



HAL
open science

Comparaison de l'hétéro-évaluation de la qualité de vie des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive par le médecin généraliste et de l'autoévaluation par questionnaire (VQ11)

François Parents

► To cite this version:

François Parents. Comparaison de l'hétéro-évaluation de la qualité de vie des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive par le médecin généraliste et de l'autoévaluation par questionnaire (VQ11). Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02353293

HAL Id: dumas-02353293

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02353293>

Submitted on 28 Jan 2020

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.



UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

Année 2019

N°2019-93

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITÉ : Médecine Générale

Comparaison de l'hétéro-évaluation de la qualité de vie
des patients atteints de bronchopneumopathie chronique
obstructive par le médecin généraliste et de
l'autoévaluation par questionnaire (VQ11)

Présentée et soutenue publiquement le 10 Septembre 2019 à 16 heures

Par François PARENTS

PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Vincent JOUNIEAUX

MEMBRES DU JURY

Madame le Professeur Claire ANDREJAK

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Damien BASILLE

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2019

N°2019-93

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPECIALITÉ : Médecine Générale

Comparaison de l'hétéro-évaluation de la qualité de vie
des patients atteints de bronchopneumopathie chronique
obstructive par le médecin généraliste et de
l'autoévaluation par questionnaire (VQ11)

Présentée et soutenue publiquement le 10 Septembre 2019 à 16 heures

Par François PARENTS

PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Vincent JOUNIEAUX

MEMBRES DU JURY

Madame le Professeur Claire ANDREJAK

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Damien BASILLE

AVERTISSEMENT

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à l'auteur.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Vincent Jounieaux, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier et Chef du Service du service de Pneumologie, Pôle « Coeur - Thorax – Vaisseaux », Chef du Service de Réanimation Respiratoire, Pôle «Anesthésie – Réanimations»

Qui me fait l'honneur de présider le jury de cette thèse
Pour votre enseignement.
Pour l'intérêt que vous portez à ce travail.
Avec mon plus grand respect.

A Madame le Professeur Claire Andrejak, Professeur des universités-Praticienne Hospitalière du service de Pneumologie du Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens.

Qui me fait l'honneur de juger cette thèse.
Pour l'intérêt que vous portez à ce travail.
Avec mon plus grand respect.

A Monsieur le Professeur Jean Schmidt, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier du service de Médecine interne du Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens.

Qui me fait l'honneur de juger cette thèse.
Pour l'intérêt que vous portez à ce travail.
Avec mon plus grand respect.

A Monsieur le Dr Damien Basille, Praticien Hospitalier du service de Pneumologie du Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens.

Qui m'a fait l'honneur de diriger cette thèse.
Pour ton aide précieuse et ta disponibilité.
Pour ton enseignement.
Avec mon plus grand respect.

PARENTS François

A tous les services hospitaliers qui m'ont accueilli et tous les médecins qui ont participé à ma formation. Merci d'avoir partagé ce savoir avec moi. Une pensée particulière aux Docteur Patrick Lawson et Docteur Charles Legroux, qui ont tellement contribué à ma formation. Merci pour vos conseils que j'applique au quotidien.

A tous mes co-internes et amis rencontrés au cours de ma formation, pour les bons moments passés ensemble.

A mes amis d'enfance, mes amis dunkerquois, pour l'amitié qui nous lie depuis tant d'années.

A ma belle-famille, Cathy et Emmanuel pour m'avoir permis de finir ce travail.

A ma famille, Papa, Maman, Marie, Sébastien, Nicolas, Alison, Léo et Lilou qui m'ont épaulé et encouragé pendant toutes ces études.

A Sofia, qui illumine ma vie.

A Alizée, pour ton soutien, pour ta patience, pour ton amour, pour le bonheur que je vis à tes côtés.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BODE : Body mass index, airflow Obstruction, functional Dyspnoea, Exercise capacity

BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive

BD : Bronchodilatateur inhalé

CAT : COPD Assessment Test

CES : Centre d'Examen de Santé

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CSI : CorticoStéroïdes inhalés

CVF : Capacité Vitale Forcée

EFR : Epreuve Fonctionnelle Respiratoire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GOLD : Global initiative for chronic obstructive lung disease

HAS : Haute autorité de santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MG : Médecin Généraliste

MRS : Medical Research Council

NYHA : New York Heart Association

PA : Paquet Année

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio

p : p-value

QDV : Qualité De Vie

SGRQ : St. George's Respiratory Questionnaire

TVO : Trouble Ventilatoire Obstructif

VEMS : Vitesse Expiratoire Maximale par Seconde

PARENTS François

TABLE DES MATIERES

RESUMÉ	9
INTRODUCTION	11
I. LA QUALITÉ DE VIE	11
A. <i>Naissance et définition du concept</i>	11
1. Naissance	11
2. Définition	12
B. <i>La révolution du concept de la santé</i>	13
1. Définition de la santé	13
2. De la maladie au malade	14
3. La mesure de la qualité de vie en médecine	15
II. LA BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE (BPCO)	16
A. <i>Définitions</i>	16
B. <i>Prévalence et impact de la maladie en France</i>	17
1. La BPCO.....	17
2. La bronchite chronique.....	18
C. <i>L'impact de la BPCO sur la qualité de vie</i>	18
1. Les causes de l'impact de la BPCO sur la qualité de vie.....	18
2. Mesure de l'impact de la BPCO sur la qualité de vie	19
III. JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE	20
MATÉRIELS ET MÉTHODES	21
I. TYPE D'ÉTUDE	21
II. CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION	21
A. <i>Critères d'inclusion</i>	21
B. <i>Critères d'exclusion</i>	22
III. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	22
A. <i>Objectif principal</i>	22
B. <i>Objectif secondaire</i>	22
IV. PROCÉDURE D'INCLUSION	23
A. <i>Questionnaire patient</i>	23
1. Le VQ11.....	23
2. Déroulement.....	24
B. <i>Questionnaire médecin</i>	24
V. RECUEIL DES DONNÉES	25
A. <i>Les données des patients</i>	25
B. <i>Analyse du questionnaire patient : calcul des scores du VQ11</i>	25
C. <i>Les données des médecins</i>	25
VI. CONFIDENTIALITÉ	25
VII. ANALYSES DES DONNÉES	26
RÉSULTATS	27
I. CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS INCLUS	27
II. CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS INCLUS	28
A. <i>Tabagisme</i>	28
B. <i>Caractéristiques thérapeutiques</i>	28
III. LES RÉSULTATS DU VQ11.....	29
A. <i>Mesure de la qualité de vie</i>	29
B. <i>Mesure de la qualité de vie évaluée par le VQ11 en fonction des caractéristiques du patient</i>	30
1. La qualité de vie globale en fonction des caractéristiques du patient	30
2. La qualité de vie physique en fonction des caractéristiques du patient	31
3. La qualité de vie psychologique en fonction des caractéristiques du patient.....	32
4. La qualité de vie relationnelle en fonction des caractéristiques du patient	33
IV. RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE MÉDECIN.....	34

PARENTS François

V. ETUDE DE CORRÉLATION ENTRE LES RÉSULTATS DE L' AUTOÉVALUATION PAR LE VQ11 ET LES RÉSULTATS DE L' HÉTÉRO-ÉVALUATION PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE	34
DISCUSSION	37
I. DISCUSSION DES PRINCIPAUX RÉSULTATS	37
A. <i>La corrélation des deux évaluations</i>	37
1. La corrélation des deux évaluations de la qualité de vie globale	37
a) L'importance des outils psychométriques dans l'évaluation de la qualité de vie.....	37
b) La différence de subjectivité interindividuelle	39
2. La corrélation des deux évaluations de la qualité de vie physique	40
3. Corrélation des deux évaluations de la qualité de vie relationnelle	41
4. Corrélation des deux évaluations de la qualité de vie psychologique.....	42
B. <i>L'utilité du VQ11</i>	42
1. L'utilité pratique.....	42
2. Avis des médecins généralistes	44
a) Les nouveaux outils psychométriques et leur performance sont méconnus.....	44
b) Le manque d'accès au soin pour des raisons multiples	44
c) les concepts de santé subjective ne sont pas encore innés.....	45
C. <i>Impact des caractéristiques des patients sur la qualité de vie évaluée par le VQ11</i>	46
II. LES FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE.....	47
A. <i>Les forces</i>	47
B. <i>Les faiblesses</i>	47
III. PERSPECTIVES.....	49
A. <i>Le développement de la psychologie de la santé dans la formation médicale initiale et dans la pratique courante</i>	49
B. <i>L'utilisation des outils psychométriques en pratique</i>	49
CONCLUSION.....	51
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	52
ANNEXES.....	55
I. ANNEXE 1 : CLASSIFICATION GOLD 2019.....	55
II. ANNEXE 2 : LE VQ11	56
III. ANNEXE 3 : LE QUESTIONNAIRE MÉDECIN	57

RESUMÉ

Introduction : Le médecin généraliste est un acteur important dans le maintien d'une bonne qualité de vie. Le VQ11 est un questionnaire d'autoévaluation de la qualité de vie des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Nous avons donc évalué la corrélation entre l'hétéro-évaluation de la qualité de vie des patients atteints de BPCO par le médecin généraliste et de l'autoévaluation par le VQ11.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle descriptive réalisée entre juillet 2016 et juin 2019 au sein de plusieurs cabinets de médecine générale en France. Le VQ11 a été distribué aux patients présentant une BCPO ou une bronchite chronique, puis les médecins ont été interrogés via un questionnaire (en aveugle du résultat de l'auto-questionnaire).

Résultats : 48 patients ont été inclus répartis sur 12 médecins généralistes. Concernant la qualité de vie globale, le coefficient Kappa était de 0,53 en faveur d'un accord modéré. Un accord modéré était observé pour la qualité de vie physique (Kappa = 0,56) et relationnelle (Kappa = 0,58). Un accord fort existait pour la qualité de vie psychologique (Kappa = 0,74). Aucun médecin ne connaissait le VQ11 et 83% d'entre eux ne souhaitaient pas utiliser un outil psychométrique dans la mesure de la qualité de vie (n = 10).

Discussion : La corrélation globale modérée montre que le médecin généraliste manque de précision dans la mesure de la qualité de vie de son patient. Le VQ11, méconnu des praticiens, permet de compléter l'analyse du médecin en apportant la subjectivité du patient et de la multidimensionnalité.

Conclusion : Cette étude encourage l'utilisation du VQ11 pour la mesure de la qualité de vie des patients atteints de BPCO en soins primaires.

INTRODUCTION

I. La Qualité de vie

A. Naissance et définition du concept

1. Naissance

La notion de qualité de vie vient d'une longue réflexion morale philosophique grecque sur les significations de l'existence humaine et sur ses finalités. Elle vient du concept de bonheur voire plutôt du « *bien-être complet* ». (1) Epicure a écrit le premier traité du bonheur, « *le but de la vie humaine est le bonheur, fin parfaite et Souverain Bien* ». (2)

C'est dans les années 1970 au sein d'un vaste mouvement de progrès démocratique, à la fois dans le milieu médical, dans le milieu du travail et dans celui de l'environnement naturel et urbain que le concept de qualité de vie a émergé. Dans une société humaine devenant de plus en plus complexe, cette notion de qualité de vie se transforme progressivement et passe du domaine philosophique à une vision de plus en plus globalisante.

C'est dans ce sens que le professeur en psychologie Pr Bruchon-Schweitzer explique la naissance du concept de qualité de vie : « *Le concept de qualité de vie s'est construit peu à peu par l'intégration de différents indicateurs au fil du temps : le bonheur, d'origine philosophique, le bien-être matériel, et le bien-être subjectif d'origine sociologique et psychologique, la santé physique d'origine médicale et la santé mentale d'origine psychiatrique. Ces notions ont contribué à définir ce qu'est une vie satisfaisante* ». (3)

La qualité de vie est devenu un concept plurifactoriel. C'est un concept abstrait, situationnel, complexe, multidimensionnel. Ce concept se nourrit de toutes les disciplines des sciences humaines et sociales : la sociologie, la psychologie, les sciences politiques, les sciences économiques, la philosophie et la médecine. La diversité des définitions conceptuelles témoigne de la complexité du concept de qualité de vie.

2. Définition

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a tenté de donner une définition consensuelle de la qualité de vie en 1994 : « *C'est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* ». (4)

Dans cette définition, nous retrouvons 2 composantes fondamentales de la qualité de vie selon David F Cella (Docteur en philosophie) : Subjectivité et multidimensionnalité.

« *La subjectivité fait référence au fait que la qualité de vie ne peut être comprise que dans la perspective de l'individu... La multidimensionnalité fait référence à la prise en compte d'un large éventail d'éléments comprenant le bien-être physique, fonctionnel, émotionnel et social* ».

Concernant la subjectivité, il est certain qu'il existe des différences interindividuelles dans la manière de hiérarchiser les domaines de la vie et dans la manière d'exprimer sa satisfaction ou son mécontentement à l'égard de chacun d'eux. Cette hiérarchisation dépend du contexte sociale, émotionnelle et physique de l'individu. « *Il convient de comprendre la qualité de vie comme l'écart existant entre le niveau fonctionnel réel et le niveau idéal pour le patient* ». (5)

La multidimensionnalité de la qualité de vie paraît évidente, tant par la difficulté à la définir que par son omniprésence dans toute les disciplines des sciences sociales. Cependant, les opinions divergent quant à la nature de ses dimensions. Ainsi, pour les philosophes, la qualité de vie se réfère à la nature de l'existence humaine, les économistes sont davantage préoccupés par les ressources financières, et le milieu médical se concentre surtout sur la santé et la maladie.

Les natures de ses dimensions sont distinguées classiquement :

- la santé physique
- l'état psychologique
- le niveau d'autonomie de l'individu
- le réseau social
- les facteurs environnementaux
- les aspects spirituels

B. La révolution du concept de la santé

1. Définition de la santé

En 1948, l'OMS ne définit plus la santé comme « *absence de maladie ou de handicap* », mais comme « *état de complet bien-être physique, mental et social* ». Le mot « *bien-être* » était mentionné, mais il fallut encore d'autres modifications conceptuelles de la santé pour voir apparaître celui de qualité de vie.

Elle est un sentiment total de bien-être dans toutes les dimensions : physique, psychologique, sociale de ce sentiment.

Bien consciente du fait que la santé engage la vie complète des personnes humaines dans sa totalité et dans la grande multiplicité de ses dimensions ou de ses significations, l'OMS précise en 1986 (première Conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa, le 21 novembre 1986) : « *La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu.* »(4)

Depuis cette date, ce profond remaniement du concept de la santé a changé les rapports malade/médecin. En médecine, la santé n'est plus uniquement évaluée en termes de morbidité et de mortalité ou de diagnostics et de thérapeutiques, d'autres approches centrées sur la personne malade sont prises en compte : la douleur, la fin de vie, la qualité de vie...

2. De la maladie au malade

La préoccupation de la qualité de vie s'est trouvée d'autant plus exprimée et revendiquée que la médecine de la seconde moitié du XXe siècle a été le lieu de grands bouleversements épidémiologiques et éthiques : la puissance médicale a permis de mieux lutter contre les maladies aiguës mortelles et a dû affronter l'augmentation des maladies chroniques, non mortelles, affectant les patients en des évolutions lentes et longues qui supposent la nécessité de viser moins la guérison que la rémission et donc d'adapter les moyens humains, sociaux et économiques.(6)

Les progrès de la réanimation, de la médecine d'urgence et de la médecine réparatrice ont fait émerger un grand nombre de personnes handicapées, vieillissantes et dépendantes d'autrui pour les gestes de la vie quotidienne. Les progrès des traitements nous ont fait sortir de l'ancien monde au sein duquel valait le vieil adage « *souffrir ou mourir* » ainsi que la parole d'Épicure disant : « *Les grandes souffrances te font périr en peu de temps et les souffrances chroniques ne sont pas grandes* ». (7)

La maladie chronique (cardiovasculaire, métabolique, neurologique, infectieuse, mentale) oblige à rendre plus floue et mobile la frontière entre la santé et la maladie, entre le normal et le pathologique, entre le patient et le milieu médical lui-même puisque le patient devient de plus en plus co-responsable comme le dit Alain Leplège, « *co-décideur* » de ses propres soins réclamant au minimum son « *consentement éclairé* » (8)

L'apparition des concepts de santé subjective s'est fait progressivement avec le développement de la psychologie de la santé. Ils sont devenus un paramètre important dans le domaine de la recherche clinique et des politiques sociales. Ils sont actuellement reconnus par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme un axe fort de la qualité des soins. Dans le manuel « *Projet 2009-2011* » destiné aux établissements de santé, la HAS le souligne dans le chapitre « *Renforcer la place des indicateurs de mesure de la qualité* ». (9)

3. La mesure de la qualité de vie en médecine

Historiquement, la discipline médicale a séparé la science et l'art médical. Si la pratique clinique place au premier plan la relation singulière qui unit le patient et le médecin, la science médicale s'est davantage centrée sur l'étude de la maladie abordée sur une perspective biologique et sur le développement de traitements. Cette orientation, en privilégiant l'objectivation scientifique quantitative des processus pathologiques, tendait à mettre de côté l'expérience subjective qualitative vécue par le patient. En effet, la nature complexe et subjective de l'expérience vécue par le patient s'accommode mal avec l'approche cartésienne et scientifique. L'introduction du concept de qualité de vie et de sa mesure élargit le champ de la recherche en intégrant une vision qualitative centrée sur l'étude du subjectif de la personne.

L'intérêt porté à la qualité de vie a toutefois été plus marqué dans certaines disciplines médicales. Citons notamment la cancérologie qui sera la première spécialité à intégrer l'indice de Karnofsky en 1949 comme indicateur d'aide à la décision clinique. Il ne s'agissait pas d'une véritable évaluation de la qualité de vie, mais l'accent était mis sur l'importance d'apprécier le retentissement de la maladie sur la vie quotidienne du patient.(10) En France, la notion de la qualité de vie apparaît pour la première fois dans les Annales de Médecine Interne en 1966.(11)

La dernière partie du XX^e siècle est marquée par la multiplication des travaux de recherche visant à valider des instruments de mesure de la qualité de vie grâce à des méthodes psychométriques rigoureuses et objectives. La qualité de vie apparaît dans la liste de mots-clés de la base de données de recherche Medline en 1975. Il faut attendre les années quatre-vingt pour que ce concept s'enrichisse d'autres dimensions permettant de l'appréhender plus exhaustivement, dans toute sa subjectivité et sa multidimensionnalité.(12)(13)

Actuellement, les échelles cherchent à évaluer le jugement que porte le patient sur sa qualité de vie. La construction d'une échelle de mesure, processus long et complexe, est maintenant bien codifiée. Les échelles sont le fruit d'une collaboration entre cliniciens, linguistes, statisticiens et psychométriciens. Les questions doivent être pertinentes et simples à comprendre. La syntaxe grammaticale utilisée doit être accessible à un enfant de 10 à 12 ans ; comme il s'agit le plus souvent d'un auto-questionnaire sa concision est gage d'un

remplissage exhaustif. Les questions sont regroupées par thème pour explorer différentes dimensions.(14)(15)

Classiquement, on admet quatre dimensions pour couvrir le vaste champ des valeurs de la qualité de vie :

- la dimension physique : capacité physique, autonomie, gestes de la vie quotidienne
- la dimension psychologique : émotivité, anxiété, dépression...
- la dimension somatique : douleur, asthénie, sommeil...
- la dimension sociale : environnement familial, professionnel et amical, participation à des activités de loisirs, vie sexuelle

II. La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

A. Définitions

La définition de la BPCO est spirométrique. La BPCO est définie par l'existence d'une obstruction permanente et progressive des voies aériennes aux Epreuves Fonctionnelles Respiratoires (EFR). C'est un trouble ventilatoire obstructif (TVO) défini par un rapport volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) /capacité vitale forcée (CVF) < 0,7 (ou < 70%). De plus, ce TVO est persistant après l'administration de bronchodilatateur, il est non complètement réversible. Dans le cadre de la classification GOLD (Global initiative for chronic obstructive lung disease), la sévérité était initialement uniquement évaluée sur la limitation du VEMS en 4 stades. Toutefois, depuis 2011, la classification GOLD a intégré des critères de dyspnée, de qualité de vie ainsi que le nombre d'exacerbations pour ainsi prendre en compte la pathologie, de manière plus globale. Les critères choisis sont l'échelle mMRC et le COPD Assessment Test (CAT). Cette nouvelle classification permet de définir 4 groupes (Annexe 1).

B. Prévalence et impact de la maladie en France

1. La BPCO

Les données épidémiologiques sur la BPCO sont peu nombreuses, particulièrement en ce qui concerne la prévalence au point que les pouvoirs publics en ont fait le premier des six axes stratégiques du programme d'actions sur la BPCO 2005-2010.(16)

Au niveau mondial, une revue systématique assez récente fait état de grandes variations de prévalence de la BPCO (de 0,8 % à 18 %) dans les 32 études sur le sujet parues entre 1962 et 2001.(17) Une méta analyse de 2010 estimait que le nombre de personnes atteintes de BPCO à plus de 384 millions de personnes dans le monde.(18)

Depuis 1990, seules deux études ont comporté une mesure de la fonction respiratoire permettant d'estimer la prévalence du trouble ventilatoire obstructif en France :

- Dans l'enquête European Community Respiratory Health Survey, la fonction respiratoire a été mesurée chez près de 15 000 adultes, dont environ 1900 en France, mais il s'agissait d'adultes jeunes.
- L'étude conduite dans les centres d'examen de santé (CES) en 2003 a estimé la prévalence de la BPCO à 7,5 %. Il est toutefois probable que ce chiffre sous-estime la prévalence de la BPCO puisque les CES, ayant un objectif de prévention, sont plutôt fréquentés par des personnes en bonne santé.(19)

En 2017, 240 000 patients du régime général étaient pris en charge par l'assurance maladie en affection de longue durée pour une insuffisance respiratoire, emphysème et bronchite chronique. Les femmes représentaient 50% de l'effectif.(20) En 2013, 2,6‰ des adultes bénéficiaient d'une OLD, soit environ 145 000 personnes.(21)

2. La bronchite chronique

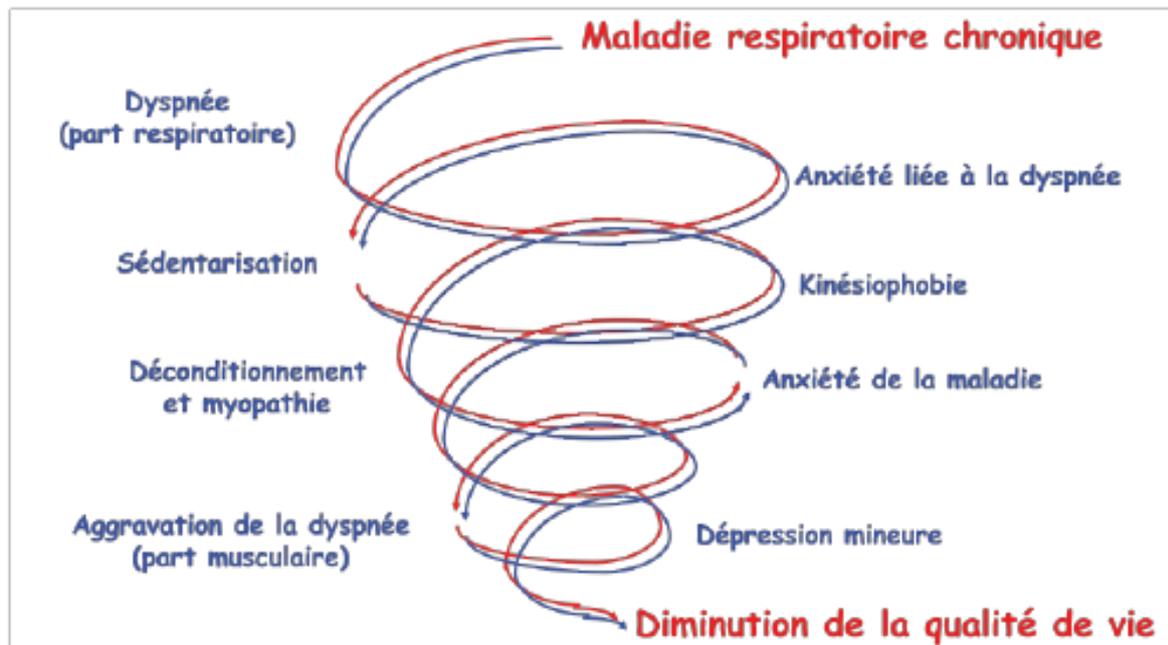
Les données de l'enquête décennale santé de l'Insee 2003 ont permis d'estimer la prévalence de la bronchite chronique à 3,5 % dans la population générale.(22)

C. L'impact de la BPCO sur la qualité de vie

1. Les causes de l'impact de la BPCO sur la qualité de vie

La qualité de vie est principalement déterminée pour les pathologies respiratoires chroniques par : la dyspnée, la tolérance à l'exercice et la fonction respiratoire. Cependant il faut également prendre en compte les symptômes (toux, expectorations et les exacerbations qui peuvent être ou non associées à des hospitalisations). De plus, la qualité de vie est fortement corrélée avec l'environnement socioprofessionnel et les sentiments d'anxiété, de dépression et l'image de soi. Les facteurs comme l'âge, la présence de comorbidités mais également le tabagisme altèrent également la qualité de vie.

Cette altération de la qualité de vie des patients atteints de BPCO est résumée par la spirale de la dyspnée de Young en 1983 reprise par Préfaut en 1995 et Ninot en 2009 et rebaptisée : spirale de la dyspnée et du déconditionnement sociale.(23)(figure 1)

Figure 1 : spirale de la dyspnée et du déconditionnement sociale

2. Mesure de l'impact de la BPCO sur la qualité de vie

Il existe peu de données concernant l'impact de la BPCO sur la qualité de vie des patients en Europe. En l'absence de traitement étiologique, les recommandations actuelles encouragent une prise en charge globale des patients visant à améliorer les symptômes et la qualité de vie.(24)

L'amélioration de la prise en charge des malades nécessite de pouvoir disposer de données sur la qualité de vie des patients atteints de BPCO ainsi que d'outils simples de mesure de celle-ci en pratique clinique quotidienne. Une multitude de questionnaires d'autoévaluation existe, ils diffèrent des uns des autres par leurs dimensions abordées ou leur utilité en étude épidémiologique ou en pratique clinique.

Une étude de N. Roche et al. dans les centres d'exams de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) utilisant les scores Medical Research Council (MRC), EuroQol-5D/EQ-5D et un questionnaire dérivé du European Community Respiratory Health Survey questionnaire a montré une réduction de la qualité de vie chez les patients souffrant de BPCO confirmée préalablement par spirométrie.(25)

Les données de l'enquête santé de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) 2002-2003 sur la prévalence et l'impact sur la vie quotidienne de la bronchite chronique ont été publiées. Il s'agit d'une étude portant sur la population générale française. Les objectifs étaient notamment d'estimer la prévalence de la bronchite chronique et d'évaluer l'impact de la maladie sur la santé perçue et la qualité de vie, mesurée par le questionnaire SF36. Il montre une dégradation de la qualité de vie des patients atteints de BPCO par rapport à la population générale.(21)

Enfin, l'étude de T. Perez et al, menée en 2013 avait pour objectif d'évaluer l'impact de la BPCO sur la qualité de vie chez 2430 patients atteints de BPCO dans sept pays européens (la France, la Belgique, l'Allemagne, l'Italie, la Hollande, l'Espagne et l'Angleterre), dont 573 patients en France classés par stade de sévérité. Cette étude transversale, épidémiologique, non randomisée a été réalisée en utilisant deux questionnaires génériques de qualité de vie et deux questionnaires spécifiques de la BPCO (Le St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) version spécifique de la bronchopneumopathie chronique obstructive (SGRQ-C) et le CAT). Les résultats sur le sous-groupe des patients français montrent que la dégradation de la qualité de vie est clairement corrélée à la sévérité, mais qu'il y avait une grande dispersion dans les scores observés à l'intérieur d'un même niveau de sévérité.(26)

III. Justification de l'étude

Le maintien de la qualité de vie est un axe important dans la prise en charge des patients. L'utilisation d'échelle de mesure subjective est devenue la référence dans la mesure de cette qualité de vie.(15)

La BPCO est une pathologie chronique altérant grandement la qualité de vie.

Le médecin généraliste est un acteur principal dans la mesure, le maintien et l'amélioration de la qualité de vie du patient de par sa relation particulière avec le patient et son rôle central dans sa prise en charge.

Le médecin généraliste peut-il à lui seul évaluer dans toute sa complexité la qualité de vie de son patient atteint de BPCO ?

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. Type d'étude

Cette étude prospective, observationnelle descriptive a été réalisée entre juillet 2016 et juin 2019 au sein de plusieurs cabinets de médecine générale en Picardie à Guise, dans le Gard à Villeneuve lès Avignon, dans le Vaucluse à Avignon, Cavaillon, Pernes les fontaines, Althen des Paluds et dans les Bouches du Rhône à Saint-Rémy de Provence et Arles.

II. Critères d'inclusion et d'exclusion

Ont été inclus tous les couples patient-médecin qui avaient répondu à l'ensemble du questionnaire.

A. Critères d'inclusion

Ont été inclus les patients :

- Qui présentent une BPCO diagnostiquée par spirométrie
- Ou ayant des antécédents personnels évoquant une bronchite chronique (toux productive quasi quotidienne durant au moins trois mois par an et au cours d'au moins deux années consécutives) ou à une décompensation de BPCO (épisode d'exacerbation de toux ou de dyspnée avec sibilants associés)

Ont été inclus les médecins généralistes traitants les patients inclus.

B. Critères d'exclusion

Ont été exclus les patients :

- Présentant un asthme diagnostiqué ou suspecté.
- Présentant une décompensation actuelle de leur BPCO.
- Les patients n'ayant jamais fumé.

III. Objectifs de l'étude

A. Objectif principal

L'objectif principal est d'évaluer la corrélation entre un auto-questionnaire (VQ11) (annexe 2) distribué au patient et une hétéro-évaluation par le médecin généraliste de la qualité de vie des patients atteints de BPCO (qualité de vie globale et ses dimensions : physique, psychologique et relationnelle).

B. Objectif secondaire

L'objectif secondaire est l'évaluation de l'utilisation du VQ11 en pratique de médecine générale.

IV. Procédure d'inclusion

Chaque inclusion a fait l'objet d'une procédure dont les étapes sont détaillées ci-dessous par ordre chronologique :

A. Questionnaire patient

1. Le VQ11

C'est un outil rapide d'interprétation utilisable dans un contexte de routine pneumologique, de réhabilitation, de post-réhabilitation ou d'éducation thérapeutique dans un but évaluatif ou préventif. Le questionnaire comporte 11 questions reflétant chacune une facette de la qualité de vie liée à la santé du patient : physique, psychologique et relationnelle potentiellement altérée par la BPCO avec cinq niveaux d'intensité de réponse (pas du tout, un peu, moyennement, beaucoup, extrêmement).

Chaque réponse est cotée sur une échelle de 1 (pas du tout) à 5 (extrêmement). Un score total du VQ11 ≥ 22 traduit une mauvaise qualité de vie liée à la santé spécifique à la BPCO. Il faut alors s'interroger sur la ou les composante(s) à risque :

- Score physique ou fonctionnel ≥ 8 : la qualité de vie est altérée au niveau de l'autonomie physique (n°1, 4 et 7).
- Score psychologique ≥ 10 : la qualité de vie est altérée dans sa composante psychologique (n°2, 5, 8 et 10).
- Score relationnel ≥ 10 : la qualité de vie est altérée au niveau relationnel (n°3, 6, 9 et 11).

Le VQ11 propose des conseils thérapeutiques en fonction des résultats obtenus.

2. Déroulement

Après avoir reçu une information sur l'étude proposée, la totalité des patients a été incluse durant des consultations de médecine générale dans des cabinets de médecin, seul ou en groupe, en zone urbaine, semi-rurale et rurale. Le VQ11 a été distribué à chaque patient inclus. Lors de la distribution, le but du questionnaire ainsi que les modalités de réponses ont été expliqués. Le temps de remplissage a été chronométré. Les résultats de l'auto-évaluation n'ont été transmis au médecin généraliste du patient qu'après que celui-ci ait répondu au questionnaire médecin.

B. Questionnaire médecin

Un rendez-vous téléphonique a été convenu avec le médecin traitant du patient inclus, durant lequel le questionnaire médecin lui est donné oralement. (Annexe 3)

C'est un questionnaire de 6 questions :

4 questions à choix fermé qui demandent au médecin traitant de qualifier de bonne ou altérée la qualité de vie de son patient sur le plan global, physique, psychologique et relationnel.

1 question à choix fermé sur le VQ11: *Connaissez-vous le VQ11 ?*

1 question à choix fermé sur l'utilisation d'un auto-questionnaire de la qualité de vie : *Utiliserez-vous un auto-questionnaire d'évaluation de la qualité de vie lié à l'état respiratoire de votre patient dans votre pratique courante ?*

V. Recueil des données

A. Les données des patients

Ont été recueillis durant la consultation : l'âge, le traitement de la BPCO s'il en existait un, la présence d'un suivi pneumologique, l'intoxication tabagique en Paquet-Année (PA), la poursuite ou non d'un tabagisme actif, le temps de remplissage du VQ11 et si le patient a nécessité une aide pour le remplissage.

B. Analyse du questionnaire patient : calcul des scores du VQ11

Tous les questionnaires de l'étude ont été analysés de manière anonyme après avoir recueilli le questionnaire médecin, afin de qualifier la qualité de vie du patient sur les quatre dimensions (globale, physique, psychologique et relationnelle).

C. Les données des médecins

Ont été récoltés : l'âge du médecin, son mode d'exercice (seul, cabinet de groupe, maison de santé pluridisciplinaire), son lieu d'exercice (rural, semi rural, ville).

Les réponses des médecins traitants ont été recueillies au moment de l'appel téléphonique.

VI. Confidentialité

Le nom du patient était donné à son médecin traitant oralement, seulement au moment de l'entretien téléphonique. Chaque questionnaire patient était alors doté d'un numéro correspondant au questionnaire médecin. Le nom du patient et du médecin étaient alors effacés du questionnaire.

VII. Analyses des données

Une analyse descriptive univariée de la population a été réalisée avec expression des variables quantitatives continues en médiane [Min – Max] et des variables catégorielles en fréquence et pourcentage. Pour répondre à l'objectif principal, un test non paramétrique Kappa de Cohen a été utilisé pour évaluer l'accord entre l'auto et l'hétéro-évaluation de la qualité de vie.

Une analyse statistique bivariée a été réalisée pour déterminer les facteurs associés à l'altération de la qualité de vie selon ses quatre dimensions (globale, physique, psychologique et relationnelle). Un test exact de Fischer était utilisé pour les variables catégorielles et un test non paramétrique de Mann Whitney était utilisé pour les variables continues. Le seuil de significativité retenu pour cette étude était de 5%. L'analyse a été réalisée à partir du logiciel PASW Statistics 18.0.

RÉSULTATS

Pendant la durée de l'étude, 56 patients ont été inclus répartis sur 13 médecins généralistes. En suivant la procédure d'inclusion et après application des critères d'exclusion, nous avons retenu 54 patients.

Le taux de réponse des médecins a été de 88,8% permettant donc l'analyse de 48 couples médecin-patient répartis sur 12 médecins. Le délai moyen entre la réception du questionnaire patient (VQ11) et le questionnaire médecin a été de 13,6 jours.

I. Caractéristiques des médecins inclus

Parmi les 12 médecins analysés, la moyenne d'âge était de 50,58 ans à prédominance masculine (66,6 %). La répartition du lieu d'exercice rural/semi rural et urbain était équitable. Tous les médecins exerçaient en cabinet, 33% d'entre eux avaient une activité associée (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou hôpital). (Tableau 1)

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins inclus

		Total des médecins n = 12
Age	Médiane en année	47,5 [38-65]
Sexe	Masculin	8 (66,7%)
	Féminin	4 (33,3%)
	Sex ratio	2
Lieu d'exercice	Urbain	5 (41,7%)
	Semi rural	3 (25%)
	Rural	4 (33,3%)
Exercice en cabinet		12 (100 %)
Exercice en EHPAD		3 (25 %)
Exercice en hôpital		1 (8 %)

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

II. Caractéristiques des patients inclus

La médiane d'âge des patients était de 65,5 ans, avec une légère prédominance masculine. Tous vivaient en dehors d'institution spécialisée (maison de retraite ou EHPAD). (Tableau 2)

Tableau 2 : Caractéristiques des patients inclus

		Total des patients n = 48
Sexe	Masculin	26 (54,2%)
	Féminin	22 (45,8%)
	Sex ratio	1,2
Age	Médiane en année	65,5 [40 – 92]
Vie en institution		0 %

A. Tabagisme

Environ 2/3 des patients présentaient un tabagisme sevré mais 1/3 étaient toujours fumeurs actifs. La consommation médiane était de 35 PA. (Tableau 3)

Tableau 3 : Caractéristiques du tabagisme des patients inclus

		Total des patients n = 48
Tabagisme actuel	Actif	18 (37,5%)
	Sevré	30 (62,5%)
Tabagisme total	Médiane en paquet année	35 [20 – 60]

B. Caractéristiques thérapeutiques

La consultation pneumologique a été définie comme au moins une consultation permettant la réalisation d'EFR. Dans cette étude, plus de la moitié des patients en avaient bénéficié au moins une fois. Près de la moitié des patients recevaient un traitement par corticostéroïdes inhalés. (Tableau 4)

Tableau 4 : caractéristiques thérapeutiques des patients inclus

		Total des patients n = 48
Traitement inhalé	Aucun	9 (19%)
	Bronchodilatateur seul	7 (15%)
	Association de 2 bronchodilatateurs	9 (19%)
	Association bronchodilatateur + corticostéroïdes inhalés	10 (21%)
	Association de 2 bronchodilatateurs + corticostéroïdes inhalés	13 (27%)
Consultation pneumologique	Oui	28 (58,3%)

III. Les résultats du VQ11

Le temps de remplissage médian du VQ11 par le patient était de 2,5 minutes. [1-5minutes]

Sur 48 patients, 15 ont nécessité une aide pour le remplissage (31,2%). Les patients émettaient une incompréhension soit sur le mode de remplissage des réponses du VQ11, soit dans la formulation des questions.

A. Mesure de la qualité de vie

Tableau 5 : Mesure de la qualité de vie des patients inclus par le VQ11

		Total des patients n = 48
Qualité de vie globale	Non altérée	20 (41,7%)
	Altérée	28 (58,3%)
Qualité de vie physique	Non altérée	20 (41,7%)
	Altérée	28 (58,3%)
Qualité de vie psychologique	Non altérée	28 (58,3%)
	Altérée	20 (41,7%)
Qualité de vie sociale	Non altérée	30 (62,5%)
	Altérée	18 (37,5%)

B. Mesure de la qualité de vie évaluée par le VQ11 en fonction des caractéristiques du patient

1. La qualité de vie globale en fonction des caractéristiques du patient

Le tabagisme actuel était le seul critère statistiquement associé à l'altération de la qualité de vie globale du patient (Odds Ratio (OR) = 4,00 [1,07 – 15,01]. (Tableau 6)

Tableau 6 : La qualité de vie globale évaluée par le VQ11 en fonction des caractéristiques du patient

		QDV globale altérée (n = 28)	QDV globale non altérée (n = 20)	<i>p</i>
Sexe, n (%)	Masculin	12 (42,9%)	14 (70%)	0,083
	Féminin	16 (57,1%)	6 (30%)	-
Age, médiane [min – max]		63,5 [40 – 92]	65,5 [50 – 90]	0,352
Tabagisme total, médiane [min – max]		37,5 [20 – 60]	30 [20 – 60]	0,051
Tabagisme actuel, n (%)	Sevré	14 (50%)	16 (80%)	0,041
	Actif	14 (50%)	4 (20%)	-
Consultation pneumologique, n (%)	Oui	17 (60,7%)	11 (55%)	0,771
	Non	11 (39,3%)	9 (45%)	-
Traitement, n (%)	2BD/CSI	10 (35,7%)	3 (15%)	0,110
	BD/CSI	6 (21,4%)	4 (20%)	-
	2BD	6 (21,4%)	3 (15%)	-
	Aucun	5 (17,9%)	4 (20%)	-
	BD	1 (3,6%)	6 (30%)	-

QDV = qualité de vie *p* = p-value BD = bronchodilatateur CSI = corticostéroïde inhalé

2. La qualité de vie physique en fonction des caractéristiques du patient

Le tabagisme total (OR = 1,05 [1,00 – 1,11]) et le tabagisme actuel (OR = 6,57 [1,56 – 27,45]) étaient statistiquement associés à une altération de la qualité de vie physique des patients. (Tableau 7)

Tableau 7 : La qualité de vie physique évaluée par le VQ11 en fonction des caractéristiques patients

		QDV physique altérée (n = 28)	QDV physique non altérée (n = 20)	p
Sexe, n (%)	Masculin	13 (46,4%)	13 (65%)	0,249
	Féminin	15 (53,6%)	7 (35%)	-
Age, médiane [min – max]		66 [40 – 92]	62.5 [40 – 90]	0,979
Tabagisme total, médiane [min – max]		40 [20 – 60]	30 [20 – 60]	0,048
Tabagisme actuel, n (%)	Sevré	13 (46,4%)	17 (85%)	0,008
	Actif	15 (53,6%)	3 (15%)	-
Consultation pneumologique, n (%)	Oui	17 (60,7%)	11 (55%)	0,771
	Non	11 (39,3%)	9 (45%)	-
Traitement, n (%)	2BD/CSI	10 (35,7%)	3 (15%)	0,520
	BD/CSI	6 (21,4%)	4 (20%)	-
	2BD	4 (14,3%)	5 (25%)	-
	Aucun	5 (17,9%)	4 (20%)	-
	BD	3 (10,7%)	4 (20%)	-

QDV = qualité de vie p = p-value BD = bronchodilatateur CSI = corticostéroïde inhalé

3. La qualité de vie psychologique en fonction des caractéristiques du patient

Le tabagisme total était statistiquement associé à une altération de la qualité de vie psychologique des patients (OR = 1,06 [1,00 – 1,12]. (Tableau 8)

Tableau 8 : La qualité de vie psychologique évaluée par le VQ11 en fonction des caractéristiques patients

		QDV psychologique altérée (n = 20)	QDV psychologique non altérée (n = 28)	<i>p</i>
Sexe, n (%)	Masculin	8 (40%)	18 (64%)	0,143
	Feminin	12 (60%)	10 (36%)	-
Age, médiane [min – max]		67 [40 – 92]	64 [50 – 90]	0,996
Tabagisme total, médiane [min – max]		40 [20 – 60]	30 [20 – 60]	0,032
Tabagisme actuel, n (%)	Sevré	9 (45%)	21 (75%)	0,068
	Actif	11 (55%)	7 (25%)	-
Consultation pneumologique, n (%)	Oui	12 (60%)	16 (57%)	1
	Non	8 (40%)	12 (43%)	-
Traitement, n (%)	2BD/CSI	8 (40%)	5 (17,9%)	0,084
	BD/CSI	5 (25%)	5 (17,9%)	-
	2BD	3 (15%)	6 (21,4%)	-
	Aucun	4 (20%)	5 (17,9%)	-
	BD	0 (0%)	7 (25%)	-

QDV = qualité de vie *p* = p-value BD = bronchodilatateur CSI = corticostéroïde inhalé

4. La qualité de vie relationnelle en fonction des caractéristiques du patient

Le tabagisme total était statistiquement associé à une altération de la qualité de vie sociale des patients (OR = 1,06 [1,00 – 1,12]). (Tableau 9)

Tableau 9 : La qualité de vie relationnelle évaluée par le VQ11 en fonction des caractéristiques patients

		QDV relationnelle altérée (n = 18)	QDV relationnelle non altérée (n = 30)	<i>p</i>
Sexe, n (%)	Masculin	7 (38,9%)	19 (63,3%)	0,138
	Féminin	11 (61,1%)	11 (36,7%)	-
Age, médiane [min – max]		63 [40 – 92]	65,5 [50 – 90]	0,565
Tabagisme total, médiane [min – max]		40 [20 – 60]	30 [20 – 60]	0,026
Tabagisme actuel, n (%)	Sevré	8 (44,4%)	22 (73,3%)	0,066
	Actif	10 (55,6%)	8 (26,7%)	-
Consultation pneumologique, n (%)	Oui	11 (61,1%)	17 (56,7%)	1
	Non	7 (38,9%)	13 (43,3%)	-
Traitement, n (%)	2BD/CSI	8 (44,4%)	5 (16,7%)	0,093
	BD/CSI	3 (16,7%)	7 (23,3%)	-
	2BD	3 (16,7%)	6 (20%)	-
	Aucun	4 (22,2%)	5 (16,7%)	-
	BD	0 (0%)	7 (23,3%)	-

QDV = qualité de vie *p* = p-value BD = bronchodilatateur CSI = corticostéroïde inhalé

IV. Résultats du questionnaire médecin

Les résultats aux questions concernant l'évaluation de la qualité de vie du patient sont présentés dans le tableau 10.

100 % des médecins (12/12) ne connaissaient pas le VQ11.

83,3 % des médecins (10/12) ont répondu qu'ils n'utiliseraient pas d'outils psychométriques pour l'évaluation de la qualité de vie des patients.

V. Etude de corrélation entre les résultats de l'autoévaluation par le VQ11 et les résultats de l'hétéro-évaluation par le médecin généraliste

Concernant la qualité de vie globale, le coefficient Kappa était de 0,53 en faveur d'un accord modéré. Sur les 28 patients qui rapportaient une qualité de vie globale altérée, 22 étaient qualifiés comme ayant une qualité de vie altérée selon le médecin généraliste. A l'inverse, sur les 20 patients qui rapportaient une bonne qualité de vie globale, 15 étaient qualifiés par leur médecin généraliste comme ayant une bonne qualité de vie. Le pourcentage d'accord était ainsi de 77,1%.

Concernant les autres dimensions de la qualité de vie, un accord modéré était observé pour la qualité de vie physique (Kappa = 0,56) et relationnelle (Kappa = 0,58). Le pourcentage d'accord était respectivement de 79,2% et de 81,3%. Un accord fort existait pour la qualité de vie psychologique (Kappa = 0,74) avec un pourcentage d'accord de 87,5%. (Tableau 10)

Tableau 10 : Corrélation entre les résultats de l'autoévaluation par le VQ11 et les résultats de l'hétéro-évaluation par le médecin généraliste

		QDV globale patient selon VQ11		Coefficient Kappa
		Altérée	Bonne	
QDV globale par MG	Altérée	22	5	0,53 [0,29 – 0,77]
	Bonne	6	15	
		QDV physique patient selon VQ11		Coefficient Kappa
		Altérée	Bonne	
QDV physique patient par MG	Altérée	25	7	0,56 [0,32 – 0,80]
	Bonne	3	13	
		QDV psychologique patient selon VQ11		Coefficient Kappa
		Altérée	Bonne	
QDV psychologique patient par MG	Altérée	15	1	0,74 [0,54 – 0,94]
	Bonne	5	27	
		QDV relationnelle patient selon VQ11		Coefficient Kappa
		Altérée	Bonne	
QDV relationnelle patient par MG	Altérée	11	2	0,58 [0,33 – 0,83]
	Bonne	7	28	

QDV = qualité de vie MG = médecin généraliste

DISCUSSION

I. Discussion des principaux résultats

A. La corrélation des deux évaluations

1. La corrélation des deux évaluations de la qualité de vie globale

Nos résultats nous indiquent qu'il existe une corrélation modérée entre les deux évaluations de la qualité de vie globale. Le médecin généraliste manque de précision dans l'évaluation de la qualité de vie de son patient, cependant le pourcentage de concordance de l'ordre de 77,1% est assez satisfaisant.

A notre connaissance, il n'existe pas d'autres études comparant la perception du patient et du médecin sur la qualité de vie du patient en utilisant un questionnaire court d'auto-évaluation de la qualité de vie des patients atteints de BPCO. Celli et al avaient comparé, en 2017, la perception des symptômes (toux, dyspnée, fatigue, sibilants...) des patients atteints de BCPO par les patients eux même et la perception de leur médecin pneumologue et généraliste en utilisant des questionnaires miroirs, cependant, une seule question définissait la qualité de vie globale. Les résultats de cette étude montraient une corrélation faible entre les deux perceptions.(27)

a) L'importance des outils psychométriques dans l'évaluation de la qualité de vie

Une étude italienne de 2015 a fait une analyse de la littérature (75 articles sélectionnés) sur les thèmes « BPCO » et « qualité de vie » afin d'explorer le concept de qualité de vie dans la BPCO. L'analyse a montré que la qualité de vie est un concept dynamique et multidimensionnel. C'est un concept qui a des caractéristiques subjectives (relation avec le personnel soignant et l'entourage, état psychologique) et objectives (antécédents médicaux,

statut social, capacités physiques), des facteurs extrinsèques (mauvaise technique d'inhalation, baisse de productivité au travail) et intrinsèques (symptômes, exacerbations). (28)

Comme d'autres articles, cette étude encourageait l'utilisation d'outils psychométriques pour l'évaluation de la qualité de vie.(29)

Ninot et al ont montré que le VQ11 satisfaisait les normes psychométriques internationales en matière de validité interne.(30) Secondairement, le VQ11 a prouvé sa reproductibilité, sa cohérence interne et surtout sa corrélation avec le SGRQ, l'échelle mMRC, l'index Body mass index, airflow Obstruction, functional Dyspnoea, Exercise capacity (BODE) et l'échelle d'anxiété et de dépression.(31)

Un travail de thèse de 2018 soutenue à la faculté de médecine d'Amiens par le docteur Dewolf a montré que l'évolution du VQ11 sous thérapeutiques était corrélée fortement à l'évolution au SGRQ et que l'utilisation courante de ce questionnaire devrait aider le pneumologue à évaluer l'efficacité de son traitement et guider son projet thérapeutique.(32)

Bien que ne pouvant à lui seul évaluer précisément la qualité de vie dans toutes ses dimensions, le VQ11 pourrait apporter plus de précision à l'hétéro-évaluation telle qu'elle est régulièrement utilisée en pratique quotidienne. En effet, cette échelle prend en compte la subjectivité individuelle du patient et a démontré sa sensibilité, son dynamisme et sa multidimensionnalité.

Notre étude renforce l'idée que le VQ11, outil psychométrique subjectif et donc quantitatif associé à l'appréciation du médecin qui est qualitative est primordiale pour une meilleure évaluation de la qualité de vie du patient atteint de BPCO.

b) La différence de subjectivité interindividuelle

Pour appréhender cela, il faut reprendre les deux axiomes fondamentaux de la psychologie sociale :(33)

- Chaque individu a une vision, une conception personnelle de la réalité dont il fait partie. Cette conception est construite à partir des processus cognitifs et sociaux. Cette vision est donc unique, elle n'est pas accessible à autrui dans sa globalité. On ne peut essayer que de s'en approcher.
- L'étendue de l'influence sociale : un individu, ses émotions, ses pensées et son comportement sont grandement influencés par l'environnement, même en l'absence physique d'autres individus. Donc, cette conception personnelle est dynamique continuellement pour le patient comme pour le médecin.

Il est probable que la différence entre les deux évaluations soit principalement imputable à la difficulté de l'hétéro-évaluation pour appréhender le point de vue du patient.(34)

Le médecin est probablement limité par sa propre subjectivité dépendante de ses concepts personnels de bonne ou mauvaise qualité de vie, son éducation, sa culture, ses codes sociaux, ses objectifs de vie et ses connaissances.

Par ailleurs, une autre limite de l'hétéro-évaluation est probablement liée à ce qu'expriment les patients. Ainsi, lorsque l'on demande aux patients comment ils se sentent, leur réponse ne présente une corrélation que partielle avec leur comportement observable. Elle est influencée, positivement ou négativement, par leur perception de la maladie et des symptômes, leur perception du traitement, les attentes personnelles, leur état psychologique. Ou encore, s'ils pensent que nous sommes en position de les aider, ils pourront surestimer leurs symptômes ou leurs problèmes. S'ils pensent que nous ne pouvons pas les aider, ils risquent d'omettre de signaler un symptôme, ou de le sous-estimer. En effet, l'étude de Celli and al montrait que 89% des patients « mentaient » ou manquaient « d'honnêteté » pendant leur entretien avec leur médecin.(27)

Toutefois, plusieurs médecins ont posé la question, lors de leur entretien, s'il fallait qualifier la qualité de vie du patient selon le point de vue du médecin ou selon celui du

patient. Ainsi, plusieurs ont expliqué que de leur point de vue, la qualité de vie du patient était altérée mais qu'il pensait que le patient pouvait l'évaluer comme bonne. Ceci traduit à la fois le fait que les médecins ont conscience de cette possible discordance mais également leur envie de se mettre à la place du patient.

2. La corrélation des deux évaluations de la qualité de vie physique

Le niveau de corrélation modérée entre les deux évaluations de la qualité de vie physique est inférieur à celui qui pourrait-être attendu. En effet, la qualité de vie physique étant liée aux symptômes présentés par le patient, donc à des informations qui semblent facilement observables, un plus fort niveau de corrélation pouvait être attendu. A chaque consultation de suivi, à chaque décompensation, le médecin récolte ces symptômes : la dyspnée, la toux, le périmètre de marche... Le médecin fait donc une évaluation dynamique qui s'adapte à chaque consultation.

Les résultats de notre étude se rapprochent des résultats de l'étude de Celli and al.(27) Les praticiens de cette étude surestimaient ou sous-estimaient les symptômes et leur impact. Ces résultats concordaient déjà avec l'étude de Miravittles et al publiée en 2013 sur le même sujet.(35)

La différence de subjectivité interindividuelle (médecin – malade) peut donc expliquer la corrélation modérée entre les deux évaluations de la qualité de vie physique. Prenons l'exemple du symptôme le plus représentatif de la capacité fonctionnelle respiratoire : la dyspnée. Sur le plan médical, une dyspnée stade 3 de la classification New York Heart Association (NYHA) peut empêcher un patient de monter un escalier d'un étage. Du point de vue du médecin, cela peut aisément être considéré comme une altération majeure de sa qualité de vie fonctionnelle, en revanche, le patient peut ne pas trouver d'inconvénient à ne pas pouvoir monter un escalier d'un étage, son logement étant peut-être au rez-de-chaussée ou doté d'un ascenseur, le patient peut sous-estimer sa dyspnée ou son impact car il arrive à éviter dans son quotidien la situation qui mettra en évidence son handicap.

3. Corrélation des deux évaluations de la qualité de vie relationnelle

La corrélation des deux évaluations de la qualité de vie relationnelle est modérée.

Connaître l'environnement familial et relationnel appartient aux principes de médecine générale, mais comprendre ses interactions, ses causes et conséquences est extrêmement complexe. C'est du domaine de la sociologie et de la psychologie sociale. La qualité de vie relationnelle englobe des composantes très variées comme la qualité de vie au travail, la qualité de vie familiale ou encore la qualité de vie sociale. Le médecin connaît-il la qualité de vie affective ou sociale de tous ses patients ? Connaît-il les projets familiaux ou professionnels de chaque patient ? De par ses questions, le VQ11 aborde ces sujets et peuvent permettre au médecin généraliste de les aborder lui aussi par la suite.

Nous pouvons aussi poser la question de la fiabilité du VQ11 concernant l'évaluation de la qualité de vie relationnelle. C'est une des grandes problématiques des questionnaires courts, notamment le VQ11. En effet, en reprenant les résultats obtenus lors de l'établissement du VQ11, les alphas de Cronbach calculés pour tester la validité interne étaient de 0,57 pour la composante relationnelle. Généralement, une consistance interne mesurée avec l'alpha de Cronbach supérieure à 0,70 est attendue dans une phase de validation préliminaire. Si la composante relationnelle était dotée de 8 items, son alpha de Cronbach serait de 0,83. L'auto-questionnaire se voulant court et d'utilité pratique perd ainsi en validité interne surtout sur cette dimension.(30)

Nous comprenons alors que l'hétéro-évaluation par le médecin généraliste et l'autoévaluation par le VQ11 ne peuvent à elles seules comprendre dans toute sa complexité la qualité de vie relationnelle du patient. Cependant, elles peuvent se compléter afin de s'en approcher.

4. Corrélation des deux évaluations de la qualité de vie psychologique

Concernant l'évaluation de la qualité de vie psychologique, la corrélation des deux évaluations est forte. Les deux évaluations sont quasi concordantes avec un pourcentage d'accord de 87,5%.

Ces résultats peuvent être expliqués par le fait que l'altération de la qualité de vie est fortement corrélée à l'état psychologique du patient. Un patient atteint de dépression aura plus souvent une vision plus négative de sa situation. Cet état psychologique du patient est plus facilement objectivable par le médecin généraliste.

Dans ce domaine, le médecin généraliste est très expérimenté. Ils seraient les acteurs du secteur sanitaire qui assurent le plus et le mieux la détection précoce des troubles graves. Les troubles mentaux sont très fréquents en médecine générale, ils représenteraient 15% des consultations, et les médecins généralistes sont à l'initiative de 90% des traitements antidépresseurs.(36)(37)(38) Le médecin généraliste est en effet identifié en population générale comme le professionnel qui serait le plus consulté en cas de problème psychologique (58% de la population adulte), et 47% de la population déclarent qu'ils continueraient à consulter le médecin généraliste pour le suivi d'un trouble psychologique.(39)

B. L'utilité du VQ11

1. L'utilité pratique

Le temps de remplissage paraît court, (médiane de 2,5 minutes), Ninot et Al avait estimé le temps de remplissage à 5 minutes avec une méthodologie non expliquée dans leur article.(30) Cette différence peut être expliquée par le lieu de remplissage du questionnaire. En salle d'attente, le patient a plus le temps de le remplir, de bien lire et comprendre les questions qu'en présence du médecin.

Cela fait du VQ11 un outil clinique rapide à une époque où les consultations de médecine générale « doivent » être de plus en plus courtes. En effet, selon une étude de 2006, le temps de consultation de médecine générale en France est de 16,4 minutes en moyenne quand la

moyenne européenne se situe à 10,7 minutes.(40)(41) La réduction du temps de consultation a été un sujet de négociation entre la CNAM et les syndicats de médecine générale.(42)

Devant une demande croissante de soins, des décisions politiques qui demandent une efficacité supérieure et une norme européenne à 10,7 minutes, on peut alors avancer l'hypothèse que les consultations de médecine générale ont de grandes chances de se raccourcir. Cet outil aura donc une place prépondérante en matière de praticité.

Si nous voulons optimiser ce temps au maximum, on peut imaginer distribuer ce questionnaire dès l'arrivée du patient en salle d'attente. Cependant, lors de la distribution du questionnaire, certains patients ont rencontré des difficultés qui ont nécessité une aide lors du remplissage : incompréhension sur le fonctionnement du questionnaire, sur l'intitulé des propositions, questions non remplies... On peut donc penser qu'il serait possible de le distribuer en consultation pour la première évaluation et de le distribuer ensuite lors de l'arrivée du patient en salle d'attente pour le suivi.

Un travail de thèse de médecine générale conforte cette idée. L'objectif de ce travail était d'étudier l'utilisation d'auto-questionnaires en salle d'attente de médecine générale ou de soins primaires assimilables afin de mettre en évidence les modalités et les intérêts. Pour cela, Une revue de littérature narrative a montré que des auto-questionnaires permettaient d'aborder un grand nombre de thématiques et étaient décrits pour la plupart comme intéressants en pratique comme support ou outil pour le dépistage, l'aide au diagnostic, l'aide à la décision clinique, et le travail sur la modification des comportements à risque. Parmi les procédés utilisés pour soumettre l'auto-questionnaire aux patients, ceux qui étaient au moins partiellement automatisés étaient particulièrement intéressants, par le gain de temps et les fonctions annexes permises. Des limites à leur utilisation pouvaient être décrites avec notamment des inquiétudes sur la confidentialité des résultats et sur la perturbation du fonctionnement du cabinet.(43)

2. Avis des médecins généralistes

Aucun des médecins interrogés ne connaissait le VQ11. Il s'agit d'un questionnaire récent (2010).

A la question : utiliseriez-vous un auto-questionnaire d'évaluation de la qualité de vie dans la pratique courante ? 10 médecins sur 12 inclus ont répondu négativement (83,3%).

Même si l'effectif est faible, plusieurs axes de réflexion se dégagent de ses résultats.

a) Les nouveaux outils psychométriques et leur performance sont méconnus

Une étude issue d'un travail de thèse de médecine générale sur les obstacles à l'utilisation d'outils psychométriques pour l'évaluation de la dépression montrait que le premier obstacle à l'utilisation des outils tient à la méconnaissance ou à la connaissance parcellaire des outils.(44)

Le premier accès à ce type de connaissances relève de la formation médicale initiale ; L'item sur la BPCO dans le collège national des enseignants de pneumologie de 2018 étudié dans le deuxième cycle des études médicales évoque très succinctement l'importance de la réhabilitation respiratoire dans le maintien d'une qualité de vie optimale. Il n'y a aucun enseignement sur les moyens d'évaluation de cette qualité de vie.(45)

b) Le manque d'accès au soin pour des raisons multiples

A quoi servirait d'affiner l'évaluation de cette qualité de vie si nous n'avons pas de prise en charge adéquate à proposer ?

Le VQ11 propose des conseils thérapeutiques en fonction des résultats obtenus : en fonction de l'atteinte de la composante, des thérapeutiques spécifiques pourront être proposées. Un score > 8 pour la composante fonctionnelle propose une réhabilitation respiratoire ou un réentraînement à l'effort, un score >10 pour la composante psychologique propose plutôt un soutien psychologique avec une éducation thérapeutique. Enfin un score >10 pour la composante relationnelle oriente pour une prise en charge sociale et une éducation thérapeutique.(46)

Concernant la réhabilitation respiratoire, il y a un manque d'accès par défaut de structure. On dénombrait en 2018, en France, 58 structures en hospitalisation complète, 78 en ambulatoire, 18 réseaux et 218 kinésithérapeutes avec une disparité importante sur le territoire. Seulement 10% à 15% des patients atteints de BPCO bénéficient d'une prescription de réhabilitation respiratoire. Il y a aussi un manque d'accès par défaut d'information du médecin généraliste, des soignants et du grand public.(47) Une étude de 2016 identifiait que les médecins généralistes prescrivaient très peu la réhabilitation respiratoire par manque de connaissance quant aux recommandations, aux modalités de prescription et aux structures vers lesquelles orienter les patients atteints de BPCO pour suivre un programme de réhabilitation respiratoire.(48) En effet, la réhabilitation respiratoire dans ses détails n'est pas abordée dans la formation médicale initiale.

Concernant la prise en charge psychologique, il est peu probable qu'un soutien psychologique simple dans le cadre d'une consultation de médecine générale puisse résoudre la complexité et la profondeur des maux psychologiques lors d'une altération majeure de la qualité de vie. Une prise en charge optimale reposerait sur une psychothérapie qui n'est toujours pas remboursée chez le psychologue en France ce qui représente ainsi un frein majeur à l'amélioration de la qualité de vie de ces patients. Par ailleurs, Cette prise en charge est d'autant plus complexe à proposer chez les personnes en situation de précarité qui sont également les plus exposées à une altération de leur qualité de vie.

c) les concepts de santé subjective ne sont pas encore innés

L'apparition des concepts de *santé subjective*, de *santé perçue*, de *santé perceptuelle* ou de *qualité de vie liée à la santé* et de ses nombreuses définitions montrent qu'il s'agit d'un domaine d'investigation relativement récent dont le vocabulaire technique n'est pas complètement stabilisé, ce qui n'est pas sans poser de problème en matière de pédagogie et d'intégration en pratique courante.(49)

C. Impact des caractéristiques des patients sur la qualité de vie évaluée par le VQ11

Nous avons fait le choix de ne pas inclure le stade VEMS dans les caractéristiques des patients pour plusieurs raisons :

- Selon l'étude de Ninot et al, la corrélation entre le niveau de qualité de vie évaluée par le VQ11 et VEMS est faible ($r = 0,21$) cela est le cas avec tous les autres questionnaires, confirmant la très mauvaise relation entre la spirométrie et la perception du patient.(30)
- Comme il était impossible de réaliser une spirométrie le jour de la consultation, il nous a paru imprécis d'évaluer le stade de sévérité de la BPCO avec une spirométrie datant de plusieurs mois voire années. Par ailleurs, pour 20 patients (41,7%), le VEMS était inconnu.

A la place, nous avons fait le choix d'intégrer le traitement des patients. Nous n'avons observé aucune corrélation significative entre le type de traitement et l'altération de la qualité de vie. Ceci renforce l'idée du manque de corrélation fiable entre altération de la qualité de vie et les caractéristiques objectives du patient.

A l'inverse, le tabagisme qui est le premier facteur de risque de BPCO (quantité totale estimée en PA ou poursuite de l'intoxication tabagique) présentait une influence négative sur la qualité de vie globale ou ses différentes dimensions.

On observe par ailleurs que le tabagisme actif était toujours fréquent chez ces patients (37 %) sachant que le sevrage total et définitif du tabac représente la seule mesure qui modifie l'histoire naturelle de la maladie.(50)

II. Les forces et faiblesses de l'étude

A. Les forces

Notre étude est la première à comparer une hétéro-évaluation à une autoévaluation de la qualité de vie basée sur le VQ11 chez les patients atteints de BPCO en soins primaires. Cette étude confirme ainsi que l'hétéro-évaluation par le médecin généraliste est limitée dans sa capacité à appréhender la qualité de vie dans toute sa complexité. Ces résultats confirment donc l'importance d'intégrer l'utilisation d'auto-questionnaire de mesure de la qualité de vie en pratique courante, ce qui pourra représenter une première étape d'amélioration de la prise en charge.

Le recrutement des médecins généralistes s'est fait dans plusieurs régions, dans différents types d'exercices, avec des médecins d'âge et de formation différents. La méthode d'échantillonnage a eu l'avantage d'inclure les patients vus en consultation au jour le jour en pratique quotidienne en France. Il en ressort une meilleure représentativité de la population avec un risque de biais de sélection limité.

La méthodologie consistant à recueillir l'hétéro-évaluation en aveugle du résultat de l'autoévaluation a permis de ne pas influencer sur les réponses du médecin généraliste.

B. Les faiblesses

La principale faiblesse de l'étude est liée au faible effectif de patients et de médecins généralistes inclus induisant un manque de précision de l'évaluation du coefficient Kappa. Par ailleurs, ce faible effectif a limité la recherche des facteurs pouvant expliquer l'altération de la qualité de vie ressentie par le patient ou la discordance entre les deux types d'évaluation. La difficulté était liée au fait de devoir à la fois inclure systématiquement un patient et son médecin généraliste tout en s'assurant que celui-ci réponde à l'évaluation de la qualité de vie en aveugle de l'évaluation patient.

Un reproche que l'on peut faire à l'étude est celui d'avoir élargi les critères d'inclusion aux patients atteints de bronchite chronique dont la définition est clinique. En effet, le VQ11 est un questionnaire destiné au patient atteint de BPCO. Néanmoins, nous avons fait ce choix

car il a été démontré que l'impact négatif sur la qualité de vie est mesurable dès le stade de bronchite chronique.(22)

Sur le même thème, les critères d'inclusions ont été élargis aux patients suspectés atteints de BPCO donc certains n'ont pas bénéficié de spirométrie. 2 patients sur 3 étant non diagnostiqués, cela permettait d'éviter de sélectionner une population déjà diagnostiquée atteinte de BPCO et potentiellement plus sévère.(51) Cependant, cette méthodologie a peut-être entraîné un biais de sélection en incluant également des patients non atteints.

On peut aussi critiquer l'absence de données sur le délai entre le moment de l'hétéro-évaluation et la dernière rencontre entre le patient et le médecin généraliste. La qualité de vie étant un processus dynamique, la qualité de vie a pu se modifier entre temps. Cette faiblesse est due à une erreur de méthodologie du travail. Néanmoins, les conséquences ont été limitées en excluant les patients en cours d'exacerbation. Aussi, il aurait été intéressant d'étudier la corrélation des deux évaluations à deux moments distincts afin d'évaluer le dynamisme et la sensibilité de l'évaluation du médecin généraliste.

Nous avons fait le choix d'utiliser le VQ11 et non le CAT, pourtant utilisé par la classification GOLD. Le VQ11 propose un score par dimension alors que le CAT propose un score global moins informatif.

Enfin, on peut reprocher le manque de choix proposés aux questions du questionnaire médecin concernant l'évaluation de la qualité de vie. Le choix est binaire (altérée ou bonne qualité de vie) ce qui n'est pas représentatif de la réalité plus complexe. Nous avons fait ce choix pour être en cohérence avec les résultats de l'autoévaluation qui s'analyse également de manière binaire.

III. Perspectives

A. Le développement de la psychologie de la santé dans la formation médicale initiale et dans la pratique courante

C'est une perspective à moyen/long terme.

Dans la recherche clinique, la psychologie de la santé prend une place prépondérante, toutefois son intégration en pratique courante reste encore balbutiante. Chaque médecin la pratique tous les jours, à sa manière. Cependant, on peut espérer qu'elle s'intégrera pleinement dans la formation médicale initiale et la pratique moderne.

Au cours de la formation médicale initiale, les sciences humaines concernent seulement l'enseignement en première et deuxième année.

En pratique, le terme psychologie de la santé est très vaste, et il est possible de distinguer l'éducation du patient au sens large (sur le plan thérapeutique, sur sa pathologie), la psychothérapie systématique, le développement des compétences psychosociales (désignent à la fois la mise en œuvre de connaissances et d'habiletés pour préserver sa santé et pour s'adapter et mieux vivre avec sa maladie), et l'entretien motivationnel. Pour l'instant, cette offre de soins n'est pas disponible par manque de structure, de communication interprofessionnelle, de formation et de moyens financiers.

Concernant la BPCO, le manque de moyen est indiscutable avec seulement un tiers des patients atteints de BPCO dépistés.

B. L'utilisation des outils psychométriques en pratique

La perspective à court terme est la démocratisation des outils psychométriques en pratique courante de médecine générale. De plus en plus de tests sont déjà implémentés en soins primaires, on peut par exemple citer les tests de dépistage et de suivi de la démence (Mini Mental State ou encore la Batterie Rapide d'Efficiency Frontale), de la dépression (test de

Hamilton), de la somnolence ((échelle de somnolence d'Epworth), ou d'évaluation de la sévérité du psoriasis (score PASI) ...

Comme vu précédemment, le principal frein à l'utilisation de ses outils est leur méconnaissance et le temps de consultation. Actuellement, seule la formation médicale continue peut permettre de les présenter et de persuader de leur utilité pratique.

CONCLUSION

Notre étude a objectivé une corrélation modérée entre l'hétéro-évaluation par le médecin généraliste et l'autoévaluation par le VQ11 de la qualité de vie globale du patient BPCO. Le VQ11 est un outil fiable. C'est un outil psychométrique quantitatif qui apporte subjectivité et multidimensionnalité à l'évaluation de la qualité de vie alors que le médecin généraliste apporte une évaluation qualitative douée d'objectivité, d'empathie et de connaissances techniques. La qualité de vie de chacun est par définition qualitative, c'est une vision personnelle, unique qui n'est pas accessible dans son entière réalité à autrui ou à un questionnaire. Cette corrélation modérée renforce l'idée que l'évaluation de la qualité de vie nécessite l'outil psychométrique et le ressenti des médecins généralistes afin de s'approcher au mieux de la réalité. La complémentarité de ces deux évaluations est donc intéressante et l'utilisation du VQ11 par le médecin généraliste a un intérêt dans la prise en charge globale des patients atteints de BPCO (en tant qu'évaluation initiale mais également en tant qu'indicateur de suivi).

Notre étude a également montré que le VQ11 est un outil facilement utilisable en pratique de médecine générale. Le temps de remplissage était très court. Il y a eu quelques difficultés, concernant la compréhension de son fonctionnement et des questions posées, qui ont nécessité parfois une aide extérieure. Il est possible d'imaginer une première distribution au patient en présence du médecin puis pour le suivi, le remplissage se ferait en salle d'attente. Il s'inscrit parfaitement dans une pratique courante de médecine générale.

Enfin, le VQ11 était un outil méconnu des médecins généralistes de notre étude. Il convient de noter que la majorité des médecins généralistes de notre étude ne souhaitait pas utiliser d'auto-questionnaires d'évaluation de la qualité de vie. Plusieurs problématiques s'en dégagent : la méconnaissance des outils psychométriques, le manque de moyen humain et financier à l'amélioration de la qualité de vie et aussi le manque d'intégration de la psychologie de la santé dans la formation initiale, la pratique des médecins et les structures de soins.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Frangne P-H. La qualité de vie : une approche philosophique, Rennes, PUR, 2015 [Internet]. Disponible sur: http://pierre.campion2.free.fr/frangne_qualitedevie.htm
2. Conche M. Épicure, Lettres et Maximes. coll. Épiméthée,. Paris: PUF; 2003. p40 p.
3. Bruchon-Schweitzer M. Psychologie de la santé. Dunod. 2002;
4. WHO. Health promotion glossary. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf. 1999.
5. Cella DF. Le concept de qualité de vie : les soins palliatifs et la qualité de vie. *Rech Soins Infirm.* 2007;N° 88(1):25- 31.
6. Leplège A. De la santé perceptuelle à la qualité de vie : évolution conceptuelle et enjeux épistémologiques. In: Bacro F, éditeur. *La qualité de vie : Approches psychologiques.* Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2002. p. 15- 23. (Psychologies).
7. Épicure, Textes choisis, PUF, 1981, p. 139.
8. Alain Leplège, id.
9. Projet 2009-2011 de la Haute Autorité de Santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_726110/fr/projet-2009-2011-de-la-haute-autorite-de-sante
10. Macquart-Moulin G, Genre D, Maraninchi D, Viens P. Les mesures de la qualité de vie en cancérologie peuvent-elles hanger la pratique des cliniciens? *ONCOLOGIE.* 1 mars 2004;6(2):124- 7.
11. Montreuil M.,Tazopoulou, E. et Truelle, S. L. (2009). La qualité de vie ou l'intérêt de la subjectivité de l'opinion individuelle. *Noesis*,34, 133-143. Disponible sur: http://noesis.crifst.ro/wp-content/uploads/revista/2009/2009_2_03.pdf
12. Benamouzig D. Mesures de qualité de vie en santé. *Cah Cent Georges Canguilhem.* 2010;N° 4(1):135- 76.
13. Trudel JG, Leduc N, Dumont S. Évolution du concept de qualité de vie en oncologie et de sa mesure à travers le temps. *Psycho-Oncol.* 1 déc 2012;6(4):201- 8.
14. Brousse, C., & Boisaubert, B. La qualité de vie et ses mesures. *revmed.*2007.02.010 28(7), 458–462.
15. Leplège A, Debout C. Mesure de la qualité de vie et science des soins infirmiers. *Rech Soins Infirm.* 2007;N° 88(1):18- 24.
16. SPLF. Plan BPCO. *Rev Mal Respir.* juin 2006;23(N°HS3):4- 55.
17. Halbert RJ, Isonaka S, George D, Iqbal A. Interpreting COPD prevalence estimates: what is the true burden of disease? *Chest.* mai 2003;123(5):1684- 92.
18. Adeloye D, Chua S, Lee C, Basquill C, Papana A, Theodoratou E, et al. Global and regional estimates of COPD prevalence: Systematic review and meta-analysis. *J Glob Health.*

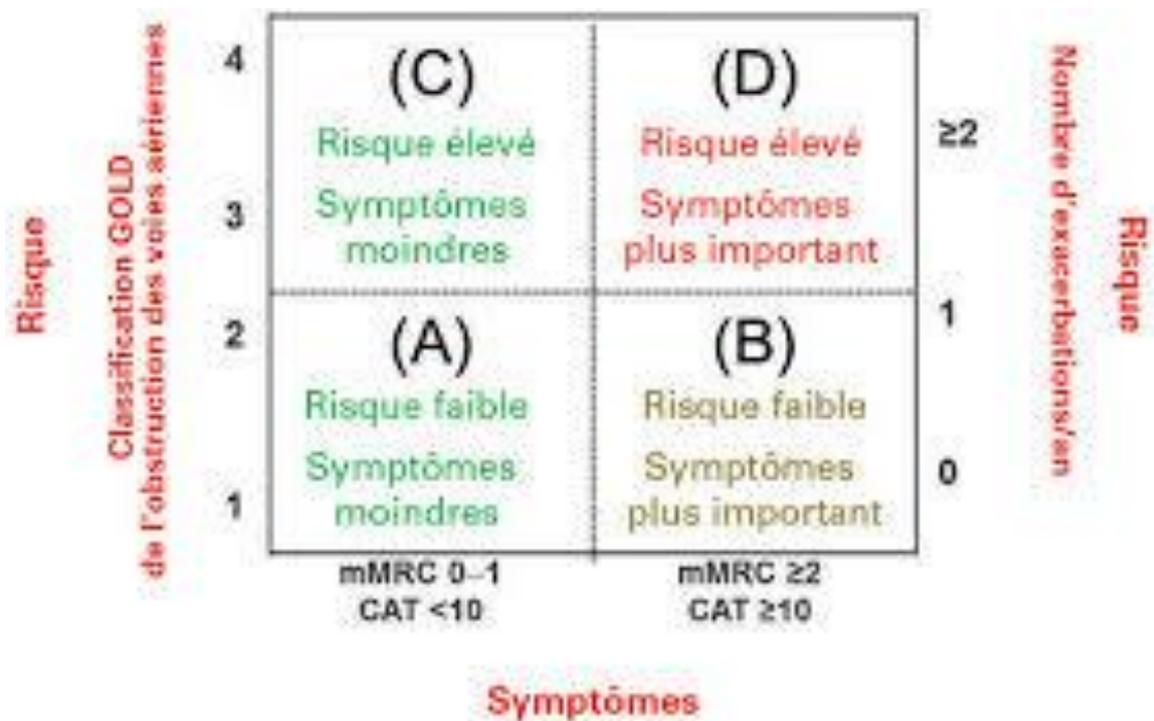
19. Fuhrman C, Delmas M-C. Épidémiologie descriptive de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France. *Rev Mal Respir.* févr 2010;27(2):160- 8.
20. Personnes en affection de longue durée (ALD) - data.gouv.fr [Internet]. Disponible sur: <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/personnes-en-affection-de-longue-duree-ald/>
21. Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) | Inserm - La science pour la santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/bronchopneumopathie-chronique-obstructive-bpco>
22. Fuhrman C, Roche N, Vergnenegre A, Chouaid C, Zureik M, Delmas M-C. [Chronic bronchitis: prevalence and quality of life. Analysis of data from the French Health Interview Survey 2002-2003]. *Rev Mal Respir.* sept 2009;26(7):759- 68.
23. Prefaut C, Ninot G. « La réhabilitation du malade respiratoire chronique ». *Rev Mal Respir.* nov 2009;26(9):1018.
24. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - GOLD [Internet]. Disponible sur: <https://goldcopd.org/>
25. Roche N, Dalmy F, Perez T, et al. Impact of chronic airflow obstruction in a working population. *Eur Respir J*2008;31:122.
26. Perez T, Serrier P, Pribil C, Mahdad A. BPCO et qualité de vie : impact de la maladie en médecine générale en France. *Rev Mal Respir.* janv 2013;30(1):22- 32.
27. Celli B, Blasi F, Gaga M, Singh D, Vogelmeier C, Pegoraro V, et al. Perception of symptoms and quality of life – comparison of patients’ and physicians’ views in the COPD MIRROR study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 1 juill 2017;Volume 12:2189- 96.
28. Dignani L, Toccaceli A, Guarinoni MG, Petrucci C, Lancia L. Quality of Life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: An Evolutionary Concept Analysis. *Nurs Forum (Auckl).* 1 juill 2015;50(3):201- 13.
29. Testa, M. A., & Simonson, D. C. (1996). Assessment of Quality-of-Life Outcomes. *New England Journal of Medicine*, 334(13).
30. Ninot G, Soyez F, Fiocco S, Nassih K, Morin AJS, Prefaut C. Le VQ11, un questionnaire de qualité de vie spécifique à la BPCO utilisable en clinique. *Rev Mal Respir.* mai 2010;27(5):472- 81.
31. Ninot G, Soyez F, Préfaut C. A short questionnaire for the assessment of quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease: psychometric properties of VQ11. *Health Qual Life Outcomes.* 25 oct 2013;11:179.
32. Dayen C, Perez T, Carre O, Bethembos S, Benoit N, Catto M, et al. Évaluation par auto-questionnaire de qualité de vie VQ11 de l’impact d’un traitement bronchodilatateur dans la BPCO en pratique pneumologique. *Rev Mal Respir.* 1 janv 2016;33:A34.
33. Bromberg M, Trognon A. *Psychologie sociale.* Puf. 2009. p 32.
34. Debout C. La qualité de vie, un concept essentiel difficile à mesurer. *Em-Prem.* 26 oct 2011;
35. Miravittles M, Ferrer J, Baró E, Lleonart M, Galera J. Differences between physician and patient in the perception of symptoms and their severity in COPD. *Respir Med.* déc 2013;107(12):1977- 85.

36. Kannas S., Hardy-Bayle MC, Reboul G, Milleret G, Hennart C, Ganne-Klodinsky V, et al. Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ? *PLURIELS*. 2011;92- 93:1- 15.
37. Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet M-P, Kovess V, Falissard B, et al. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Fam Pract*. 2 mai 2005;6(1):18.
38. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2015. Paris: CNAMTS; 2014.
39. Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, Gilbert F, Suchocka A, Arveiller N, et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*. 31 juill 2007;7:188.
40. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée de consultation en médecine générale. *Etudes Résultats*. 2006;(481):1- 7.
41. Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ*. 31 août 2002;325(7362):472.
42. Wozniak L. À prendre ou à laisser : les détails de l'offre de la Cnam sur les assistants médicaux [Internet]. Les Généralistes-CSMF. 2019. Disponible sur: <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2019/05/28/a-prendre-ou-a-laisser-les-details-de-loffre-de-la-cnam-sur-les-assistants-medicaux/>
43. Turon Lacarrieu S. Attente prolongée dans la salle d'attente du médecin généraliste : impact du retard sur la qualité des soins primaires [Internet]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2018. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2240/>
44. Morvan M-L. Barrières à l'utilisation des outils de diagnostic de la dépression en médecine de famille : étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes du Nord-Finistère. 6 févr 2014; Disponible sur: dumas.ccsd.cnrs.fr
45. item_205_BPCO_2018 - item_205_BPCO_2018.pdf [Internet]. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: http://cep.splf.fr/wp-content/uploads/2018/09/item_205_BPCO_2018.pdf
46. Manuel d'utilisation du VQ11. Laboratoire Epsilon. Novembre 2010.
47. bilan-dactivite-alveole-2018.docx [Internet]. Disponible sur: <http://splf.fr/wp-content/uploads/2018/06/bilan-dactivite-alveole-2018.docx>
48. Galera O, Grimal G, Bajon D, Darolles Y. Identification des freins à la prescription de la réhabilitation respiratoire pour les patients atteints de BPCO en médecine générale. *Revue de Pneumologie Clinique*. 13 mai 2017;73(3):115- 9.
49. Chamberlain K. Situer le social dans la psychologie de la santé : réflexions critiques. *Cah Int Psychol Soc*. 2009;Numéro 82(2):7- 24.
50. Scanlon PD, Connett JE, Waller LA, Altose MD, Bailey WC, Buist AS, et al. Smoking cessation and lung function in mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease. The Lung Health Study. *Am J Respir Crit Care Med*. févr 2000;161(2 Pt 1):381- 90.
51. Mannino DM, Buist AS. Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. *Lancet Lond Engl*. 1 sept 2007;370(9589):765- 73.

ANNEXES

I. Annexe 1 : Classification GOLD 2019

Confirmation Diagnostique sur Spirométrie	➔	Classification GOLD Selon VEMS		➔	Classification ABCD		
		GOLD 1	>80%		Exacerbations annuelles	CAT <10 mMRC <2	CAT ≥10 mMRC ≥2
VEMS/CVF<70%		GOLD 2	50%-80%		≥ 2 ou ≥ 1 avec hospitalisation	C	D
		GOLD 3	30%-50%				
		GOLD 4	<30%		≤ 1 sans hospitalisations	A	B



II. Annexe 2 : le VQ11

Questionnaire de qualité de vie **BPCO**

Nom _____ Prénom _____

Date ____ / ____ / 20____

Les phrases suivantes expriment des sentiments sur les conséquences d'une maladie respiratoire. Pour chacune, cochez l'intensité qui vous correspond le mieux maintenant. Aucune réponse n'est juste, elle est avant tout personnelle.

		Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
1	Je souffre de mon essoufflement	<input type="checkbox"/>				
2	Je me fais du souci pour mon état respiratoire	<input type="radio"/>				
3	Je me sens incompris par mon entourage	<input type="checkbox"/>				
4	Mon état respiratoire m'empêche de me déplacer comme je le voudrais	<input type="checkbox"/>				
5	Je suis somnolent dans la journée	<input type="radio"/>				
6	Je me sens incapable de réaliser mes projets	<input type="checkbox"/>				
7	Je me fatigue rapidement dans les activités de la vie quotidienne	<input type="checkbox"/>				
8	Physiquement, je suis insatisfait de ce que je peux faire	<input type="radio"/>				
9	Ma maladie respiratoire perturbe ma vie sociale	<input type="checkbox"/>				
10	Je me sens triste	<input type="radio"/>				
11	Mon état respiratoire limite ma vie affective	<input type="checkbox"/>				

III. Annexe 3 : Le questionnaire médecin

Non du médecin :

Nom du patient :

Couple médecin/patient N°

Comment évaluer-vous la qualité de vie globale de votre patient ;

- 1) Altérée
- 2) Non altérée

Comment évaluez-vous la qualité de vie physique de votre patient :

- 1) Altérée
- 2) Non altérée

Comment évaluez-vous la qualité de vie psychologique de votre patient :

- 1) Altérée
- 2) Non altérée

Comment évaluez-vous la qualité de vie relationnelle de votre patient :

- 1) Altérée
- 2) Non altérée

Connaissez-vous le VQ11 ?

- 1) Oui
- 2) Non

Utiliseriez-vous un auto-questionnaire d'évaluation de la qualité de vie liée à l'état respiratoire de votre patient dans votre pratique courante ?

- 1) Oui
- 2) Non

Titre: Comparaison de l'hétéro-évaluation de la qualité de vie des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive par le médecin généraliste et de l'autoévaluation par questionnaire (VQ11)

Introduction : Le médecin généraliste est un acteur important dans le maintien d'une bonne qualité de vie. Le VQ11 est un questionnaire d'auto-évaluation de la qualité de vie des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Nous avons donc évalué la corrélation entre une l'hétéro-évaluation de la qualité de vie des patients atteints de BPCO par le médecin généraliste et de l'autoévaluation par le VQ11.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle descriptive réalisée entre juillet 2016 et juin 2019 au sein de plusieurs cabinets de médecine générale en France. Le VQ11 a été distribué aux patients présentant une BCPO ou une bronchite chronique, puis il a été demandé aux médecins d'évaluer la qualité de vie du patient de manière binaire : bonne ou altérée (en aveugle du résultat de l'auto-évaluation).

Résultats : 48 patients ont été inclus répartis sur 12 médecins généralistes. Concernant la qualité de vie globale, le coefficient Kappa était de 0,53 en faveur d'un accord modéré. Un accord modéré était observé pour la qualité de vie physique (Kappa = 0,56) et relationnelle (Kappa = 0,58). Un accord fort existait pour la qualité de vie psychologique (Kappa = 0,74). Aucun médecin ne connaissait le VQ11 et 10 d'entre eux ne souhaitaient pas utiliser un outil psychométrique dans la mesure de la qualité de vie.

Discussion : La corrélation globale modérée montre que le médecin généraliste manque de précision dans la mesure de la qualité de vie de son patient. Le VQ11, méconnu des praticiens, permet de compléter l'analyse du médecin en apportant la subjectivité du patient et de la multidimensionnalité.

Conclusion : Cette étude encourage l'utilisation du VQ11 pour la mesure de la qualité de vie des patients atteints de BPCO en soins primaires.

Mots Clés : qualité de vie, bronchopneumopathie chronique obstructive, médecine générale, VQ11, outils psychométriques, autoévaluation.

Title : Comparison in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease of the hetero-evaluation of Quality of Life by the General Practitioner and self-assessment through a Questionnaire (VQ11)

Objectives : To assess in a population of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) patients, the correlation between a hetero-evaluation of the quality of life (QoL) by the general practitioner (GP) and the VQ11 self-assessment.

Methods: This was a prospective, observational descriptive study carried out between July 2016 and June 2019 in several general practice in France. Patients with COPD or chronic bronchitis and their corresponding general practitioner have been included. VQ11 was first distributed to each patients, afterwards GP were asked to give their perception of QoL (good or impaired). The GP were unaware of the results of the self-assessment through the VQ11

Results: 48 patients and their 12 corresponding GP were included. Concerning the overall quality of life, the Kappa coefficient was 0.53 in favor of moderate agreement. A moderate agreement was observed for physical quality of life (Kappa = 0.56) and relational quality of life (Kappa = 0.58). A strong agreement existed for psychological quality of life (Kappa = 0.74). No physician knew the VQ11 questionnaire and 10 did not want to use a psychometric tool to evaluate quality of life.

Conclusion: The moderate overall correlation shows that the general practitioner lacks precision in measuring his patient's quality of life. The VQ11, unknown to practitioners, allows to complete the analysis of the physician by bringing the patient's subjectivity and multidimensionality. This study encourages the use of VQ11 to assess the quality of life of COPD patients in primary care.

Keywords: Quality of life, COPD, general practice, VQ11, psychometric tools, self-assessment.