honte et de culpabilité. Les patients décrivaient leurs symptômes comme socialement « non-acceptables » et essayaient de les rendre invisibles. Cela pouvait favoriser les situations de déni (26,58). La peur du jugement pouvait mener à un isolement social du patient et une réticence à consulter son médecin traitant (59,60).

Les notions de honte et de culpabilité n'étaient pas évidentes mais à prendre en compte. Pour plusieurs médecins généralistes interrogés, l'existence de ce lien avec une addiction rendait le dépistage encore plus complexe.

Pour améliorer le dépistage, une sensibilisation du grand public pour lever le stigmate et les idées reçues semblait nécessaire.

## **V. Éléments favorisant la spirométrie au cabinet**

Contrairement aux attentes de l'investigatrice, les médecins généralistes interrogés avaient avancé plusieurs éléments incitant à l'utilisation du spiromètre.

### **A. L'inégalité d'accès aux pneumologues**

Le délai de consultation ne semblait pas problématique pour certains médecins généralistes interrogés, exerçant en zone urbaine, avec une proximité géographique et un accès aisé aux spécialistes. Cette inégalité territoriale était documentée (61,62). Cependant, le dépistage et le diagnostic ne pouvaient pas reposer sur les 306 pneumologues des Hauts-de-France (63).

Pour plusieurs participants, la réalisation de la spirométrie par les médecins généralistes permettrait aux patients de bénéficier de cet examen plus rapidement, puisque leur délai de consultation était bien plus court que celui d'un spécialiste (62).

### **B. L'exercice en groupe**

La plupart des médecins généralistes interrogés pensaient que l'installation en groupe était un élément incitant à la spirométrie. Ils pouvaient mutualiser le matériel et amortir le prix d'achat. De plus, comme dans la littérature, certains avançaient que les échanges avec les collègues constituaient une autre source d'information (36).

Néanmoins, certains médecins généralistes interrogés ayant déjà un collègue pratiquant la spirométrie, ne voyaient pas l'intérêt d'en réaliser eux-mêmes. Il n'a pas été interrogé de praticien exerçant seul, il aurait été intéressant de connaître leur avis.

## **C. Le médecin généraliste : pilier de la prévention et du dépistage**

Tous les participants de notre étude s'accordaient sur l'importance du sevrage tabagique et appliquaient l'intervention brève pour l'arrêt du tabac, « le conseil minimal », comme recommandée par la HAS (64). Pourtant, dans la littérature, le conseil minimal restait peu adopté par les médecins généralistes (65,66).

Pour aider au sevrage, tous les participants mentionnaient les substituts nicotiques. Le remboursement de ces derniers aurait été un déclic pour certains patients. En effet, une étude française montrait que leur remboursement sans plafond depuis 2019 avait majoré leur prescription (67).

Les consultations régulières étaient essentielles pour le sevrage tabagique : garder le patient motivé permettait de le maintenir acteur de sa santé (36,40).

Les participants déclaraient que la réalisation de la spirométrie au cabinet de médecine générale était susceptible de motiver le patient au sevrage tabagique. Plusieurs études soulignaient que les résultats de la spirométrie, et surtout la détermination de l'âge pulmonaire, aidait à la prise de conscience et faisait progresser la motivation au sevrage(22,68,69). Le sevrage était plus efficace chez les patients avec des courbes pathologiques, que chez les patients avec une fonction respiratoire normale (70).

Certains médecins généralistes interrogés craignaient qu'un résultat de spirométrie normal soit faussement rassurant et démotive le patient. On retrouvait aussi cette crainte dans la littérature (45).

Pour la HAS, le médecin généraliste devrait être l'acteur principal du dépistage de la BPCO (17).

## **D. La simplification du parcours de soin**

Les participants de notre étude expliquaient que la proximité du médecin généraliste était un atout majeur pour le dépistage. Le patient pouvait s'y rendre plus facilement, dans un lieu familier avec un médecin connu. La problématique de l'accès aux cabinets était déjà décrite (58,61,62). Dans une étude française, 82% des patients étaient satisfaits que leur médecin traitant ait proposé de faire le dépistage à son cabinet (22).

Comme mentionné par les participants, les généralistes étaient aussi plus accessibles pour les personnes à faible revenu : selon la DREES, en 2017, plus de 90% des généralistes exerçaient en secteur 1 contre 54% des spécialistes libéraux. (71). Ainsi, on pourrait dépister une plus large population en rendant le parcours de soin plus accessible (72).

## **VI. Perspectives d'amélioration**

### **A. Sensibiliser le grand public et les médecins**

Informier le grand public, éduquer le patient sur cette pathologie permettrait de le rendre plus attentif aux symptômes et mènerait à une discussion avec son médecin. (58,73). Sensibiliser le médecin généraliste sur le sujet améliorerait le repérage précoce du patient à risque de BPCO (56).

#### **1. Promouvoir le dépistage**

La HAS recommande que tous les patients soient questionnés de façon systématique sur le tabac et que leur statut de consommation soit renseigné régulièrement (17). Aussi, un des médecins généralistes interrogés reconnaissait, à la fin de l'entretien, qu'il n'évoquait peut-être pas assez la maladie : « la première étape c'est d'y penser ».

La pré-sélection des patients à dépister pourrait être une aide, en ciblant les sujets à risque. En effet, la HAS recommande l'utilisation d'un questionnaire rapide avec 5 items pour les patients de plus de 40 ans (74) ou le questionnaire COPD Assessment Test (CAT) (17). Cependant, les questionnaires seuls ne suffisaient pas pour détecter les patients avec une BPCO (37)(44). Une méta-analyse montrait que l'association du questionnaire et de la spirométrie réduisait le nombre de patients à recruter à 2 pour un cas de BPCO (75).



## **2. Sensibiliser le grand public via la lutte contre le tabac**

Depuis la Loi Evin en 1991, interdisant la publicité, augmentant le prix des paquets et interdisant la cigarette dans les lieux à usage collectif (76), la France avait connu plusieurs démarches. Le programme national de réduction du tabagisme (PNRT) avait permis la mise en œuvre d'actions emblématiques ( le paquet neutre avec des avertissements sanitaires de grande taille, le remboursement des substituts nicotiques, la campagne « Moi(s) sans tabac » reconduite chaque année depuis novembre 2016 ) (77).

Cependant, comme le faisait justement remarquer un des médecins généralistes interrogés, la BPCO n'est pas mentionnée parmi les conséquences du tabac figurant sur les paquets de cigarettes (52).

## **B. Améliorer la formation**

Le manque de familiarisation des médecins généralistes avec le spiromètre était retrouvé dans la littérature (30,31). La spirométrie faisait partie des connaissances théoriques mais sa réalisation pratique était absente du programme universitaire des futurs médecins généralistes (2). Une étude française retrouvait que moins de 5% des étudiants s'estimaient capables de réaliser une spirométrie et de l'interpréter à l'issue de leur DES de médecine générale, alors que deux tiers d'entre eux jugeaient essentiel son apprentissage (78). La formation à la spirométrie durant les études pourrait être une manière de sensibiliser les futurs médecins généralistes (52,78).

Une étude montrait qu'après une formation courte d'une demi-journée, des internes de médecine générale étaient capables de réaliser des spirométries de bonne qualité (22). La formation continue étant nécessaire pour maintenir la qualité, il était proposé dans plusieurs études, de faire une formation officielle adaptée et reconnue dans le Développement Professionnel Continu (DPC) (22,23,79).

Plusieurs formations avaient déjà été proposées. Par exemple, le plan BPCO 2005-2010 aspirait à améliorer la formation mais l'impact sur les médecins généralistes semblait difficilement perceptible (77). En 2016, la SPLF et la Fédération Française de Pneumologie (FFP), avaient élaboré « Spiroform » un support de formation à la pratique de la spirométrie de la BPCO, disponible sur leur site internet. La contrainte du temps menait à un succès mitigé (80).

Par ailleurs, un des médecins généralistes interrogés proposait de sensibiliser pendant les congrès. L'investigatrice avait elle-même pensé à ce sujet de thèse durant le congrès de médecine générale à Lille en 2021, en assistant à la présentation d'une enquête sur l'impact du dépistage de la BPCO sur le sevrage tabagique (81).

À la fin de l'entretien, certains médecins généralistes avaient montré un réel intérêt pour la spirométrie et étaient ouverts à l'évolution de leur pratique.

# Conclusion

Troisième cause de décès mondial, la BPCO reste méconnue et sous-diagnostiquée. Pourtant, un dépistage et une prise en charge adaptés permettraient de ralentir son évolution. Par l'utilisation du spiromètre, l'opportunité d'un dépistage précoce de cette pathologie est offerte au médecin généraliste. Néanmoins, le médecin généraliste rapporte plusieurs éléments freinant l'utilisation de cet outil.

Du fait de son évolution très progressive, les symptômes de la BPCO sont peu perçus et négligés par le patient, qui connaît généralement peu cette maladie. Par ailleurs, des situations de déni de la maladie ou de réticence au sevrage tabagique peuvent exister. Dans ce contexte, le patient ne rapporte pas ses plaintes fonctionnelles à son médecin et le dépistage ne peut être entrepris.

De son côté, le médecin généraliste est freiné par des obstacles pratiques, comme les manques de temps et de rentabilité, mais aussi par la tentation de porter ses investigations vers les pathologies sur lesquelles il est mieux informé. Par ailleurs, la consultation dédiée à l'acte ne semble pas être une solution évidente pour tous.

Des éléments positifs sont cependant également identifiés. Le médecin généraliste est ouvert à l'utilisation du spiromètre. Il se sent compétent dans la prise en charge des cas non sévères.

La mise en lumière de ces éléments ouvre de nouvelles opportunités dans le domaine du dépistage. Une sensibilisation, autant du grand public que du médecin, semble nécessaire. La lutte pour le sevrage tabagique serait un moyen pour informer le patient sur la BPCO. Une formation durant les études du futur médecin généraliste serait une façon de le familiariser avec le spiromètre.

En pratiquant la spirométrie, le médecin généraliste donnerait accès au dépistage à un plus grand nombre de patients.

## Références bibliographiques

1. Global Initiative of Chronic Lung Disease. 2023 GOLD Report [Internet]. 2022 [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>
2. Collège des Enseignants de Pneumologie. Item 209 : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) [Internet]. 2021 [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: <http://cep.splf.fr/edition-2021-du-referentiel-du-college-des-enseignants-de-pneumologie-cep-pour-la-preparation-des-ecn-7eme-edition/>
3. OMS. Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) [Internet]. 2022 [cité 6 déc 2022]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
4. Ferrera MC, Labaki WW, Han MK. Advances in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Annu Rev Med.* 27 janv 2021;72:119-34.
5. Inserm. Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Inserm. 2017 [cité 6 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/bronchopneumopathie-chronique-obstructive-bpco/>
6. Fron JB. Bronchopneumopathie chronique obstructive [Internet]. RecoMédicales. 2021 [cité 6 déc 2022]. Disponible sur: <https://recomedicales.fr/recommandations/bronchopneumopathie-chronique-obstructive/>
7. Buist S, Mcburnie MA, Vollmer W, Gillespie S, Burney P, Mannino D, et al. International variation in the prevalence of COPD (The BOLD Study): a population-based prevalence study. *Lancet.* 1 oct 2007;370:741-50.
8. Santé Publique France. L'interruption de la baisse de la prévalence du tabagisme se confirme en 2021 [Internet]. 2022 [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/l-interruption-de-la-baisse-de-la-prevalence-du-tabagisme-se-confirme-en-2021>
9. Global Initiative of Chronic Lung Disease. 2020 Gold Reports [Internet]. 2019 [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: <https://goldcopd.org/gold-reports/>
10. Hillas G, Perlikos F, Tzanakis N. Acute exacerbation of COPD: is it the “stroke of the lungs”? *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 13 juill 2016;11:1579-86.
11. Pinet C, Bernardy A. La BPCO, une maladie respiratoire mal connue [Internet]. 2013 [cité 7 mars 2023]. Disponible sur: <https://sante.lefigaro.fr/actualite/2013/04/29/20453-bpco-maladie-respiratoire-mal-con nue>
12. Roche N, Perez T, Neukirch F, Carré P, Terrioux P, Pouchain D, et al. Sujets à risque de BPCO en population générale : disproportion entre la fréquence des

- symptômes, leur perception et la connaissance de la maladie. *Revue des Maladies Respiratoires*. 1 mai 2009;26(5):521-9.
13. Martinez CH, Mannino DM, Jaimes FA, Curtis JL, Han MK, Hansel NN, et al. Undiagnosed Obstructive Lung Disease in the United States. Associated Factors and Long-term Mortality. *Ann Am Thorac Soc*. déc 2015;12(12):1788-95.
  14. Lamprecht B, Soriano JB, Studnicka M, Kaiser B, Vanfleteren LE, Gnatiuc L, et al. Determinants of underdiagnosis of COPD in national and international surveys. *Chest*. oct 2015;148(4):971-85.
  15. Han MK, Kim MG, Mardon R, Renner P, Sullivan S, Diette GB, et al. Spirometry utilization for COPD: how do we measure up? *Chest*. août 2007;132(2):403-9.
  16. Yu WC, Fu SN, Tai ELB, Yeung YC, Kwong KC, Chang Y, et al. Spirometry is underused in the diagnosis and monitoring of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2013;8:389-95.
  17. Haute Autorité de Santé. Guide du parcours de soins bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) [Internet]. 2020 [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1242507/fr/guide-du-parcours-de-soins-bronchopneumopathie-chronique-obstructive-bpco](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1242507/fr/guide-du-parcours-de-soins-bronchopneumopathie-chronique-obstructive-bpco)
  18. Pautre V. Recours au spiromètre de bureau par les médecins généralistes picards, applications à la prise en charge de BPCO. [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Vernes. Faculté de Médecine; 2015 [cité 12 déc 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01292146>
  19. Créquy É. Impact de la spirométrie au cabinet du médecin généraliste sur le diagnostic et sur la prise en charge de la BPCO à la Réunion [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux-Victor Segalen. Faculté de Médecine; 2018 [cité 16 déc 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01716068>
  20. 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.
  21. Joncour G. Evaluation de la validité des spirométries réalisées par les médecins généralistes en France métropolitaine [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2015 [cité 5 mars 2023]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01302614>
  22. Bunge L, Baruch D, Plantier L, Mazars T, Roche N, Izadifar A. Étude de faisabilité de la spirométrie en médecine générale. *Revue des Maladies Respiratoires*. 1 mars 2018;35(3):238-48.
  23. Giraud V, Beauchet A, Gomis T, Chinet T. Feasibility of spirometry in primary care to screen for COPD: a pilot study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 12 févr 2016;11:335-40.

24. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les emplois du temps des médecins généralistes [Internet]. 2012 [cité 14 mars 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-emplois-du-temps-des-medecins-generalistes>
25. Fédération française des médecins généralistes. Cotation pratique du spécialiste en médecine générale [Internet]. MG France. 2022 [cité 14 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/nomenclature/3174-plaquettes-tarifaires>
26. Dirven JAM, Moser A, Tange HJ, Muris JWM, van Schayck OCP. An innovative COPD early detection programme in general practice: evaluating barriers to implementation. *NPJ Prim Care Respir Med*. 28 août 2014;24:14055.
27. Walters JAE, Hansen E, Mudge P, Johns DP, Walters EH, Wood-Baker R. Barriers to the use of spirometry in general practice. *Aust Fam Physician*. mars 2005;34(3):201-3.
28. Sandelowsky H, Hylander I, Krakau I, Modin S, Ställberg B, Nager A. Time pressured deprioritization of COPD in primary care: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care*. 2016;34(1):55-65.
29. Saad N, Sedeno M, Metz K, Bourbeau J. Early COPD Diagnosis in Family Medicine Practice: How to Implement Spirometry? *Int J Family Med*. 2014;2014:962901.
30. Perez X, Wisnivesky JP, Lurslurchachai L, Kleinman LC, Kronish IM. Barriers to adherence to COPD guidelines among primary care providers. *Respir Med*. mars 2012;106(3):374-81.
31. Kaminsky DA, Marcy TW, Bachand M, Irvin CG. Knowledge and use of office spirometry for the detection of chronic obstructive pulmonary disease by primary care physicians. *Respir Care*. déc 2005;50(12):1639-48.
32. Letrilliant L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Eléments de la COnsultation en médecine GENérale. *Exercer, la revue Française de médecine générale*. 2014;25:148.
33. Galam E, Dumas F. Oser dire " non " avec sérénité [Internet]. 2007 [cité 14 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/archive/osser-dire-non-avec-serenite>
34. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale [Internet]. 2020 [cité 14 mars 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/difficultes-et-adaptation-des-medecins-generalistes-face-loffre-de>
35. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. *Santé Publique*. 2005;17(1):109-19.
36. Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M, Humbert-Gaudart A, Lustman M. Créer des liens: les relations soignants–soignants dans les réseaux de soins informels. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2008;56(4):S197-206.

37. Demirci H, Eniste K, Basaran E, Ocakoglu G, Yilmaz Z, Tuna S. A multicenter family practitioners' research on Chronic Obstructive Pulmonary Disease screening using the COPD Assessment Test. *Prim Health Care Res Dev.* nov 2017;18(6):603-7.
38. Gershon AS, Warner L, Cascagnette P, Victor JC, To T. Lifetime risk of developing chronic obstructive pulmonary disease: a longitudinal population study. *Lancet.* 10 sept 2011;378(9795):991-6.
39. Guerin JC, 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 ? *Revue des Maladies Respiratoires.* 1 sept 2012;29(7):889-97.
40. Dirven JA, Tange HJ, Muris JW, van Haaren KM, Vink G, van Schayck OC. Early detection of COPD in general practice: implementation, workload and socioeconomic status. A mixed methods observational study. *Prim Care Respir J.* sept 2013;22(3):338-43.
41. Walters JA, Hansen EC, Walters EH, Wood-Baker R. Under-diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease: A qualitative study in primary care. *Respiratory Medicine.* 1 mai 2008;102(5):738-43.
42. Ansari S, Hosseinzadeh H, Dennis S, Zwar N. Patients' perspectives on the impact of a new COPD diagnosis in the face of multimorbidity: a qualitative study. *NPJ Prim Care Respir Med.* 14 août 2014;24:14036.
43. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Fiche de l'assurance maladie : démographie, activité, patientèle et prescriptions des médecins généralistes libéraux [Internet]. 2022 [cité 6 mars 2023]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/zoom-ps-medecins-generalistes-liberaux>
44. Akamatsu K, Yamagata T, Kida Y, Tanaka H, Ueda H, Ichinose M. Poor Sensitivity of Symptoms in Early Detection of COPD. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease.* 1 janv 2008;5(5):269-73.
45. Lorenzo M, Delpeyroux S, Dupre V. Seuil de paquets-années et auto-questionnaire HAS pour la recherche de bronchopneumopathie chronique obstructive. *Revue des Maladies Respiratoires.* oct 2020;37(8):624-32.
46. Forey BA, Thornton AJ, Lee PN. Systematic review with meta-analysis of the epidemiological evidence relating smoking to COPD, chronic bronchitis and emphysema. *BMC Pulm Med.* 14 juin 2011;11:36.
47. Miravittles M, de la Roza C, Naberan K, Lamban M, Gobartt E, Martin A. Use of spirometry and patterns of prescribing in COPD in primary care. *Respir Med.* août 2007;101(8):1753-60.
48. Zwar NA, Marks GB, Hermiz O, Middleton S, Comino EJ, Hasan I, et al. Predictors of accuracy of diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease in general practice. *Med J Aust.* 15 août 2011;195(4):168-71.

49. Naberan K, Azpeitia Á, Cantoni J, Miravittles M. Impairment of quality of life in women with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine*. 1 mars 2012;106(3):367-73.
50. Zysman M, Raheison-Semjen C. Women's COPD. *Front Med (Lausanne)*. 1 janv 2021;8:600107.
51. Watson L, Vestbo J, Postma DS, Decramer M, Rennard S, Kiri VA, et al. Gender differences in the management and experience of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Respiratory Medicine*. 1 déc 2004;98(12):1207-13.
52. Société de Pneumologie de Langue Française. Livre Blanc de la BPCO [Internet]. 2017 [cité 3 mars 2023]. Disponible sur: <https://splf.fr/livre-blanc-de-la-bpco/>
53. Société de Pneumologie de Langue Française. Femme et BPCO : une patiente pas comme les autres [Internet]. 2017 [cité 6 mars 2023]. Disponible sur: <https://splf.fr/presentation-femme/>
54. Raheison C, Biron E, Nocent-Ejnaini C, Taillé C, Tillie-Leblond I, Prudhomme A. Existe-t-il des spécificités chez les femmes atteintes de BPCO ? *Revue des Maladies Respiratoires*. 1 juin 2010;27(6):611-24.
55. Sandelowsky H, Natalishvili N, Krakau I, Modin S, Stållberg B, Nager A. COPD management by Swedish general practitioners - baseline results of the PRIMAIR study. *Scand J Prim Health Care*. mars 2018;36(1):5-13.
56. Piperno D, Bart F, Serrier P, Zureik M, Finkielsztejn L. [General practice patients at risk of chronic obstructive pulmonary disease: epidemiologic survey of 3 411 patients]. *Presse Med*. 3 déc 2005;34(21):1617-22.
57. Guerin JC, Roche N. Sujets à risque de BPCO en médecine générale : comment favoriser la réalisation de spirométries et la détection précoce de l'obstruction bronchique ? [Internet]. *EM-Consulte*. 2012 [cité 2 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/751919/sujets-a-risque-de-bpco-en-medecine-generale-comme>
58. Enocson A, Jolly K, Jordan RE, Fitzmaurice DA, Greenfield S, Adab P. Case-finding for COPD in primary care: a qualitative study of patients' perspectives. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 17 mai 2018;13:1623-32.
59. Gysels M, Higginson IJ. Access to services for patients with chronic obstructive pulmonary disease: the invisibility of breathlessness. *J Pain Symptom Manage*. nov 2008;36(5):451-60.
60. Arne M, Emtner M, Janson S, Wilde-Larsson B. COPD patients perspectives at the time of diagnosis: a qualitative study. *Prim Care Respir J*. août 2007;16(4):215-21.
61. Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V, Pierre A. Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients : des différences importantes selon l'accessibilité territoriale aux soins. *Questions d'économie de la santé*. 2016;(219):1-8.



62. DREES. Prises de rendez-vous médicaux : délais d'attente moyens de 2 à 52 jours [Internet]. 2018 [cité 18 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/prises-de-rendez-vous-medicaux-delaiss-dattente-moyens-de-2-52-jours>
63. DREES. Démographie des professionnels de santé [Internet]. 2022 [cité 13 déc 2022]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
64. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. 2014 [cité 19 mars 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1718021/fr/arrêt-de-la-consommation-de-tabac-du-dépistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arrêt-de-la-consommation-de-tabac-du-dépistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours)
65. Bargaoui Z, Mzoughi K, Zairi I, Aouina O. L'aide au sevrage tabagique : la pratique du conseil minimal par les résidents en médecine. *Revue des Maladies Respiratoires*. 1 janv 2022;39(1):13-25.
66. Coleman T, Murphy E, Cheater F. Factors influencing discussion of smoking between general practitioners and patients who smoke: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. mars 2000;50(452):207-10.
67. Rochoy M, Babol A, Péan C, Deleplanque D, Gautier S, Berkhout C. Trends in the delivery of reimbursed nicotine replacement therapies between 2016 and 2019 in France. *Thérapies*. 1 sept 2022;77(5):561-70.
68. Parkes G, Greenhalgh T, Griffin M, Dent R. Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age: the Step2quit randomised controlled trial. *BMJ*. 15 mars 2008;336(7644):598-600.
69. Lorenzo A, Noël F, Lorenzo M, Van Den Broucke J. Intérêt de la spirométrie en médecine générale pour la motivation au sevrage tabagique. Étude pilote de faisabilité et intérêt de l'« âge pulmonaire ». *Revue des Maladies Respiratoires*. 1 sept 2017;34(7):734-41.
70. Stratelis G, Mölsted S, Jakobsson P, Zetterström O. The impact of repeated spirometry and smoking cessation advice on smokers with mild COPD. *Scand J Prim Health Care*. sept 2006;24(3):133-9.
71. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les dépenses de santé en 2017 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2018 | [Internet]. 2018 [cité 19 mars 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de-sante-en-2017-resultats-des-comptes-de-la-sante>
72. Jusot F, Carré B, Wittwer J. Réduire les barrières financières à l'accès aux soins. *Revue française d'économie*. 2019;XXXIV(1):133-81.
73. Lortholary C, Chiaverini P, Devaux B, François D. Être médecin généraliste aujourd'hui. *Laennec*. 2010;58(3):28-43.

74. Haute Autorité de Santé. Détecter et diagnostiquer la BPCO même sans symptôme apparent [Internet]. 2020 [cité 2 mars 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3118475/en/detecter-et-diagnostiquer-la-bpco-meme-sans-symptome-apparent](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3118475/en/detecter-et-diagnostiquer-la-bpco-meme-sans-symptome-apparent)
75. Haroon S, Jordan R, Takwoingi Y, Adab P. Diagnostic accuracy of screening tests for COPD: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 8 oct 2015;5(10):e008133.
76. Gallopel-Morvan K, Spilka S, Mutatayi C, Rigaud A, Lecas F, Beck F. France's Évin Law on the control of alcohol advertising: content, effectiveness and limitations. *Addiction*. janv 2017;112 Suppl 1:86-93.
77. Assemblée nationale. Proposition de résolution n°4982 visant à lancer un grand plan d'action pour lutter contre la bronchopneumopathie chronique obstructive [Internet]. 2022 [cité 3 mars 2023]. Disponible sur: [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b4982\\_proposition-resolution](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b4982_proposition-resolution)
78. Morin C, Buffel C, Lorenzo A. Besoins de formation à la spirométrie des internes de médecine générale français : état des lieux. *Revue des Maladies Respiratoires*. 1 mai 2014;31(5):404-11.
79. Lorenzo A, Morin C. Des spirométries en médecine générale ? Tout reste à faire... Le point de vue de médecins généralistes. *Revue des Maladies Respiratoires*. févr 2015;32(2):91-3.
80. Société de Pneumologie de Langue Française. Spiroform BPCO, formation à la spirométrie [Internet]. 2016 [cité 2 mars 2023]. Disponible sur: <https://splf.fr/spiroform/>
81. Prats P. Accompagnement des patients fumeurs en soins primaires: méthodes d'arrêt du tabac des participants à l'étude de dépistage de la BPCO « DISCO » [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2021.

# Annexes

## Annexe 1 : Guide d'entretien semi-dirigé et évolution

|                                      |
|--------------------------------------|
| <b>GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGE</b> |
|--------------------------------------|

Bonjour Docteur, tout d'abord je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon étude. Je suis Marion Ginoux, interne en dernière année de Médecine Générale. J'ai décidé de réaliser ma thèse en interrogeant des médecins généralistes afin d'en savoir plus sur le dépistage de la BPCO en cabinet.

Je vais donc vous poser quelques questions, tout d'abord afin de mieux vous connaître et de décrire votre mode d'exercice. Ensuite nous pourrons échanger sur votre pratique.

L'étude porte simplement sur les pratiques et le ressenti des médecins généralistes, il ne s'agit en aucun cas d'une évaluation ni de jugement de vos réponses.

L'enregistrement de l'entretien sera détruit après analyse, les données seront anonymisées et vous pourrez avoir accès à la retranscription de votre entretien si vous le souhaitez. Vous pouvez vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez.

- Présentation générale du médecin :
  - Quel âge avez-vous ? Où travaillez-vous ? Depuis quand êtes-vous installé ? Quel est votre mode d'exercice ? Recevez-vous des étudiants ?
- Question brise-glace : Pouvez-vous me raconter une expérience personnelle/ une situation avec un patient fumeur ?
- Comment avez-vous l'habitude de formuler des questions en lien avec la BPCO dans le cadre de l'évaluation d'un patient fumeur ?
  - Qu'est-ce que le tabagisme vous évoque ?
  - Quels signes peuvent vous amener à envisager un début de BPCO chez un patient ?
- Avez-vous déjà été confronté au dépistage de la BPCO ? Si oui, comment avez-vous procédé ?
  - Quel est, selon vous, l'intérêt de dépister la BPCO ?

- Que pensez-vous de l'utilisation du spiromètre en cabinet de médecine générale pour dépister la BPCO ?
  - Connaissez-vous l'outil ? En avez-vous entendu parler ? Quels seraient les freins à son utilisation ?
  - Quelles seraient vos suggestions afin d'améliorer le dépistage de la BPCO en médecine générale ?
- Avez-vous autre chose à ajouter ?

Je vous remercie infiniment d'avoir pris le temps de répondre à ces différentes questions. Je reviendrai vers vous pour vous communiquer les résultats observés à l'issue de l'analyse de l'ensemble données.

## EVOLUTION DE LA FORME DES ENTRETIENS

Question brise-glace : Que pensez-vous du dépistage de la BPCO au sein de votre pratique ?

**Principaux thèmes abordés sans ordre prédéfini :**

- La place du médecin généraliste dans le dépistage
- Le patient fumeur
- La BPCO
- L'utilisation du spiromètre en médecine générale

**Pour conclure l'entretien, pouvez-vous me raconter une anecdote professionnelle pouvant illustrer ce sujet ?**

## Annexe 2 : Auto-questionnaire de la HAS pour le dépistage de la

### BPCO



### 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 <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous souvent une toux grasse ou qui ramène des crachats ?       | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Êtes-vous plus facilement essoufflé que les personnes de votre âge ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous plus de 40 ans ?                                           | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous fumé ou fumez-vous* ?                                      | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

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

Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/questionnaire\\_depistage\\_bpco\\_gold\\_web.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/questionnaire_depistage_bpco_gold_web.pdf)

## Annexe 3 : Questionnaire COPD Assessment Test



### Quel est l'état de votre BPCO ? Répondez au questionnaire CAT (COPD Assessment Test™) pour évaluer votre BPCO.

Ce questionnaire vous aidera, ainsi que votre médecin, à mesurer l'impact de la BPCO sur votre bien-être et votre santé au quotidien. Vous pourrez, ainsi que votre médecin, utiliser les réponses et les scores du questionnaire pour mieux prendre soin de votre BPCO et tirer le plus grand bénéfice de votre traitement.

Si vous souhaitez remplir le questionnaire à la main sur papier, **veuillez cliquer ici**, puis imprimer le questionnaire.

Pour chaque élément ci-dessous, veuillez indiquer d'un X la case correspondant au mieux à votre état actuel. Prenez soin de ne sélectionner qu'une seule réponse par question.

**Exemple :** Je suis très heureux (heureuse)  0  1  2  3  4  5  
Je suis très triste

|                                                                                            |                                                                                                                                                 | SCORE                                                                                     |                      |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--|--|--|--|
| Je ne tousse jamais                                                                        | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 | Je tousse tout le temps                                                                   | <input type="text"/> |  |  |  |  |
| Je n'ai pas du tout de glaire (mucus) dans les poumons                                     | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 | J'ai la poitrine très encombrée de glaire (mucus)                                         | <input type="text"/> |  |  |  |  |
| Je n'ai pas du tout la poitrine oppressée                                                  | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 | J'ai la poitrine très oppressée                                                           | <input type="text"/> |  |  |  |  |
| Quand je monte une côte ou une volée de marches, je ne suis pas essouffé(e)                | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 | Quand je monte une côte ou une volée de marches, je suis très essouffé(e)                 | <input type="text"/> |  |  |  |  |
| Je ne suis pas limité(e) dans mes activités chez moi                                       | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 | Je suis très limité(e) dans mes activités chez moi                                        | <input type="text"/> |  |  |  |  |
| Je ne suis pas inquiet(e) quand je quitte la maison, en dépit de mes problèmes pulmonaires | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 | Je suis très inquiet(e) quand je quitte la maison, en raison de mes problèmes pulmonaires | <input type="text"/> |  |  |  |  |
| Je dors bien                                                                               | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 | Je dors mal à cause de mes problèmes pulmonaires                                          | <input type="text"/> |  |  |  |  |
| Je suis plein(e) d'énergie                                                                 | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 | Je n'ai pas d'énergie du tout                                                             | <input type="text"/> |  |  |  |  |
| <b>SCORE TOTAL</b>                                                                         |                                                                                                                                                 |                                                                                           | <input type="text"/> |  |  |  |  |



**Imprimez votre questionnaire CAT avant de consulter votre médecin**

Disponible sur : <https://www.catestonline.org/patient-site-test-page-french-belgium.html>

## Annexe 4 : Grille COREQ – Traduction française

| N°                                                                 | Item                                                   | Guide questions/description                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion</b>             |                                                        |                                                                                                                                                                            |
| Caractéristiques personnelles                                      |                                                        |                                                                                                                                                                            |
| 1. GINOUX Marion                                                   | Enquêteur/animateur                                    | Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?                                                                    |
| 2. Validation du 2ème cycle des études médicales                   | Titres académiques                                     | Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD                                                                                                  |
| 3. Interne en médecine générale                                    | Activité                                               | Quelle était leur activité au moment de l'étude ?                                                                                                                          |
| 4. Femme                                                           | Genre                                                  | Le chercheur était-il un homme ou une femme ?                                                                                                                              |
| 5. Initiation à la recherche qualitative                           | Expérience et formation                                | Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?                                                                                                                   |
| Relations avec les participants                                    |                                                        |                                                                                                                                                                            |
| 6. Connaissances, inconnus                                         | Relation antérieure                                    | Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?                                                                                          |
| 7. Interne en médecine générale réalisant sa thèse de fin d'études | Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur | Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche                                                           |
| 8. Interne en médecine générale                                    | Caractéristiques de l'enquêteur                        | Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche         |
| <b>Domaine 2 : Conception de l'étude</b>                           |                                                        |                                                                                                                                                                            |
| Cadre théorique                                                    |                                                        |                                                                                                                                                                            |
| 9. Analyse par phénoménologie interprétative                       | Orientation méthodologique et théorie                  | Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu |

| Sélection des participants                                              |                                 |                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10. Echantillonnage raisonné homogène                                   | Échantillonnage                 | Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif                        |
| 11. Téléphone, Oral, SMS, mail                                          | Prise de contact                | Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel                                  |
| 12. Onze participants                                                   | Taille de l'échantillon         | Combien de participants ont été inclus dans l'étude?                                                                                   |
| 13. 5 non-réponses aux sollicitations                                   | Non-participation               | Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons? Contexte                                                     |
| 14. Lieu de travail, domicile, téléphone                                | Cadre de la collecte de données | Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail                                           |
| 15. Non                                                                 | Présence de non-participants    | Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?                                                    |
| 16. Genre, âge, spécialisations, territoire d'exercice                  | Description de l'échantillon    | Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date                            |
| Recueil des données                                                     |                                 |                                                                                                                                        |
| 17. Oui. Guide d'entretien testé au préalable en atelier universitaire. | Guide d'entretien               | Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?  |
| 18. Non                                                                 | Entretiens répétés              | Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?                                                                         |
| 19. Audio                                                               | Enregistrement audio/visuel     | Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?                                              |
| 20. Oui                                                                 | Cahier de terrain               | Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? |
| 21. 23 minutes en moyenne (individuels)                                 | Durée                           | Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?                                 |
| 22. Oui (suffisance des données atteinte)                               | Seuil de saturation             | Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?                                                                                            |



|                                                 |                                        |                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 23. Non                                         | Retour des retranscriptions            | Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?                                                          |
| <b>Domaine 3 : Analyse et résultats</b>         |                                        |                                                                                                                                                                         |
| Analyse des données                             |                                        |                                                                                                                                                                         |
| 24. Quatre. L'auteur et trois autres chercheurs | Nombre de personnes codant les données | Combien de personnes ont codé les données ?                                                                                                                             |
| 25. Non                                         | Description de l'arbre de codage       | Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?                                                                                                       |
| 26. Déterminés à partir des données             | Détermination des thèmes               | Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?                                                                                       |
| 27. QSR NVivo 13                                | Logiciel                               | Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?                                                                                                   |
| 28. Non                                         | Vérification par les participants      | Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?                                                                                                        |
| Rédaction                                       |                                        |                                                                                                                                                                         |
| 29. Oui                                         | Citations présentées                   | Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant |
| 30. Oui                                         | Cohérence des données et des résultats | Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?                                                                                                |
| 31. Oui                                         | Clarté des thèmes principaux           | Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?                                                                                             |
| 32. Oui                                         | Clarté des thèmes secondaires          | Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?                                                                                |

D'après Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. janv 2015;15(157):50-4.

**AUTEURE : Nom :** GINOUX

**Prénom :** Marion

**Date de soutenance :** 26 Avril 2023

**Titre de la thèse :** Freins au dépistage de la BPCO par spirométrie : étude qualitative auprès des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais

**Thèse - Médecine - Lille 2023**

**Cadre de classement :** Médecine générale

**DES + FST/option :** DES de Médecine générale

**Mots-clés :** Pulmonary Disease, Chronic Obstructive ; Screening ; Diagnosis ; Spirometry ; General Practice

**Contexte :** La BPCO est une pathologie respiratoire chronique fréquente qui peut être prévenue et traitée. Pourtant son dépistage, grâce à la spirométrie par le médecin généraliste, reste marginal. L'objectif de ce travail de recherche était d'explorer les freins au dépistage de la BPCO par spirométrie en médecine générale dans le Nord et le Pas-De-Calais.

**Méthode :** Il s'agissait d'une étude qualitative avec une approche inspirée de la phénoménologie interprétative. Il a été réalisé un échantillonnage raisonné homogène chez les médecins généralistes installés en libéral dans le Nord et le Pas-de-Calais.

**Résultats :** Onze médecins ont participé à cette étude. Le sous-diagnostic de la BPCO semblait lié au manque de sensibilisation à la fois du grand public et du médecin généraliste. La maladie d'évolution progressive et ses symptômes discrets étaient négligés. La réticence du patient au sevrage tabagique favorisait les situations de déni de la maladie, rendant le dépistage plus complexe. L'aspect chronophage et le manque de rentabilité étaient aussi des obstacles à la réalisation de cet examen par le médecin généraliste. Le dépistage de la BPCO ne représentait pas une priorité dans sa pratique. Il développait des compétences selon les besoins de sa patientèle mais aussi en fonction de ses intérêts intellectuels. Néanmoins, le médecin généraliste était ouvert à la spirométrie et se sentait compétent pour l'utiliser.

**Conclusion :** La mise en lumière de ces éléments ouvre de nouvelles opportunités dans le domaine du dépistage. La sensibilisation du patient sur les risques du tabac serait une occasion pour l'informer sur la BPCO. Une formation durant le cursus universitaire du futur médecin généraliste pourrait le familiariser avec le spiromètre. La réalisation de cet examen par le médecin généraliste permettrait à un plus grand nombre de patients d'accéder au dépistage.

**Composition du Jury :**

**Président :** Professeur Christophe BERKHOUT

**Assesneur :** Docteur Marc VOGEL

**Directeur de thèse :** Docteur Dominique DELSART