



HAL
open science

Influence de la multi-morbidité sur l'application des recommandations de prise en charge de la BPCO

François Olyve

► **To cite this version:**

François Olyve. Influence de la multi-morbidité sur l'application des recommandations de prise en charge de la BPCO. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01293682

HAL Id: dumas-01293682

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01293682>

Submitted on 25 Mar 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Par

M. François OLYVE

Né le 26 Novembre 1987 à Saint Martin Boulogne

INFLUENCE DE LA MULTIMORBIDITE SUR L'APPLICATION
DES RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE DE LA
BPCO.

Présentée et soutenue le 01 Avril 2015

Président du Jury : Monsieur le Professeur Jean-Baptiste SAUTRON

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur David DARMON

Assesseurs :
Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER
Monsieur le Professeur Christian PRADIER
Monsieur le Docteur Christophe PERRIN



UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2014** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUE Patrick
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelise
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BLAIVE Bruno	M. LALLANE Claude-Michel
M. BOCQUET Patrice	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOUTTE Patrick	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE BAS Pierre
Mme BUSSIERE Françoise	M. LE FICHOUX Yves
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
M. DAR COURT Guy	M. MATTEI Mathieu
M. DELLAMONICA Pierre	M. MOUIEL Jean
M. DELMONT Jean	Mme MYQUEL Martine
M. DEMARD François	M. OLLIER Amédée
M. DOLISI Claude	M. ORTONNE Jean-Paul
M. FRANCO Alain	M. SCHNEIDER Maurice
M. FREYCHET Pierre	M. SERRES Jean-Jacques
M. GERARD Jean-Pierre	M. TOUBOL Jacques
M. GILLET Jean-Yves	M. TRAN Dinh Khiem
M. GRELLIER Patrick	M. ZIEGLER Gérard
M. HARTER Michel	

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Melle CHICHMANIAN Rose-Marie
 Mme DONZEAU Michèle
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. FRANKEN Philippe
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNE Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIREE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Eric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HEBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme	LEBRETON Elisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BAQUE Patrick	Anatomie – Chirurgie Générale (42.01)
M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BERARD Etienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)

M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52.03)
M.	FERRARI Emile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (55.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIME Marc	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Eric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie-Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
Melle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie-Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie Plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie-Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denis	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48.04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUERIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie-Radiothérapie (47.02)
M.	IANELLI Antonio	Chirurgie Digestive (55.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermatologie-Vénérologie (50.03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses, Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)

M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALLUNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
Melle	LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIE Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASALLE Sandra	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	NAIMI Mourad	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIES

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine générale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale
M.	PRENTKI Marc	Biochimie et Biologie Moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	DARMON David	Médecine Générale
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNES DE L'UNIVERSITE

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Au Professeur SAUTRON,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Votre investissement dans l'enseignement de la médecine générale est le gage d'une formation de qualité pour les internes Niçois. Veuillez recevoir, Monsieur le Professeur, l'expression de mon plus profond respect.

Au Professeur HOFLIGER,

Merci de nous faire l'honneur de participer à ce jury. Votre implication dans l'enseignement de la médecine générale donne tout son sens à votre présence. Soyez assuré, Monsieur le Professeur, de ma plus grande reconnaissance.

Au Professeur PRADIER,

Vous nous faites l'honneur de votre présence parmi ce jury. Permettez moi de vous exprimer mon profond respect et ma gratitude.

Au Docteur DARMON,

Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse et de m'avoir accompagné pendant toute la réalisation de ce travail, cela malgré tes obligations toujours plus nombreuses et ton investissement auprès de la faculté. Ta disponibilité, ta réactivité et tes conseils m'ont été très précieux.

Au Docteur PERRIN,

Notre rencontre pour mes débuts en tant que médecin dans votre service aura profondément marqué ma façon de voir la médecine et cette empreinte restera pour l'ensemble de ma carrière. Votre compétence médicale, votre humanité envers tous et votre simplicité m'ont réellement impressionnées. Merci pour tout ce que vous m'avez appris, et merci de votre présence dans ce jury, cela a énormément de sens pour moi.

A Yannick, pour tout ce que nous avons vécu ensemble et ce que nous vivrons encore, pour ta présence rassurante au quotidien, ta joie de vivre infaillible et tes conseils avisés, merci.

A mes parents, à mes sœurs (puis à Matthieu, Luca, Victor, Basile, Martin, Gabriel et Blanche), car c'est grâce à vous que j'en suis là. Merci de votre amour, de votre soutien indéfectible tout au long de ces années, et de votre compréhension.

A mes grands-mères, car je sais que vous ne pouvez pas être là alors que vous l'auriez voulu, je pense fort à vous en cet instant, et à mes grands-pères que je n'ai pas eu la chance de connaître, mais qui sont probablement fiers de moi de là où ils sont.

A toute ma famille, oncles, tantes, cousin, cousines pour votre accompagnement bienveillant tout au long de ces années.

A ma belle-famille, pour votre accueil chaleureux et votre gentillesse.

Aux amis du Nord (le vrai, celui qui est au dessus de Paris...), qui ont partagé les bons moments du lycée (Quentin, Olivier, Lulu, Mathilde...) puis qui m'ont vu grandir, et qui ont supporté les contraintes des études de Médecine mais qui ont toujours su rester présents auprès de moi. L'éloignement est là mais je pense à vous sans cesse ! Et aux amis de la fac (Charlotte, Sacha, Max, Laure, Dimitri, Julia, Orianne... et tous les autres) avec qui j'ai partagé tant de bons moments. A Victoria, qui nous a rejoint dans l'aventure Niçoise, et que je suis heureux d'avoir à mes côtés.

A Isabelle, car tu fais vibrer nos cœurs par ta virtuosité dès que tu t'installes devant ton piano, ta générosité est exceptionnelle, ne change pas !

A tout ceux avec qui j'ai travaillé au cours de mon internat, Benoit pour nos débuts en pneumologie, avec cette super équipe (Merci Monsieur Perrin, Fabien, Yannick, Valérie, Marion, Nathalie, Christine (ma chère christine...), Véro, Marie-Jo, Eve, la

place va me manquer pour vous dire à tous comme j'ai apprécié de travailler en votre compagnie !!!). Merci à l'équipe des urgences de Cannes (Fred, Laëti, Elo, Ziad et tous les médecins... et aux équipes de jour et de nuit...) pour ce stage intense, mais néanmoins agréable. A Max et Marie Christine pour m'avoir préparé à la médecine générale et surtout pour votre gentillesse ; et à Stéphanie pour ces 6 mois passés avec toi qui ont été formateurs et franchement sympathiques. A toute l'équipe de Pédiatrie de Grasse, ne changez rien car votre tendresse et votre humanité donnent la marque à ce service dans lequel j'ai beaucoup aimé travailler ! Merci à Fanny, Nico, Kristina, Elise pour les bons moments que nous y avons passé ensemble ! A la Team USCL, Cécile, Vanessa (ça y est je suis renié ?), Johanna reYGONdaud (mais avec le son c'est plus drôle), Laetitia, Raphaël, Anne-Laure, Nathalie, Paulo et tous les autres bien sûr ! Notre collaboration de 6 mois a été très enrichissante. Merci à Camille et Pierre, travailler en votre compagnie fut un très bon moment ! Enfin, un grand merci à toutes les équipes médicales et paramédicales du centre Hélios Marin. Merci Cédric, Arnaud, Eric pour les cafés sympathiques du midi ! Isabelle, Dominik, Christiane, Mr Lemoine pour ce que vous m'avez appris ! Et merci à Laure, Séverine, Julien et Arnaud pour les bons moments partagés, et pour m'avoir soutenu dans ce travail au moment où il y avait quelques doutes...

Un grand merci à Amel et à Eugénia, pour votre aide dans les statistiques et dans l'élaboration de ce travail.

A ceux que je n'ai pas pu citer et qui ont énormément compté pour moi (vous êtes très nombreux depuis ma tendre enfance jusqu'à aujourd'hui : Christelle, la famille Ricart probablement à l'origine de la vocation, and all the Allen Family for this beautiful friendship, à Samantha... et aux autres), merci pour tout ce que vous m'avez apporté.

Vous m'avez tous permis d'en arriver là où finalement je désirais être.

Table des matières

Abréviations.....	11
1) Introduction.....	12
2) Matériels et Méthode.....	15
2.1 Score de multimorbidité.....	16
2.2 Création de l'échelle de conformité.....	17
2.3 Analyse statistique.....	18
3) Résultats.....	19
3.1 Figure 1 : Diagramme de répartition des médecins répondeurs / non répondeurs.....	19
3.2 Tableau 1 : Comparaison des médecins répondeurs / non répondeurs.....	20
3.3 Figure 2 : Diagramme de répartition des patients inclus.....	20
3.4 Tableau 2 : Description des raisons de non réponse selon l'âge et la zone d'exercice.....	21
3.5 Tableau 3 : Description des caractéristiques socio-démographiques des patients selon le stade.....	22
3.6 Tableau 4 : Description des pathologies selon le stade.....	24
3.7 Tableau 5 : Prise en charge de l'addiction au tabac.....	26
3.8 Tableau 6 : Description des critères de gestion thérapeutique.....	28
3.9 Tableau 7 : Description des critères de suivi.....	31
3.10 Figure 3 : Score de Charlson et score de conformité selon le stade.....	32
4) Discussion.....	34
4.1 Pertinence de l'échantillonnage.....	34
4.2 Définition de la multimorbidité et impact en Médecine Générale.....	35
4.3 Les guides de bonne pratique dans le contexte de la Médecine Générale.....	37

4.4 Analyse des données descriptives.....	39
4.5 Les biais envisageables.....	45
5) Conclusion.....	48
6) Bibliographie.....	49
7) Annexes.....	52
7.1 Extraits du guide de parcours de soins BPCO, HAS 2014.....	52
7.2 Grille de recueil.....	53
7.3 Echelle de conformité.....	58
8) Serment d’Hippocrate.....	59

ABREVIATIONS

AOMI : Artériopathie oblitérante des membres inférieurs

BD-CDA : Bronchodilatateurs de courte durée d'action

BD-LDA : Bronchodilatateurs de longue durée d'action

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

DMLA : Dégénérescence maculaire liée à l'âge

EBM : Evidence-Based Medicine

EGPRN : European General Practitioners Research Network

GOLD : Global initiative on Obstructive Lung Disease

HAS : Haute Autorité de Santé

HTAP : Hypertension artérielle pulmonaire

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

SPLF : Société de Pneumologie de Langue Française

TVO : Trouble Ventilatoire Obstructif

TVP : Thrombose veineuse profonde

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners

1) Introduction

La Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) est une maladie fréquente dont la prévalence estimée en France varie selon les études entre 1% et 9% [1,2]. Ces chiffres de prévalence sont probablement très largement sous-estimés du fait de la quasi-inexistence d'études épidémiologiques basées sur la mesure de la fonction ventilatoire [3]. Ces chiffres sont en augmentation croissante du fait de l'importance du tabagisme féminin et de l'augmentation continue de l'espérance de vie [4,5]. La BPCO constituera probablement la cinquième cause de morbidité à l'échelle mondiale, et la troisième cause de mortalité aux alentours de 2020 [6].

Le retentissement de cette maladie est majeur en terme économique avec un coût direct total imputable de la prise en charge de la BPCO et de ses complications estimé entre 2,2 et 9 milliards d'euros [5,7]. Ces valeurs étant calculées à partir d'une prévalence sous-estimée, elles ne reflètent donc probablement pas la gravité de la situation [5].

La BPCO est très souvent associée à d'autres maladies par divers mécanismes (inflammation systémique, communauté de facteurs de risque au premier rang desquels on retrouve l'âge et le tabagisme) [8,9]. Parmi ces maladies fréquemment associées on retrouve des maladies cardio-vasculaires, endocriniennes, ostéo-articulaires, psychiatriques ainsi que des maladies gastro-intestinales, néoplasiques, rénales, hématologiques [10].

La multimorbidité touche donc souvent les patients atteints de BPCO. La multimorbidité peut être définie par la coexistence chez un même patient d'au moins deux maladies chroniques concomitantes [11]. Cette définition n'est cependant pas réellement validée et source de controverse. Après un travail de synthèse de la littérature, une définition a finalement été retenue par l'EGPRN (European General Practitioners Research Network) : « la multimorbidité est définie comme toute combinaison d'une maladie chronique avec au moins : une autre maladie (aiguë ou chronique) ou un facteur biopsychosocial (associé ou

non) ou un facteur de risque somatique. Les effets de la multimorbidité peuvent être modifiés par : tout facteur biopsychosocial, tout facteur de risque somatique, le réseau social, le poids des maladies, la consommation de soins de santé et les stratégies adaptatives du patient. La multimorbidité peut modifier les résultats de santé et mener à une augmentation du handicap ou à une diminution de la qualité de vie ou à la fragilité» [12]. La multimorbidité tend désormais à devenir la règle plutôt que l'exception [13], et ne concerne plus uniquement que des patients très âgés [14].

La gestion des patients atteints par plusieurs maladies chroniques simultanées ne se résume cependant pas au traitement et au suivi de chacune d'entre elles prises individuellement [15]. Le médecin généraliste doit organiser une prise en charge globale autour du patient, avec des priorités selon les situations plus ou moins urgentes [16]. Cette gestion du patient multimorbide ne relève pas simplement de l'application de stratégies biomédicales mais nécessite également de s'intéresser au retentissement physique, psychologique et social des différentes maladies, et à l'état de santé du patient en général [17]. Des études ont permis de montrer que le retentissement de la multimorbidité était majeur sur différents aspects, en augmentant la mortalité, en multipliant le nombre d'hospitalisations et les durées moyennes d'hospitalisations, en augmentant l'importance des coûts de santé et en altérant la qualité de vie des patients [8,18].

Les recommandations officielles sont souvent centrées sur une maladie unique [19]. Elles permettent de guider la prise en charge des patients selon les connaissances actuelles de la science. Des études déjà publiées dans le cadre de la BPCO ont montré une discordance entre les recommandations et la pratique clinique courante, comme en témoigne le sous-diagnostic persistant de cette maladie malgré des critères diagnostiques précisés au sein des recommandations. Par ailleurs, ces travaux montrent des écarts en pratique courante entre les traitements réellement prescrits et ceux indiqués au sein des recommandations [20,21]. Leur

diffusion auprès des médecins généralistes n'a pas permis d'améliorer leur application [22]. Une hypothèse avancée est que les médecins prennent en charge de plus en plus de patients multimorbides, dont la gestion optimale n'est probablement pas possible en l'état en se basant uniquement sur les recommandations actuelles [23].

Malgré ces constatations, les recommandations officielles semblent ne pas pouvoir tenir compte de l'ensemble des combinaisons de maladies possibles pour un patient donné, au risque de les rendre illisibles. La gestion de la multimorbidité devient donc un enjeu majeur, et notamment dans le cadre de la médecine de premier recours. Il faut donc s'interroger sur la pertinence des recommandations dans leur format actuel, pour la bonne prise en charge des patients multimorbides [24].

L'objectif principal de l'étude était donc d'étudier la corrélation qui pouvait exister entre l'existence d'une situation de multimorbidité et le degré de conformité à l'application des recommandations spécifiques à la gestion des patients étiquetés BPCO par les médecins généralistes. L'objectif secondaire de cette étude était de préciser l'importance de l'influence des comorbidités psychiques et des différentes maladies retrouvées dans le cortège de maladies qui s'associaient à la BPCO.

2) Matériels et Méthode

Il s'agissait d'une étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, rétrospective, sous la forme d'une analyse des pratiques auprès de médecins généralistes du département des Alpes-Maritimes. Le nombre de médecins inclus avait été déterminé par la faisabilité sur le temps imparti pour réaliser l'étude, en estimant que 10% de médecins généralistes allaient pouvoir mettre en évidence des différences significatives.

La sélection des médecins a été faite de façon aléatoire sur l'ensemble de la population de médecins généralistes du département des Alpes-Maritimes. La liste de l'ensemble des communes du département avait été établie. Le lieu d'exercice avait été précisé en distinguant 4 zones : Nice, villes de la zone côtière à l'exception de Nice, moyen pays et haut pays. La base de donnée utilisée pour sélectionner les médecins participants était l'annuaire professionnel. Pour chacune des communes, la sélection s'était faite à partir du premier médecin de la liste, classée par ordre alphabétique. Puis on avait sélectionné un médecin sur dix à partir du premier médecin désigné, dans les communes comportant au moins dix médecins généralistes. Les médecins étaient contactés par téléphone pour la présentation de l'étude, puis recontactés secondairement afin d'effectuer le recueil de données au cabinet médical. Les médecins généralistes participants devaient fournir deux dossiers choisis de façon aléatoire au sein de leur patientèle, en sélectionnant les deux derniers patients atteints d'une BPCO qu'ils avaient consulté. Les critères d'inclusion des dossiers sélectionnés étaient que les patients soient âgés de plus de 45 ans [1], et qu'ils soient à priori atteints d'une BPCO selon le médecin généraliste, quelque soit le stade évolutif. Les patients devaient être suivis par le médecin depuis au moins un an pour permettre de pouvoir renseigner l'ensemble des indicateurs étudiés. Le recueil de données se faisait de manière anonyme en ce qui concernait

les patients, par l'intermédiaire du médecin généraliste qui fournissait les renseignements nécessaires au remplissage de la grille de critères.

La grille de critères avait été conçue sous un format électronique. La liste des maladies recueillies dans la deuxième partie de la grille avait été établie en fonction des résultats d'une étude qui avait étudié le cortège de maladies habituellement associées à la BPCO dans le cadre des soins primaires [2]. La troisième partie, évaluative, reposait quant à elle sur l'analyse des recommandations officielles de la Haute Autorité de Santé (HAS), issues des consensus de la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF) et du « National Institute of Health » du groupe « Global initiative on Obstructive Lung Disease » (GOLD). Les tableaux récapitulatifs relatifs au traitement et au suivi des patients BPCO, issus des recommandations de la HAS sont disponibles en *Annexe 1*. Les principaux indicateurs avaient été tirés d'études préalables, qui s'intéressaient à la qualité des soins dans le domaine de la BPCO [25,26]. Les informations relevées dans cette grille d'indicateurs étaient anonymes, et se basaient uniquement sur les données présentes dans le dossier médical du patient. La grille de recueil est disponible en *annexe 2*.

2.1 Score de multimorbidité

Dans le cadre de la multimorbidité, un des scores utilisé pour la décrire était le score de Charlson [27]. Il avait été créé pour étudier la mortalité à un an chez des femmes atteintes de cancer du sein. Il avait ensuite été adapté et validé pour une utilisation dans d'autres populations et d'autres pratiques [28]. Il s'agissait d'un score qui était fréquemment utilisé dans de contexte de la recherche clinique portant sur la multimorbidité et il avait donc été décidé de l'appliquer à tous les patients inclus dans notre étude afin de standardiser la mesure de l'influence de la multimorbidité. Ce score avait été appliqué après que le recueil des

données ait été réalisé, à partir des données recueillies dans la grille d'indicateurs. En pratique, le score de Charlson avait été calculé pour chacun des patients inclus grâce à un calculateur disponible en ligne [29].

2.2 Création de l'échelle de conformité

Il avait également été nécessaire de créer une échelle de conformité aux recommandations officielles de la HAS pour la gestion des patients atteints de BPCO en médecine générale. Basée sur le « guide du parcours de soins » de la HAS actualisé en juin 2014, elle reprenait les éléments essentiels relatifs au diagnostic, au traitement et au suivi des patients atteints de BPCO, ayant un intérêt particulier dans le cadre de la médecine générale. Le détail de l'échelle de conformité est disponible en *annexe 3*. Cette échelle permettait de calculer un score, basé sur la présence d'items de prise en charge adaptée (évaluative et thérapeutique). Des points négatifs étaient attribués lorsque l'évaluation précise du stade évolutif par le biais d'une exploration fonctionnelle respiratoire (EFR) était manquante, lorsque la gestion du tabagisme était incorrecte et enfin lorsque la réhabilitation respiratoire n'avait pas été pratiquée.

La création de cette échelle avait pour but de permettre une analyse des pratiques professionnelles en se basant sur des critères d'intérêt pour le diagnostic, le traitement et le suivi de patients porteurs d'une BPCO. Certains critères choisis pour évaluer le suivi des patients BPCO avaient été extraits d'un protocole de suivi médical édité par le syndicat national de l'appareil respiratoire, en partenariat avec la SPLF [30].

2.3 Analyse statistique

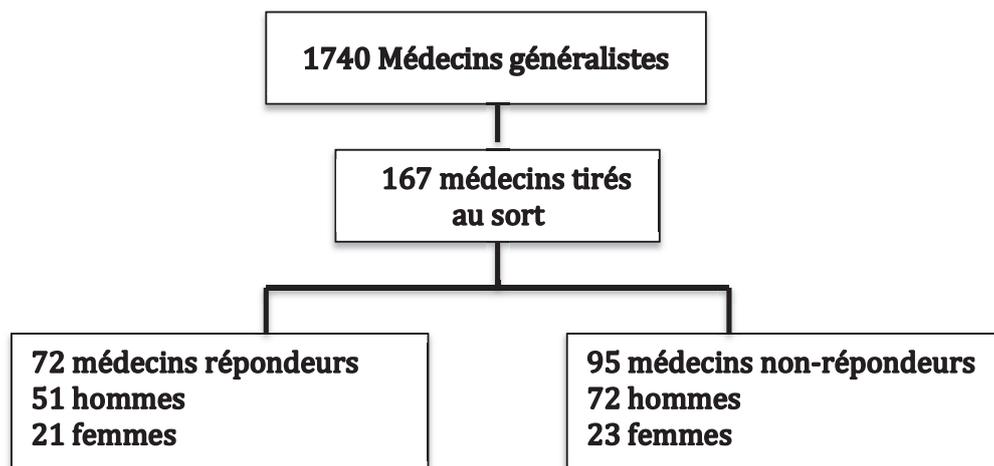
L'analyse avait consisté à mesurer la corrélation statistique entre le score de Charlson et le score de conformité aux recommandations spécifiques. Les patients non BPCO et ceux dont le stade GOLD n'était pas connu avaient été exclus de l'analyse. L'analyse des maladies psychiatriques ne faisait pas partie du score de Charlson, un critère composite avait donc été créé, en attribuant un point supplémentaire au score de Charlson en cas de maladie psychiatrique. La corrélation statistique entre le score de Charlson et le score de conformité aux recommandations ainsi que la corrélation entre le score de Charlson selon les maladies psychiatriques et le score de conformité aux recommandations avait été mesurée grâce au test de Kendall, avec un seuil de signification fixé à 5%.

Les données recueillies ont été analysées par l'intermédiaire du logiciel SPSS® version 11.0. Une description globale de l'ensemble de l'échantillon a été réalisée, donnant les fréquences des différentes catégories pour les variables qualitatives. Les fréquences et les pourcentages étaient rapportés pour l'ensemble des variables. La comparaison entre médecins répondeurs et non répondeurs, ainsi que la comparaison sur les différents critères concernant les patients inclus ont été effectuées à l'aide du test du Chi 2 pour les variables qualitatives et du test T de Student pour les variables quantitatives. Le seuil de signification était fixé conventionnellement à 5%.

3) Résultats

L'étude a été menée entre le 12 février 2014 et le 12 décembre 2014. L'âge moyen des médecins répondeurs était de $53,5 \pm 9,4$, celui des médecins non-répondeurs était de $55,4 \pm 8,5$ (*Fig.1*). Le taux de participation avait été de 43,1%. Les médecins répondeurs étaient essentiellement des hommes (70,8%), localisés sur Nice (31,9%) et en zone côtière (36,1%) (*tableau 1*). Malgré un effectif d'hommes globalement plus important, la participation des femmes à l'étude avait été plus importante, avec 48,8% de femmes contre 41,1% d'hommes.

Figure 1 : Diagramme de répartition des médecins répondeurs/non-répondeurs



Lorsque l'on étudiait les raisons de non-réponse des médecins, la zone d'exercice et l'âge avaient une influence (*tableau 1*). Pour les médecins niçois et situés en zone côtière, le manque de temps expliquait l'absence de réponse dans 40,8% des cas ($p < 0,001$). Tandis que pour les médecins du moyen et du haut pays, c'était la difficulté à les joindre qui entraînait l'absence de réponse dans 47,8% des cas (*tableau 2*). Pour les médecins de moins de 45 ans, la principale raison de non-participation était l'absence de réponse après un premier contact (45,5% ; $p = 0,001$). Les médecins âgés de 45 à 65 ans ne répondaient pas du fait d'un manque de temps dans 30,6% des cas (*tableau 2*).

Tableau 1 : Comparaison médecins répondeurs/non-répondeurs.

	Non-répondeurs N (%)	Répondeurs N (%)	p
Sexe du médecin			
homme	73 (76,8)	51 (70,8)	0,379
femme	22 (23,2)	21 (29,2)	
Zone d'exercice			
Nice	19 (20)	23 (31,9)	0,149
Zone côtière	30 (31,6)	26 (36,1)	
Moyen pays	41 (43,2)	20 (27,8)	
Haut pays	5 (5,3)	3 (4,2)	
Zone d'exercice en 2 sous-classes			
Nice et zone côtière	49 (51,6)	49 (68,1)	0,032
Moyen et haut pays	46 (48,4)	23 (31,9)	
Âge du médecin en 3 classes			
<45	11 (11,6)	13 (18,1)	0,286
45 à 64	72 (75,8)	54 (75)	
>65	12 (12,6)	5 (6,9)	
Âge du médecin en 2 classes			
<45	11 (11,6)	13 (18,1)	0,237
>45	84 (88,4)	59 (81,9)	

Les médecins généralistes répondeurs avaient permis d'inclure dans l'étude 136 dossiers de patients répondant aux critères d'inclusion, dont 89 hommes (65,4%) et 47 femmes (34,6%) (Fig.2).

Figure 2 : Diagramme de répartition des patients inclus.

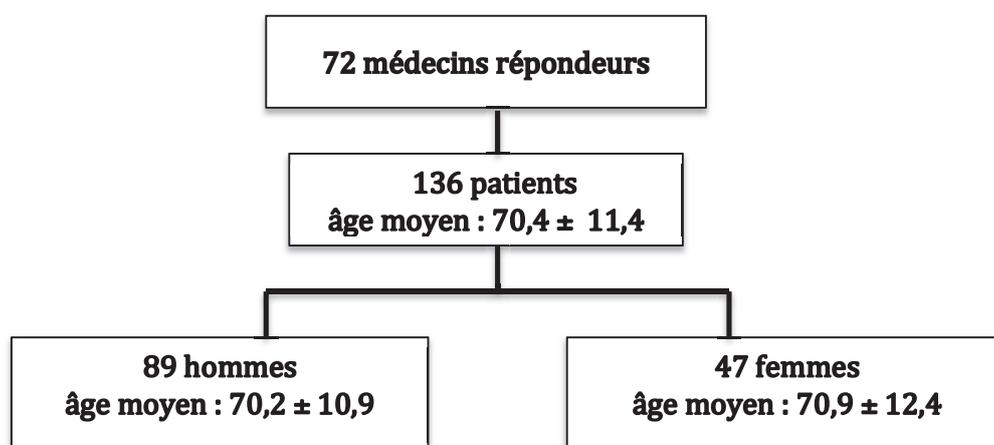


Tableau 2 : Description des raisons de non-réponse selon l'âge et la zone d'exercice.

	Manque de temps N (%)	Pas de données N (%)	Pas de réponse après un premier contact N (%)	Injoignable N (%)	Retraite N (%)	p
Âge en 3 classes						
< 45	2 (18,2)	-	5 (45,5)	4 (36,4)	-	
45 à 65	22 (30,6)	10 (13,9)	19 (26,4)	21 (29,2)	-	0,001
> 65	3 (25)	1 (8,3)	2 (16,7)	3 (25)	3 (25)	
Zone d'exercice						
Nice et zone côtière	20 (40,8)	9 (18,4)	13 (26,5)	6 (12,2)	1 (2)	
Moyen et haut pays	7 (15,2)	2 (4,3)	13 (28,3)	22 (47,8)	2 (4,3)	<0,001

Tableau 3 : Description des caractéristiques socio-démographiques des patients selon le stade.

	Stade 1 GOLD	Stade 2 GOLD	Stade 3 GOLD	Stade 4 GOLD	Stade inconnu	Non BPCO	Total
	N (%)	N (%)	N (%)				
Effectifs	7 (5,1)	34 (25)	33 (24,3)	10 (7,3)	44 (32,3)	8 (5,9)	136 (100)
Âge*	70,6 ± 10,4	67,6 ± 12,4	74,5 ± 10,9	66,5 ± 7,6	71,1 ± 10,4	66,5 ± 14,8	70,4 ± 11,4
Genre							
Homme	7 (100)	22 (64,7)	23 (69,7)	7 (70)	28 (63,6)	2 (25)	89 (65,4)
Femme	-	12 (35,3)	10 (30,3)	3 (30)	16 (36,4)	6 (75)	47 (34,6)
Actifs							
Oui	1 (14,3)	7 (20,6)	-	1 (10)	8 (18,2)	3 (35,5)	23 (16,9)
Non	6 (85,7)	27 (79,4)	33 (100)	9 (90)	36 (81,8)	5 (64,5)	113 (83,1)
Sécurité sociale							
Régime général	7 (100)	32 (94,1)	33 (100)	10 (100)	42 (95,4)	8 (100)	132 (97,1)
CMU	-	2 (5,9)	-	-	2 (4,6)	-	4 (2,9)
AME	-	-	-	-	-	-	-

* moyenne ± σ

L'âge moyen de l'ensemble des patients inclus était de $70,4 \pm 11,4$. Au sein de l'échantillon, la proportion de patients encore en activité était de 16,9% (*Tableau 3*). Selon les données disponibles dans les dossiers médicaux des patients, 7 patients appartenaient au stade 1 de la classification GOLD, 34 patients au stade 2, 33 patients au stade 3 et 10 patients au stade 4. Par ailleurs, 8 patients qui étaient étiquetés BPCO par les médecins généralistes n'avaient pas de trouble ventilatoire obstructif (TVO) selon les résultats des EFR. Pour 44 patients, la répartition au sein des différents stades de la classification GOLD n'avait pas été possible. Chez 26 d'entre eux, une EFR avait été pratiquée, tandis que pour les 18 restants, aucune EFR n'avait été pratiquée. Pour 6 patients parmi les 26 précédemment cités, les chiffres étaient incomplets. Le pneumologue mentionnait généralement l'existence d'un syndrome obstructif mais la valeur du VEMS n'avait pas été communiquée au médecin traitant. Enfin, pour les 20 patients restants parmi les 26, on savait qu'une EFR avait été pratiquée, mais aucun compte rendu n'était disponible dans le dossier, ce qui ne nous avait pas permis de connaître les stades auxquels ils appartenaient.

On notait que 94,1% des patients de l'échantillon présentaient au moins deux maladies, et 61,7% en présentaient au moins cinq. Le nombre moyen de maladies était croissant en fonction du stade, à partir du stade 2. En effet, les patients présentaient en moyenne 5,43 maladies pour le stade 1 ; 4,97 maladies pour le stade 2 ; 5,57 maladies pour le stade 3 et 6,8 maladies pour le stade 4 ($p=0,055$). Les maladies les plus représentées étaient les maladies cardiologiques, qui étaient présentes chez 52,9% des patients de l'échantillon, à l'exclusion de l'hypertension qui avait été étudiée isolément, et dont la fréquence parmi les patients de l'échantillon était de 41,9%. Par ailleurs, on notait que les troubles musculo-squelettiques étaient présents chez 47,1% des patients, les maladies gastro-intestinales chez 41,9% et les maladies psychiatriques chez 41,2% (*tableau 4*).

Tableau 4: Description des maladies selon le stade.

	Stade 1	Stade 2	Stade 3	Stade 4	Stade inconnu	Non BPCO	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Psychiatriques	3 (2,2)	14 (10,3)	16 (11,8)	5 (3,7)	16 (11,8)	2 (1,5)	56 (41,2)
Syndrome anxio-dépressif	3 (2,2)	14 (10,3)	16 (11,8)	4 (2,9)	15 (11)	2 (1,5)	54 (39,7)
Psychose	-	-	3 (2,2)	-	1 (0,7)	-	4 (2,9)
Hypertension artérielle	4 (2,9)	14 (10,3)	12 (8,8)	6 (4,4)	16 (11,8)	5 (3,7)	57 (41,9)
Cardio-vasculaires	3 (2,2)	17 (12,5)	16 (11,8)	7 (5,1)	27 (19,8)	2 (1,5)	72 (52,9)
Cardiopathie ischémique	3 (2,2)	7 (5,1)	4 (2,9)	2 (1,5)	10 (7,3)	1 (0,7)	27 (19,8)
Insuffisance cardiaque	-	-	2 (1,5)	3 (2,2)	5 (3,7)	-	10 (7,3)
Valvulopathie	-	2 (1,5)	3 (2,2)	-	3 (2,2)	-	8 (5,9)
Maladie cérébrovasculaire	-	1 (0,7)	1 (0,7)	1 (0,7)	5 (3,7)	-	8 (5,9)
Troubles du rythme	-	5 (3,7)	10 (7,3)	3 (2,2)	12 (8,8)	-	30 (22,1)
AOMI	1 (0,7)	5 (3,7)	5 (3,7)	-	7 (5,1)	1 (0,7)	19 (14)
Insuffisance veineuse	-	-	-	-	3 (2,2)	-	3 (2,2)
HTAP	-	-	1 (0,7)	2 (1,5)	3 (2,2)	-	5 (3,7)
Embolie pulmonaire	-	3 (2,2)	1 (0,7)	-	2 (1,5)	1 (0,7)	7 (5,1)
TVP	1 (0,7)	-	-	-	3 (2,2)	-	4 (2,9)
Troubles musculo squelettiques	2 (1,5)	17 (12,5)	17 (12,5)	6 (4,4)	20 (14,7)	2 (1,5)	64 (47,1)
Arthrose	2 (1,5)	8 (5,9)	8 (5,9)	2 (1,5)	9 (6,6)	1 (0,7)	30 (22,1)
Ostéoporose	-	2 (1,5)	4 (2,9)	-	3 (2,2)	-	9 (6,6)
Tendinopathies	-	1 (0,7)	-	-	-	-	1 (0,7)
Polyarthrite rhumatoïde	-	1 (0,7)	-	-	-	-	1 (0,7)
Scoliose	-	-	-	1 (0,7)	1 (0,7)	-	2 (1,5)
Autres	-	7 (5,1)	11 (8,1)	3 (2,2)	13 (9,6)	1 (0,7)	35 (25,7)
Endocriniennes	2 (1,5)	5 (3,7)	6 (4,4)	2 (1,5)	14 (10,3)	2 (1,5)	31 (22,8)
Diabète	1 (0,7)	5 (3,7)	3 (2,2)	1 (0,7)	12 (8,8)	-	22 (16,2)
Dysthyroïdie	-	-	4 (2,9)	-	2 (1,5)	-	6 (4,4)
Hyperuricémie	1 (0,7)	-	1 (0,7)	-	-	-	2 (1,5)
Autres	-	-	-	1 (0,7)	-	-	1 (0,7)
Digestives	3 (2,2)	13 (9,6)	15 (11)	2 (1,5)	21 (15,4)	3 (2,2)	57 (41,9)
Gastriques	2 (1,5)	8 (5,9)	9 (6,6)	2 (1,5)	15 (11)	2 (1,5)	38 (27,9)
Hépatiques	-	3 (2,2)	2 (1,5)	-	2 (1,5)	-	7 (5,1)
Vésiculaire	1 (0,7)	2 (1,5)	1 (0,7)	-	2 (1,5)	1 (0,7)	7 (5,1)
Coliques	-	2 (1,5)	6 (4,4)	1 (0,7)	6 (4,4)	1 (0,7)	16 (11,8)
Autres	1 (0,7)	1 (0,7)	-	-	1 (0,7)	-	3 (2,2)
Démence	-	1 (0,7)	-	1 (0,7)	-	-	2 (1,5)
Dyslipidémie	4 (2,9)	9 (6,6)	9 (6,6)	5 (3,7)	15 (11)	1 (0,7)	43 (31,6)
Surpoids	3 (2,2)	13 (9,6)	10 (7,3)	5 (3,7)	17 (12,5)	2 (1,5)	50 (36,8)
Cancéreuses	-	11 (8,1)	10 (7,3)	3 (2,2)	8 (5,9)	3 (2,2)	35 (25,7)
Poumon	-	6 (4,4)	2 (1,5)	1 (0,7)	2 (1,5)	1 (0,7)	12 (8,8)
ORL	-	1 (0,7)	-	-	2 (1,5)	-	3 (2,2)
Digestifs	-	3 (2,2)	-	1 (0,7)	-	1 (0,7)	5 (3,7)
Urinaires	-	1 (0,7)	2 (1,5)	1 (0,7)	3 (2,2)	1 (0,7)	8 (5,9)
Cutanés	-	-	1 (0,7)	-	1 (0,7)	-	2 (1,5)
Dermatologiques	1 (0,7)	6 (4,4)	7 (5,1)	3 (2,2)	7 (5,1)	1 (0,7)	25 (18,4)
Eczéma-allergies	1 (0,7)	4 (2,9)	2 (1,5)	1 (0,7)	5 (3,7)	1 (0,7)	14 (10,3)
Psoriasis	-	-	1 (0,7)	-	2 (1,5)	-	3 (2,2)
Naevus	-	1 (0,7)	1 (0,7)	-	-	-	2 (1,5)
Ulcères chroniques	-	-	2 (1,5)	1 (0,7)	-	-	3 (2,2)
Autres	-	1 (0,7)	2 (1,5)	-	-	-	3 (2,2)

	Stade 1	Stade 2	Stade 3	Stade 4	Stade inconnu	Non BPCO	Total
Ophthalmologiques	1 (0,7)	4 (2,9)	11 (8,1)	3 (2,2)	6 (4,4)	1 (0,7)	26 (19,1)
Glaucome	1 (0,7)	1 (0,7)	5 (3,7)	-	1 (0,7)	1 (0,7)	9 (6,6)
Cataracte	1 (0,7)	2 (1,5)	6 (4,4)	3 (2,2)	3 (2,2)	-	15 (11)
DMLA	-	-	-	1 (0,7)	-	-	1 (0,7)
Détachement rétinien	-	-	-	-	1 (0,7)	-	1 (0,7)
Rétinopathie diabétique	-	1 (0,7)	-	-	1 (0,7)	-	2 (1,5)
Hématologiques	3 (2,2)	3 (2,2)	1 (0,7)	1 (0,7)	4 (2,9)	-	12 (8,8)
Anémie	-	-	1 (0,7)	-	1 (0,7)	-	2 (1,5)
Hémopathies	1 (0,7)	-	-	-	-	-	1 (0,7)
Hémoglobinopathies	1 (0,7)	-	-	-	-	-	1 (0,7)
Autres	1 (0,7)	3 (2,2)	-	2 (1,5)	3 (2,2)	-	9 (6,6)
Rénales	1 (0,7)	3 (2,2)	2 (1,5)	-	1 (0,7)	3 (2,2)	10 (7,3)
Insuffisance rénale	1 (0,7)	3 (2,2)	2 (1,5)	-	1 (0,7)	2 (1,5)	9 (6,6)
Syndrome néphrotique	-	-	-	-	-	1 (0,7)	1 (0,7)

Concernant l'évaluation initiale de la BPCO, une EFR était pratiquée dans 72,06% des cas ($p=0,95$) et lorsqu'elle était réalisée, elle confirmait l'existence d'un syndrome obstructif dans 91,8% des cas. Chez 81,3% des patients, il existait un tabagisme actif actuel ou sévère ($p=0,530$). Le tabagisme avait concerné 90,9% des 88 hommes et 63,1% des 46 femmes chez qui sa consommation avait été évaluée ($p=0,000$). Tous stades confondus, la quantification du tabagisme en Paquets/années était pratiquée dans 62,4% des cas ($p=0,473$) et l'évaluation de la durée du tabagisme dans 51,4% des cas ($p=0,074$) (*tableau 5*). Une méthode de sevrage tabagique avait été prescrite chez 45,7% des patients encore concernés par un tabagisme au moment du début de la prise en charge par le médecin généraliste ($p=0,012$). Une consultation de tabacologie avait été réalisée chez 18,5% d'entre eux ($p=0,443$). On pouvait noter que le recours à une consultation de tabacologie était d'autant plus important que le stade de la BPCO augmentait (0% au stade 1, 17,6% au stade 2, 25% au stade 3 et 42,9% au stade 4), et que ce taux diminuait lorsque le stade n'était pas connu (13,8%), sans qu'il n'existe de significativité sur ce critère (*tableau 5*). Enfin, les expositions professionnelles avaient été évaluées chez 7,3% des patients ($p=0,375$).

Tableau 5 : Prise en charge de l'addiction au tabac.

	Stade 1 N=7 N (%)	Stade 2 N=34 N (%)	Stade 3 N=33 N (%)	Stade 4 N=10 N (%)	Stade inconnu N=44 N (%)	Non BPCO N=8 N (%)	Total N=136 N (%)	p
Tabagisme actif actuel ou sevré								
oui	7 (100)	28 (82,3)	28 (84,8)	8 (88,9)	33 (76,7)	5 (62,5)	109 (81,3)	0,530
non	-	6 (17,7)	5 (15,2)	1 (11,1)	10 (23,3)	3 (37,5)	25 (18,7)	
Quantification Paquets/année								
oui	5 (71,4)	18 (64,3)	19 (67,9)	4 (50)	21 (63,6)	1 (20)	68 (62,4)	0,473
non	2 (28,6)	10 (35,7)	9 (32,1)	4 (50)	12 (36,4)	4 (80)	41 (37,6)	
Quantification durée tabagisme								
oui	4 (57,1)	20 (71,4)	16 (57,1)	3 (37,5)	12 (36,4)	4 (80)	56 (51,4)	0,074
non	3 (42,9)	8 (28,6)	12 (42,9)	5 (62,5)	21 (63,6)	1 (20)	53 (48,6)	
Prescription méthode sevrage								
oui	3 (100)	12 (70,6)	7 (35)	3 (42,9)	12 (41,4)	-	37 (45,7)	0,012
non	-	5 (29,4)	15 (65)	4 (57,1)	17 (58,6)	5 (100)	44 (54,3)	
Consultation tabacologie								
oui	-	3 (17,6)	5 (25)	3 (42,9)	4 (13,8)	-	15 (18,5)	0,443
non	3 (100)	14 (82,4)	15 (75)	4 (57,1)	25 (86,2)	5 (100)	66 (81,5)	

Concernant la prise en charge thérapeutique de la BPCO par le médecin généraliste, les vaccinations antigrippale et anti-pneumococcique étaient respectivement pratiquées dans 69,8% des cas ($p=0,849$) et 65,4% des cas ($p=0,672$). Le taux de vaccination était d'autant plus important que le stade évolutif était précoce, avec 85,7% des patients en stade 1 et 70% des patients en stade 4 vaccinés contre la grippe. Un bronchodilatateur de courte durée d'action (BD-CDA) à la demande était retrouvé sur l'ordonnance des patients dans 50,7% des cas ($p=0,316$). Dès lors que le stade GOLD était connu, on observait une amélioration de la prescription des BD-CDA. En effet, 38,6% des patients dont le stade n'était pas connu bénéficiaient d'un BD-CDA, et ce taux augmentait à 57,1% à partir du stade 1. Concernant les prescriptions non indiquées à l'état stable ou au cours d'une exacerbation respiratoire, les antitussifs étaient retrouvés dans 17,6% des cas, sans différence statistique selon le stade ($p=0,692$). Les mucolytiques étaient retrouvés dans les prescriptions médicales des patients dans 30,9% des cas ($p=0,175$). Enfin, des corticoïdes inhalés isolés étaient retrouvés chez 5,1% des patients ($p=0,129$). Parmi les traitements recommandés, les bronchodilatateurs de longue durée d'action (BD-LDA) étaient prescrits en monothérapie dans 63,2% des cas, tous stades confondus ($p=0,095$). Chez les patients pour qui une prescription de BD-LDA était retrouvée, celle-ci était conforme dans 68,6% des cas, sans différence notable selon le stade ($p<0,001$). Une association fixe de BD-LDA et de corticoïdes inhalés était retrouvée chez 64,7% des patients ($p=0,624$). Cette prescription était conforme dans 59,1% des cas ($p<0,001$). La réhabilitation respiratoire était pratiquée dans 20,6% des cas pour l'ensemble des patients étudiés ($p=0,624$). Chez les patients pour lesquels la réhabilitation n'avait pas été réalisée ($n=108$), elle aurait été indiquée dans 49,1% des cas ($p<0,001$). Les 50,9% restants étaient les patients du stade 1 (les recommandations justifient la réhabilitation à partir du stade 2), les patients exempts d'un trouble ventilatoire obstructif ainsi que ceux chez qui le stade évolutif n'était pas connu (*tableau 6*).

Tableau 6 : Description des critères de gestion thérapeutique.

	Stade 1 N=7	Stade 2 N=34	Stade 3 N=33	Stade 4 N=10	Stade inconnu N=44	Non BPCO N=8	Total N=136	P
Réalisation des vaccinations								
Vaccin antigrippal								
oui	6 (85,7)	25 (75,5)	24 (72,7)	7 (70)	28 (63,6)	5 (62,5)	95 (69,8)	0,849
non	1 (14,3)	9 (26,5)	9 (27,3)	3 (30)	16 (36,4)	3 (37,5)	41 (30,2)	
Vaccin anti-pneumococcique								
oui	6 (85,7)	24 (70,6)	22 (66,7)	7 (70)	26 (59,1)	4 (50)	89 (65,4)	0,672
non	1 (14,3)	10 (29,4)	11 (33,3)	3 (30)	18 (40,9)	4 (50)	47 (34,6)	
Traitements non recommandés								
Antitussifs								
oui	-	9 (26,5)	5 (15,1)	1 (10)	8 (18,2)	1 (12,5)	24 (17,6)	0,692
non	7 (100)	25 (73,5)	28 (84,9)	9 (90)	36 (81,8)	7 (87,5)	112 (82,4)	
Mucolytiques								
oui	-	10 (29,4)	13 (39,4)	1 (10)	14 (31,8)	4 (50)	42 (30,9)	0,175
non	7 (100)	24 (70,6)	20 (60,6)	9 (90)	30 (68,2)	4 (50)	94 (69,1)	
Corticoïdes inhalés isolés								
oui	-	-	2 (6,1)	-	3 (6,8)	2 (25)	7 (5,1)	0,129
non	7 (100)	34 (100)	31 (93,9)	10 (100)	41 (93,2)	6 (75)	129 (94,9)	
Traitements médicamenteux recommandés								
BD-CDA sur l'ordonnance								
oui	4 (57,1)	18 (52,9)	21 (63,6)	6 (60)	17 (38,6)	3 (37,5)	69 (50,7)	0,316
non	3 (42,9)	16 (47,1)	12 (36,4)	4 (40)	27 (61,4)	5 (62,5)	67 (49,3)	
BD-LDA en monothérapie								
oui	5 (71,4)	25 (73,5)	21 (63,6)	9 (90)	23 (52,3)	3 (37,5)	86 (63,2)	0,095
non	2 (28,6)	9 (26,5)	12 (36,4)	1 (10)	21 (47,7)	5 (62,5)	50 (36,8)	
Conformité BD-LDA								
oui	4 (80)	25 (100)	21 (100)	9 (100)	-	-	59 (68,6)	<0,001
non	1 (20)	-	-	-	23 (100)	3 (100)	27 (31,4)	

	Stade 1 N=7	Stade 2 N=34	Stade 3 N=33	Stade 4 N=10	Stade inconnu N=44	Non BPCO N=8	Total N=136	P
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Association fixe								
oui	3 (42,9)	21 (61,8)	24 (72,7)	7 (70)	29 (65,9)	4 (50)	88 (64,7)	0,624
non	4 (57,1)	13 (38,2)	9 (27,3)	3 (30)	15 (34,1)	4 (50)	48 (35,3)	
Conformité association fixe								
oui	2 (66,7)	19 (90,5)	24 (100)	7 (100)	-	-	52 (59,1)	<0,001
non	1 (33,3)	2 (9,5)	-	-	29 (100)	4 (100)	36 (40,9)	
Réhabilitation respiratoire								
Réhabilitation respiratoire								
oui	-	8 (23,5)	8 (24,3)	3 (30)	7 (15,9)	2 (25)	28 (20,6)	0,624
non	7 (100)	26 (76,5)	25 (75,7)	7 (70)	37 (84,1)	6 (75)	108 (79,4)	
Indication de la réhabilitation								
oui	-	21 (80,8)	25 (100)	7 (100)	-	-	53 (49,1)	<0,001
non	7 (100)	5 (19,2)	-	-	37 (100)	6 (100)	55 (50,9)	
Autres prescriptions médicamenteuses sources d'interactions								
Prescription d'une benzodiazépine								
oui	2 (28,6)	9 (26,5)	8 (24,2)	1 (10)	8 (18,2)	-	28 (20,6)	0,566
non	5 (71,4)	25 (73,5)	25 (75,8)	9 (90)	36 (81,8)	8 (100)	108 (79,4)	
Prescription d'un bêta bloquant								
oui	2 (28,6)	-	2 (6,1)	-	3 (6,8)	-	7 (5,1)	0,099
non	5 (71,4)	34 (100)	31 (93,9)	10 (100)	41 (93,2)	8 (100)	129 (94,9)	
Prescription d'antalgiques opiacés								
oui	-	2 (5,9)	1 (3)	-	2 (4,5)	-	5 (3,7)	1
non	7 (100)	32 (94,1)	32 (97)	10 (100)	42 (95,5)	8 (100)	131 (96,3)	
Prescription d'anxiolytiques								
oui	-	5 (14,7)	1 (3)	-	-	1 (12,5)	7 (5,1)	0,047
non	7 (100)	29 (85,3)	32 (97)	10 (100)	44 (100)	7 (87,5)	129 (94,9)	

En ce qui concernait le suivi des patients par les médecins généralistes, on observait que les patients du stade 1 consultaient pour moitié entre 1 et 5 fois par an et l'autre moitié consultait entre 6 et 10 fois par an. Les patients du stade 2 et du stade 3 avaient tendance à consulter le médecin généraliste entre 11 et 15 fois par an (41,2% des patients du stade 2 et 33,3% des patients du stade 3). Pour les patients du stade 4, 60% d'entre eux avaient consulté leur médecin généraliste entre 6 et 10 fois par an, et 40% avaient consulté entre 1 et 5 fois pendant l'année écoulée. Pour les patients dont le stade n'était pas connu, 68,2% d'entre eux avaient consulté entre 1 et 10 fois sur l'année écoulée, et 9,1% avaient consulté entre 16 et 20 fois. Enfin, pour les patients ne présentant pas de TVO, 37,5% avaient consulté entre 1 et 5 fois et 62,5% avaient consulté entre 6 et 10 fois. Au total 32,3% des patients avaient consulté leur médecin traitant entre 1 et 5 fois dans l'année écoulée, 31,6% avaient consulté entre 6 et 10 fois, 26,5% entre 11 et 15 fois, 7,3% entre 16 et 20 fois et 2,2% avaient consulté plus de 20 fois ($p=0,198$). Il était également possible de constater que pour l'ensemble des patients, parmi ces consultations ayant eu lieu sur l'année écoulée, il n'y avait eu aucune consultation dédiée à la BPCO dans 70,6% des cas ($p=0,208$). Parmi ceux qui avaient bénéficié d'au moins une consultation dédiée à la BPCO, leur nombre était adapté au stade de la classification GOLD dans 20,9% des cas ($p=0,166$).

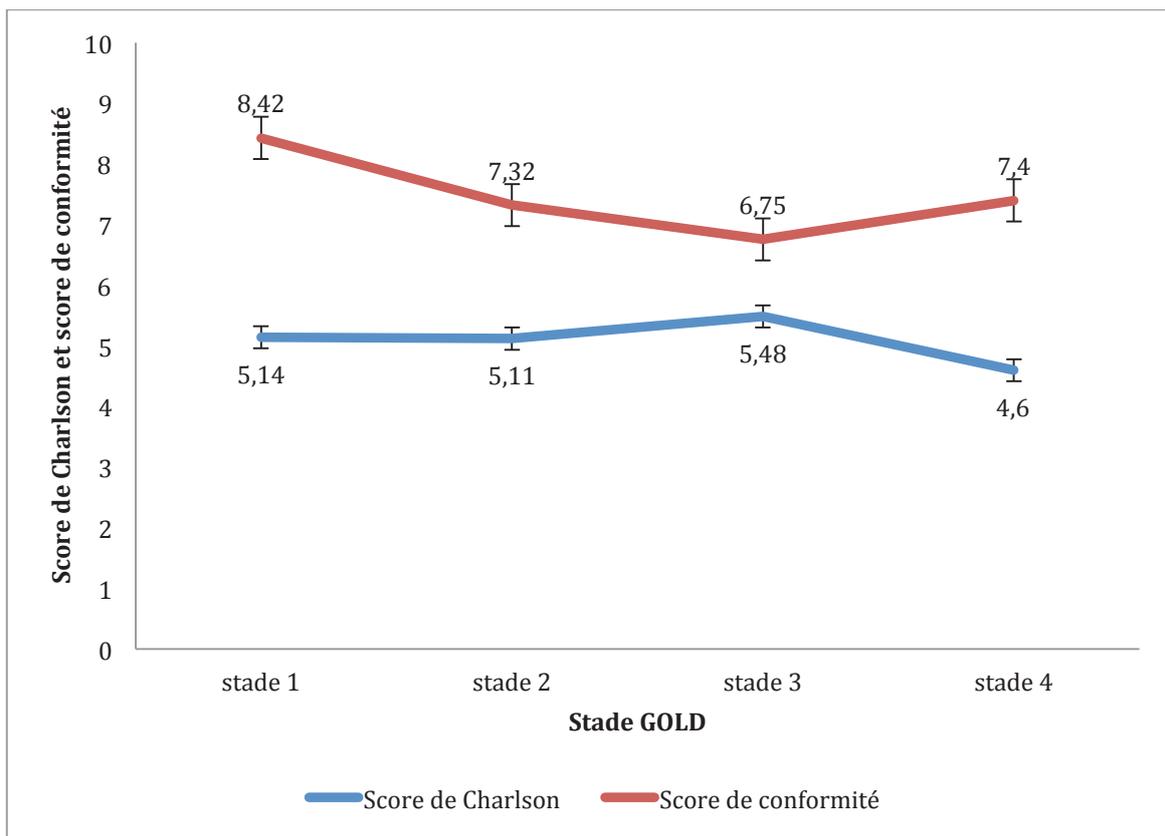
Dans les critères de suivi théoriquement recommandés, le statut pondéral était régulièrement relevé dans 64% des cas ($p=0,494$), le tabagisme était réévalué dans 68,2% des cas ($p=0,188$) et la saturation en oxygène était mesurée à chaque consultation médicale dans 25% des cas ($p=0,443$) (*tableau 7*).

Tableau 7 : Description des critères de suivi.

	Stade 1 N=7	Stade 2 N=34	Stade 3 N=33	Stade 4 N=10	Stade inconnu N=44	Non BPCO N=8	Total N=136	p
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Réévaluation du tabagisme								
oui	5 (83,3)	20 (74,1)	20 (76,9)	5 (62,5)	22 (62,9)	1 (20)	73 (68,2)	0,188
non	1 (16,7)	7 (32,3)	6 (23,1)	3 (37,5)	13 (37,1)	4 (80)	34 (31,8)	
Réévaluation du poids								
oui	6 (85,7)	23 (67,6)	23 (69,7)	7 (70)	24 (54,6)	4 (50)	87 (64)	0,494
non	1 (14,3)	11 (32,4)	10 (30,3)	3 (30)	20 (45,4)	4 (50)	49 (36)	
Saturation en O2 systématique								
oui	2 (28,6)	8 (23,5)	9 (27,3)	5 (50)	9 (20,4)	1 (12,5)	34 (25)	0,443
non	5 (71,4)	26 (76,5)	24 (72,7)	5 (50)	35 (79,6)	7 (87,5)	102 (75)	
Réévaluation après hospitalisation								
oui	2 (100)	5 (62,5)	5 (45,4)	-	3 (33,3)	-	15 (41,7)	0,130
non	-	3 (37,5)	6 (54,6)	4 (100)	6 (66,7)	2 (100)	21 (58,3)	
Consultations généraliste/an								
1 à 5	3 (42,9)	10 (29,4)	10 (30,3)	4 (40)	14 (31,8)	3 (37,5)	44 (32,3)	0,198
6 à 10	3 (42,9)	7 (20,6)	6 (18,2)	6 (60)	16 (36,4)	5 (62,5)	43 (31,6)	
11 à 15	1 (14,2)	14 (41,2)	11 (33,3)	-	10 (22,7)	-	36 (26,5)	
16 à 20	-	2 (5,9)	4 (12,1)	-	4 (9,1)	-	10 (7,4)	
>20	-	1 (2,9)	2 (6,1)	-	-	-	3 (2,2)	
Consultations dédiées/ an								
0	4 (57,1)	21 (61,8)	23 (69,7)	6 (60)	34 (77,3)	8 (100)	96 (70,6)	0,208
>1	3 (42,9)	13 (38,2)	10 (30,3)	4 (40)	10 (22,7)	-	40 (29,4)	
Nombre de consultations dédiées adapté au stade								
oui	3 (50)	9 (27,3)	5 (15,1)	1 (10)	-	-	18 (20,9)	0,166
non	3 (50)	24 (72,7)	28 (84,9)	9 (90)	-	-	68 (79,1)	

Chez les patients dont le stade GOLD était connu, le score calculé à partir de l'échelle de conformité diminuait progressivement du stade 1 au stade 3 et était à nouveau plus élevé pour les patients du stade 4. En effet, les patients du stade 1 présentaient un score moyen de 8,43 ; puis de 7,32 pour les patients du stade 2 ; de 6,76 pour ceux du stade 3 et de 7,4 pour les patients du stade 4 (*Fig. 3*). Par ailleurs, l'évolution du score de Charlson en fonction du stade de la BPCO montrait qu'il existait un score moyen de 5,14 pour les patients du stade 1, de 5,11 pour les patients du stade 2, de 5,48 pour les patients du stade 3 et de 4,6 pour les patients du stade 4 (*Fig.3*).

Figure 3 : Score de Charlson et score de conformité selon le stade.



Chez ces mêmes patients, la corrélation statistique mesurée entre le score de Charlson et le score de conformité aux recommandations n'avait pas permis d'établir de lien entre ces deux paramètres. En effet, pour les 84 patients inclus dans l'analyse, l'hypothèse nulle d'absence de relation entre les deux paramètres n'avait pas pu être rejetée car le seuil de signification était supérieur à 5% ($p=0,443$). Par ailleurs, la corrélation statistique mesurée entre le score de conformité et le critère composite prenant en compte les maladies psychiatriques ne mettait pas non plus en évidence de lien entre les deux paramètres. Le coefficient de corrélation pour cette analyse était égal à 0,105 mais le seuil de signification statistique était également supérieur à 5% ($p=0,2$). Enfin, l'impact des différentes grandes maladies les plus fréquemment rencontrées avait été mesuré. Les maladies psychiatriques, cardiologiques, digestives, les troubles musculo-squelettiques ainsi que le surpoids avaient été pris en compte dans cette mesure, car ils représentaient les troubles associés les plus fréquents. Sur l'ensemble de ces maladies, aucune influence statistiquement significative n'avait pu être mise en évidence, à l'exception des maladies psychiatriques, pour lesquelles il existait un impact positif sur le score de conformité (coefficient de corrélation 0,341 ; $p=0,005$).

4) Discussion

L'objectif de cette étude observationnelle descriptive rétrospective menée sur 10 mois au cours de l'année 2014, était de préciser l'influence de la multimorbidité sur l'application des recommandations spécifiques à la gestion de la BPCO chez des patients étiquetés comme tels dans le cadre de la médecine générale. Pour répondre à cet objectif, la mesure réalisée recherchait l'existence d'une corrélation entre un score de multimorbidité et un autre score permettant de caractériser la conformité d'application des recommandations. Les résultats qui étaient attendus visaient à montrer l'existence d'un impact négatif de la multimorbidité sur l'application de recommandations spécifiques pour la gestion de patients BCPO. Cependant, nos résultats ne nous avaient pas permis de mettre en évidence cette corrélation.

4.1 Pertinence de l'échantillonnage

En 2014, le département des Alpes Maritimes comptait 1740 médecins généralistes inscrits au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (âge moyen 53 ans, 41,7% de femmes), avec une répartition globale au profit de la région côtière et au détriment du moyen et du haut pays. Sur les 167 médecins généralistes sélectionnés, le taux de participation avait été de 43,1%. Les médecins généralistes sélectionnés qui constituaient l'échantillon présentaient des caractéristiques démographiques équilibrées sur l'âge, le sexe, cependant leur répartition était plus importante pour Nice et en zone côtière. Les médecins répondants semblaient donc représentatifs de la population de médecins généralistes du département des Alpes Maritimes.

4.2 Définition de la multimorbidité et impact en Médecine Générale

En suivant la définition récemment précisée par l'EGPRN, les résultats de notre étude nous permettaient de constater que la majorité des patients atteints d'une BPCO étaient concernés par la multimorbidité. Ces résultats étaient concordants avec des données de la littérature, précisant l'importante prévalence de la multimorbidité dans le cadre de la médecine générale [11]. La multimorbidité était un concept qui avait vu le jour dans les années « quatre-vingt-dix ». Initialement considérée comme « la cooccurrence chez un individu d'au moins deux conditions médicales, sans maladie centrale », il existait cependant un manque de précision dans cette définition. Une confusion avec les comorbidités était souvent faite et de nombreuses définitions alternatives avaient alors été données dans les publications. La prise en compte de la multimorbidité représentait un enjeu dans la qualité des soins prodigués aux patients et manquait toujours d'une définition claire pour servir de référence dans les travaux ayant pour objectif d'en étudier l'impact. La synthèse de 132 définitions de la multimorbidité disponibles dans la littérature avait donc permis d'en établir une plus précise [12].

Parmi les scores disponibles dans la littérature pour caractériser la multimorbidité, le score de Charlson avait été retenu [31]. Ce score, créé en 1987, présentait les résultats d'une étude longitudinale prospective portant sur des patients hospitalisés, et concernait une population de patientes atteintes d'un cancer du sein. Puis au fil du temps, le score avait été adapté et validé pour une utilisation dans le cadre des soins primaires [32]. Il avait bénéficié d'un ajustement en fonction de l'âge des patients. Il s'agissait d'un score validé dans le cadre de la recherche clinique. D'autre part, le caractère rétrospectif de notre étude basé sur l'analyse des pratiques à partir des données issues du dossier médical apportait également du poids dans le choix du score de Charlson [28]. Certaines limites pouvaient cependant être

identifiées. Le score de Charlson avait été développé pour prédire la mortalité, ce qui n'était pas notre objectif. Le choix des maladies étudiées au sein du score n'avait pas été développé dans le cadre de la prise en charge des patients en soins primaires, et ne prenait pas en compte certaines maladies chroniques pourtant fréquentes comme l'hypertension artérielle, et n'intégrait pas non plus les maladies psychiatriques. Bien que la multimorbidité constitue de plus en plus un enjeu de la prise en charge dans le cadre des soins primaires, notre étude avait permis de constater qu'il n'existait pas de score validé permettant de standardiser sa mesure. Cette conclusion permettait donc d'ouvrir la voie à de futurs travaux dont le but serait d'établir un outil de mesure de la multimorbidité qui prendrait en compte ses différents aspects, validé dans le contexte des soins primaires. L'étude récente qui indiquait que le score de Charlson était une échelle validée dans la mesure de la multimorbidité, précisait par ailleurs que d'autres travaux devraient être menés pour préciser la pertinence du compte du nombre de médicaments prescrits pour un patient pour permettre la mesure de la multimorbidité [28]. Mais il faudrait probablement réfléchir à une évaluation centrée notamment sur le patient dans sa globalité, puisque l'on comprend désormais que la multimorbidité dépasse le simple cadre somatique. Les composantes psychologiques, les capacités d'adaptation du patient, les facteurs de risque propres au patient, et les caractéristiques permettant de percevoir l'aspect psychosocial devraient probablement y être intégrés si l'on considère la définition récemment précisée par l'EGPRN. Par ailleurs, toujours en suivant cette définition, le poids des différentes maladies qui s'ajoutent et qui concourent à la multimorbidité devrait également avoir une influence dans le calcul de ce score de multimorbidité. Malgré cette nécessité apparente d'un score précis pour la mesure de la multimorbidité, peut-être n'est-il pas si aisé d'établir une échelle performante, du fait de la difficulté pour prendre en compte tous les aspects qui entrent en jeu dans le cadre de la multimorbidité.

4.3 Les Guides de bonne pratique dans le contexte de la Médecine Générale

Le médecin généraliste qui intervient en premier recours dans la prise en charge des patients est aujourd'hui de plus en plus fréquemment confronté à la gestion de patients multimorbides. Selon la WONCA (World organization of National Colleges), la fonction du médecin généraliste s'articule autour de six compétences fondamentales : la gestion des soins de santé primaires, les soins centrés sur la personne, l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes, l'approche globale, l'orientation communautaire et l'adoption d'un modèle holistique. Dans ce cadre, le médecin généraliste doit prendre en compte l'ensemble des caractéristiques de l'individu dans sa globalité, afin d'établir avec ce dernier des objectifs réalisables. Le développement professionnel continu constitue une obligation individuelle pour chaque professionnel de santé, et a pour but l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, en associant formation continue et analyse des pratiques professionnelles. C'est dans ce contexte que les guides de bonne pratique ont été développés, en se basant sur les données de l'Evidence-Based Medicine (EBM), afin d'apporter un cadre à la prise en charge des patients. On constate néanmoins que les guides de bonne pratique sont quasiment exclusivement centrés sur des situations de maladies uniques, comme c'est le cas pour celles qui encadrent la gestion des patients atteints d'une BPCO. Les premières recommandations nationales pour la gestion de la BPCO dataient de 1996. En 2001, le groupe Global initiative on Obstructive Lung Disease (GOLD) développait les premières recommandations internationales, faisant l'objet d'une actualisation annuelle. Au niveau national, la dernière actualisation des recommandations de la SPLF datait de 2009. La HAS reprenait les diverses recommandations sur le sujet afin d'établir un guide de parcours de soins pour le patient BPCO, avec une dernière version qui datait de Juin 2014.

Parmi ces recommandations, les données concernant le traitement médicamenteux et la réhabilitation respiratoire faisaient l'objet d'un fort niveau de preuve. Les éléments relatifs au diagnostic et l'évaluation initiale, et à l'organisation des soins et au suivi des patients, faisaient l'objet d'accords professionnels. Ainsi, au sein de la grille de critères utilisée pour permettre le calcul du score de conformité, les informations recueillies constituaient des critères importants de la prise en charge du patient, ce qui permettait de donner de la valeur à ce score de conformité. On sait par ailleurs que les guides de bonne pratique permettent aux médecins de perfectionner leurs connaissances médicales et à les intégrer dans leur pratique. Néanmoins, la question de l'applicabilité des recommandations persiste, notamment dans le cadre des soins de premier recours, où des nombreux travaux ont montré que les recommandations n'étaient pas suivies dans la pratique courante [33]. Une étude qualitative récente concluait que pour que les médecins généralistes utilisent les guides de bonne pratique, il était nécessaire que ceux-ci soient concis, interactifs et qu'ils mettent un accent sur le dialogue et la réflexion. Pour que l'application des guides de pratique soit meilleure, il était nécessaire que l'expérience du médecin généraliste soit prise en compte dans les spécificités liées à la pratique de première ligne. Enfin, un retour d'information sur les propres résultats des médecins dans leur façon de gérer les patients était un facteur favorisant l'utilisation de ces guides [19]. Les recommandations de prise en charge de la BPCO disponibles sur le site de la Haute Autorité de Santé sont constituées de plus de 60 pages. Le manque de temps dans la pratique courante des médecins généralistes, de plus en plus sollicités, représente un frein à l'application des recommandations, puisqu'elles ne sont généralement pas lues. Ainsi, on conçoit que les recommandations actuelles pour la gestion des patients BPCO en médecine générale ne répondent probablement pas aux attentes des médecins généralistes.

D) Analyse des données descriptives

Les résultats fournis par notre étude nous avaient permis d'établir certains constats dans le cadre de la médecine générale quant au diagnostic, à la prise en charge thérapeutique et au suivi de la BPCO:

La BPCO constitue une entité clinique dont le diagnostic précoce pose des problèmes. En effet, des études préalables avaient permis de montrer qu'il existait un problème de sous-diagnostic de la BPCO [1]. L'évaluation des symptômes respiratoires n'est pas suffisante, et la confirmation du TVO par une spirométrie est fondamentale. Par ailleurs, des travaux ont montré que les patients adressés par les médecins généralistes aux pneumologues avaient généralement un stade évolutif déjà avancé [34]. Ainsi, la réalisation de la spirométrie par le médecin généraliste pourrait permettre la détection du TVO à un stade plus précoce, et donc l'instauration du traitement dès le début de l'évolution de la maladie et de façon plus adaptée. Les résultats obtenus dans notre étude permettaient d'appuyer ce constat en montrant que plus d'un quart des patients pour qui l'on suspectait un TVO ne bénéficiaient pas d'une confirmation objective du trouble. Malgré cela, les EFR confirmaient le diagnostic suspecté cliniquement par le médecin en montrant l'existence d'un TVO dans plus de 90% des cas. Seuls 5,9% des patients avaient une EFR qui montrait l'absence de TVO. Ces résultats insistent donc sur la nécessité de renforcer le dépistage et de favoriser la confirmation diagnostique de la BPCO en médecine générale.

Plus de 80% des patients étaient concernés par un tabagisme actif ou sevré, principal facteur de risque identifié dans la genèse de cette maladie [6]. Le sevrage tabagique constitue l'un des traitements fondamentaux pour ralentir ou stabiliser le déclin de la fonction

ventilatoire. Grâce aux résultats obtenus, on constatait que moins de 50% des patients tabagiques avaient bénéficié d'une prescription de méthode de sevrage tabagique. Seuls 20% avaient fait l'objet d'une consultation de tabacologie. Par ailleurs, nos résultats montraient que dans la prise en charge thérapeutique du tabagisme, on avait l'impression que les traitements indiqués étaient mis en place trop tardivement dans l'évolution de la maladie respiratoire. D'autre part, on constatait également que la connaissance du stade évolutif de la BPCO avait tendance à influencer positivement la mise en place des traitements destinés au sevrage. Cette conclusion intéressante, qui nécessiterait peut être d'être confirmée par d'autres travaux, donne à nouveau un argument de poids à l'absolue nécessité de pratiquer des explorations fonctionnelles respiratoires le plus précocement possible chez les patients suspectés d'être atteints d'une BPCO. Il faut également noter qu'une maladie psychiatrique était associée à la BPCO chez 41,2% des patients, avec 39,7% de patients souffrant d'un syndrome anxio-dépressif. Des résultats d'études récentes indiquaient que le sevrage tabagique augmentait le risque de rechute ou de récurrence de dépression et semblait diminuer le taux d'abstinence [35]. Ainsi, la problématique du sevrage tabagique chez le patient BPCO dépasse visiblement les difficultés rencontrées lors d'un sevrage chez un patient pour lequel on ne considérerait que le problème de l'addiction au tabac. Il est probablement nécessaire d'intégrer la multimorbidité dans cette équation.

On avait également pu constater au travers des résultats observés que l'évaluation des expositions professionnelles était insuffisante puisqu'elle concernait moins de 10% des patients. L'exposition à des polluants respiratoires dans le cadre professionnel représente un facteur de risque non négligeable au développement de la BPCO. Une étude de 2007 aux Etats-Unis avait permis d'estimer que dans 19,2% des cas, la BPCO pouvait être reliée à des expositions professionnelles et que parmi ces patients, 31,1% n'avaient jamais fumé [6]. Les métiers concernés par le risque professionnel sont identifiés au sein des recommandations

officielles. Malgré cela, dans nos résultats, l'identification d'un facteur causal était souvent manquante. L'évaluation des maladies professionnelles repose à la fois sur le médecin du travail mais intervient également dans les rôles du médecin généraliste, car les problèmes de santé liés au travail constituent un motif de consultation fréquent en médecine générale. Cela dit, il semble que le médecin généraliste soit confronté à différentes problématiques dans le cadre des maladies professionnelles. En effet, une étude menée par Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) permettait d'identifier les freins à la déclaration des maladies professionnelles [36]. Les résultats montraient que les principaux freins pour les médecins généralistes dans le cadre de la déclaration de ces maladies professionnelles relevaient de la complexité des tableaux, de la difficulté de repérage de l'origine professionnelle de la maladie, de la méconnaissance des critères de déclaration, de la méconnaissance par le médecin des procédures administratives et des difficultés perçues quant à la reconnaissance administrative en maladie professionnelle. D'autre part, cette étude précisait que les trois quarts des médecins généralistes interrogeaient les patients sur leurs conditions de travail actuelles mais que ce nombre diminuait à la moitié des médecins généralistes, lorsqu'il s'agissait de préciser les conditions de travail passées. Ainsi, nos résultats peu encourageants dans le cadre de la recherche des expositions professionnelles sont cohérents avec les données d'autres études. Ils nécessitent probablement d'engager une réflexion sur la manière d'aborder l'évaluation des risques professionnels chez les patients multimorbides dans le cadre de la médecine générale.

La vaccination antigrippale était pratiquée dans quasiment 70% des cas. Ce taux de couverture vaccinale était supérieur à celui observé dans d'autres études chez des patients atteints d'une BPCO, plutôt estimé aux alentours de 50% [26]. Cette conclusion est encourageante sur le suivi des politiques de santé publique dans notre département. On constatait cependant à travers nos résultats, que le taux de couverture vaccinale était d'autant

plus élevé que le stade évolutif de la BPCO était faible. Malgré cette couverture vaccinale globalement satisfaisante, on pouvait donc tout de même conclure que les patients qui présentaient une BPCO plus sévère (les patients les plus fragiles) semblaient bénéficier d'une moins bonne prévention contre la grippe. Ceci justifie donc d'insister sur la nécessité de la vaccination. La vaccination anti-pneumococcique est indiquée dans le cadre de la BPCO pour les patients insuffisants respiratoires chroniques. Malgré cette indication restreinte, elle était pratiquée dans 65,4% des cas, ce qui semblait également élevé. Cependant, ce taux satisfaisant de couverture vaccinale contre le pneumocoque pouvait être expliqué par le fait qu'elle était également indiquée chez les patients de plus de 65 ans (notamment les sujets institutionnalisés), et chez les sujets fragilisés ou susceptibles d'être fréquemment hospitalisés. La multimorbidité était répandue chez les patients, et représentait un facteur de vulnérabilité. L'indication de la vaccination anti-pneumococcique sortait donc probablement du cadre strict de la BPCO, et constituait un taux encourageant puisque l'on peut penser grâce à ces résultats que les médecins généralistes appliquaient une démarche préventive en réfléchissant à la complexité du patient dans sa globalité.

Les BD-CDA étaient retrouvés sur l'ordonnance dans environ 50% des cas. Leur prescription systématique était supérieure chez les patients des stades 3 et 4 (respectivement 63,6% et 60%) par rapport aux stades 1 et 2 (respectivement 57,1% et 52,9%). Leur prescription est recommandée chez tous les patients, dès le stade 1 (*Annexe 1*). Ce taux de prescription des BD-CDA était superposable à celui observé dans les résultats d'un audit clinique pour la prise en charge de la BPCO, réalisé en milieu hospitalier [26]. D'une manière générale, les bronchodilatateurs constituent l'essentiel de l'arsenal thérapeutique disponible chez les patients atteints d'un trouble ventilatoire obstructif. Les BD-CDA représentent le traitement de premier recours, leur prescription doit donc être encouragée, et un effort doit donc probablement être fait sur cet aspect de la prise en charge.

Les BD-LDA et une association fixe de BD-LDA et de corticoïdes inhalés étaient retrouvés respectivement chez 68,6% et 64,4% des patients. Ces chiffres étaient superposables aux données disponibles dans d'autres publications [20].

La réhabilitation respiratoire était pratiquée chez un peu moins de 21% des patients, taux supérieur aux résultats d'une étude qui estimait que la réhabilitation était pratiquée dans environ 10% des cas [33]. Selon les recommandations officielles de la HAS, la réhabilitation respiratoire est « indiquée chez tous les patients présentant une incapacité (dyspnée ou diminution de la tolérance à l'exercice) et/ou un handicap d'origine respiratoire qui en résulte (réduction des activités sociales, professionnelles ou personnelles). Elle est indiquée dès le stade 2, précédée d'une évaluation (clinique, psychologique, nutritionnelle, sociale, diagnostic éducatif) et comprend de multiples composantes adaptées aux besoins de chaque patients. Elle nécessite l'implication du patient et s'articule sur une prise en charge multidisciplinaire généralement coordonnée par le pneumologue ou un médecin rééducateur. Lorsqu'un programme complet de réhabilitation est impossible, et que la démographie locale l'impose, le médecin généraliste peut être amené à coordonner les actes de réhabilitation autour du patient. Le transfert des informations entre professionnels est fondamental ». Malgré ce cadre bien défini, et les bénéfices prouvés de la réhabilitation respiratoire, de nombreuses explications pouvaient être avancées pour expliquer qu'elle soit insuffisamment pratiquée, dépendantes des médecins (manque de temps, manque de connaissance sur la réhabilitation respiratoire ou sur les réseaux disponibles), des patients (manque de motivation), et de la démographie (manque de places en structures et insuffisance des réseaux de soins) [37]. La multimorbidité jouait probablement un rôle, car les maladies cardiovasculaires, les troubles musculo-squelettiques et psychiatriques qui étaient présents chez une grande partie des patients pouvaient interférer avec sa bonne réalisation. En dehors des aspects techniques de la mise en place de la réhabilitation respiratoire, une grande partie des patients n'était pas à même de

bénéficier d'un programme complet. Cet aspect nécessite de mieux définir le contexte de réalisation en ambulatoire, afin que le médecin généraliste qui est au centre de la prise en charge d'un patient dans sa globalité, soit plus à même de pouvoir favoriser sa réalisation chez des patients multimorbides.

Dans le cadre du suivi spécifique de la BPCO, 71% des patients n'avaient pas bénéficié de consultations dédiées au cours de l'année écoulée, pourtant recommandées dans le guide du parcours de soins de la HAS. Récemment, l'étude ECOGEN permettait de conclure que chaque consultation de médecine générale comportait en moyenne 2,6 motifs de consultation et 4,7 procédures de soins. La multiplication des motifs de consultation peut en partie être expliquée par la multimorbidité. Le fait d'être atteint de plus de deux conditions médicales, sociales ou psychologiques augmente la probabilité pour le patient d'avoir plusieurs motifs de consultation intriqués. Le contenu des consultations dédiées recommandées par le guide du parcours de soins du patient BPCO ne fait pas l'objet de précisions claires. La multimorbidité en elle même rend ces consultations dédiées difficiles à mettre en place. Une consultation centrée sur la maladie plutôt que sur le patient ne participe pas à la prise en charge selon un modèle holistique recommandée par la WONCA. On s'aperçoit par ailleurs que de telles consultations s'éloignent de la réalité de la médecine générale actuelle. Une publication récente concluait notamment à un impact défavorable en terme de poly médication lors de l'application de multiples recommandations centrées sur des maladies isolées [38]. D'autre part, la majeure partie des médecins rencontrés mentionnait, entre autre, le manque de temps et l'absence d'une rémunération suffisante pour mettre en place de telles consultations. Ce constat nécessiterait d'évaluer l'impact des consultations dédiées dans le cadre de la BPCO, afin de pouvoir fixer des objectifs précis à destination des médecins généralistes si un bénéfice était réellement observé.

E) Les biais envisageables

Certains biais pouvaient influencer les résultats observés. Le biais de sélection pouvait d'abord intervenir. L'étude de l'impact de la multimorbidité pouvait engendrer un biais dans la sélection des patients à inclure, car un parallèle était souvent fait par les médecins généralistes entre multimorbidité et gériatrie. Cependant, pour éviter ce biais, la sélection aléatoire concernait les deux derniers patients étiquetés BPCO que le médecin généraliste avait été à voir en consultation. Le biais de non-réponse pouvait également intervenir. En effet, parmi les médecins généralistes sélectionnés, ceux ayant participé étaient potentiellement des médecins plus impliqués dans la prise en charge des patients BPCO, plus à l'aise avec les recommandations relatives à cette maladie. Chez les médecins qui avaient accepté de participer, on pouvait craindre que ce biais de non-réponse engendre la sélection de patients dont la prise en charge était plus en adéquation avec les recommandations officielles. Nous avons tenté de minimiser ce biais de non-réponse en pratiquant des relances régulières pour favoriser la participation d'un maximum de médecins. Enfin, le biais de mesure avait pu jouer un impact important sur les résultats observés, notamment par le biais lié à la qualité des données disponibles. En effet, la base de donnée utilisée pour le recueil était le dossier médical du patient, et la qualité des informations recueillies était dépendante de son contenu. Lorsque le médecin n'était pas informatisé, ou que le logiciel était très arborescent et complexe d'utilisation, il s'en suivait en général une perte d'information, que le médecin tentait de combler en donnant des informations qu'il avait retenues, qui faisaient l'objet d'un biais de mémorisation évident. La perte d'information pouvait également intervenir dans la communication entre le spécialiste et le médecin généraliste. En effet, les comptes-rendus de consultations ou d'hospitalisation étaient généralement adressés par voie postale. Ainsi, le délai d'acheminement et la nécessité d'enregistrement des résultats sur le

dossier médical étaient souvent source de perte de temps (recopiage, numérisation), surtout si le cabinet ne disposait pas d'un secrétariat. Enfin, il fallait remarquer que le profil des patients sélectionnés avait également une influence. Lorsque les patients étaient suivis par des spécialistes pneumologues, certaines informations capitales n'étaient pas en possession du médecin généraliste. Parfois parce que les chiffres communiqués par le pneumologue étaient incomplets et ne permettaient pas au médecin généraliste de renseigner précisément le dossier médical du patient. D'autre part, chez les patients les plus sévères, le suivi par le médecin généraliste se faisait généralement au domicile. Le dossier médical de ces patients était donc centralisé au domicile, et les données disponibles au cabinet étaient souvent incomplètes.

Pour l'ensemble de ces raisons, lorsque les données disponibles dans le dossier médical étaient incomplètes, le score de conformité calculé à partir de l'échelle créée pour l'occasion diminuait. Mais pour ces mêmes patients, le score de multimorbidité était souvent bien documenté, car les antécédents des patients étaient souvent bien connus des médecins généralistes. Ceci impose probablement d'engager une réflexion sur la façon d'organiser la gestion du dossier médical du patient au cabinet, afin que celui-ci soit le plus complet possible, même si le patient est suivi au domicile. Cela représente un enjeu dans la prise en charge de patients de plus en plus complexes, et fait partie de l'obligation pour tout médecin d'assurer une continuité des soins. Par ailleurs, la réflexion doit également être orientée vers la communication entre le médecin généraliste et l'ensemble des intervenants extérieurs. Cette réflexion doit s'orienter d'abord sur le plan matériel et technique car nos résultats ont montré que la qualité des soins aurait pu être supérieure si les informations nécessaires avaient été disponibles. D'autre part, le contenu des informations transmises au médecin généraliste doit également faire l'objet d'une amélioration. Trop souvent les informations précises ne lui sont pas transmises, ce qui ne lui permet pas d'être en mesure de connaître l'état de santé de son patient dans sa globalité à un temps donné. Pourtant, le médecin généraliste, considéré comme

coordinateur central de la prise en charge du patient, doit être en mesure de disposer de l'ensemble des informations qui concernent son patient, afin de pouvoir adapter sa prise en charge. Peut-être faut-il réfléchir également au contenu de la formation continue, car les données très techniques de certains examens pratiqués par les spécialistes d'organe dépassent le champ des compétences du médecin généraliste. Cependant, en ce qui concerne le dépistage et le diagnostic de maladies aussi graves que la BPCO, il ne doit pas exister de zones d'ombres. Le bénéfice de la spirométrie dans le cadre de la médecine générale, bien que controversée [39], s'impose de plus en plus comme un moyen diagnostique qui devrait être accessible au médecin généraliste, mais qui nécessite d'être sous-tendu par une formation adéquate et probablement par une rémunération permettant au médecin généraliste d'intégrer cet acte diagnostique dans sa pratique quotidienne.

5) Conclusion

Les résultats de notre étude indiquent que la BPCO s'intègre généralement au sein de multiples autres maladies, elle représente une situation fréquente de multimorbidité. L'évaluation des pratiques professionnelles s'inscrit dans le contexte actuel qui participe à l'amélioration constante de la qualité des soins, encadrée par le développement professionnel continu et qui pousse également à la réalisation d'économies. C'est donc dans ce cadre que notre étude permettait une analyse des pratiques pour la gestion de la BPCO en médecine générale. Malgré l'impression d'une diminution progressive de la conformité d'application des recommandations selon le stade, et l'augmentation simultanée du nombre de maladies associées, notre étude ne nous a pas permis de mettre en évidence un lien entre multimorbidité et conformité d'application des recommandations officielles. Cependant, certains axes de recherche nécessiteront d'être approfondis. En effet, l'élaboration d'une échelle permettant de mesurer la multimorbidité dans le cadre de la médecine générale semble nécessaire, car il n'existe pour l'heure aucun score validé en soins primaires pour en standardiser la mesure. D'autre part, les données descriptives recueillies par le biais de notre étude permettent de cibler l'existence de défaillances dans la communication entre les intervenants extérieurs et le médecin généraliste. Ceci nécessiterait certainement d'en étudier les raisons, afin de pouvoir améliorer la qualité des soins.

6) Bibliographie

- [1] Giraud V, Ameille J, Chinet T. Épidémiologie de la bronchopneumopathie chronique obstructive en France. *Presse Med* 2008;37:377–84.
- [2] García-Olmos L, Alberquilla A, Ayala V, García-Sagredo P, Morales L, Carmona M, et al. Comorbidity in patients with chronic obstructive pulmonary disease in family practice: a cross sectional study. *BMC Fam Pract* 2013;14:11.
- [3] Fuhrman C, Delmas M-C. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease in France. *Rev Mal Respir* 2010;27:160–8.
- [4] Raheison P. BPCO : situation actuelle. *Rev Mal Respir* 2008; 25:6–10.
- [5] Fournier M, Housset B, Huchon G, Godard P, Vervloet D, Huas D, et al. Impact économique de la BPCO en France : étude SCOPE. *Rev Mal Respir* 2005; 22:247–55.
- [6] Mannino DM, Buist a. S. Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. *Lancet* 2007;370:765–73.
- [7] Similowski T, Roche N. *Prise en charge pratique des patients atteints de BPCO*. John Libbey Eurotext, Paris, 2006, 87 pages.
- [8] Couillard A, Veale D, Muir J-F. Comorbidities in COPD: a new challenge in clinical practice. *Rev Pneumol Clin* 2011;67:143–53.
- [9] Tsiligianni IG, Kosmas E, Van der Molen T, Tzanakis N. Managing comorbidity in COPD: a difficult task. *Curr Drug Targets* 2013;14:158–76.
- [10] Raheison C, Girodet P, De F. Facteurs étiologiques et épidémiologie des bronchopneumopathies chroniques obstructives. *EMC* 2009;(6574):1–10.
- [11] Bopp M. La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus. *Observatoire suisse de la santé* 2013;1–8.
- [12] Daraban T, Lereste J-Y. La multimorbidité: les différences entre la théorie et le vécu des médecins généralistes. *Human Health and Pathology* 2014.
- [13] Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of Multimorbidity Among Adults Seen in Family Practice. *Ann Fam Med* 2005;3:223–8.
- [14] Gaspoz J. Quelle organisation des soins pour le patient polymorbide ? *Rev Med Suisse* 2013;9:174–81.
- [15] Luijckx HD, Loeffen MJW, Lagro-janssen AL, Weel C Van. GP's considerations in multimorbidity management. *Br J Gen Pract* 2012;503–10.
- [16] Harris MF, Dennis S, Pillay M. Multimorbidity - Negotiating priorities and making progress. *Aust Fam Physician* 2013;42:850–4.

- [17] Brühwiler J. Médecine centrée sur la maladie versus médecine centrée sur le patient. *Primary Care* 2013;13:8.
- [18] Sm S, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, Dowd OT. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;4.
- [19] Anthierens S, Poelman T. Dans quelle mesure les guides de bonne pratique aident-ils le médecin généraliste dans sa pratique médicale ? *Minerva* 2015;14:14-15.
- [20] Corrado A, Rossi A. How far is real life from COPD therapy guidelines ? An Italian observational study. *Respir Med* 2012;106:989–97.
- [21] Sharif R, Cuevas CR, Wang Y, Arora M, Sharma G. Guideline adherence in management of stable chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med* 2013; 1–7.
- [22] Bertella E, Zadra A, Vitacca M. COPD management in primary care: is an educational plan for GPs useful ? *Multidiscip Respir Med* 2013;8:24.
- [23] Rodondi N. Peut-on appliquer les guidelines aux patients multimorbides au cabinet médical ? *Rev Med Suisse*. 2014;515–6.
- [24] Ta M, George J. Management of chronic obstructive pulmonary disease in Australia after the publication of national guidelines. *Intern Med J* 2011;41:263–70.
- [25] Chouaid C, Roche N. Qualité des soins dans le domaine de la BPCO. *Rev Mal Respir* 2006;23:6S44–6S56.
- [26] Boin C, Gairard-Dory a., Barnig C, Metz-Favre C, Molard a., De Blay F, et al. Audit clinique ciblé: prise en charge thérapeutique des patients atteints d'une BPCO en pneumologie. *Pharm Hosp Clin* 2013;48:219–26.
- [27] Decker L De. L'indice de co-morbidité de Charlson. *Ann Gerontol* 2009;2:159–60.
- [28] Huntley AL, Johnson R, Purdy S, Valderas JM, Salisbury C. Measures of multimorbidity and morbidity burden for use in primary care and community settings: A systematic review and guide. *Ann Fam Med* 2012;10:134–41.
- [29] Score de Charlson. Calculateur disponible sur: www.rdplf.org, consulté le 20/01/2015.
- [30] Syndicat National de l'Appareil respiratoire en partenariat avec la Société de Pneumologie de Langue Française. Protocole de suivi médical des patients porteurs d'une bpcO. Disponible sur : www.ffpneumologie.org.
- [31] De Groot V, Beckerman H, Lankhorst GJ, Bouter LM. How to measure comorbidity: A critical review of available methods. *J Clin Epidemiol*. 2003;56:221–9.
- [32] Charlson ME, Charlson RE, Peterson JC, Marinopoulos SS, Briggs WM, Hollenberg JP. The Charlson comorbidity index is adapted to predict costs of chronic disease in primary care patients. *J Clin Epidemiol* 2008;61:1234–40.

- [33] Jebrak G. COPD routine management in France: are guidelines used in clinical practice ? *Rev Mal Respir* 2010;27:11–8.
- [34] Escamilla R, Grignet JP, Bourcereau J, Mueser M. Profil des patients adressés par les médecins généralistes aux pneumologues pour bilan d'une bronchopathie non diagnostiquée - résultats de l'étude Bilan. *Rev Mal Respir*. 2010;27:463–71.
- [35] Humair J-P. Arrêt du tabac chez les patients avec un trouble psychiatrique. *Rev Med Suisse* 2009;1472–5.
- [36] Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Enquête médecins généralistes et santé au travail. 2012.
- [37] Gauthier R, Palomba B, Chabry E, Ouksel H, Desplan J. Réhabilitation respiratoire et réseaux : état des lieux. *Rev Mal Respir* 2006; 23:17.
- [38] Hughes LD, McMurdo MET, Guthrie B. Guidelines for people not for diseases : the challenges of applying UK clinical guidelines to people with multimorbidity. *Age Ageing* 2013;42:62–9.
- [39] Roche N, Housset B, Huchon G. Faut-il dépister la BPCO dans la population ? *Rev Mal Respir* 2008; 25:687–90.

7) Annexes

Annexe 1 : Tableaux extraits du guide de parcours de soins « BPCO », HAS 2014, relatifs à la prise en charge thérapeutique et au suivi des patients selon le stade.

Prise en charge thérapeutique* selon la sévérité de la BPCO

STADE I LÉGER	STADE II MODÉRÉ	STADE III SÉVÈRE	STADE IV TRÈS SÉVÈRE
VEMS/CV < 70 % VEMS ≥ 80 % de la valeur prédite	VEMS/CV < 70 % 50 % ≤ VEMS < 80 % de la valeur prédite	VEMS/CV < 70 % 30 % ≤ VEMS < 50 % de la valeur prédite	VEMS/CV < 70 % VEMS < 30 % de la valeur prédite ou VEMS < 50 % de la valeur prédite avec insuffisance respiratoire chronique
Traitement systématique			
<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt du tabac : évaluation du statut tabagique, des freins et de la motivation, à renouveler régulièrement, médicaments recommandés†, thérapies cognitivo-comportementales • Prévention d'une exposition respiratoire aux polluants • Vaccination antigrippale tous les ans ‡ Chez les patients insuffisants respiratoires chroniques, vaccination antipneumococcique tous les 5 ans • Information/éducation thérapeutique du patient (ETP) 			
Traitement selon les symptômes			
Bronchodilatateur de courte durée d'action (CA) si besoin : β-2 agoniste CA ou anticholinergique CA			
Bronchodilatateur de longue durée d'action (LA) § : β-2 agoniste LA ou anticholinergique LA Réhabilitation respiratoire			
Glucocorticostéroïdes inhalés sous forme d'association fixe si exacerbations répétées et symptômes significatifs			
Oxygénothérapie de longue durée si IRC			

* : hors exacerbations/décompensations, † : médicaments recommandés : substituts nicotiques en 1^{re} intention, varénicline en 2^e intention, ‡ : remboursé par la Sécurité sociale chez les patients BPCO, § : si la réponse n'est pas satisfaisante, il est préférable de changer de classe plutôt que d'augmenter les doses.

NB : POUR LES FORMES INHALÉES, IL CONVIENT DE S'ASSURER À CHAQUE CONSULTATION QUE LA TECHNIQUE D'INHALATION EST CORRECTE.

Guide parcours de soins « Bronchopneumopathie chronique obstructive »

Suivi minimal des patients selon le stade de gravité en dehors des exacerbations

	Stade I	Stade II	Stades III et IV patient sans OLD*	Stade IV patient sous OLD et/ ou VNI† à l'état stable
Fréquence des consultations à l'état basal	24. Médecin généraliste : consultations dédiées à la BPCO : 1 ou 2 fois par an	25. Avis du pneumologue : selon les besoins	À adapter en fonction des besoins :	
	26. médecin généraliste : tous les 3 mois 28. pneumologue : 1 fois par an		27. médecin généraliste : tous les mois 29. pneumologue : tous les 6 mois 30. prestataire : selon le forfait à adapter si besoin	
Évaluation clinique	31. Centre de tabacologie, autres professionnels : selon besoins dus à l'état clinique, changements de comportement, etc.			
	32. Tabagisme, expositions professionnelles, symptômes, comorbidités, fréquence des exacerbations			
	33. Besoin d'un recours à d'autres intervenants (kinésithérapeute, tabacologue, cardiologue, autres)			
Évaluation globale (mesures à réaliser)	34. Besoin d'une réhabilitation respiratoire (incapacité / handicap)			
	35. Tolérance et observance des traitements, technique d'utilisation des dispositifs d'inhalation			
	(Stade II) Suivi du programme de réhabilitation respiratoire :			
	36. activité physique régulière, éducation thérapeutique, kinésithérapie respiratoire, suivi nutritionnel 37. Évaluation du besoin d'une OLD et/ou VNI			
Examens complémentaires et fréquence	38. Suivi de l'éducation thérapeutique			
	39. Besoins et attentes des patients			
	40. Score de dyspnée, si possible mesure du COF expiré - Indice de masse corporelle, évolution pondérale			
	41. Test de marche de 6 min par le pneumologue ou le MPR§ (suivi à long terme d'une RR**)			
Consultations supplémentaires	42. Accompagnement médico-social, besoin des services sociaux			
	43. Qualité de vie			
	44. À chaque consultation SpO ₂ ††			
AU DECOURS D'UNE HOSPITALISATION POUR DÉCOMPENSATION	45. EFR : à un rythme adapté à l'état clinique du patient			
	46. Gaz du sang si aggravation			
D'AUTRES EXAMENS PEUVENT ÊTRE NECESSAIRES SELON LE CONTEXTE ET L'ÉTAT CLINIQUE DU PATIENT (EXAMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE DES CRACHATS, RX DE THORAX, TDM, ENDOSCOPIE, EFX§§, OXYMÉTRIE NOCTURNE, POLYSOMNOGRAPHIE, ECHOGRAFIE CARDIAQUE)	47. Gaz du sang si aggravation			
	48. Gaz du sang : 2 fois /an et plus si aggravation 49. Une fois par an NFS plaquettes			
AU DECOURS D'UNE HOSPITALISATION POUR DÉCOMPENSATION	50. Si absence de sevrage tabagique : consultation du tabacologue ou du centre de tabacologie			
	51. Si exacerbation sévère ou fréquente (> 2/an) : réévaluation par le pneumologue			
	52. Consultation du médecin généraliste : dans la semaine qui suit la sortie			
AU DECOURS D'UNE HOSPITALISATION POUR DÉCOMPENSATION	53. Consultation du pneumologue : 1 à 3 mois au plus tard avec EFR et gaz du sang			
	54. Si état de base non atteint : consultations supplémentaires selon l'évolution			

* OLD : oxygénothérapie de longue durée, † VNI : ventilation non invasive, ‡ CO : oxyde de carbone, § MPR : médecin de médecine physique et de réadaptation, ** RR : réhabilitation respiratoire, †† : SpO₂ : saturation pulsée de l'hémoglobine en oxygène mesurée par l'oxymètre de pouls §§ EFX : explorations fonctionnelles d'exercice

*Annexe 2 : Grille de recueil de données.***Première partie : Caractéristiques du dossier**

- 1) Date du recueil ?
- 2) Numéro de la grille ?
- 3) Commune de résidence du patient ? (Code postal)
- 4) Sexe du patient ? (Homme/Femme)
- 5) Age du patient ?
- 6) Profession du patient ? (Liste établie selon la classification INSEE)
- 7) Patient actif ? (OUI/NON)
- 8) Evaluation du statut socio-économique ? (Régime général/CMU/AME)
- 9) Commune d'exercice du médecin généraliste ? (Code postal)
- 10) Age du médecin généraliste ?
- 11) Logiciel utilisé par le médecin généraliste?

Deuxième partie : critères relatifs aux maladies associées

- 12) Existence d'une dépression/anxiété ? (OUI/NON)
- 13) Existence d'une hypertension artérielle ? (OUI/NON)
- 14) Existence d'une maladie cardio-vasculaire ? (OUI/NON)
- 15) Existence d'une maladie cardio-vasculaire ? (Précisions si OUI)
 - Cardiopathie ischémique
 - Coronaropathie
 - Insuffisance cardiaque
 - Valvulopathie
 - Maladie cérébrovasculaire
 - Troubles du rythme cardiaque
 - Artériopathie périphérique
 - HTAP
 - Embolie pulmonaire
 - Thrombose veineuse profonde
 - Autre
- 16) Existence d'un trouble musculo squelettique ? (OUI/NON)
- 17) Existence d'un trouble musculo squelettique ? (Précisions si OUI)
 - Arthrose
 - Tendinopathies
 - Ostéoporose
 - Autre
- 18) Existence d'une maladie endocrinienne ? (OUI/NON)

- 19) Existence d'une maladie endocrinienne ? (Précisions si OUI)
Diabète
Dysthyroïdie
Autre
- 20) Existence d'une maladie gastro-intestinale ? (OUI/NON)
- 21) Existence d'une maladie gastro-intestinale ? (Précisions si OUI)
Pathologie gastrique (ulcère gastro duodéal-hernie hiatale-reflux gastro-oesophagien)
Pathologie hépatique (avec hépatites virales)
Pathologie vésiculaire
Pathologie colique (diverticulose-sigmoïdite)
Autre
- 22) Existence d'une démence ? (OUI/NON)
- 23) Existence d'une autre maladie respiratoire associée ? (OUI/NON)
- 24) Existence d'une maladie respiratoire associée ? (Précisions si OUI)
Asthme
Emphysème
Autre
- 25) Existence d'une dyslipidémie ? (OUI/NON)
- 26) Existence d'un surpoids ou d'une obésité ? (OUI/NON)
- 27) La valeur du BMI est-elle connue? (OUI/NON)
- 28) Existence d'une autre maladie psychiatrique ? (OUI/NON)
- 29) Existence d'une autre maladie psychiatrique ? (Précisions si OUI)
Troubles de la personnalité
Trouble bipolaire de l'humeur
Troubles du comportement alimentaire
Troubles des conduites addictives
Autre
- 30) Existence d'une maladie cancéreuse ? (OUI/NON)
- 31) Existence d'une maladie cancéreuse ? (Précisions si OUI)
Cancer pulmonaire
Cancer ORL
Cancer digestif
Cancer des voies urinaires
Autre
- 32) Existence d'une maladie dermatologique ? (OUI/NON)
- 33) Existence d'une maladie dermatologique ? (Précisions si OUI)
Allergie cutanéomuqueuse (eczéma-urticaire)
Psoriasis
Autre
- 34) Existence d'une maladie ophtalmologique ? (OUI/NON)

35) Existence d'une maladie ophtalmologique ? (Précisions si OUI)
 Glaucome chronique
 Cataracte
 DMLA
 Autre

36) Existence d'une maladie hématologique ? (OUI/NON)

37) Existence d'une maladie hématologique ? (Précisions si OUI)
 Anémie
 Syndrome myélodysplasique
 Myélome
 Autre

38) Existence d'une maladie rénale ? (OUI/NON)

39) Existence d'une maladie rénale ? (Précisions si OUI)
 Insuffisance rénale chronique
 Syndrome néphrotique
 Néphropathie diabétique
 Autre

Troisième partie : critères relatifs au diagnostic, au traitement et au suivi de la BPCO

40) Une EFR initiale est-elle retrouvée (OUI/NON)

41) L'EFR initiale confirme t-elle un trouble ventilatoire obstructif? (OUI/NON)
 NA si pas d'EFR disponibles

42) Valeur du VEMS retrouvée sur l'EFR initiale ? (NA si pas d'EFR disponibles)
 Supérieur ou égal à 80%
 Strictement inférieur à 80% ET supérieur ou égal à 50%
 Strictement inférieur à 50% ET supérieur ou égal à 30%
 Strictement inférieur à 30%
 L'EFR est pratiquée mais les chiffres non communiqués au médecin
 NA

43) Le patient présente t-il ou a t-il présenté un tabagisme actif? (OUI/NON)
 NA si donnée manquante

44) Le tabagisme initial est-il évalué en Paquets/Années ? (OUI/NON)
 NA si donnée manquante

45) Le tabagisme initial est-il évalué en durée de consommation ? (OUI/NON)
 NA si donnée manquante

46) Dispose t-on d'une évaluation des expositions professionnelles ? (OUI/NON)

47) Si tabagisme actif, prescription d'une méthode de sevrage tabagique ? (OUI/NON)
 NA si pas de tabagisme ou sevré

48) Si échec du sevrage, proposition d'une consultation de tabacologie ? (OUI/NON)
 NA si pas de tabagisme ou sevré

49) Vaccination antigrippale dans l'année précédente ? (OUI/NON)

50) Vaccination anti-pneumococcique dans les 5 années précédentes ? (OUI/NON)

51) Prescription d'un BD-CDA à n'utiliser qu'en cas de gêne respiratoire ? (OUI/NON)

52) Prescription d'antitussifs ? (OUI/NON)

- 53) Prescription de mucolytiques ? (OUI/NON)
- 54) Prescription d'un CSI isolément ? (OUI/NON)
- 55) Un BD-LDA a t-il été prescrit? (OUI/NON)
- 56) Si un BD-LDA a été prescrit, était-il conforme?
 OUI
 NON, car stade insuffisant
 NON, car stade non connu
 NON, car absence de TVO
 NA, car non prescrit
- 57) Un BD-LDA aurait-il été indiqué si il n'a pas été prescrit?
 OUI
 NON, car stade insuffisant
 NON, car stade non connu
 NON, car absence de TVO
 NA, car prescrit ou déjà sous association fixe
- 58) Un programme de réhabilitation respiratoire a t-il été réalisé ? (OUI/NON)
- 59) Un programme de réhabilitation respiratoire aurait-il été indiqué? (OUI/NON)
 NA si stade non connu ou réhabilitation pratiquée
- 60) Une association fixe (BD LDA + corticoïdes inhalés) a t-elle été prescrite ? (OUI/NON)
- 61) Si une association fixe (BD LDA + corticoïdes inhalés) a été prescrite, était-elle conforme?
 OUI
 NON, car stade insuffisant
 NON, car stade non connu
 NON, car absence de TVO
 NA, car non prescrite
- 62) Une association fixe (BD LDA + corticoïdes inhalés) aurait-elle été indiquée si elle n'a pas été prescrite?
 OUI
 NON, car stade insuffisant
 NON, car stade non connu
 NON, car pas de symptômes gênants ou pas d'exacerbation répétées
 NON, car absence de TVO
 NA, car prescrite
- 63) Une oxygénothérapie de longue durée a t-elle été prescrite? (OUI/NON)
- 64) Le traitement habituel du patient contient-il?
 Une benzodiazépine (OUI/NON)
 Un bêtabloquant (OUI/NON)
 Un antalgique opioïde (OUI/NON)
 Un anxiolytique (OUI/NON)
- 65) Combien de médicaments au total le traitement habituel contient-il?
- 66) Nombre de consultations chez le médecin généraliste sur la dernière année ?
 1 à 5
 6 à 10
 11 à 15
 16 à 20
 >20

- 67) Nombre de consultations dédiées à la BPCO sur la dernière année ?
- 68) Nombre de consultations dédiées à la BPCO adapté au stade de sévérité? (OUI/NON)
NA si patient non BPCO ou stade non connu
- 69) Evaluation régulière du poids ? (OUI/NON)
- 70) Réévaluation du tabagisme ? (OUI/NON)
- 71) Mesure de la SpO2 a chaque consultation ? (OUI/NON)
- 72) En cas d'hospitalisation pour exacerbation respiratoire, le patient a t-il été revu par le médecin généraliste dans la semaine suivant la sortie ? (OUI/NON)
NA si absence d'hospitalisation
- 73) Nombre d'exacerbations respiratoires au cours des 12 derniers mois?

Quatrième partie : impact en pratique pour ce dossier.

En moyenne, combien de recommandations officielles de la HAS était-il nécessaire d'appliquer pour ce patient ?

Annexe 3 : Echelle de conformité.

Echelle de conformité		
	OUI	NON
Evaluation diagnostique		
Stade GOLD identifié sur une EFR	+1	-1
Evaluation du tabagisme du patient	+1	-1
Détails tabagisme :		
Si pas de tabagisme ou tabagisme déjà sevré =		+1
Si tabagisme actif avec prescription sevrage et/ou consultation=		+1
Si tabagisme actif sans prescription sevrage ni consultation =		-1
Gestion thérapeutique		
Vaccination antigrippale dans l'année	+1	0
Vaccination anti-pneumococcique dans les cinq ans	+1	0
Bronchodilatateur courte durée d'action	+1	0
Bronchodilatateur longue durée d'action adapté au stade	+1	0
Association fixe adaptée au stade	+1	0
Prescription antitussifs ou mucolytiques ou corticoïde inhalé isolé	0	+1
Réhabilitation respiratoire adaptée au stade	+1	-1
Suivi		
Consultations dédiées adaptées au stade	+1	0
Suivi du poids	+1	0
Suivi du tabagisme	+1	0
Mesure de la saturation à chaque consultation	+1	0

8) Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Introduction : La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie fréquente chez les patients atteints de multimorbidité. Les recommandations de bonne pratique clinique sont souvent centrées sur une pathologie unique, et ne prennent pas toujours en compte la multimorbidité des patients. L'objectif de l'étude était d'étudier l'influence de la multimorbidité sur l'application des recommandations spécifiques de la gestion des patients étiquetés BPCO par les médecins généralistes.

Méthode : Une étude épidémiologique observationnelle descriptive et rétrospective a été réalisée auprès d'un échantillon de médecins généralistes du département des Alpes maritimes. Les patients inclus étaient âgés de plus de 45 ans, et étiquetés BPCO par le médecin généraliste. Nous avons mené une analyse des pratiques professionnelles en recueillant des informations relatives aux antécédents et à la gestion diagnostique et thérapeutique grâce à des entretiens au cabinet des médecins généralistes et en les comparant aux recommandations officielles.

Résultats : 72 médecins généralistes ont fourni 136 dossiers de patients étiquetés BPCO. 84 patients avaient un stade identifié selon la classification GOLD. La multimorbidité concernait une grande partie des patients. On observait que plus le stade de la BPCO augmentait, plus le score de conformité aux recommandations diminuait, à l'exception des patients au stade le plus avancé. Nous n'avons pas mis en évidence de corrélation statistique entre un score de multimorbidité et une échelle de conformité aux recommandations.

Conclusion : Bien qu'un stade plus avancé de la BPCO soit associé à une multimorbidité plus importante, et que la conformité aux recommandations soit influencée par le stade, l'étude n'avait pas permis de mettre en évidence de lien entre la multimorbidité sur la conformité d'application des recommandations spécifiques chez des patients BPCO. Notre étude renforçait l'idée de la nécessité du développement d'un outil de mesure fiable pour la multimorbidité.

Mots clés : BPCO, recommandations, multimorbidité.

Introduction : Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a common disease among patients with multimorbidity. Good clinical practice recommendations often focus on a single disease, and do not always take into account the multimorbidity of patients. The aim of the study was to investigate the influence of multimorbidity on the implementation of specific recommendations for the management of COPD patients labeled by general practitioners.

Method : A descriptive, retrospective observational epidemiological study was conducted among a sample of general practitioners in the department of Alpes Maritimes. Included patients were older than 45 years, COPD and labeled by the general practitioner. We conducted an analysis of professional practices by collecting information about the history and the diagnostic and therapeutic management through interviews to the office of general practitioners and by comparing them with official recommendations.

Results : 72 GPs provided 136 folders labeled COPD patients. 84 patients had stage identified according to GOLD classification. Multimorbidity involved a large proportion of patients. It was observed that the higher the stage of COPD grew, the compliance score decreased with the recommendations, with the exception of patients at the most advanced stage. We did not reveal any statistical correlation between a score of multimorbidity and a scale of compliance with recommendations.

Conclusion : Although a more advanced stage of COPD is associated with a higher multimorbidity and that compliance with the recommendations to be influenced by the stage, the study did not allow to show a link between multimorbidity on compliance of the application specific recommendations in COPD patients. Our study reinforced the idea of the need for development of a reliable measurement tool for multimorbidity.

Keywords: COPD, recommendations, multimorbidity.