



HAL
open science

Sensibilisation et pré-dépistage précoce de la BPCO par le masseur kinésithérapeute libéral

Coralie Romeo

► **To cite this version:**

Coralie Romeo. Sensibilisation et pré-dépistage précoce de la BPCO par le masseur kinésithérapeute libéral. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03339963

HAL Id: dumas-03339963

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03339963>

Submitted on 9 Sep 2021

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.

Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie Niçois

Mémoire présenté et soutenu par **Coralie Romeo**

Avril 2021

**Sensibilisation et pré-dépistage précoce de la BPCO par le masseur
kinésithérapeute libéral**

Axe 2 : Les soins primaires - évaluation des pratiques professionnelles en masso-kinésithérapie

Jury

CHOPLIN Arnaud, PhD – HDR en Sciences de l'Education – Directeur de l'IFMKN

DUBRULLE Véronique, Formateur de l'IFMKN – Directrice de mémoire

HAMMOUCHE Naila, Masseur-kinésithérapeute – Tutrice de mémoire

Résumé :

L'objet de ce travail est de comprendre la place que tient aujourd'hui le kinésithérapeute libéral dans le pré dépistage de la pathologie, ainsi que les freins qu'il rencontre à sa mise en place. La distribution de l'auto questionnaire de dépistage de la BPCO de la HAS aux patients de kinésithérapeutes généralistes a fait émerger dans cette population un taux de détection de risque de développer la maladie à 33%. Dans un second temps, des entretiens semi dirigé avec quatre masseurs-kinésithérapeutes nous ont permis de compléter le cadre catégoriel retrouvé dans la littérature des médecins généralistes. Les principaux facteurs limitant la mise en place de tels actes de prévention apparaissant à l'analyse sont : le manque de connaissances et de compétences sur le sujet, le manque de temps en libéral, la représentation qu'a le praticien d'un patient BPCO ainsi que la représentation qu'il a du dépistage de la maladie, la relation médecin/kinésithérapeute et enfin le problème de la non spécificité des symptômes de la maladie.

Des formations tant initiales que continues sur les différentes façons d'aider au dépistage de la BPCO ainsi que sur les manières d'aborder et d'approcher le patient sur ce sujet pourraient présenter un réel intérêt.

Mots clefs : BPCO – Prévention – Dépistage – Freins – Kinésithérapeute.

Abstract :

The purpose of this work is to understand the place that the liberal physiotherapist holds today in the pre-screening of the pathology, as well as the obstacles he encounters in its implementation. The distribution of the HAS COPD screening self-questionnaire to patients has led to a pre-detection rate: 33% of the patient of a general physiotherapist is at risk of developing the disease. Secondly, semi-open interviews with four physiotherapists enabled us to complete the categorical framework found in the literature of general practitioners. The main factors limiting the implementation of such preventive acts are: the lack of knowledge and skills on the subject, the lack of time as a liberal health professional, the representation that the practitioner has of a COPD patient as well as the representation that he has of the screening of the disease, the doctor/physiotherapist relationship and finally the problem of the non-specificity of COPD symptoms.

Both initial and continuing training on the different ways of assisting in COPD screening and on how to approach the patient on this subject could be of real interest.

Keywords: COPD - Prevention - Screening - Brakes - Physiotherapist

Table des matières :

1 Introduction :	1
2 Contexte :	2
2. 1 La BPCO :	2
2.1.1 Définition :	2
2.1.2 Etiologie de la BPCO :	3
2.1.3 Le diagnostic :	3
2.1.4 Les outils de dépistage	4
2.1.5 La prise en charge dans le système de santé :	5
2.1.6 : En région PACA :	6
2.2 La prévention.....	7
2.2.1 Définition	7
2.2.2 Le dépistage.....	7
2.3 Les compétences du kinésithérapeute dans le domaine de la prévention	8
2.3.1 Code de la Santé publique :	8
2.3.2 Le référentiel de compétences des Masseur-Kinésithérapeutes	8
2.3.3 Les recommandations de la HAS	9
2.4 Le questionnaire préliminaire à l'attention des MKL :	9
3 La revue de littérature	16
3.1 La méthode de recherche bibliographique	16
3.1.1 Organisation de la recherche bibliographique.....	16
3.1.2 Choix argumenté des mots clés et des synonymes.....	16
3.1.3 Choix argumenté des opérateurs booléens	17
3.1.4 Choix argumenté des bases de données consultées.....	17
3.2 Réalisation de la revue de littérature	18
3.3 Conclusion de la revue de littérature.....	20
4 La détection systématisée des risques de développer la BPCO par passation d'un auto questionnaire en kinésithérapie libérale	20

4.1 La méthode de recherche.....	20
4.1.1 La question de recherche.....	20
4.1.2 Méthodologie et type d'étude choisie	21
4.1.3 Population.....	21
4.1.4 Matériel et protocole	21
4.2 Les résultats.....	23
4.3 La discussion	24
4.4 Conclusion de la première partie.....	25
5 Les facteurs limitant ou favorisant la mise en place d'acte de pré dépistage de la BPCO par le MK libéral	26
5.1 La méthode de recherche.....	26
5.1.1 La question de recherche.....	26
5.1.2 Méthodologie et type d'étude choisie	26
5.1.3 Population.....	26
5.1.4 Matériel et protocole	27
5.2 Les résultats.....	29
5.2.1 Interview n°1	30
5.2.2 Interview n°2	34
5.2.3 Interview n°3	37
5.2.4 Interview n°4	41
5.3 L'analyse des résultats :	45
5.4 La discussion	47
5.4.1 Mise en relation avec le questionnaire préliminaire.....	47
5.4.2 Mise en relation avec la littérature	49
5.5 Conclusion.....	52
6 Bibliographie.....	
Annexes :.....	I

Annexe 1 : Questionnaire préliminaire à l'attention des kinésithérapeutes exerçant en libéral ...	I
Annexe 2 : Table du Chi2	II
Annexe 3 : Le COPD Diagnostic Questionnaire.....	III
Annexe 4 : Questionnaire de la HAS 2014	IV
Annexe 5 : Consentement écrit délivré aux patients	V
Annexe 6 : Prospectus d'information.....	VIII
Annexe 7 : Transcription selon V. Traverso	IX
Annexe 8 : Entretien n°1	X
Annexe 9 : Entretien n°2	XIV
Annexe 10 : Entretien n°3	XVI
Annexe 11 : Entretien n°4	XVIII

Liste des abréviations utilisées :

BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

CDQ : *COPD Diagnostic Questionnaire*

COPD : *Chronic obstructive pulmonary disease*

CV : Cardio Vasculaire

CVF : Capacité Vitale Forcée

EFR : Exploration Fonctionnelle Respiratoire

FFAAIR : Fédération Française des Associations et Amicales des malades, Insuffisants ou handicapés Respiratoires

GOLD : *Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease*

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

MG : Médecin Généraliste

MK : Masseur Kinésithérapeute

MKDE : Masseur Kinésithérapeute Diplômé d'Etat

MKL : Masseur Kinésithérapeute Libéral

MKO : Masseur Kinésithérapeute Ostéopathe

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

TVO : Trouble Ventilatoire Obstructif

VEMS : Volume Expiratoire Maximal en 1 seconde

VEM6 : Volume Expiratoire Maximal en 6 secondes

1 Introduction :

La Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive ou BPCO est une maladie inflammatoire chronique des bronches dont l'étiologie la plus commune est le tabagisme passif et/ou actif. Aujourd'hui en France, près de 7,5% des plus de 40 ans sont atteints de la pathologie, soit plus de 3 millions de personnes [1][2].

Le problème majeur de la BPCO est la difficulté qu'ont les médecins à la dépister précocement [3][4]. Elle est souvent diagnostiquée tardivement, ce qui augmente le nombre d'exacerbations et le taux de morbi/mortalité. Deux malades sur trois ne savent pas qu'ils sont atteints de la pathologie [5].

Les recommandations internationales préconisent une union de tous les professionnels de santé afin de diagnostiquer et prendre en charge la BPCO le plus tôt possible [6][7].

Le masseur kinésithérapeute (MK) a les compétences pour sensibiliser et aider au dépistage de la BPCO [8]. Le praticien peut ensuite réorienter le patient vers son médecin généraliste en cas de suspicion de développer la pathologie. Pourtant, l'observation de l'activité habituelle des kinésithérapeutes libéraux permet de penser que très peu de MK voire aucun ne réalisent de prévention systématique dans le cadre de cette maladie.

Nous nous sommes alors demandé comment est réellement mise en place la contribution attendue du MK dans la sensibilisation de la BPCO et quels sont les obstacles rencontrés en pratique quotidienne.

Dans un premier temps, afin d'appuyer la pertinence de notre questionnement, nous avons choisi de distribuer un questionnaire préliminaire aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux sur les réseaux sociaux. Celui-ci nous a permis de voir qu'il y a une grande partie d'entre eux qui ne sait pas trop où se situer dans le pré dépistage de la BPCO. Des entretiens semi dirigés seront menés afin de mieux comprendre la manière dont les MKL se représentent ce pré dépistage.

Afin de montrer le rôle que peut jouer un MKL sur le sujet, nous allons distribuer un auto questionnaire de dépistage de la BPCO de manière systématique à toute la patientèle de MKL généraliste. Les résultats obtenus vont nous fournir un taux de pré détection de la maladie. Ce taux donnera une idée du nombre de patients à risque de développer la pathologie dans une patientèle de MKL généraliste. Ainsi, il appuiera ou non la pertinence d'une passation systématique de cinq questions à tous les patients.

Notre étude a un intérêt pour la santé publique mais également pour la profession de masseur kinésithérapeute. Le but final étant que la BPCO soit diagnostiquée plus précocement et que le MKL s'inscrive comme acteur du parcours de soin, et non plus seulement comme un acteur de la réhabilitation respiratoire prescrite [9].

C'est pourquoi notre problématique est la suivante :

En quoi le masseur kinésithérapeute libéral participe à la sensibilisation et au pré-dépistage précoce de la BPCO ?

2 Contexte :

2.1 La BPCO :

2.1.1 Définition :

La BPCO est une maladie inflammatoire chronique respiratoire qui est caractérisée par la diminution progressive et permanente du calibre des bronches. Cette affection est fréquente et grave.

Aux Etats-Unis, the American Journal of Medicine annonce que plus de 11 millions d'Américains en sont touché [10].

Une étude internationale publiée en 2016 dans « Respirology », le journal officiel de la Société de pneumologie de l'Asie et du Pacifique, estime que la population mondiale atteint le nombre de 7,3 milliards de personnes atteintes en 2015 et que le nombre de maladies chroniques liées au vieillissement et au tabagisme continuera d'augmenter. [11]

En effet, l'OMS prévoit qu'en 2030, la BPCO deviendra la troisième cause de mortalité dans le monde [12].

La maladie s'accompagne de nombreuses comorbidités selon les cas [13] : insuffisance cardiaque, diabète, ostéoporose, dénutrition, obésité, troubles du sommeil, dépression, cancers pulmonaires.

Le terme "multimorbidité" est souvent utilisé pour désigner la coexistence de deux ou plusieurs maladies chroniques, dont aucune n'est considérée comme la maladie primaire. La

multimorbidité est bien souvent associée à un mauvais état de santé avec une qualité de vie diminuée, un état fonctionnel altéré, une santé physique et mentale affaiblie, un risque accru de réadmission à l'hôpital et enfin le décès [14].

La BPCO est couteuse pour le système de santé, notamment pour son suivi pluridisciplinaire à long terme et les hospitalisations fréquentes qu'elle occasionne. En 2015, 100000 hospitalisations ont couté plus de 370 millions d'euros au système de santé [5].

2.1.2 Etiologie de la BPCO :

Si il n'est pas unique, le tabagisme (passif ou actif) est le facteur prédominant dans l'apparition de la maladie : environ 80% des cas de BPCO lui sont attribuables [3].

« 35 millions de Français âgés de 11 à 75 ans ont fumé au moins une fois dans leur vie et 13 millions sont des fumeurs quotidiens », annonce la HAS en 2015 [7].

De plus, l'exposition aux poussières, gaz et produits chimiques en milieu professionnel [15], la pollution intérieure et extérieure [16] ou encore la composante génétique peuvent jouer un rôle dans l'apparition de la pathologie. Dernièrement, des études montrent que des modifications épigénétiques liées au tabac aurait des conséquences auto immunes engendrant une BPCO [17]. Enfin les infections des voies respiratoires inférieures fréquentes au cours de l'enfance peuvent créer par la suite, un terrain propice au développement de la BPCO [18].

2.1.3 Le diagnostic :

Le diagnostic de la BPCO se fait sur l'analyse d'épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR) où le rapport VEMS/CVF < 70% après administration d'un bronchodilatateur définit un trouble respiratoire obstructif [1].

Cependant, la BPCO est pendant longtemps peu symptomatique [6]. De plus, au début de la maladie les premiers symptômes (toux, essoufflement) sont souvent banalisés par les patients.

La classification GOLD [19] est un classement par spirométrie de la sévérité de la BPCO.

Quatre stades sont décrits :

-Le stade 1, ou « léger » est caractérisé par une légère limitation du flux aérien dans les poumons avec un VEMS > 80% de la valeur prédite. Quelques symptômes de toux chronique et d'expectorations peuvent être présents mais pas toujours. A ce stade, l'individu ne sait souvent pas que sa fonction pulmonaire commence à se détériorer.

-Le stade 2 « modéré » se définit par un VEMS entre 50 et 80% de la valeur prédite. Il y a une diminution du flux aérien pulmonaire avec une dyspnée d'effort et plus rarement une toux chronique et des expectorations. C'est généralement à ce stade là que le patient prend rendez-vous chez un médecin car il y a des exacerbations de sa maladie.

-Le stade 3 ou « sévère » est une dégradation importante du flux de l'air avec un VEMS entre 30 et 50% de la valeur prédite. L'individu se plaint d'avoir le souffle court, témoignant d'une dyspnée bien installée et réduisant considérablement les capacités respiratoires à l'effort. Le patient est fatigué et les exacerbations répétées ont un réel impact sur la qualité de vie.

-Enfin le stade 4 qualifié de « très sévère » est une limitation très importante du flux aérien pulmonaire, caractérisé par un VEMS < 30% de la valeur prédite ou un VEMS < 50% associé à une insuffisance respiratoire chronique. L'insuffisance respiratoire peut engendrer une insuffisance cardiaque droite avec des symptômes comme une turgescence jugulaire et des œdèmes aux membres inférieurs [20]. A ce stade, la qualité de vie est considérablement détériorée et les exacerbations peuvent mettre en jeu le pronostic vital.

2.1.4 Les outils de dépistage

De nombreuses études parlent de l'utilisation de mini-spiromètres électroniques (NEO-6 ® ou PiKo-6 ®), des débitmètres électroniques permettant le dépistage d'un trouble ventilatoire obstructif [21]. Ce sont des outils simples et plutôt fiables de détection de la BPCO, optimisant l'orientation précoce vers la spirométrie et les interventions précoces et ciblées de la maladie [22].

Ces appareils mesurent le VEMS / VEM6 (Volume Expiré Maximal à la première Seconde sur le Volume Expiré Maximal à 6 secondes) [14]. Le VEM6 est une estimation fiable de la capacité vitale forcée tout en étant plus simple et moins onéreux à réaliser qu'une EFR.

La mini-spirométrie permet d'évaluer facilement la nécessité d'explorations spécialisées.

En revanche, l'utilisation d'un mini-spiromètre nécessite une formation du professionnel de santé pour s'assurer de la fiabilité du résultat. Leur principale faiblesse reste l'absence de visualisation de la courbe débit volume, qui permet de contrôler la bonne réalisation du test.

Mien I et Piellard P. ont conclu dans leur revue systématique de la littérature [23] que les mini-spiromètres avaient une grande spécificité et sensibilité, se majorant lorsqu'on les combine avec le COPD Diagnostic Questionnaire (CDQ).

L'intérêt des questionnaires, dont les contenus sont souvent semblables (tabagisme, facteurs de risques professionnels, dyspnée, toux, expectoration chronique, sibilants) est de « débanaliser » les symptômes souvent minimisés par les patients et les médecins [24].

Détecter les cas de BPCO par un dépistage des symptômes que les patients ne perçoivent pas eux-mêmes est une stratégie utilisée. Par la suite, la spirométrie permet de poser le diagnostic [25].

D'après une étude transversale en médecine générale Australienne [26], le CDQ ne fait pas de distinction précise entre les patients atteints et non atteints de BPCO pour être utilisé comme outil de diagnostic chez les patients présentant un risque accru d'avoir la maladie.

En revanche, le CDQ peut servir d'outil de pré sélection de patients pour la spirométrie.

Couplé à d'autres outils, le CDQ devient très intéressant dans le dépistage de la BPCO.

En 2016 [27], la HAS met en ligne des outils pour aider les professionnels de santé à organiser le parcours de soins des patients, dont un auto-questionnaire de dépistage de la BPCO datant de 2014. Il permet en 5 questions de déceler les principaux signes d'alerte de la BPCO (la toux, la fréquence des épisodes de dyspnée et l'exposition au tabac) [28].

Ce questionnaire est lui aussi un moyen de sélectionner les patients à risque nécessitant un approfondissement du médecin par spirométrie ou EFR.

2.1.5 La prise en charge dans le système de santé :

Le « *department of health and human services of the USA* » a rapporté en 2015 qu'il y a autant, si ce n'est plus de personnes atteintes d'une BPCO non diagnostiquées que de personnes atteintes diagnostiquées [29].

De plus, les organisations Françaises traitant de pneumologie (la Fondation du Souffle, la Fédération Française de Pneumologie, l'Association BPCO, la FFAAIR) estiment aujourd'hui que 2 patients atteints de BPCO sur 3 ne sont pas dépistés ce qui retarde un contrôle précoce de l'évolution de la maladie et de sa prise en charge [5]. Une étude italienne de 2018 montre que le manque de précision dans le diagnostic de la BPCO a entraîné 13 % de surdiagnostics et 59 % de sous-diagnostics [30].

Selon l'Inserm, la mortalité associée à la maladie stagne malgré les progrès de la prise en charge, en raison d'un sous-diagnostic ou de diagnostics trop tardifs [3].

Le Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) publie un rapport en 2020 où il annonce qu'il continuera à travailler avec les dirigeants nationaux et les professionnels de santé intéressés pour attirer l'attention des gouvernements, des responsables de la santé publique, des travailleurs de la santé et du grand public sur la BPCO afin de les sensibiliser et de développer des programmes de détection précoce, de prévention et de gestion de la maladie [6]. Les notions de détection précoce et de prévention sont aujourd'hui bien au cœur du sujet de la prise en charge de la BPCO.

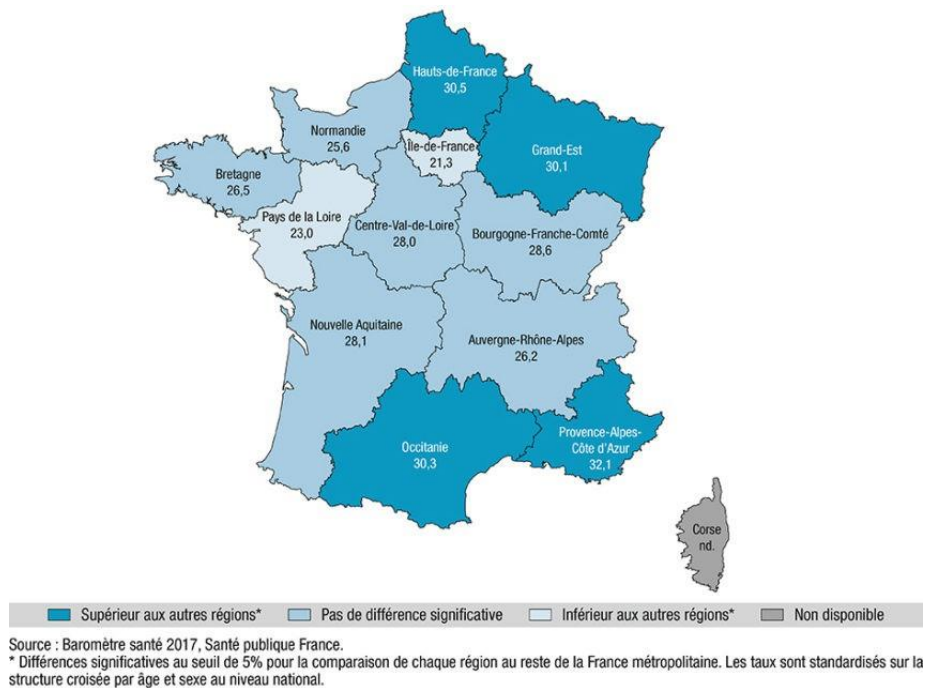
Cependant, plusieurs publications traitent de la difficulté qu'ont les médecins généralistes à réaliser une détection précoce de cette maladie [4][31].

En effet, il y aurait une absence de signes cliniques spécifiques au stade précoce, une présentation trompeuse de la pathologie respiratoire et d'autres pathologies pouvant être associées avec un tableau clinique similaire [31].

Face aux difficultés énoncées, il est de plus en plus indiqué que tous les professionnels de santé participent à la détection précoce de la BPCO.

2.1.6 : En région PACA :

Peu de chiffres sont sortis sur la proportion de BPCO dans la région PACA, mais nous savons que près de 1/3 de la population âgée de 18 à 75 ans fume régulièrement du tabac, soit 1,2 million de personnes. La région détient 32,2 % de fumeurs réguliers contre 26,9% en France [32]. « La région Paca se distingue par des inégalités sociales et de santé particulièrement marquées et par des consommations d'autres substances psycho-actives supérieures au niveau national » précise l'Agence régionale de la santé.



2.2 La prévention

2.2.1 Définition

La notion de prévention décrit l'ensemble des actions, des attitudes et des comportements qui tendent à éviter la survenue de maladies ou à maintenir et améliorer la santé [33].

Sont classiquement distinguées la prévention primaire qui agit en amont de la maladie (comme la vaccination et les actions sur les facteurs de risque), la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution (les dépistages), et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence [34][35].

2.2.2 Le dépistage

Selon l'OMS [36], le dépistage consiste à identifier à l'aide de tests systématiques et standardisés, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue. Ils n'ont pas pour objet de poser un diagnostic.

Dans la mesure où il permet de détecter une atteinte ou la présence de facteur de risque, le dépistage trouve toute sa place au cœur de la prévention secondaire, dans un but de promouvoir la santé. [18]

En effet, « la promotion de la santé vise à donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Elle vise notamment à réduire les inégalités en apportant au plus grand nombre des actions d'informations sur les déterminants d'une bonne santé, la systématisation d'un dépistage précoce des maladies chroniques. » [37]

2.3 Les compétences du kinésithérapeute dans le domaine de la prévention

2.3.1 Code de la Santé publique :

Selon le code de la santé publique, « La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement » [38].

2.3.2 Le référentiel de compétences des Masseur-Kinésithérapeutes

Ce référentiel invite les MK à réaliser des actes de prévention et de dépistage dans leur pratique [8] :

L'arrêté relatif au diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute du 2 Septembre 2015 définit la compétence 3 : « Prévention et dépistage, conseil, expertise, éducation thérapeutique et santé publique ». Elle invite à élaborer et organiser des actions de prévention, dépistage, conseils et des formations de populations cibles en lien avec les priorités de la santé publique.

Le MK peut concevoir, choisir et utiliser des outils pédagogiques adaptés ainsi que gérer l'information et les documents nécessaires au suivi de la maladie, particulièrement dans le cadre de maladies chroniques. Il accompagne par des techniques de communications appropriées, le patient et/ou son entourage vers des changements de comportement, de mode de vie et d'habitude en prenant mieux en compte sa santé.

De plus, le MK possède un bagage de connaissances physiologiques, physiopathologiques et cliniques dans le domaine de la pneumologie. Il est amené à voir les patients en situation d'activité physique et peut donc facilement repérer un essoufflement anormalement élevé pour un effort modéré. Le MK est un professionnel de santé, qui par son approche empathique et son attitude de compréhension peut désamorcer l'aspect anxiogène de ce genre d'action et en optimiser l'efficacité. Enfin, un MK possède la compétence pour réaliser un BDK qui peut être

l'outil de communication privilégié de cette action de dépistage vers le médecin traitant, avec le consentement éclairé du patient. [9]

2.3.3 Les recommandations de la HAS

Pour la HAS, « les professionnels de santé doivent penser à la BPCO y compris chez l'adulte jeune » et poser la question des facteurs de risque, notamment sur le tabagisme (actif et passif), l'inhalation ou non de cannabis, l'exposition professionnelle ou domestique à des toxiques ou des irritants (silice, poussières de charbon, poussières végétales, moisissures) [7].

Le professionnel de santé a pour rôle de penser à la BPCO chez tout fumeur, sans qu'il n'y ait pour autant de symptômes ou de signes physiques car ceux-ci apparaissent à une phase tardive [4].

La découverte de la maladie peut se faire lors d'un suivi d'une bronchite chronique ou en cas d'apparition d'un des symptômes de la BPCO, identifié par le médecin ou par d'autres professionnels : pharmacien, infirmier(e), kinésithérapeute.

Un seul de ces signes doit faire évoquer une BPCO et engendrer un bilan plus approfondi [1] : toux et expectoration chronique (> 2-3 mois) ; dyspnée persistante, progressive, apparaissant ou s'aggravant à l'exercice ou au détour d'une bronchite ; exposition à un facteur de risque décrit ci-dessus ; diminution du débit expiratoire de pointe ou du VEMS.

Les trois éléments cités ci-dessus induisent une contribution attendue des MK dans le dépistage précoce de la BPCO.

2.4 Le questionnaire préliminaire à l'attention des MKL :

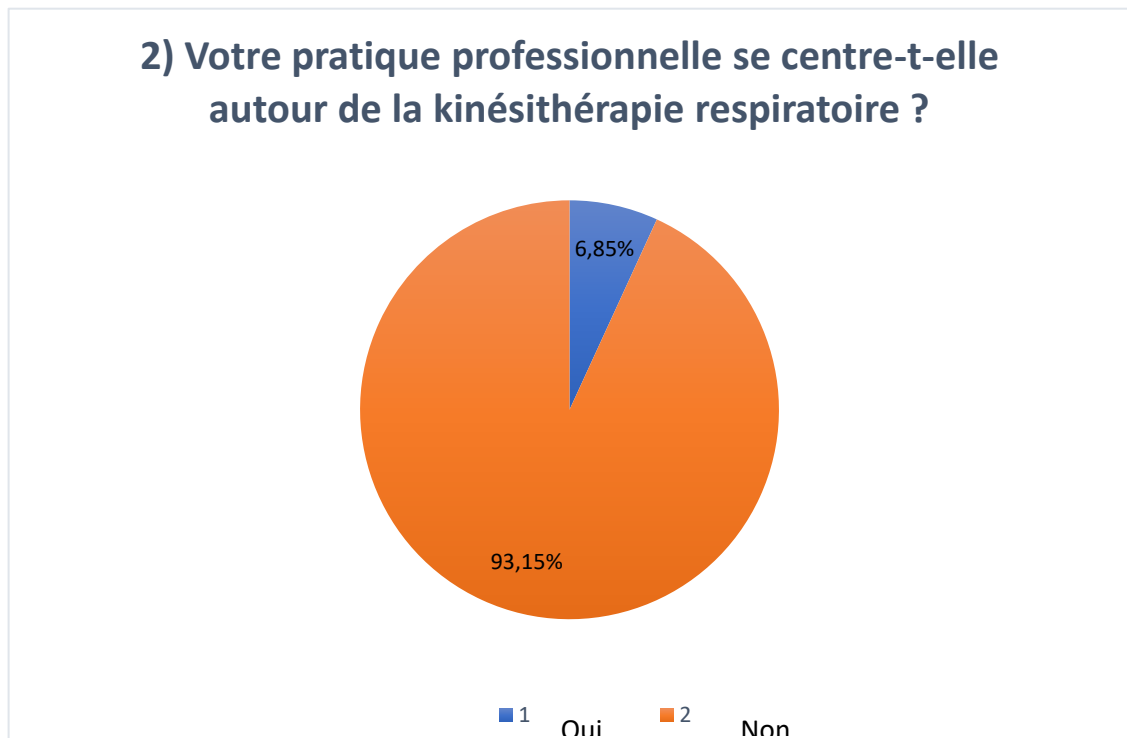
Un questionnaire préliminaire sans ciblage de population, distribué largement sur les réseaux sociaux, nous a permis d'avoir un premier aperçu de ce qu'ils pensent de l'aide au dépistage de maladies respiratoires chroniques liées au tabac.

L'enquête préliminaire se trouve en Annexe 1.

La question 1) était « En quelle année avez-vous eu votre diplôme ? »

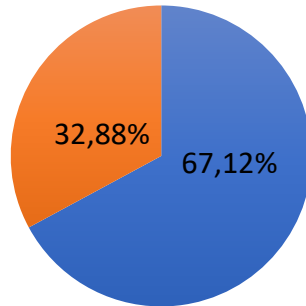
Sur 74 répondants, 40 sont des kinésithérapeutes diplômés les 5 dernières années, soit 55% de la population étudiée. Le reste s'étend de 2014 à 1980. Ce chiffre s'explique par le fait que le questionnaire n'a pu être distribué que sur les réseaux sociaux et qu'une majorité des utilisateurs sont plutôt jeunes.

Les résultats aux questions suivantes sont présentés par les diagrammes circulaires ci-dessous :



Une majorité des répondants n'ont pas leur pratique centrée autour de la kinésithérapie respiratoire. Pour la suite des statistiques, nous prendrons en compte uniquement la population ayant une pratique kinésithérapique libérale « généraliste », soit 93,2% de l'échantillon ayant répondu au questionnaire.

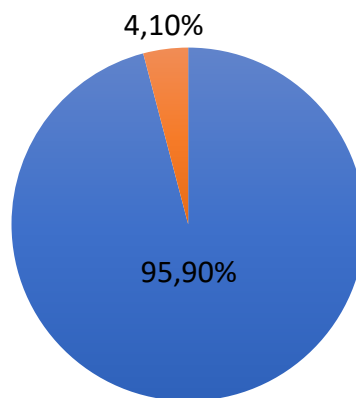
3) Selon vous, les kinésithérapeutes se sentent-ils concernés par la mise en place d'actes de sensibilisation et de dépistage ?



■ 1 Oui ■ 2 Non

La question 3) met en relief le fait que pour 67% des kinésithérapeutes de l'échantillon, les MK libéraux se sentent de manière générale concernés par la sensibilisation et le dépistage dans leur pratique.

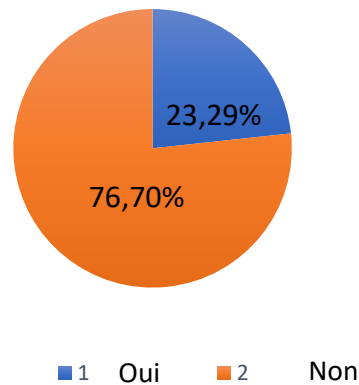
4) Diriez-vous que la BPCO dans la population générale, est une pathologie (cochez une proposition) :



■ 1 complètement méconnue et assez mal connue ■ 2 Bien connue

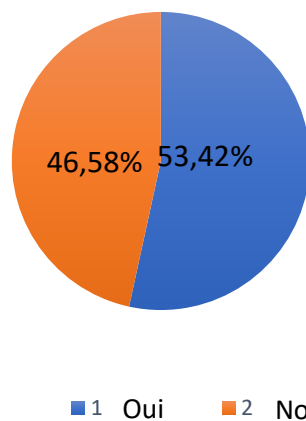
Ici nous avons rassemblés les items « complètement méconnue » et « assez mal connue ». Environ 96% des MK pensent donc que la BPCO n'est pas connue dans la population générale.

5) Dans les bilans des 100 derniers patients toutes pathologies confondues, avez-vous systématiquement questionné leur statut tabagique ?



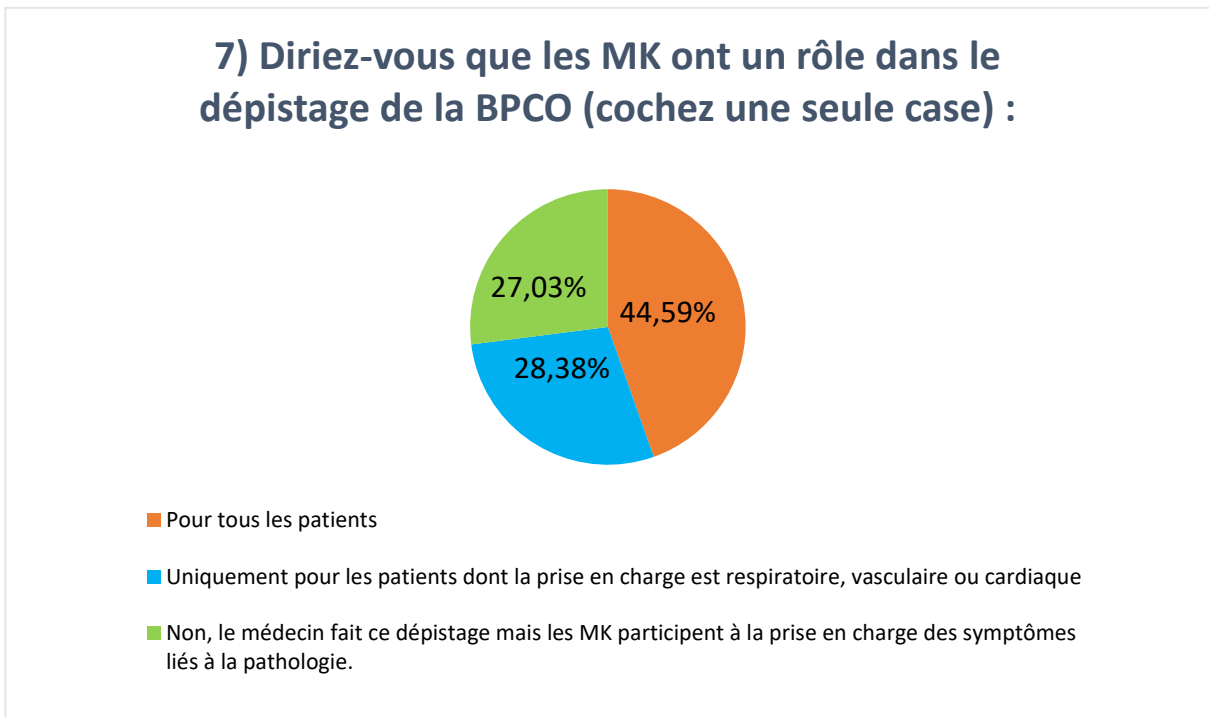
A la 5^{ème} question, environ un quart des MK libéraux questionnent systématiquement le statut tabagique de leur patient. Environ 77% ne le font pas.

6) Vous sentez-vous impliqués dans le dépistage d'une possible maladie respiratoire chronique liée au tabac chez vos patients ?



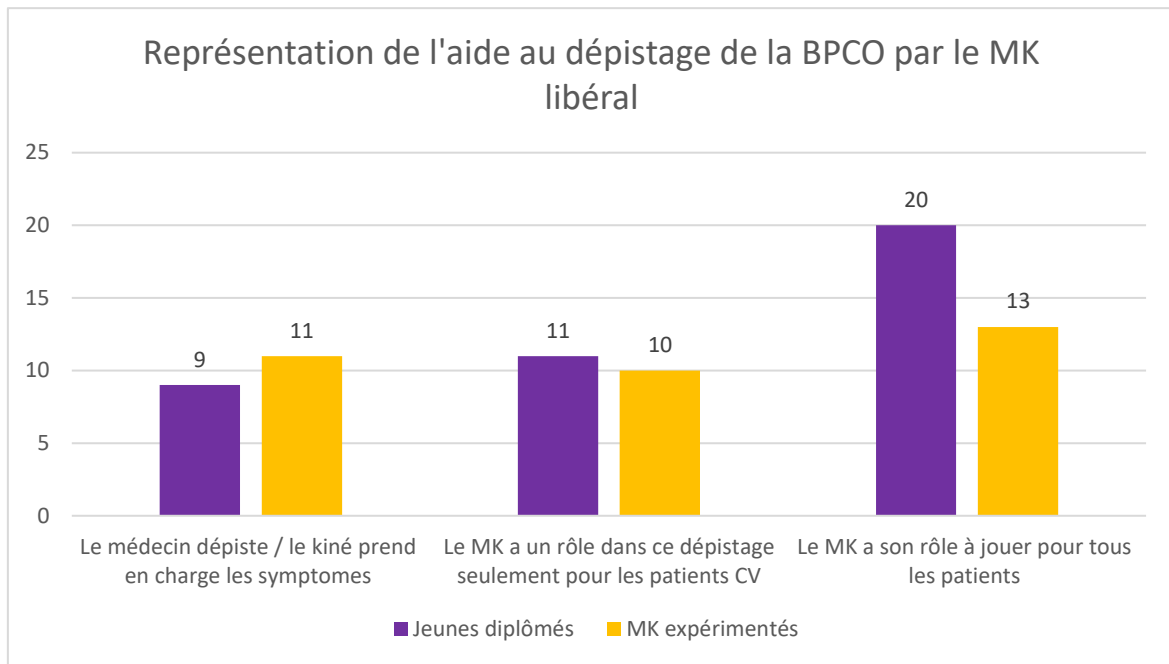
Pourtant, à la question 6), environ la moitié des kinésithérapeutes dit se sentir impliquée dans le dépistage d'une possible maladie respiratoire chronique liée au tabac chez leurs patients. Les résultats retrouvés aux questions 5 et 6 sont discordants : 76% ne questionnent pas

systématiquement le statut tabagique dans leur bilan mais 53% se sentent impliqués dans le dépistage d'une maladie respiratoire chronique liée au tabac.



Enfin, lorsque l'on questionne directement les MK libéraux à propos du dépistage de la BPCO, un peu moins de la moitié des répondants (environ 45%) dit que les MK ont un rôle dans le dépistage de la BPCO. L'autre moitié est divisée : 28% répondent que le MK joue un rôle dans le dépistage de la BPCO uniquement pour les patients dont la prise en charge est cardio respiratoire, tandis que pour 27%, c'est au médecin de faire le dépistage, le MK participe seulement à la prise en charge des symptômes liés à la BPCO.

Nous avons cherché à savoir si l'année d'obtention du DE et donc le nombre d'années d'expérience jouait sur la vision qu'a le MK du pré dépistage de la BPCO et du rôle qu'il peut jouer. Pour ce faire, nous avons déterminé le seuil jeunes diplômés/ MK expérimentés à 5 ans d'activité après le diplôme [39]. L'histogramme ci-dessous illustre la façon de penser des MK en fonction de leur l'ancienneté :



Nous cherchons ici à mettre en évidence l'influence de l'ancienneté et les années d'expérience du MK sur sa façon de percevoir le pré dépistage de la BPCO.

Afin de croiser ces données qualitatives et de montrer ou non une dépendance entre les deux variables, un test du Chi 2 est utilisé.

Nous démarrons avec l'hypothèse suivante :

Soit H0 : La représentation du pré dépistage de la BPCO est indépendante de l'ancienneté du MK.

Soit H1 (rejet de H0) : La représentation du pré dépistage de la BPCO est dépendante de l'ancienneté du MK.

Les variables qualitatives sont les suivantes :

Variable indépendante : L'ancienneté du MK.

Variable dépendante : La représentation du pré dépistage de la BPCO.

	Penser que le MK n'a pas de rôle à jouer dans le dépistage de la BPCO :	Penser que le MK a un rôle à jouer uniquement chez les patients CV :	Penser que le MK à un rôle à jouer pour tous les patients :	Total :
Être un jeune diplômé :	9	11	20	40
Être un MK expérimenté :	11	10	13	34
Total :	20	21	33	74

Le risque alpha est défini à *a priori* à 5%. Il correspond au niveau de risque d'erreur avec lequel l'hypothèse H0 est rejetée [40]. Soit le risque d'établir un lien de dépendance qui n'existe pas entre deux variables.

Le nombre de degré de liberté se calcule selon la formule suivante : (nb lignes-1) x (nb colonnes-1). Il est ici égal à 2.

Grâce à ces deux paramètres, nous pouvons définir la valeur du Chi2 théorique dans la table du Chi2 (annexe 2). Il est de 5,991.

Après l'entrée des données du tableau ci-dessus dans un logiciel de calcul de Chi2 [41], la valeur observée est de 1,254. Si la valeur observée > la valeur théorique, H0 est rejetée : il existe un lien entre les deux variables.

Dans notre cas, $1,254 < 5,991$: la valeur observée est inférieure à la valeur théorique.

H0 est validée : il n'existe pas de lien significatif entre l'ancienneté du MKDE et la manière de se représenter l'aide au dépistage de la BPCO.

L'ancienneté du kinésithérapeute n'influe donc pas sur le fait d'avoir plus ou moins d'intérêts pour le pré dépistage de la BPCO. D'autres facteurs entrent en jeu dans la mise en place ou non de ce genre d'action.

Cependant, sans prendre en compte la date d'obtention du diplôme et donc l'ancienneté du MK, ce questionnaire préliminaire nous permet de voir une différence de représentation du rôle que peut jouer le MK libéral dans le dépistage de la BPCO. Globalement, certains sont d'accord sur

le fait qu'ils ont un rôle à jouer mais ne questionnent pas le statut tabagique dans le bilan, d'autre ne se sentent pas du tout concernés par l'aide au dépistage de la maladie. Certains répondent même qu'ils se sentent concernés par le dépistage d'une maladie respiratoire chronique mais ils laissent le dépistage de la BPCO au médecin généraliste. Les résultats sont confus voire parfois incohérents.

3 La revue de littérature

3.1 La méthode de recherche bibliographique

3.1.1 Organisation de la recherche bibliographique

Pour organiser notre recherche bibliographique, nous utilisons un tableur EXCEL ainsi que le logiciel Zotero.

Dans le tableur EXCEL, nous avons mis les informations suivantes dans chaque colonne : le titre de l'étude ou du document ; le ou les auteurs ; l'année de parution ; le type de document ; le moteur de recherche utilisé ainsi que l'intérêt pour notre mémoire en quelques lignes.

Zotero nous sert à stocker toutes nos références bibliographiques. Celles-ci sont classées grâce à des marqueurs comme : « tabac », « BPCO », « prévention », « dépistage », « freins kiné ». Ces marqueurs sont utiles pour retrouver facilement la référence bibliographique que nous cherchons.

3.1.2 Choix argumenté des mots clés et des synonymes

Pour trouver les mots clefs, nous avons repris la problématique énoncée. Les mots principaux qui s'en dégagent sont : « kinésithérapeute », « prévention », « dépistage » et « BPCO ». Nous avons également ajouté le mot clef « frein » puisque nous cherchons à comprendre ce qui freine ou non les MK à réaliser des actes de prévention, de sensibilisation et de pré dépistage de la BPCO.

Afin d'élargir la liste de nos mots clefs, nous sommes allés sur le dictionnaire des synonymes.

Pour le mot clef « prévention » sont sortis : « prophylaxie », « *prevention* » en Anglais et « *prevencion* » en Espagnol.

Pour le mot « dépistage » il y a « dépister », « déceler » et « découvrir » en Français, « *screening* » « *testing* » et « *tracking* » en Anglais, « *cribado* » en Espagnol.

Enfin, pour le mot « frein » nous avons trouvé « obstacle », « limite » et « opposition » en Français ; puis « *brakes* » « *limits* » « *barriers* » et « *obstacles* » en Anglais.

Pour les mots « kinésithérapeute » et « BPCO » nous avons donc utilisé leur traduction en Anglais : « *physiotherapist* », « *physical therapist* » et « *COPD* ».

3.1.3 Choix argumenté des opérateurs booléens

Une fois les mots clefs identifiés nous avons dans un premier temps cherché sur Google les recommandations professionnelles Françaises et étrangères au sujet du kinésithérapeute et de la BPCO.

Ensuite, nous sommes allées sur le portail terminologique de TermSciences. Nous avons entré tour à tour les mots clefs dans la barre de recherche. Ensuite, nous sommes allés dans l'onglet « Espace documentaire » ou d'autres termes optionnels peuvent être ajoutés. Par exemple, si notre mot clef était « BPCO » nous avons pu ajouter « dépistage » ou « screening ».

Enfin nous cliquons sur les différents moteurs de recherche disponibles dans l'onglet « Web » comme par exemple « Google Scholar » ou « PubMed ».

Une équation de recherche apparaît comme ci-dessous :

("bpc") ("screening" OR "dépistage") ("kinésithérapeute").

Les opérateurs booléens « OR » permettent de mettre plusieurs synonymes du mot clef si le mot clef en lui-même ne suffit pas. Les parenthèses sont considérées comme des opérateurs booléens « AND » et permettent d'associer les mots clefs entre eux.

Nous pouvons donc modifier l'équation de recherche à notre guise si les résultats ne sont pas satisfaisants.

3.1.4 Choix argumenté des bases de données consultées

Nous avons interrogé plusieurs bases de données : « MEDLINE » via PubMed, « Science Direct », « Google Scholar », la « Cochrane Database », ainsi que PEDro et Kinédoc dans le champs spécifique à la kinésithérapie.

PubMed a été choisie pour sa spécialisation scientifique dans le champ de la santé. De nombreux articles traitant de la BPCO y sont publiés.

Science Direct nous propose de nombreuses revues scientifiques et médicales publiées chez Elsevier Masson. De plus, cette base de données produit souvent les articles originaux que l'on peut ensuite retrouver grâce au DOI. Cochrane Database a été consultée pour la qualité méthodologique des études proposées.

3.2 Réalisation de la revue de littérature

Notre recherche a été menée de Mars 2019 à Décembre 2020.

Deux moyens ont été employés. Le premier est celui décrit ci-dessus, avec l'utilisation du portail terminologique et des équations de recherches dans les bases de données.

Les équations de recherches utilisées sont les suivantes :

BPCO AND définition ; BPCO AND épidémiologie ; BPCO AND dépistage ; BPCO AND dépistage AND kinésithérapeute ; BPCO AND médecin généraliste ; COPD AND definition ; COPD AND epidemiology ; COPD AND Guidelines ; COPD AND screening, COPD AND early diagnosis ; COPD AND screening AND general practitioner ; COPD AND screening AND physiotherapist.

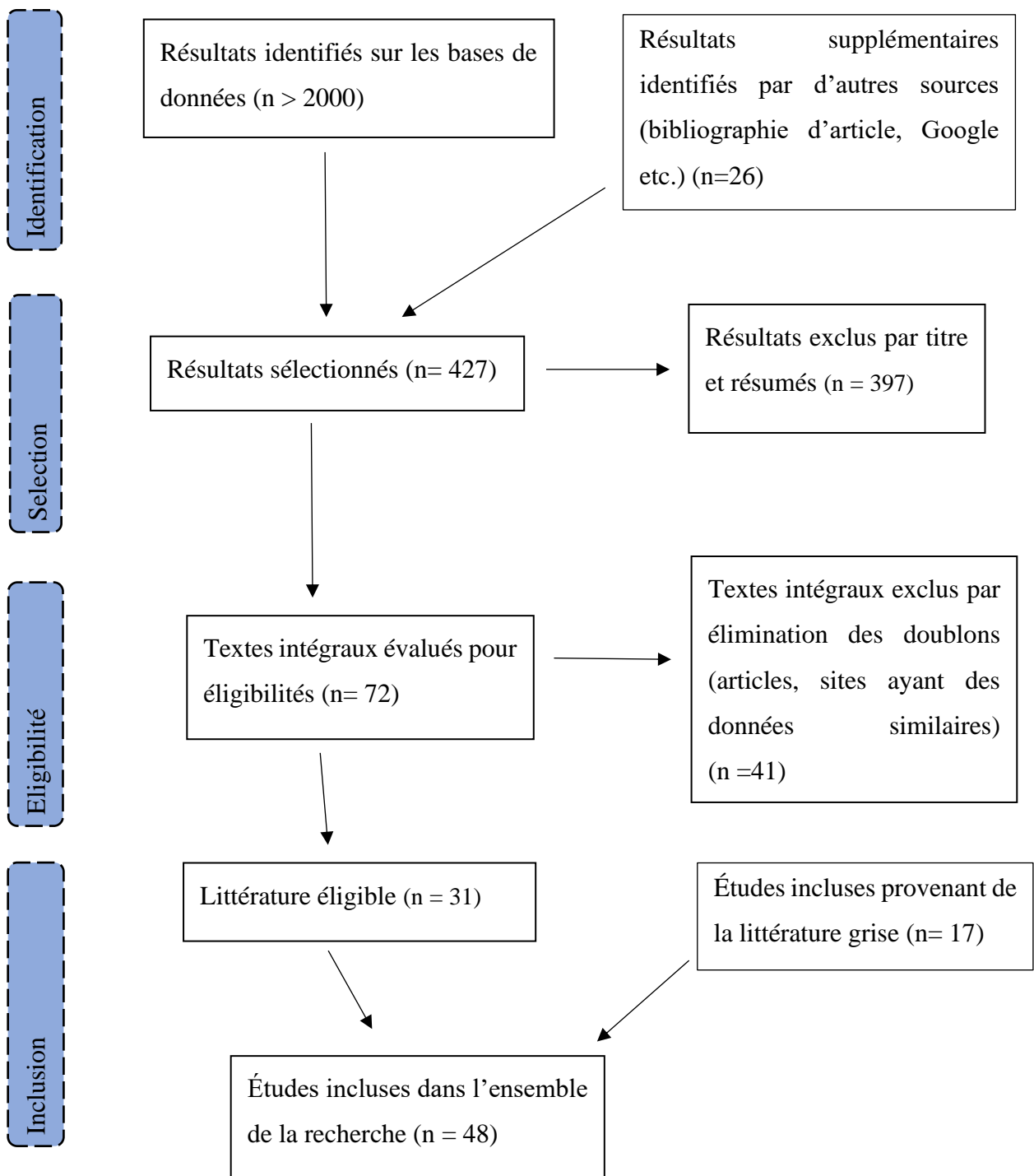
Le second moyen est de regarder la bibliographie des articles trouvés, indiquant ainsi d'autres articles que nous avons intégrés à notre revue de littérature.

Lorsque nous ne trouvons pas de données suffisantes dans les articles scientifiques, nous sommes allés chercher dans la littérature grise. Celle-ci est composée de documents gouvernementaux, de rapports, thèses, billets de blog ainsi que d'articles publiés sur des sites spécialisés comme celui de l'assurance maladie (Ameli.fr), du Conseil National de l'Ordre des Kinésithérapeutes, de l'Agence Nationale de la santé publique, de l'Institut National de Veille Sanitaire, des guides pratiques de la HAS, ainsi que des études publiées dans des revues kinésithérapiques.

La bibliographie a été sélectionnée selon les critères suivants :

- Articles publiés de 2014 à nos jours. Ce choix s'explique par la parution du guide de la BPCO de la HAS en Juin 2014. De plus, nous voulions des données de santé publique récentes ;
- Articles publiés par des groupes ou organismes de la santé, comme la HAS, l'OMS, l'INSERM, le GOLD ;
- Articles sélectionnés sur le titre et l'abstract proposé.

Ci-dessous un diagramme de flux faisant la synthèse de notre revue de littérature (*figure 1*) :



3.3 Conclusion de la revue de littérature

La BPCO est aujourd'hui une maladie difficilement détectable en phase précoce.

Les recommandations internationales préconisent une union de tous les professionnels de santé afin de sensibiliser les patients et de dépister précocement ceux qui sont asymptomatiques.

Les recommandations considèrent que les kinésithérapeutes sont des professionnels de santé qui ont leur rôle à jouer dans cet objectif commun. Cependant, très peu de littérature parle de ce sujet en kinésithérapie.

L'étude préliminaire réalisée par Alexis Bender en 2014 [42] montre qu'une action de dépistage de la BPCO est réalisable en kinésithérapie libérale. Il a pu conclure que pour cela, il était nécessaire d'éduquer le patient et de mieux former les professionnels de santé.

L'étude de G. Rall [43] montre que les actions de promotion de la santé sont peu ancrées dans la pratique kinésithérapique et la prévention s'exerce essentiellement pendant la consultation de kinésithérapie.

Il semblerait donc que ce type d'action soit réalisable en libéral mais non pratiqué.

4 La détection systématisée des risques de développer la BPCO par passation d'un auto questionnaire en kinésithérapie libérale

4.1 La méthode de recherche

4.1.1 La question de recherche

Dans un premier temps, une revue systématique datant de 2016, a été réalisée pour le groupe de travail des services de prévention des Etats-Unis [44]. Cette revue systématique s'intéressait particulièrement aux personnes asymptomatiques, celles chez qui la maladie est présente mais qui ont des symptômes non détectés par le patient ou le clinicien, ou simplement non spécifiques de la BPCO (une dyspnée légère passant inaperçue ou une production isolée d'expectorations par exemple).

L'une des principales questions que les chercheurs se sont posées était de savoir si les questionnaires de présélection permettent d'identifier de manière fiable les adultes asymptomatiques à haut risque de développer une BPCO, c'est-à-dire ceux qui sont plus susceptibles d'obtenir un résultat positif au dépistage.

Ils ont pu identifier trois questionnaires d'aide au dépistage de la BPCO validés en externe, dont le questionnaire de diagnostic de la BPCO ou CDQ [45] (annexe 3). En effet, ce questionnaire auto-administré en huit points, basé sur les symptômes et les facteurs de risque, a été validé en externe dans cinq études de bonne qualité sur la précision du diagnostic (n=3048). Cet outil présente des caractéristiques de performance de test raisonnablement cohérentes pour détecter les BPCO confirmées par spirométrie dans différentes langues et populations. Les principaux préjudices de ce genre de questionnaires découleraient des faux positifs ou des cas manqués.

Dans le cadre de notre étude, la question de recherche est donc la suivante :

L'inclusion systématique chez tous les patients de cinq questions d'aide au dépistage de la BPCO est-il pertinent en kinésithérapie libérale ?

4.1.2 Méthodologie et type d'étude choisie

Afin de répondre à la première partie de notre questionnement, nous avons choisi de quantifier la proportion de patient qu'un cabinet de kinésithérapeutes généralistes pouvait espérer détecter en systématisant l'utilisation du questionnaire HAS. Les résultats obtenus permettront d'en déduire un taux de pré-détection de la BPCO.

Nous avons fait passer le questionnaire validé à l'intégralité des patients de cabinets généralistes volontaires.

4.1.3 Population

Les cabinets libéraux choisis sont ceux ayant une patientèle hétérogène, sans spécificité cardio-respiratoire. De plus, nous cherchons à avoir un grand nombre de patients à qui passer le questionnaire. Il est préférable de cibler les cabinets avec une large patientèle où plusieurs kinésithérapeutes y travaillent.

Les cabinets spécialisés en cardio-respiratoire sont exclus.

4.1.4 Matériel et protocole

Notre étude fait partie d'un projet plus grand mené avec Mlle Bighetti Elisa de l'IFMK Niçois. Notre recherche s'inscrit dans le continuum de la sienne. Son étude, traitant de la vulnérabilité

des patients à risque de développer la BPCO a fait l'objet d'une déclaration d'engagement de conformité MR003 auprès de la CNIL en Décembre 2020.

Le questionnaire de pré détection de la BPCO choisi pour notre étude est celui édité et validé par la HAS en 2014 [28] (annexe 4). Nous avons préféré utiliser ce questionnaire plutôt que le CDQ car il est plus simple d'utilisation en pratique. C'est un court questionnaire de 5 questions binaires « Oui/Non » permettant de savoir si le répondant à un risque de développer la BPCO ou non. Il est simple et rapide d'utilisation en pratique libérale. Il est cependant moins complet que le CDQ et n'a pas fait l'objet de revue systématique internationale.

Pour notre étude, nous l'avons complété de trois questions talon :

- Vous êtes : un homme une femme
- Avez-vous déjà consulté un pneumologue ou un médecin généraliste pour une maladie respiratoire chronique ?
- Avez-vous déjà entendu parlé de la BPCO ?

La question 1) nous permet de voir si on trouve une différence de nombre de personnes à risques entre les hommes et les femmes et si la tendance s'inverse entre les deux sexes, comme nous l'a annoncé la littérature.

La question 2) nous sert de critère d'exclusion des patients. En effet, les patients suivis par un pneumologue pour une maladie respiratoire chronique sont déjà pris en charge pneumologiquement.

La question 3) permet de voir le nombre de personne ayant déjà entendu parlé de la BPCO.

Enfin, les 4) 5) 6) 7) et 8) sont les questions appartenant au questionnaire de la HAS (Annexe 3), à propos de la toux quotidienne, des éventuelles expectorations, de l'essoufflement, de l'âge, de la consommation de tabac et de l'exposition aux gaz, poussières et fumées.

Si le patient à un résultat supérieur ou égal à trois réponses « OUI » sur cinq, il est à risque de développer la pathologie.

Notre but est donc de calculer le nombre de patients ayant un résultat positif afin de déterminer un taux de détection. Ce taux de détection mettra en valeur la pertinence de questions systématisées pour tous les patients ainsi que la place du MK dans l'aide à la détection précoce de la BPCO.

Pour ce faire, nous avons sollicité les cabinets généralistes de la ville de Nice et ses alentours, possédant plus de 3 kinésithérapeutes y exerçant à temps plein. Nous avons pu avoir la contribution volontaire de 6 cabinets de groupe.

Avec l'accord du patient (annexe 5), nous lui faisons remplir le questionnaire à chaque fin de séance. Ensuite, nous prenons cinq minutes pour parler avec le patient de son résultat au questionnaire, lui expliquer le problème de santé publique qu'est la BPCO, les causes de la maladie, les symptômes, ce qui est conseillé de faire si on a un résultat positif et ce que fait le kinésithérapeute dans la prise en charge de la BPCO. Nous avons pour cela confectionné un prospectus d'information destiné aux patients (annexe 6).

4.2 Les résultats

Nous avons distribué 109 questionnaires dans 5 cabinets libéraux de Nice et ses alentours.

Sur 109 patients, 7 ont été exclus pour avoir répondu « Oui » à la deuxième question « Avez-vous déjà consulté un pneumologue ou un médecin généraliste pour une maladie respiratoire chronique ? »

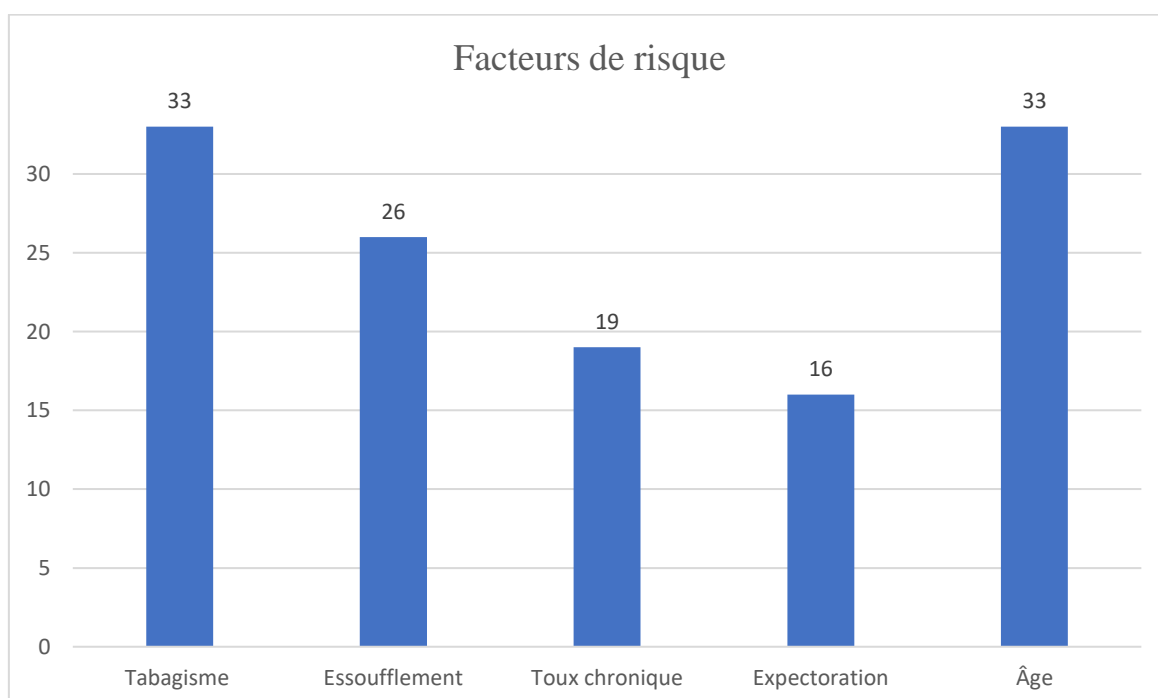
19 patients sur les 102 restants ont entendu parlé de la BPCO, soit 18,6%.

81,4% n'ont jamais entendu parlé de la BPCO.

Dans notre échantillon, 91 patients sur 102 étaient âgés de plus de 40 ans.

Sur 102 patients inclus dans l'étude, 34 ont un score supérieur ou égal à 3 réponses positives sur 5 au questionnaire de la HAS ce qui signifie que 33,3% de la population interrogée est à risque de développer une BPCO.

Sur les 34 patients à risque, 13 sont des hommes et 21 sont des femmes.



Les facteurs de risque les plus souvent rapportés sont : le fait de fumer ou d'avoir fumé (passif et/ou actif) à 97% et la sensation d'être rapidement essoufflé à 76,8% (26 patients sur 34). Ensuite, 19 patients décrivent une toux quotidienne, soit 55% de l'échantillon. Enfin, l'expectoration est présente pour 16 d'entre eux, soit 47%.

97 % des patients à risques ont plus de 40 ans. Un seul patient à risque avait 36 ans.

4.3 La discussion

Pour rappel, nous cherchons à avoir un taux de pré détection potentiel de la BPCO si les kinésithérapeutes posaient systématiquement cinq questions à leurs patients.

D'après nos résultats, 33,3% d'une patientèle de MKDE libéraux généralistes a des facteurs de risques de développer la maladie. Soit une personne sur trois.

Une étude Française de 2015 montre la prévalence de TVO sur les populations de Lille et Dunkerque. Cette prévalence varie entre 9,5% et 16% selon la ville. [46]

Le résultat trouvé dans notre étude semble montrer que la population des patients fréquentant les cabinets de MKL généralistes est plus « à risque » de développer la BPCO que la population générale.

Lors de la passation individuelle du questionnaire HAS aux 109 patients, nous avons parfois du donner des explications en cas de difficulté de compréhension. Un certain nombre d'entre eux minimisaient leurs symptômes. Nous avons par exemple entendu : « non, moi je tousse très peu. Un peu tous les matins en fait » ou encore « j'ai fumé 5 ans quand j'étais jeune, c'était il y a bien longtemps ! Mais j'avalais pas la fumée. »

D'autres patients voulaient clarifier certains items du questionnaire comme « la toux grasse, c'est tous les jours ou de temps en temps ? »

Pour ce faire, les questions orales étaient à chaque fois formulées comme ceci :

« Toussez-vous souvent, un peu tous les jours ? » ; « Est-ce que cette toux est souvent grasse, ramenant des crachats ou glaires ? » ; « est ce que vous vous sentez facilement essoufflé, par exemple en marchant dans le rue ou en montant un étage d'escalier ? » ; « quel âge avez-vous ? » et « est ce que vous fumez ou avez fumé ? ». Suivant la réponse à la dernière question nous demandions « vous avez des personnes de votre entourage qui ont fumé ou qui fument souvent à côté de vous ? » ainsi que «vous avez exercé ou exercez toujours un métier où vous êtes exposés à des gaz, fumées, vapeurs, petites particules ? »

Le questionnaire HAS, bien qu'il soit validé ne présente aucune étude témoignant de sa sensibilité et spécificité. Pour rappel, la sensibilité d'un test est sa capacité à détecter le plus de malades possibles et ainsi éviter les faux négatifs. La spécificité détermine plutôt la capacité du test à ne détecter que les malades pour avoir le moins de faux positifs possibles.

En vue du nombre élevé de patients positifs à ce questionnaire, nous pouvons nous interroger quant à sa spécificité. Nous avons choisi ce questionnaire validé par rapport à sa simplicité d'utilisation par les patients et les professionnels. Cependant, il aurait été intéressant d'étudier les résultats sur une plus grande population et à plus long terme. Après nos conseils et réorientations auprès des patients à risque il serait intéressant d'analyser leur comportement post prévention et de voir si le pneumologue a pu investiguer la présence d'un TVO.

En effet, il nous a semblé que certaines personnes positives au questionnaire de la HAS étaient moins à risque de développer la BPCO que d'autres.

Cependant, même si quelques faux positifs sont présents dans les 33 à risques, nous avons un taux de pré détection non négligeable par le kinésithérapeute libéral.

En vue du nombre de patients à risques de développer la BPCO, il paraît intéressant que le MKDE libéral inclut systématiquement dans sa prise en charge quelques questions au sujet du tabac ou de l'essoufflement éventuel du patient.

Il peut de cette manière jouer un rôle de sentinelle, sensibilisant au sujet de la BPCO et orientant le patient vers le médecin généraliste et le pneumologue.

4.4 Conclusion de la première partie

Les facteurs de risque les plus faciles à connaître par le kinésithérapeute sont la consommation de tabac ainsi que l'âge du patient.

Le symptôme le plus visible chez le patient est son essoufflement. La toux grasse est plus difficile à voir de prime abord.

Le MKDE est donc en mesure de pouvoir détecter certains signes et approfondir par une ou deux questions afin de réorienter vers un spécialiste. Dès qu'un patient se présente au cabinet, qu'il a la quarantaine ou plus, qu'il fume et qu'il est essoufflé, le MKDE devrait pouvoir se poser la question de la BPCO. Même si les cinq questions du questionnaire HAS ne sont pas totalement spécifiques de la pathologie, il nous paraît intéressant que le MKDE puisse les poser systématiquement à tous ses patients, car beaucoup ont des symptômes respiratoires, même

minimes. L'avis d'un pneumologue sera nécessaire si des symptômes comme la toux, l'essoufflement et l'expectoration sont présents de manière chronique.

Il nous paraît maintenant important de comprendre ce qu'il se passe réellement sur le terrain pour expliquer les motifs de la moindre utilisation de cet outil de dépistage précoce par les MK libéraux.

5 Les facteurs limitant ou favorisant la mise en place d'acte de pré dépistage de la BPCO par le MK libéral

5.1 La méthode de recherche

5.1.1 La question de recherche

Quelle est la place de la sensibilisation et du dépistage de la BPCO dans la pratique quotidienne du MK libéral ? Quels sont les obstacles qu'il rencontre ?

5.1.2 Méthodologie et type d'étude choisie

Pour cette partie, nous utiliserons une méthodologie qualitative afin de mieux comprendre ce qu'il se passe sur le terrain. En effet, l'enquête par entretien va nous permettre de compléter l'enquête préliminaire réalisée sur les réseaux sociaux (page 2) et de replacer les résultats obtenus dans leur contexte. Les enquêtes exploratoires ont pour but de faire émerger le plus possible les univers mentaux et symboliques à partir desquels les pratiques se structurent. La consigne type de ce genre d'entretien exploratoire est « qu'est-ce que cela représente pour vous ? » [47]

Nous allons donc réaliser des entretiens semi directifs avec des masseur-kinésithérapeutes libéraux dans le but de comprendre la manière dont ils se représentent « l'aide au dépistage de la BPCO par le MK libéral ».

5.1.3 Population

Les MK libéraux inclus, sont ceux nous ayant permis de diffuser le questionnaire HAS à leur patientèle. Ce sont des MK sans spécificité dans le champ cardio respiratoire. Nous rappelons en effet que le critère d'exclusion est d'être un MK libéral ayant une pratique centrée sur la kinésithérapie respiratoire.

5.1.4 Matériel et protocole

Nous avons réalisé 4 interviews semi directifs chez les MK nous ayant permis de divulguer le questionnaire HAS à leurs patients. Nous rappelons que les MK choisis n'ont pas de spécificité dans le champ respiratoire.

Nous allons procéder à une analyse transversale du corpus, afin d'étudier un phénomène préalablement identifié. « L'identification peut être fondée sur une catégorie *a priori*, ou être construite en partant de données. » [48]

[49] : l'analyse thématique consiste à repérer des « noyaux de sens » qui composent l'entretien, « dont la présence ou la fréquence d'apparition pourront signifier quelque chose pour l'objectif analytique final. » La technique utilisée est l'analyse catégorielle : découpage de texte en unités de sens puis classification de ces unités en catégories.

Si la littérature n'est pas abondante sur le sujet précis des Masseur-kinésithérapeutes, elle est en revanche plus conséquente au sujet des facteurs favorisant ou freinant les actes de prévention de la BPCO chez les médecins généralistes. Afin de comprendre le même phénomène chez le kinésithérapeute, nous avons choisi de transposer les apports de la littérature des MG aux MK, tout en nous laissant une opportunité dans nos analyses de laisser apparaître de nouvelles catégories.

Dans un premier temps, nous avons réalisé notre cadre catégoriel *a priori*. Celui-ci est basé sur une revue de la littérature réalisée par Mien et Piellard au sujet des « freins au dépistage de la BPCO par le médecin généraliste » [23]. Les catégories retrouvées sont : les freins liés au médecin généraliste, les freins liés au patient et les freins liés à la pathologie.

Plus précisément, la catégorie « liés au médecin généraliste » comprend [23] [50] [51] :

- Les difficultés logistiques : limite de temps pendant la séance.
- Le manque de connaissances et de compétences : insuffisance de la formation initiale au dépistage de la BPCO. Les symptômes respiratoires ne sont pas assez bien évalués car souvent invisibles et banalisés.

-La perception et les attitudes du MG : le dépistage de la BPCO peut être perçu comme inutile puisqu'il ne permettrait pas d'améliorer le pronostic en l'absence de traitement efficace, et qu'il n'entraînerait ni prise de conscience ni changement de comportement de la part du patient. Certains MG seraient mal à l'aise avec les conseils de sevrage tabagique perçus comme inutiles et nuisant à la relation médecin-patient ; il y aurait même un côté délétère pour le patient, le dépistage étant jugé « anxiogène » et « culpabilisant ». Enfin certains MG ont perçu les activités préventives comme une tâche difficile.

La catégorie « liés au patient » correspond aux [23] [50]:

- Paramètres intrinsèques du patient : statut socio-économique et ethnicité.
- Symptômes respiratoires qui ont tendance à être banalisés et sous déclarés (manque de connaissances de la part du patient).
- Représentations, peurs et intérêt personnels du patient.

Enfin, la catégorie « liés à la pathologie » correspond à [23] [50] [51]:

- La maladie est souvent asymptomatique et lorsque les symptômes sont présents, ils ne sont ni entièrement sensibles ni entièrement spécifiques de la BPCO.
- La pathologie est méconnue du grand public : il y a un manque d'information et d'éducation au sujet de la maladie.

Nous supposons que les catégories de freins/ obstacles citées ci-dessus peuvent être transposables au MK libéral. Nous retrouvons ainsi les catégories suivantes :

- A - Obstacles liés au MK ;
- B - Obstacles liés au patient ;
- C - Obstacles liés à la BPCO.

Nous allons analyser nos entretiens selon la méthode d'analyse de contenu de Laurence Bardin [49], en 3 étapes : La préanalyse, l'exploitation du matériel et le traitement des résultats, l'interprétation.

La pré analyse est la formulation d'hypothèses (« affirmation provisoire que l'on se propose de vérifier ») et « l'élaboration d'indicateurs sur lesquels s'appuiera l'interprétation terminale ». C'est l'étape de la lecture « flottante » du texte qui a été préalablement retranscrite.

Pour nos entretiens, nous utiliserons la transcription selon V. Traverso [48] (annexe 7).

La phase 2, l'exploitation du matériel consiste en un codage du corpus. Le codage « est un processus par lequel les données brutes sont transformées et agrégées dans des unités qui permettent une description précise des caractéristiques pertinentes du contenu » p. 134. Nous allons pour cela choisir nos unités, les énumérer et les mettre dans des catégories.

La troisième étape est l'interprétation grâce à des opérations statistiques. On obtient ainsi des diagrammes, tableaux de résultats mettant en relief les informations apportées par l'analyse.

La question inaugurale de nos entretiens est : Que pensez-vous de la sensibilisation et de l'aide au dépistage de la BPCO par le MK libéral ?

5.2 Les résultats

Nous avons interviewé 4 kinésithérapeutes libéraux, deux femmes et deux hommes exerçant leur profession libérale depuis plus au moins longtemps (de 6 à 40 ans d'expérience).

Lors de l'analyse des entretiens, plusieurs catégories de freins ont été retrouvées dans les discours :

- Manque de connaissances et compétences ;
- Organisation logistique ;
- Vision symptomatique de la prise en charge de la BPCO ;
- Représentation du dépistage de la BPCO ;
- Relation kiné/ médecin/ équipe ;
- Symptômes non spécifiques de la BPCO.

Ces catégories entrent dans notre cadre catégoriel et le complètent :

- Manque de connaissances et compétences : indicateur pouvant entrer dans les catégories A (freins liés au MK) et B (freins liés au patient).
- Organisation logistique : A
- Vision symptomatique de la prise en charge de la BPCO : A
- Représentation du dépistage de la BPCO : A et/ou B
- Relation kiné/ médecin/ équipe : A
- Symptômes non spécifiques de la BPCO : A, B et/ou C (freins liés à la pathologie).

5.2.1 Interview n°1

L'entretien retranscrit se trouve en Annexe 8.

5.2.1.1 Résultats bruts de l'entretien :

Catégories :	Verbatims :
Compétences et connaissances du MK (A) :	<p>« <i>il faudrait (.) qu'on ait un petit questionnaire</i> » (32)</p> <p>« <i>qu'on ait un appui (.)</i> » (32)</p> <p>« <i>qu'on ait un.: soutien</i> » (33)</p> <p>« <i>nous c'est vrai qu'on a jamais eu ce genre de choses</i> » (107)</p> <p>« <i>pour le faire correctement je pense qu'il faudrait une p'tite formation / qu'on nous explique comment l'aborder</i> » (108)</p>
Organisation logistique (A) :	<p>« <i>(.) y'a aussi une histoire de temps (.)</i> » (56)</p> <p>« <i>on est limité par un temps quand même en libéral (.)</i> » (57)</p> <p>« <i>succincts quand t'es en libéral hein \ (2'') pas l'temps</i> » (122)</p>
Représentation de la BPCO en kinésithérapie (A) :	<p>« <i>je pense qu'on est pas du tout (.) enfin (2'') on traite heu des gens qui viennent pour une BPCO</i> » (9-10)</p> <p>« <i>on traite quoi en fait (.) mais ils sont diagnostiqués BPCO</i> » (18)</p> <p>« <i>on va avoir une prescription heu.: de kinésithérapie respiratoire (.) point</i> » (24-25)</p> <p>« <i>tu sens qu'ils sont à risques tu travailles encore PLUS sur la respiration (.) voilà</i> » (89)</p>
Représentation du dépistage de la BPCO (A et B) :	<p>« <i>(3'') pas grand-chose</i> » (7)</p> <p>« <i>J pense que ça pourrait être intéressant</i> » (23)</p> <p>« <i>J pense qu'effectivement ça pourrait p'têtre être intéressant</i> » (31)</p> <p>« <i>il faut faire très très attention</i> » (36-37)</p> <p>« <i>le côté très heu tabou</i> » (40)</p> <p>« <i>donc la personne soit elle va mentir (.) soit ça va lui déplaire</i> » (40-41)</p> <p>« <i>on a une chance sur deux qu'elle ne revienne pas</i> » (41)</p>

	<p>« quand il y a un relationnel qui est établi (.) et que::: voilà ça se passe bien » (44)</p> <p>« c'est pas toujours facile » (45)</p> <p>« il faut faire super attention » (49)</p> <p>« ils le prennent très TRES MAL » (50)</p> <p>« heu la personne elle va s'dire heu (.) elle aura l'impression / qu'on lui a enlevé dix minutes de traitement » (59)</p> <p>« Oui ça peut être effectivement intéressant » (63)</p> <p>« il va dire après « celle-là je viens pour ça elle me rajoute ça » quoi » (72)</p> <p>« J pense que ça peut être intéressant mais (2'') ptetre plus sur un cabinet qui est très branché respi » (92)</p>
Relation MK/MG/équipe (A) :	<p>« le médecin généraliste il le prend mais alors MAL » (75)</p> <p>« TRES MAL » (77)</p> <p>« donc tu téléphones pas pour dire « et attends, t'as pas vu ça » » (87)</p> <p>« Le kiné ostéo lui il doit rencontrer beaucoup moins de problème » (110)</p> <p>« il fait un bilan heu:: vraiment très très complet où il pose quinze mille questions » (111-112)</p> <p>« l'ostéopathe il va aussi bien demander heu « est ce que vous allez bien à la selle » « est ce que vous digérez bien » 'fin tout un tas de de choses » (120-121)</p>

5.2.1.2 Analyse de l'énonciation

La MKDE interrogée pratique uniquement en libéral, dans un cabinet de groupe où travaillent kinésithérapeutes et MKO. Elle a une patientèle hétérogène. Lors de son entretien, elle parle de facteurs entrant dans les catégories « obstacles liés au MK » et « obstacles liés au patient ». D'emblée, lorsqu'on entame le sujet avec la question inaugurale « Pouvez-vous me dire ce que prévention et dépistage des risques de BPCO par le kinésithérapeute libéral signifient pour vous ? » un silence de trois secondes précède sa réponse : « pas grand-chose » (7).

Tout au long de l'entretien, nous comptons 57 « heu » montrant l'hésitation, ainsi que de nombreuses pauses de plus d'une seconde. Les troubles du langage de l'interviewée montrent qu'elle est mal à l'aise avec le sujet.

La MKDE semble au départ troublée par la question inaugurale, puisqu'elle ne répond pas vraiment à la question et parle essentiellement de kinésithérapie respiratoire et de la compétence du MK à savoir différencier les pathologies : « *emphysème BPCO type asthmatique* » (12), faire le « *le tri* » (26).

Dans son discours, la MKDE énonce un manque dans la formation initiale (105-106). Pour pouvoir mettre en œuvre de telles actions de dépistage de la BPCO, il lui faudrait « *un petit questionnaire* », un « *appui* », un « *soutient* » (32-33), ou une « *formation* » (108) pour qu'on lui explique comment faire et comment l'aborder avec le patient.

Ensuite, elle mentionne 3 fois le manque de temps lié à l'activité en libéral (56, 57, 122) : « y'a aussi une histoire de temps », « on est limité par un temps quand même en libéral », « pas l'temps ».

Quatre éléments du corpus montrent la manière dont la MKDE se représente la prise en charge de la BPCO et son dépistage : « *on les traite quoi en fait (.) mais ils sont diagnostiqués BPCO* » (18). Elle prend en charge les symptômes (9-10, 18, 24) mais ne songe pas à la dépister. Elle insiste cependant sur l'importance du rôle de la respiration voire de la kiné respiratoire dans la prise en charge de ses patients (63-64, 89).

Le dépistage de la BPCO ne lui dit « *pas grand-chose* » (7). A 4 reprises elle dit que cela pourrait être intéressant (23, 31, 63, 91), mais elle rajoute que cela passerait mieux dans un cabinet spécialisé en respiratoire (92). Elle dit même que cela passerait mieux si c'était un MKO qui pose les questions car celui-ci fait un bilan « *vraiment très très complet où il pose quinze milles questions* » (110-111).

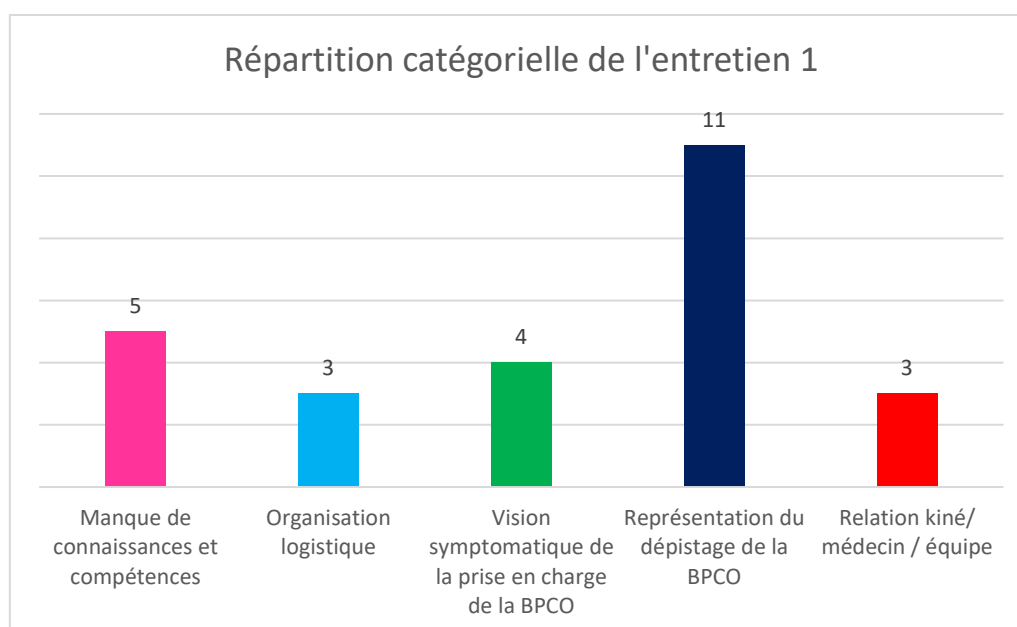
Pour elle, il faut faire très attention en tant que kiné, elle insiste bien sur ce point. Attention à ne pas choquer le patient d'emblée, qui pourrait mal prendre le fait que le kiné lui pose toutes ces questions alors qu'il vient pour un dos par exemple. Elle insiste sur le fait que le tabac est souvent un sujet tabou (40), qui peut déplaire (41) au patient : « *elle va mentir* » (40), « *une chance sur deux qu'elle ne revienne pas.* » (41), « *Ils le prennent très TRES MAL* » (50).

De plus la MKDE énonce le fait que c'est mieux de le faire « quand y a un relationnel qui est établi » même si « c'est pas toujours facile » (44-45). Pour elle, il ne faut pas faire « le truc d'emblée » (53).

D'autant plus que le patient pourrait avoir l'impression que le kinésithérapeute lui prend du temps sur sa séance : « l'impression qu'on lui a enlevé dix minutes de traitement », « puis il va nous dire heu::: quel rapport avec heu ma cheville ou avec mon dos » (59-60)

Enfin elle mentionne la relation kinésithérapeute-médecin. Ici encore il faut faire attention car pour elle, si le kiné appelle le médecin pour lui dire « t'as pas vu ça » il peut le prendre très mal (75, 77, 87). Il lui paraît difficile de dire à un médecin qu'il n'a pas vu quelque chose, ou qu'il s'est trompé.

5.2.1.3 Analyse fréquentielle thématique de l'entretien n°1 :



La catégorie « facteur lié à la représentation du dépistage de la BPCO » est la plus représentée (11 verbatims, soit 42,3% des facteurs évoqués) dans le discours de cette MKDE. En effet, le dépistage ne lui dit pas grand-chose et elle répète plusieurs fois qu'il faut faire attention en pratique. Il y a non seulement le côté tabou du tabac, mais aussi le fait que les patients peuvent mal réagir aux questions qui n'ont pas de rapport direct avec le motif principal de la consultation.

La catégorie « manque de connaissances et compétences » représente 19,2% des facteurs évoqués. Pour la MKDE, il faudrait un soutien (questionnaire) ainsi qu'une formation supplémentaire afin de savoir comment « aborder » le dépistage de la BPCO.

De plus, l'interviewée montre une vision très symptomatique de la prise en charge de la BPCO. Cette catégorie est la troisième plus représentée (4 verbatims). En effet, la kinésithérapeute traite les patients atteints de BPCO où ceux venant avec une prescription de kinésithérapie respiratoire, « point ».

Enfin, les facteurs « organisation logistique » et « relation kiné/ médecin/ équipe » sont tous deux énoncés 3 fois, montrant un manque de temps en libéral ainsi qu'une relation MK / médecin compliquée. Ce dernier peut mal réagir au fait que la kinésithérapeute puisse lui dire qu'il a loupé quelque chose.

5.2.2 Interview n°2

L'entretien retranscrit se trouve en Annexe 9.

5.2.2.1 Résultats bruts de l'entretien

Catégories	Verbatims :
Compétences et connaissances du MK (A) :	<p>« ça implique heu::: (2'') de suspecter ou d'essayer d'être sensibilisé » (14-15)</p> <p>« de suspecter justement heu:: (1'') des (3'') voilà des certains signes / » (15-16)</p> <p>« ça implique justement d'OBJECTIVER / heu:: par certains tests » (17)</p> <p>« j'essaie systématiquement de savoir / (.) heu dès qu'il y a un ptit signe heu (.) qui me met la puce à l'oreille de (.) de voir si heu justement le patient est BPCO / » (29-30-31)</p> <p>« des conseils par rapport à (.) par rapport à l'effort en lui-même » (37)</p> <p>« une éducation thérapeutique » (38)</p> <p>« essayer de mettre en place une prévention soit primaire soit secondaire » (39-40)</p> <p>« peut-être parce que c'est passé inaperçu » (22)</p> <p>« (.) je ne l'ai pas vu » (23)</p>

Organisation logistique (A) :	« <i>c'est ptiere faute de temps</i> » (9) « <i>faute de-de MOYENS heu pas souvent fait</i> » (9)
Représentation de la de la BPCO en kinésithérapie (A) :	« <i>certaine technique comme la-la-la PEP / c'est (.) on peut pas trop le faire chez le patient BPCO</i> » (28-29) « <i>si le patient est BPCO bein ça me ferme pas mal de portes (.) ça m'en ouvre d'autres mais ça m'en ferme pas mal</i> » (31-32)
Représentation du dépistage de la BPCO (A) :	« <i>c'est important / (2'') c'est important / c'est totalement dans nos compétences</i> » (8)
Relation MK/MG/équipe (A) :	« <i>Alors déjà ça dépend si il est sevré ou pas du tabac (rires) (.) et ensuite [heu::</i> » (35) →ne répond pas à la question.

5.2.2.2 Analyse de l'énonciation

Le MKDE interviewé travaille exclusivement en libéral. Il a un cabinet et travaille à mi-temps en clinique. La patientèle qu'il prend en charge quotidiennement est très hétérogène. Lorsque nous commençons l'entretien, le MKDE prend le temps de répéter la question que nous lui posons afin de réfléchir à sa réponse.

Il annonce d'emblée que le dépistage de la BPCO par le kiné est important et qu'il entre « *totalement dans nos compétences* » (8). Il évoque le fait qu'il y a parfois un manque de temps et de moyens (9), mais il insiste sur le fait que c'est important de le faire. De son côté, il essaye de le mettre en place en fonction du patient, s'il a détecté certains « *signes* » (16, 30). Il rajoute aussi que parfois il ne les voit pas (23) ou que les symptômes sont passés inaperçus (22).

L'interviewé nous fait part à plusieurs reprises de ce que le dépistage de la BPCO implique pour lui : « *être sensibilisé* » (15), suspecter certains signes (16, 30-31), « *objectiver* » par des « *tests* » si le patient a une BPCO (17), donner des conseils par rapport à l'arrêt du tabac, à « *l'effort en lui-même* » (37), faire une « *éducation thérapeutique* » (38), « *mettre en place une prévention soit primaire soit secondaire* » (39-40).

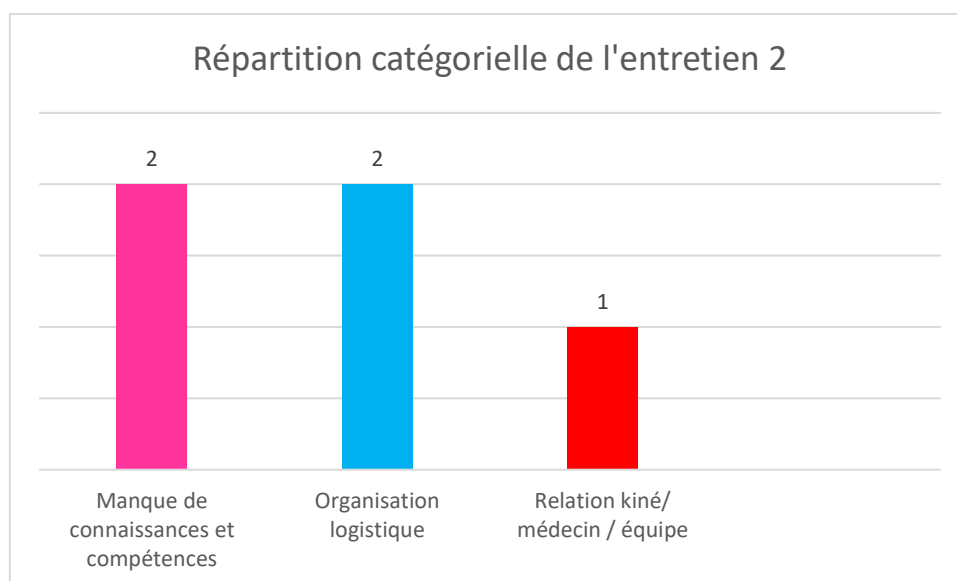
Il appuie le fait qu'il est important de savoir si le patient est BPCO car en clinique, les patients sont souvent alités (26) et qu'en cas d'encombrement bronchique, il préfère savoir s'il y a des signes (30) afin de pouvoir utiliser certaines techniques ou non : « *PEP* » (28).

En effet pour lui, si le patient est BPCO, cela lui « *ferme pas mal de portes* » (31-32).

Enfin, lorsque nous lui posons la question « Si vous voyez qu'un patient est à risque de développer une BPCO, qu'est-ce que vous faites, vous en parlez avec l'équipe en général ? », le MKDE rigole, hésite et bascule sur le sujet du sevrage tabagique. Il parle uniquement de ce qu'il fait dans sa prise en charge kinésithérapique.

Il semble qu'il y ait ici un manque de communication interprofessionnelle.

5.2.2.3 Analyse fréquentielle thématique de l'entretien n°2



Contrairement à la première MKDE, l'interviewé n°2 pose quelques questions au patient lorsqu'il remarque chez lui des signes annonciateurs de BPCO. Malgré le fait qu'il pratique le pré dépistage de la maladie, il énonce quelques obstacles à sa mise en place. Dans son discours, deux catégories ressortent avec deux verbatims chacune : « manque de connaissances et compétences » et « organisation logistique ». En effet, le MKDE annonce que parfois, il ne voit pas les symptômes, que ceux-ci passent inaperçus. De plus, il peut éprouver un manque de temps et de moyens. Enfin la passation d'informations entre le MKDE et l'équipe pluridisciplinaire n'a pas l'air très présente, l'interviewé rit et change de sujet rapidement après avoir énoncé « *ça dépend* » (35).

5.2.3 Interview n°3

L'entretien retranscrit se trouve en Annexe 10.

5.2.3.1 Résultats bruts de l'entretien

Catégories :	Verbatims :
Compétences et connaissances du MK (A) :	<p>« Alors ça oui (.) le tabac (.) » (16)</p> <p>« après c'est sûr que moi je vais leur demander si elles ont fumé » (45)</p> <p>« mais c'est vrai que je leur demande si ils sont suivis par un pneumologue surtout quand heu voilà ils toussent qu'ils crachent ou qu'ils sont essoufflés » (20-21)</p> <p>« on essaye d'élargir un peu » (21)</p> <p>« mais par contre heu pour des problèmes pneumologiques (.) les orienter vers un pneumologue » (28)</p> <p>« pas forcément lors du premier bilan mais au fur et à mesure quoi » (29)</p> <p>« Là j'ai une patiente qui tousse (...) je demande si en même temps on lui a fait heu des radios pulmonaires » (37-40)</p> <p>« ptetre d'avoir un un pour nous aider avoir un ptit questionnaire rapide » (58)</p> <p>« une base quoi » (58)</p>
Organisation logistique (A) :	<p>« pt'être un manque de temps hein » (24)</p> <p>« on a pas beaucoup de temps parce qu'on est en libéral » (24-25)</p> <p>« ton bilan tu le fais au fur et à mesure (.) en même temps que tu soignes sinon tu perds une séance » (52)</p>
Représentation de la BPCO en kinésithérapie (A) :	<p>« pour les post cancers du sein (...) ça va pas être la priorité » (31)</p> <p>« la BPCO ça va pas être la priorité bien sûr » (31-32)</p>

<p>Représentation du dépistage de la BPCO par le MK libéral (A et B) :</p>	<p>« (3'') <i>Oui ça peut être une bonne chose</i> » (6) « <i>c'est p'tête heu être attentive heu:: heu :: aux patients que je reçois</i> » (8-9) « <i>De la kiné respi heu non je n'en fais plus (.) exceptionnellement (.) Ça reste exceptionnel</i> » (13) « <i>pfff non c'est pas forcément le (.) la priorité</i> » (19) « <i>je vais pas forcément faire un dépistage POUR la BPCO</i> » (27) « <i>elle va se dire « elle heu de quoi elle se mêle » enfin tu vois</i> » (34) « <i>elle va dire « mais heu je suis venue pour le sein elle me pose des questions par rapport à::: » tu vois ce que je veux dire</i> » (34-35) « <i>ça vient au fur et à mesure</i> » (37) « <i>Mais tu vois je peux pas dire d'emblée orienter vers la BPCO</i> » (41-42) « <i>la première chose qu'elles ont envi c'est que tu les soulages (.) pas que tu les saoules justement avec tes questions</i> » (53-54)</p>
<p>Symptômes non spécifiques de la BPCO (A et C) :</p>	<p>« <i>en plus ça peut être tellement autre chose !</i> » (42) « <i>Les signes de la BPCO sont pas forcément spécifiques et dans mon cas heu::: j'ai des patientes qui ont des traitements heu:: assez lourds et ça peut aussi être dû à ça</i> » (43)</p>

5.2.3.2 Analyse de l'énonciation

La MKDE interviewée est une kinésithérapeute exerçant en libéral depuis plus de 30 ans. Dans son activité libérale quotidienne, elle prend en charge des patients venant pour des affections périnéologiques, traumatologiques, gériatriques et neurologiques. Cependant, elle possède une importante patientèle venant pour une rééducation post cancer du sein ou post chirurgie.

Dans son discours, la MKDE à l'air sûre d'elle et s'implique dans le discours : elle utilise à 6 reprises le mot « moi », ainsi que 17 fois le mot « je », 4 fois « j'ai » et 2 fois « mon ». Cette

addition de pronoms personnels singuliers nous donne un total de 29 mots, ce qui représente 4,5% de son discours. Le discours est plutôt autocentré.

Cela marque une différence avec les nombreuses répétitions du mot « heu » (21 répétitions) ainsi que les hésitations parfois longues de l'interviewée. D'emblée, le discours de la MKDE est hésitant, elle met trois secondes à répondre « *Oui ça peut être une bonne chose* » (6).

Au début de l'interview, elle ne comprend pas de suite le sujet de l'interview. Comme lors de l'interview n°1, la MKDE nous parle de kinésithérapie respiratoire et non pas du dépistage de la BPCO.

Puis, après plusieurs tentatives d'interview elle finit par dire après une hésitation de deux secondes : « *pfiff non c'est pas forcément le (.) la priorité* » (19). La répétition d'un mot ou d'un thème peut évoquer une importance pour le sujet qui l'exprime. Ici, cette notion de non priorité est énoncée à trois reprises (19, 31, 32). En effet, prenant en charge beaucoup de patientes en post chirurgie du sein, la MKDE rappelle qu'il y a beaucoup de questions à poser (47) et que le sujet de la BPCO ne peut pas arriver d'emblée (41). Elle rajoute que cela ne se fait « *pas forcément lors du premier bilan mais au fur et à mesure quoi* » (27-28). Cette notion est elle aussi répétée trois fois (36, 40, 51-52). De plus pour elle, la première chose que recherche un patient chez le kiné c'est que ce dernier le soulage, « *pas que tu les saoules justement avec tes questions* » (53-54). En effet les patients peuvent mal le prendre : « *elle heu de quoi elle se mêle* » (34) puis « *mais heu je suis venue pour le sein elle me pose des questions par rapport à:::* » (34-35)

Elle insiste donc bien sur le point que cela se fait au fur et à mesure. Dans ce cas-là, la MKDE donne une certaine importance aux questions posées au fil des séances : le tabac (15, 45), le suivi par un pneumologue (19), radios pulmonaires (39-40).

Si elle remarque certains signes, « qu'ils toussent, qu'ils crachent ou qu'ils sont essoufflés » (20-21), « *tousse régulièrement* » (26), « *qui tousse (.) tu l'entends à la voix tout ça* » (37-38), elle ne fait pas de « *dépistage POUR la BPCO* » (27), mais plus pour « *des problèmes pneumologiques* » (28) en général.

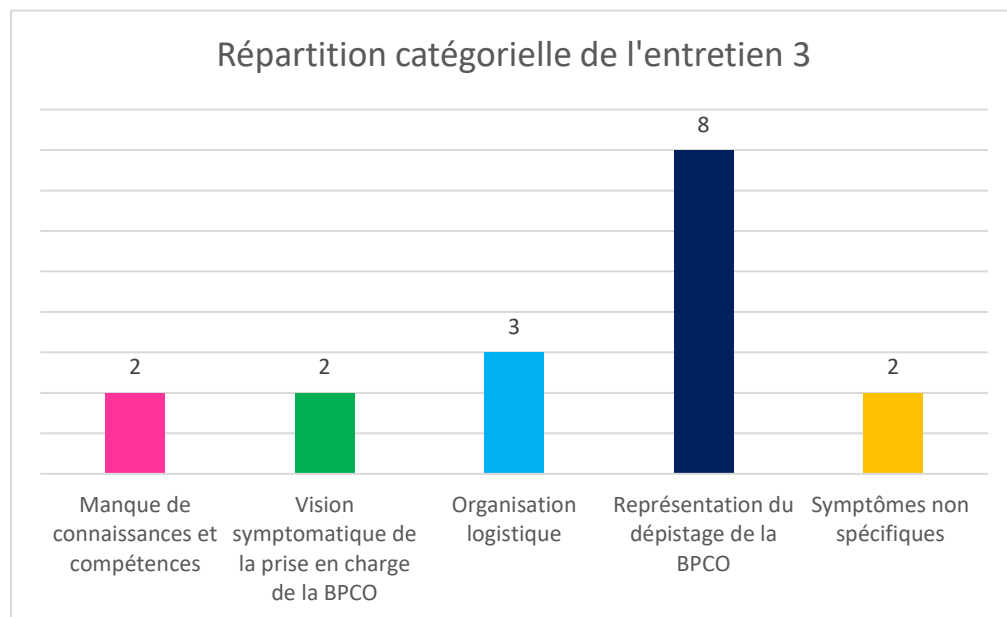
De plus il faut, d'après elle faire attention car « les signes de la BPCO ne sont pas forcément spécifiques » (43). Elle insiste : « *ça peut être tellement autre chose !* » (42)

Enfin, la MKDE énonce à trois reprises le manque de temps en libéral (24, 25, 52). La phrase « *ton bilan tu le fais au fur et à mesure (.) en même temps que tu soignes sinon tu perds une séance* » montre bien que dans sa pratique, elle privilégie le soin avant tout parce que « la

première chose qu'elles ont envie c'est que tu les soulages (.) pas que tu les saoules justement avec tes questions » (53-54).

Pour finir, la MKDE énonce l'idée que ce serait bien d'avoir un « *p'tit questionnaire* » (58), « *une base* » (58) pour les aider dans la mise en place d'un pré dépistage de la BPCO. Cette fin d'interview dénote un manque de formation ou de connaissance sur le sujet.

5.2.3.3 Analyse fréquentielle thématique de l'entretien n°3



Le discours de la MKDE n°3 est davantage tourné vers la représentation qu'elle a du dépistage de la BPCO (8 verbatims, soit 53,3% des facteurs évoqués). Elle énonce à plusieurs reprises que la BPCO ou son dépistage n'est pas la priorité. De plus, il faut faire attention car cela peut déranger les patients qui viennent avant tout pour qu'on les soulage. Pour elle, ce genre de question se pose au fil des séances, pas d'emblée, et elle ne cherchera pas à faire un dépistage de la BPCO spécifiquement mais plutôt de pathologies respiratoires en général.

Ensuite, la MKDE évoque des obstacles liés au temps en kinésithérapie libérale (3 verbatims). La catégorie « manque de connaissances et compétences » est représentée 2 fois : elle énonce un éventuel besoin d'avoir un « questionnaire » ou une base afin de mettre en place ce genre d'action. Elle dit également que les symptômes de la BPCO ne sont pas forcément spécifiques (2 verbatims) et que cela peut être autre chose, comme par exemple une conséquence d'une chimiothérapie. Enfin, au début de l'interview, suite à notre question inaugurale, la MKDE annonce à 2 reprises que non, elle ne fait plus de kinésithérapie respiratoire, que cela reste

exceptionnel. Elle montre ainsi sa vision de la prise en charge kinésithérapique d'un patient BPCO : symptomatique, suite à une prescription de kinésithérapie respiratoire.

5.2.4 Interview n°4

L'entretien retranscrit se trouve en Annexe 11.

5.2.4.1 Résultats bruts de l'entretien

Catégories :	Verbatims :
Connaissances et compétences (A) :	<p>« <i>Ouais c'est vrai que j'y pense pas</i> » (17)</p> <p>« <i>c'est pas trop mon truc la respi</i> » (19)</p> <p>« <i>J'envoie (...) chez des collègues spécialisés</i> » (19-20)</p> <p>« <i>j'y ai pas pensé</i> » (25)</p> <p>« <i>je ne me concentre pas sur les trucs pulmonaires</i> » (29-30)</p> <p>« <i>plus ils s'attachent au kiné (.) plus en fait ils sont ouverts (.) plus ils nous parlent !</i> » (48)</p> <p>« <i>C'est à ce moment qu'on peut avoir plus d'informations et qu'on peut aider</i> » (48-49)</p> <p>« <i>et là on peut agir et pousser dans certaines directions</i> » (50)</p>
Organisation logistique (A) :	<p>« <i>en plus franchement (.) souvent on a pas beaucoup de temps</i> » (30)</p> <p>« <i>on veut faire beaucoup de choses et on est vraiment chronométré</i> » (31)</p> <p>« <i>ma manière de de travailler</i> » (32)</p>
Représentation symptomatologique de la PEC de la BPCO (A) :	<p>« <i>mais si à la base il vient pas pour ce soucis-là, heu voilà on se soucie pas de ça</i> » (45-46)</p>
Représentation du dépistage de la BPCO (A et B) :	<p>« <i>C'est une bonne idée (.) mais dans les cabinets comme ça y'a pas de dépistage de la BPCO</i> » (6-7)</p> <p>« <i>c'est super quoi !</i> » (11)</p> <p>« <i>on le fait jamais quoi !</i> » (11)</p> <p>« <i>j'pense pas que ce soit trop notre rôle quoi</i> » (12)</p>

	<p><i>(pas concerné ?) « dans le dépistage de la BPCO non » (14)</i></p> <p><i>« J’pense que ça peut-être le rôle d’un kiné spécialisé dans la respi plutôt » (18)</i></p> <p><i>« le dépistage comme ça j’en vois pas l’utilité dans mon activité » (25)</i></p> <p><i>« c’est pas pour la BPCO » (24-25)</i></p> <p><i>« ça va les énerver ce genre de questions » (35)</i></p> <p><i>« il est plus jamais revenu ! (.) ça l’a mis mal à l’aise » (38)</i></p> <p><i>« c’est pas la première question qui nous vient tu vois ? » (51)</i></p> <p><i>« c’est une bonne idée d’avoir des clefs pour essayer d’aider à dépister des BPCO en cabinet libéral » (54-55)</i></p> <p><i>« ça peut être pas mal » x2 : (55 et 57)</i></p> <p><i>« faudrait poser des questions quand la relation est établie » (56)</i></p> <p><i>« ptetre pas un questionnaire pour pas être trop formel » (56-57)</i></p>
Relation MK/MG/équipe (A) :	<p><i>« c’est avec parcimonie » (43)</i></p> <p><i>« après si c’est pas ça le médecin il va dire « mais c’est quoi ce kiné qui vous raconte n’importe quoi ? » (43-44)</i></p>

5.2.4.1 Analyse de l’énonciation

Le MKDE est un kinésithérapeute exerçant en cabinet libéral depuis 5 ans. Sa patientèle est hétérogène, très tournée vers les affections locomotrices.

Lorsque nous commençons l’entretien, le MKDE répond d’emblée que le dépistage de la BPCO en cabinet libéral est « *une bonne idée* » (6) mais que dans les cabinets libéraux comme le sien, cela ne se fait pas (7). De plus, lorsque nous lui demandons ce que cela signifie puis impliquerait pour lui dans sa pratique, il hésite, ne comprend pas la question puis finit par redire « *c’est super quoi ! (2’’) on le fait jamais quoi !* » (11). Dans un premier temps, nous voyons qu’il ne sait pas quoi répondre.

Il rajoute que d’après lui, ce n’est pas trop son rôle (12) et qu’il ne se sent pas concerné (14) car il ne fait pas de prise en charge en kinésithérapie respiratoire : « *c’est pas trop mon truc la respi* » (19), « *je ne me concentre pas sur les trucs pulmonaires* » (29-30). Le terme « *trucs* »

montre bien ici que le MKDE n'est pas du tout tourné sur ce genre de prise en charge kinésithérapique.

Il finit par dire qu'il ne voit pas l'utilité du dépistage de la BPCO dans son activité (25) et qu'il n'y pense tout simplement pas (17 et 25). D'après le MKDE, le dépistage de la BPCO est plutôt réalisé par un kinésithérapeute spécialisé en kinésithérapie respiratoire (18).

Pour ce qui est des questions sur la consommation de tabac par les patients, le MKDE s'y intéresse surtout pour des raisons de « cicatrisation » (23 et 24), mais pas « POUR la BPCO » (24-25) ; l'interviewé insiste bien sur ce point-là. Il nous raconte également une anecdote pour nous montrer que ce genre de question peut « énerver » (35) et mettre « mal à l'aise » (38) les patients. Une fois, le patient n'est « plus jamais revenu » (38).

Dans le discours de l'interviewé, nous pouvons également observer une vision symptomatologique de la prise en charge de la BPCO. En effet, si le patient ne vient pas pour une affection respiratoire, le kinésithérapeute ne va pas se soucier de possibles symptômes respiratoires. Pour lui, la BPCO est prise en charge en kinésithérapie si le patient vient pour ça : « mais si à la base il vient pas pour ce souci-là, heu voilà on se soucie pas de ça » (45-46).

A la toute fin de l'interview, le MKDE ajoute que « c'est une bonne idée d'avoir des clefs pour essayer d'aider à dépister des BPCO en cabinet libéral » (54-55) mais qu'il faudrait poser ce genre de question une fois que la relation avec le patient est bien établie (56). D'après lui, ce ne sont pas les premières questions qui lui viennent lors de la première séance (51).

Le MKDE insiste bien sur l'importance de la relation de confiance kinésithérapeute-patient qui s'établit au fur et à mesure : « plus ils s'attachent au kiné (.) plus en fait ils sont ouverts (.) plus ils nous parlent ! » (48), « C'est à ce moment qu'on peut avoir plus d'informations et qu'on peut aider » (48-49), « et là on peut agir et pousser dans certaines directions » (50).

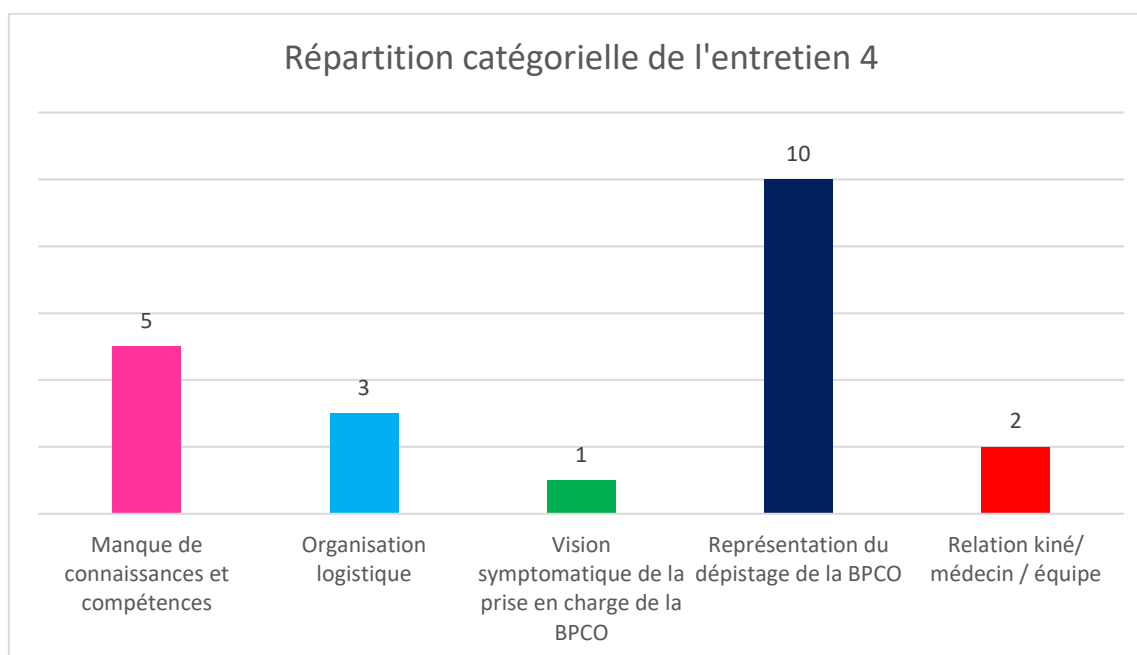
En revanche pour lui, un questionnaire serait « trop formel » (57) mais des questions peuvent « être pas mal » (57).

Le MKDE nous parle également du manque de temps en libéral : « en plus franchement (.) souvent on a pas beaucoup de temps » (30),

« on veut faire beaucoup de choses et on est vraiment chronométré » (31), « c'est aussi ma manière de travailler » (32).

Pour finir, le professionnel de santé fait référence à la relation médecin-kinésithérapeute et donc à la pluridisciplinarité : « c'est avec parcimonie » (43), « après si c'est pas ça le médecin il va dire « mais c'est quoi ce kiné qui vous raconte n'importe quoi ? » (43-44).

5.2.4.2 Analyse fréquentielle thématique de l'entretien n°4



Les obstacles évoqués par le MKDE n°4 sont ici encore centrés sur la représentation qu'il se fait du dépistage de la BPCO : 10 verbatims soit 47,6% des facteurs évoqués. Tout d'abord, l'interviewé n°4 énonce que pour lui, ce n'est pas le rôle du kinésithérapeute d'aider à dépister la BPCO. Il ne se sent pas concerné, d'autant plus que sa patientèle n'est pas du tout tournée « *respi* ». Il ne voit donc aucune « *utilité* » (25) à ce genre de dépistage. Pour lui, poser des questions systématiques afin de dépister la BPCO peut mettre mal à l'aise le patient et ainsi freiner la relation kinésithérapeute-patient et donc la rééducation. Il insiste donc sur le fait de bien établir une relation de confiance avec son patient, et que c'est au fur et à mesure des séances « *5-6 séances* » (46-47) que celui-ci va pouvoir se confier sur d'éventuels autres problèmes de santé.

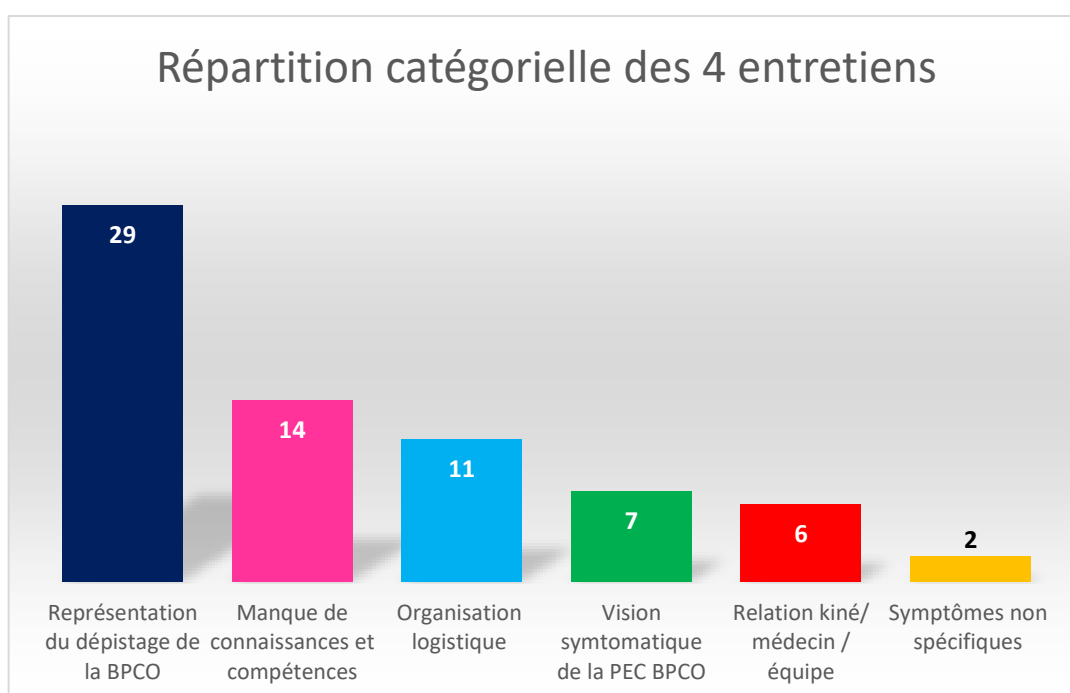
Ensuite, le MKDE évoque des éléments entrant dans la catégorie « manque de connaissances et compétences » (5 verbatims soit 23,8% des obstacles énoncés). Le kinésithérapeute ne pense jamais à la BPCO et/ ou son dépistage, il ne prend pas en charge de patient venant pour des affections respiratoires et montre son désintérêt pour ce champ de la kinésithérapie : « *c'est pas trop mon truc la respi* » (19), « *trucs pulmonaires* » (30).

Sa vision symptomatologique de la BPCO (1 verbatims) montre également un manque de connaissances sur le sujet.

Enfin le kinésithérapeute énonce des freins liés à l'« organisation logistique », en rapport avec le manque de temps en libéral. 3 verbatims du discours entrent dans cette catégorie (14,3% des verbatims en lien avec les freins).

Pour finir, la catégorie d'obstacle « relation kinésithérapeute/ médecin/ équipe » est représentée deux fois. Pour l'interviewé, il faut réaliser ce genre d'acte de prévention avec « *parcimonie* » (43) car si le kinésithérapeute se trompe et inquiète le patient pour rien, le médecin peut mal le voir.

5.3 L'analyse des résultats :



En analysant les résultats, nous remarquons que l'obstacle ressortant le plus chez les trois masseurs-kinésithérapeutes libéraux (MKDE n°1, 3 et 4) ne pratiquant pas de pré dépistage de la BPCO est la manière dont ils se représentent celui-ci (29 éléments rapportés) . Tout d'abord, tous disent que ce genre de dépistage en cabinet libéral pourrait être intéressant mais aucun ne le fait. La MKDE n°1 dit que ce dépistage ne lui dit « *pas grand-chose* », la MKDE n°3 énonce à plusieurs reprises que ce n'est « *pas la priorité* » et le MKDE n°4 montre clairement son désintérêt pour la kinésithérapie respiratoire et tout ce qui s'en rapproche « *c'est pas trop mon truc la respi* ».

Chez les MKDE n°1, 3 et 4, nous retrouvons le même genre d'arguments dans leur discours : ce genre d'acte de dépistage peut brutaliser, choquer, énerver et/ou mettre mal à l'aise les patients. Ces derniers peuvent ne pas comprendre quel est le rapport avec ce pour quoi ils viennent se faire soigner. Les interviewés 1 et 4 annoncent même que le patient peut ne plus revenir par la suite.

Les MKDE n°1, 3 et 4 insistent bien sur l'importance du relationnel avec les patients. Ce genre de question peut être posé au fur et à mesure des séances mais pas immédiatement au premier rendez-vous.

La deuxième catégorie la plus représentée est celle du « manque de connaissances/compétences » (14 éléments). La MKDE n°1 mentionne le fait qu'il faudrait avoir un questionnaire ou même une formation pour pouvoir mener à bien ce genre d'aide au dépistage de la BPCO. Elle rapporte qu'il y a eu un manque de formation initiale à ce sujet.

La MKDE n°3 annonce également le fait que ce serait bien d'avoir une base, un questionnaire. En revanche le MKDE n°2 pratiquant le dépistage énonce que parfois il n'y pense pas ou que les symptômes passent inaperçus. Enfin, le MKDE n°4 dit qu'il n'y pense jamais et qu'il n'en voit pas l'utilité.

La catégorie de frein liée à l'organisation logistique est également bien représentée : 11 éléments rapportés en tout. 100% de l'échantillon de MKDE interviewés énonce un manque de temps en libéral. L'activité libérale leur impose d'avoir un rythme chronométré et d'aller à l'essentiel. Les professionnels de santé libéraux doivent faire vite et bien avec comme premier objectif de soulager le patient. Pour les interviewés n°1, 3 et 4, le dépistage de la BPCO leur apparaît comme secondaire, voire non prioritaire, à réaliser sur le long terme au fil des séances.

La catégorie « vision symptomatique de la prise en charge de la BPCO » est rapportée 7 fois dans les discours. Les MKDE n°1, 3 et 4 ne pratiquant pas de pré dépistage de la BPCO ont tous les trois une vision réduite de la prise en charge de cette maladie. En effet, ils traitent des patients avec une prescription en kinésithérapie respiratoire, « *point* ». S'il n'y a pas de prescription du médecin et que le patient ne vient pas spécifiquement pour ça, ils ne voient pas l'intérêt d'aller voir du côté pulmonaire. Pour eux, le kinésithérapeute prend en charge les symptômes de la maladie lorsqu'il y a la demande du médecin.

Nous remarquons que chez le MKDE n°2 pratiquant le pré dépistage de la BPCO, il n'y a pas cette notion-là. Si des patients présentent certains signes évocateurs mais qu'ils sont là pour une

toute autre affection, il va quand même aller creuser du côté pulmonaire. En effet pour lui, toutes les techniques de kinésithérapie ne peuvent pas être utilisées si il y a par exemple une BPCO.

La relation kinésithérapeute-médecin semble également poser problème pour les MKDE n°1 et 4. D'un côté, il y a le fait que le médecin puisse se vexer si le kinésithérapeute lui dit qu'il est passé à côté de quelque chose. De l'autre, c'est le fait que le médecin puisse mal voir le kinésithérapeute si celui-ci l'a orienté à tort. Le MKDE n°2 préfère éviter le sujet de la pluridisciplinarité. Globalement, les MKDE semblent mal à l'aise avec le sujet.

Enfin la catégorie « symptômes non spécifiques » est énoncée deux fois uniquement par la MKDE n°3. Pour elle, les symptômes respiratoires comme la dyspnée et la toux peuvent correspondre à d'autres affections, ils ne sont pas spécifiques de la BPCO. Elle prend l'exemple des patients sous chimiothérapie.

Globalement ce qui revient le plus souvent est que les kinésithérapeutes libéraux sont freinés par la représentation négative qu'ils se font des actes de sensibilisation au sujet des affections respiratoires en général (sujet non prioritaire ou tabou pour le patient) ; par le manque de connaissances sur le sujet (quel rôle à jouer et comment l'aborder) ; ainsi que par le manque de temps.

5.4 La discussion

5.4.1 Mise en relation avec le questionnaire préliminaire

Pour rappel, lorsque nous avons envoyé notre questionnaire préliminaire aux kinésithérapeutes libéraux, nous avons trouvé que 53% d'entre eux disaient se sentir impliqués dans le dépistage de maladie respiratoire chronique liée au tabac chez leurs patients. Pourtant, 76% ne questionnent pas systématiquement le statut tabagique dans le bilan.

Ensuite, environ 45% des MK libéraux pensent que le kinésithérapeute a un rôle dans le dépistage de la BPCO ; 28% trouve que le MK peut jouer un rôle dans ce dépistage mais uniquement pour les patients dont la prise en charge est cardio respiratoire. Enfin pour 27%,

c'est au médecin de faire le dépistage, le MK participe seulement à la prise en charge des symptômes.

Dans nos entretiens, nous trouvons que 3 kinésithérapeutes sur 4 ne pratiquent pas de dépistage de la BPCO. Ils ont dans l'esprit de prendre en charge les patients lorsqu'ils sont déjà diagnostiqués et avec une prescription. Pourtant, les quatre MKDE pensent que le kinésithérapeute peut avoir un rôle à jouer dans ce pré dépistage, même s'il est parfois qualifié de « non prioritaire ». Tous trouvent cela « intéressant », mais seulement 1 kinésithérapeute sur 4 le pratique.

Les différences que l'on trouve entre les résultats du questionnaire préliminaire et ceux des interviews peuvent s'expliquer de plusieurs manières.

Tout d'abord, répondre à un questionnaire de sept questions sur internet peut se faire de manière rapide, sans avoir trop à réfléchir. Lorsque l'on est interrogé et enregistré à l'oral, l'interviewé est pris au dépourvu par les questions, mais il a du temps pour expliquer la manière dont il structure sa pensée et donc sa pratique.

La question 6) du questionnaire interroge les masseurs-kinésithérapeutes sur leur implication dans le dépistage de maladies respiratoires chroniques liées au tabac. Nous voulions voir s'ils se sentaient concernés : un peu plus de la moitié répond que oui (53%).

Pour pouvoir réaliser un pré dépistage de cette pathologie, il faut s'informer sur le statut tabagique des patients. Or seulement 34% d'entre eux le font systématiquement. Nous observons une discordance entre ces chiffres : 19% des kinésithérapeutes se sentant « concernés » ne questionnent pas toujours le statut tabagique. Les kinésithérapeutes répondant n'avaient pas l'air à l'aise sur le sujet, les réponses sont discordantes.

Lorsque nous analysons les résultats au cas par cas, nous remarquons de grandes incohérences. Prenons un exemple parmi d'autres, les réponses du répondant n°8 illustrent bien le phénomène : diplômé en 2019, ne pratiquant pas de kinésithérapie respiratoire au quotidien. Il pense que les MK se sentent impliqués dans les actes de sensibilisation et de dépistage. De son côté il ne questionne pas systématiquement le statut tabagique mais se sent impliqué dans le dépistage d'une maladie respiratoire chronique liée au tabac. Juste après, il dit que pour lui, c'est le médecin qui fait ce dépistage, le kinésithérapeute s'occupe uniquement de la prise en charge des symptômes.

Il aurait été intéressant d'interviewer ces kinésithérapeutes-là, pour voir s'il y a eu un manque de compréhension des questions ou si il y a un manque de connaissances du sujet, comme lors de nos entretiens. De plus, nous aurions dû mieux cibler les dernières questions de ce questionnaire, en demandant par exemple directement s'ils pratiquaient le pré dépistage de la BPCO. En effet, il y a une différence entre se sentir impliqué et le réaliser quotidiennement.

5.4.2 Mise en relation avec la littérature

Lorsque nous faisons le parallèle entre la revue systématique de Mien et Piellard en médecine générale [23] et nos résultats, nous remarquons que la catégorie A liée au MG, B liée au patient et C liée à la pathologie se retrouvent également chez le masseur kinésithérapeute libéral.

La catégorie C, freins liés à la BPCO est cependant moins représentée dans les discours de MKDE. Nous trouvons davantage de freins liés à la représentation qu'ont les patients et les MKL de la pathologie.

La catégorie de freins A liée au MK prédomine largement. Il y a tout d'abord un manque de connaissances ainsi qu'une insuffisance de la formation initiale à la sensibilisation, prévention et au dépistage des maladies respiratoires. Les symptômes respiratoires sont sous évalués. De plus, les MKDE manquent d'intérêt pour de tels actes et ont une perception généralement négative de l'aide au dépistage en libéral. Le nombre de verbatims retrouvées dans la catégorie « obstacles liés à la représentation du dépistage de la BPCO » le démontre. Chez les trois MK ne le faisant pas, ce pré dépistage est qualifié d'inutile, sans grand intérêt, non prioritaire. Certains patients seraient même réticents aux questions trop pointues sur le tabac par exemple. Nous retrouvons la même impression chez les MG.

Du côté des médecins généralistes, le frein le plus représenté est celui de l'organisation logistique, avec l'aspect « chronophage » de la spirométrie, le « coût de l'équipement » conséquent et la « charge de travail » que représentent cet acte. Chez les MK, c'est plutôt le fait d'être chronométré et de devoir prioriser les actes qui posent problème. Si un patient vient pour une lombalgie aiguë, l'objectif premier est de répondre aux attentes du patient ou de le soulager. La catégorie B de freins liés au patient est chez les masseur-kinésithérapeutes moins présente que la A. Cependant, les interviewés mentionnent le fait qu'il faut faire attention car les patients ont certains sujets tabou. Mien et Piellard rapportent plutôt un sentiment de honte de la part du patient, qui serait à l'origine d'une sous déclaration de leurs symptômes.

Notre étude avait pour but de mieux comprendre comment les masseurs kinésithérapeutes perçoivent l'aide au dépistage de la BPCO en libéral, et comment cela pourrait être mis en place avec de simples moyens. Nous voulions comprendre les obstacles que rencontrent les MK au quotidien.

De prime abord, les éléments du questionnaire préliminaire et des entretiens sont révélateurs d'un manque de familiarisation et de connaissances des MK sur les moyens disponibles pour aider au dépistage de la BPCO. Il y a un manque dans la formation initiale à propos du rôle qu'a le kinésithérapeute dans la sensibilisation des maladies respiratoires. Le manque de sensibilisation aux bénéfices de dépister précocement la BPCO participe également à la perception négative qu'ont les MKDE du sujet.

Certains interviewés ont mentionné le fait qu'il leur fallait un questionnaire, sans savoir qu'il existe de nombreux questionnaires utilisables en kinésithérapie dans le but d'aider au dépistage de la BPCO.

De plus, le paramètre du temps si souvent évoqué dans les entretiens paraît lui aussi lié avec le manque de connaissances du praticien. En effet, introduire deux ou trois questions dans un bilan au sujet du tabac et de l'essoufflement ne devrait pas prendre beaucoup de temps. Si le patient est fumeur et qu'il s'essouffle rapidement, rajouter la question de la toux et questionner sur de possibles antécédents cardio respiratoires paraît être faisable.

Nous avons pu voir grâce aux questionnaires HAS distribués aux patients que cela peut prendre deux à trois minutes seulement. Si le patient est intéressé et possède des facteurs de risque, il est facile de le diriger vers son médecin généraliste afin qu'il lui en parle. Le fait d'avoir sensibilisé le patient à ses symptômes qui lui paraissaient « banales » peut affirmer la place du MK dans l'aide au dépistage de la maladie.

Le manque de temps peut également être lié à la question de la rémunération. Prenons l'exemple d'un MKO. Il peut prendre une heure pour réaliser un bilan complet, comme le dit la MKDE n°1. En effet, les actes d'ostéopathie ne sont pas remboursés par la Sécurité Sociale. Le MKO peut donc mettre la séance au prix qu'il souhaite. Un MKL n'a pas cette liberté. Il a trente minutes et doit aller droit au but.

La question du tabagisme semble être une difficulté pour les MKDE interviewés. La plupart d'entre eux se sentent mal à l'aise avec la question. Nous avons pu remarquer que la majorité des kinésithérapeutes ignorent qu'ils peuvent aider au sevrage tabagique en prescrivant des substituts nicotiques. Ce point n'est pas abordé directement dans les entretiens, c'est en

discutant avec eux à la fin des interviews que nous avons pu déceler un manque de connaissances et de compétences sur ce sujet-ci .

Des formations tant initiales que complémentaires plus soutenues sur le sujet semblent donc essentielles pour sensibiliser les kinésithérapeutes à la démarche. L'étude d'Alexis Bender de 2014 [42] montre bien qu'il est nécessaire de mieux former et sensibiliser les professionnels de santé si l'on souhaite qu'une action de dépistage de la BPCO soit réalisée en kinésithérapie libérale.

Chez les médecins généralistes, la thèse de Thivolle-Cazat et Braillon [52] a montré qu'une formation continue sur l'utilisation du spiromètre semble efficace, multipliant ainsi l'utilisation de la spirométrie lors des consultations.

L'étude de Pennequin et al. de 2019 à propos de la formation complémentaire des MG [53] en a prouvé le bénéfice avec « une modification non négligeable de la pratique ». Les praticiens respectent mieux les recommandations, ils dialoguent plus facilement sur la BPCO, le tabagisme et les vaccinations.

Cependant, la réalisation courante de ce genre d'action et les résultats de son efficacité à long terme sont des questions qui restent encore à élucider.

Enfin, la BPCO est un problème de santé publique touchant de plus en plus de monde mais qui reste très peu connue. Les kinésithérapeutes répondants au questionnaire préliminaire disent pour 95,9% d'entre eux que la BPCO est méconnue du public. Les patients ayant effectué le questionnaire HAS répondent à 81,4% ne jamais avoir entendu parler de cette maladie. Les maladies cardiovasculaires, cancéreuses ou depuis peu la COVID-19 ont davantage l'attention du grand public et des médias. Les maladies pulmonaires chroniques comme la BPCO passent en second plan.

Malgré les plans BPCO œuvrant pour sensibiliser le public et la journée mondiale de la BPCO en Novembre, la population est encore trop peu informée à son sujet. Le fait que la majorité des gens ne connaissent pas la maladie engendre une faible motivation de la part du patient à se faire dépister ainsi qu'un moindre intérêt du kinésithérapeute d'aider au dépistage.

5.5 Conclusion

Notre étude avait pour but de comprendre la manière dont les kinésithérapeutes libéraux contribuent à la prévention et au pré dépistage de la BPCO dans leur pratique quotidienne et quels sont les éléments qui les freinent dans la démarche.

Nous avons pu montrer par le dispositif utilisé dans cette étude, que la mise en place d'un pré dépistage de la maladie était faisable en pratique. De plus, des solutions existent aux différents freins évoqués par les MKDE.

La vision symptomatique de la prise en charge de la BPCO souvent évoquée par les MK libéraux, leur sentiment de manquer de temps et d'avoir d'autres priorités, ainsi que leur manque de connaissances sur le sujet pourrait s'améliorer grâce à la mise en place d'une sensibilisation lors des cours dispensés pendant la formation initiale.

De plus, si la détection précoce de la BPCO est primordiale pour freiner la mortalité induite, la sensibilisation des patients et de la population générale reste un axe prioritaire sur lequel les autorités publiques et sanitaires doivent mettre l'accent. D'autant plus en région PACA où le taux de tabagisme est nettement supérieure à la moyenne nationale [32].

Dans une démarche future, il serait intéressant de regarder le réel impact qu'aurait une sensibilisation faite par le kinésithérapeute au sujet de la BPCO sur ses patients. Il faudrait pour cela suivre à relativement long terme, l'évolution du comportement de santé des patients détectés comme « à risque » dans les cabinets de kinésithérapie générale.

6 Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé. Guide du parcours de soins bronchopneumopathie chronique obstructive. 2014 actualisation 2019.
2. La fondation du Souffle. Maladies du poumon-BPCO-Epidémiologie [Internet]. Fondation du Souffle. 2017 [cité 23 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.lesouffle.org/poumons-sante/maladies-du-poumon/bpco-broncho-pneumopathie-chronique-obstructive/epidemiologie/>
3. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Hayot Maurice. Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) [Internet]. Inserm - La science pour la santé. 2015 [cité 2 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/bronchopneumopathie-chronique-obstructive-bpco>
4. Réhel A. Dépistage de la broncho-pneumopathie chronique obstructive par mini spirométrie électronique dans une population de patients détenus hospitalisé à l'UHSI de Toulouse [Internet]. Université de Toulouse III-Paul Sabatier Faculté de médecine; 2016 [cité 24 nov 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1527/1/2016TOU31093.pdf>
5. Association BPCO, Fédération Française de Pneumologie, Fondation du Souffle, FFAAIR. Le Livre Blanc - Faire de la BPCO une-urgence de santé publique pour le quinquenat [Internet]. 2017 [cité 7 mars 2019]. Disponible sur: http://splf.fr/wp-content/uploads/2017/11/LB_Faire-de-la-BPCO-une-urgence-de-sante%CC%81-publique_Vdef.pdf
6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic pulmonary disease. 2020 REPORT. 2020.
7. HAS. Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac [Internet]. 2015 janv [cité 7 déc 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2635050/fr/depistage-du-tabagisme-et-prevention-des-maladies-liees-au-tabac
8. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes M, Bonnafous S. ANNEXE II: RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES Diplôme d'État de masso-kinésithérapie [Internet]. 2015 [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: http://www.ifpek.org/sites/default/files/asset/document/AnnexeII_RefCompetences_Kine.pdf
9. Pierre B. Intérêt du dépistage de la BPCO par le masseur-kinésithérapeute. KS [Internet]. janv 2013 [cité 13 nov 2020];(539). Disponible sur: <https://kinedoc.org/work/kinedoc/1ea5e749-afd5-41f4-b06d-62ae64f03aaa.pdf>

10. Radin Alan, Cote Claudia. Primary Care of the Patient with Chronic Obstructive Pulmonary Disease—Part 1: Frontline Prevention and Early Diagnosis. *Am J Med.* juill 2008;121(7):S3-12.
11. López-Campos JL, Tan W, Soriano JB. Global burden of COPD. *Respirol Carlton Vic.* janv 2016;21(1):14-23.
12. OMS | La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 13 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/respiratory/copd/fr/>
13. Brinchault G, Diot P, Dixmier A, Goupil F, Guillaud P, Gut-Gobert C, et al. Les comorbidités dans la BPCO. *Rev Pneumol Clin.* déc 2015;71(6):342-9.
14. Janjua S, McDonnell MJ, Harrison SL, Dennett EJ, Stovold E, Holland AE. Targeted interventions and approaches to care for people living with chronic obstructive pulmonary disease and at least one other long-term condition: a mixed methods review. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2019 [cité 27 mai 2020];(8). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013384/full>
15. Guillien A, Puyraveau M, Guillot S, Rannou F, Marquette D, Berger P, et al. Prévalence de la BPCO en milieu agricole dans deux régions françaises. *Rev Mal Respir.* 1 janv 2015;32:A252.
16. Hansel NN, McCormack MC, Kim V. The Effects of Air Pollution and Temperature on COPD. *COPD.* juin 2016;13(3):372-9.
17. Corlăţeanu A, Odajiu I, Botnaru V, Cemirtan S. From smoking to COPD-current approaches. *Pneumol Buchar Rom.* mars 2016;65(1):20-3.
18. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. La BPCO, une maladie à diagnostiquer et à prendre en charge précocement [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2019 [cité 23 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.ordremk.fr/actualites/patients/la-bpco-une-maladie-a-diagnostiquer-et-a-prendre-en-charge-precocement/>
19. Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, Barnes PJ, Buist SA, Calverley P, et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: GOLD Executive Summary. *Am J Respir Crit Care Med.* 15 sept 2007;176(6):532-55.
20. Métrailler J-C. L'insuffisance respiratoire [Internet]. *Revue Médicale Suisse.* 2007 [cité 25 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-99/32074?fbclid=IwAR3Qtt6cyBhmeWWzp9eunlVFFSV9xOmSyElc-SmSP7Eu71KJGfnOb4d2JF8>
21. Duong-Quy S, Hua-Huy T, Mai-Huu-Thanh B, Doan-Thi-Quynh N, Le-Quang K, Nguyen-Van H, et al. Détection précoce de la bronchopneumopathie chronique obstructive post-tabagique au Viet Nam. *Rev Mal Respir.* 1 mars 2009;26(3):267-74.
22. Frith P, Crockett A, Beilby J, Marshall D, Attewell R, Ratnanesan A, et al. Simplified COPD screening: validation of the PiKo-6 ® in primary care. *Prim Care Respir J.* juin 2011;20(2):190-8.

23. Mien I, Piellard P. Freins au dépistage de la BPCO par le médecin généraliste : une revue systématique de littérature. 2017;
24. Godard P, Montpellier, Martinat Y, Burgel P-R. Construire une nouvelle stratégie de prise en charge de la BPCO. *Rev Mal Respir*. 1 juin 2006;23:140-5.
25. Kaplan A, Thomas M. Screening for COPD: the gap between logic and evidence. *Eur Respir Rev*. 31 mars 2017;26(143):160113.
26. Stanley AJ, Hasan I, Crockett AJ, van Schayck OC, Zwar NA. Validation of the COPD Diagnostic Questionnaire in an Australian general practice cohort: a cross-sectional study. *Prim Care Respir J*. mars 2014;23(1):92-7.
27. Haute Autorité de Santé. BPCO : 3 outils pour améliorer le parcours de soins des patients [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2016 [cité 2 oct 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974631/fr/bpco-3-outils-pour-ameliorer-le-parcours-de-soins-des-patients
28. Haute Autorité de Santé. Auto-questionnaire Dépistage BPCO [Internet]. 2014 [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/questionnaire_depistage_bpco_gold_web.pdf
29. Pleasants RA, Heidari K, Wheaton AG, Ohar JA, Strange C, Croft JB, et al. Targeting Persons With or At High Risk for Chronic Obstructive Pulmonary Disease by State-based Surveillance. *COPD*. déc 2015;12(6):680-9.
30. Nardini S, Annesi-Maesano I, Simoni M, Ponte AD, Sanguinetti CM, De Benedetto F. Accuracy of diagnosis of COPD and factors associated with misdiagnosis in primary care setting. E-DIAL (Early DIAGnosis of obstructive lung disease) study group. *Respir Med*. oct 2018;143:61-6.
31. Rodrigues P. Les freins à la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients atteints de BPCO en médecine générale ambulatoire [Internet]. Université Paris Est Creteil; 2015 [cité 11 mai 2020]. Disponible sur: <http://doxa.upec.fr/theses/th0668064.pdf>
32. Santé Publique France, Agence Régional de Santé PACA. Bulletin de santé publique - Tabac PACA [Internet]. 2019 [cité 7 mars 2019]. Disponible sur: http://www.oncopaca.org/sites/default/files/bulletin_sante_publique_tabac_paca_01-2019.pdf
33. Bourdillon François, Brücker Gilles, Tabuteau Didier. *Traité de santé publique*. 3ème édition. Paris: Lavoisier médecine-sciences; 2016. 745 p.
34. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2006 [cité 9 oct 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_410171/fr/depistage-et-prevention
35. Flajolet André. Annexe 1 LA PREVENTION : définition, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationales [Internet]. 2001 mai [cité 7 mars 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>

36. Wilson JMG, Jungner G, Organization WH. Principes et pratique du dépistage des maladies [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 1970 [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41503>
37. Selleron B. Intervenir en promotion de la santé respiratoire. Mens Prat Tech Kinésithérapeute [Internet]. 5 janv 2020 [cité 13 nov 2020];616. Disponible sur: <https://www.ks-mag.com/article/11671-intervenir-en-promotion-de-la-sante-respiratoire>
38. Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie Législative du code de la santé publique.
39. Dunford, Reeve J, Larmer P. Determining differences between novice and expert physiotherapists in undertaking on-call duties. N Z J Physiother. 1 janv 2011;39:20-9.
40. Bibm@th.net. Tests du chi-deux [Internet]. Bibm@th.net. [cité 27 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.bibmath.net/dico/index.php?action=affiche&quoi=c/chideux.html>
41. BiostaTGV - Statistiques en ligne [Internet]. [cité 10 avr 2021]. Disponible sur: <http://biostatgv.sentiweb.fr/?module=tests/chideux>
42. Bender Anthony. Dépistage de la BPCO en kinésithérapie libérale : place et avenir du praticien dans le parcours de soins coordonné, étude préliminaire. Kinésithérapie Rev. 1 nov 2014;14(155):32-3.
43. Rall G. La santé publique dans l'exercice de la kinésithérapie : c'est quoi ? Kinésithérapie Rev. 1 févr 2018;18(194):17-8.
44. Guirguis-Blake JM, Senger CA, Webber EM, Mularski R, Whitlock EP. Discussion. In: Screening for Chronic Obstructive Pulmonary Disease : A Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force [Internet]. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2016 [cité 13 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361183/>
45. Sichletidis L, Spyrtatos D, Papaioannou M, Chloros D, Tsiotsios A, Tsagaraki V, et al. A combination of the IPAG questionnaire and PiKo-6® flow meter is a valuable screening tool for COPD in the primary care setting. Prim Care Respir J. 20 mai 2011;20(2):184-9.
46. Quach A, Giovannelli J, Chérot-Kornobis N, Ciuchete A, Clément G, Matran R, et al. Prevalence and underdiagnosis of airway obstruction among middle-aged adults in northern France: The ELISABET study 2011–2013. Respir Med. 1 déc 2015;109(12):1553-61.
47. Blanchet A, Gotman A. L'entretien: L'enquête et ses méthodes. Paris: Armand Colin; 2010. 128 p.
48. Traverso V. L'analyse des conversations. Armand Colin. 2009. 25-26 p.
49. Bardin L. L'analyse de contenu. Presses Universitaires de France - PUF; 2007. 291 p.

50. Dirven JAM, Moser A, Tange HJ, Muris JWM, Van Schayck OCP. An innovative COPD early detection programme in general practice: evaluating barriers to implementation. *NPJ Prim Care Respir Med*. 28 août 2014;24:14055.
51. Haroon S, Jordan RE, Fitzmaurice DA, Adab P. Case finding for COPD in primary care: a qualitative study of the views of health professionals. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 28 août 2015;10:1711-8.
52. BRAILLON L, THIVOLLE-CAZAT C. Quelle formation proposer pour utiliser la spirométrie en soins primaires ? 2006.
53. Pennequin N, Léger P, Freymond N, Coullandaye N, Poupon D, Tranchard É, et al. Faisabilité et bénéfices de la formation au dépistage du trouble ventilatoire obstructif. *Rev Mal Respir*. 1 sept 2019;36(7):861-9.

Annexes :

Annexe 1 : Questionnaire préliminaire à l'attention des kinésithérapeutes exerçant en libéral

Bonjour, je suis actuellement en 3ème année de formation en masso kinésithérapie et je souhaiterais introduire mon mémoire par une enquête préliminaire. Celle-ci permettrait de justifier la pertinence ou non de ma problématique. Ce questionnaire est anonyme et ne vous prendra que trois minutes à remplir.

Je vous remercie par avance pour l'aide apportée grâce au remplissage de ce questionnaire.

1. En quelle année avez-vous eu votre diplôme ?

2. Votre pratique professionnelle se centre-t-elle autour de la kinésithérapie respiratoire ?

Oui Non

3. Selon vous, les kinésithérapeutes se sentent-ils concernés dans la mise en place d'actes de sensibilisation et de dépistage ? Oui Non

4. Diriez-vous que la BPCO dans la population générale, est une pathologie (cochez une proposition) :

-Complètement méconnue

-Assez mal connue

-Bien connue

5. Dans les bilans des 100 derniers patients toutes pathologies confondues, avez-vous systématiquement questionné leur statut tabagique ? Oui Non

6. Vous sentez-vous impliqué dans le dépistage d'une possible maladie respiratoire chronique liée au tabac chez vos patients ? Oui Non

7. Vous diriez que les MK ont un rôle dans le dépistage de la BPCO (cochez une seule case) :

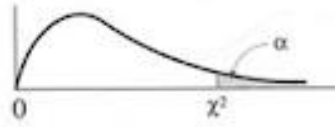
-Pour tous les patients

-Uniquement pour les patients dont la prise en charge est respiratoire, vasculaire ou cardiaque

-Non, le médecin fait ce dépistage mais les MK participent à la prise en charge des symptômes liés à la pathologie.

Annexe 2 : Table du Chi2

Table χ^2 : points de pourcentage supérieurs de la distribution χ^2



dl	.995	.990	.975	.950	.900	.750	.500	.250	.100	.050	.025	.010	.005
1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02	0.10	0.45	1.32	2.71	3.84	5.02	6.63	7.88
2	0.01	0.02	0.05	0.10	0.21	0.58	1.39	2.77	4.61	5.99	7.38	9.21	10.60
3	0.07	0.11	0.22	0.35	0.58	1.21	2.37	4.11	6.25	7.82	9.35	11.35	12.84
4	0.21	0.30	0.48	0.71	1.06	1.92	3.36	5.39	7.78	9.49	11.14	13.28	14.86
5	0.41	0.55	0.83	1.15	1.61	2.67	4.35	6.63	9.24	11.07	12.83	15.09	16.75
6	0.68	0.87	1.24	1.64	2.20	3.45	5.35	7.84	10.64	12.59	14.45	16.81	18.55
7	0.99	1.24	1.69	2.17	2.83	4.25	6.35	9.04	12.02	14.07	16.01	18.48	20.28
8	1.34	1.65	2.18	2.73	3.49	5.07	7.34	10.22	13.36	15.51	17.54	20.09	21.96
9	1.73	2.09	2.70	3.33	4.17	5.90	8.34	11.39	14.68	16.92	19.02	21.66	23.59
10	2.15	2.56	3.25	3.94	4.87	6.74	9.34	12.55	15.99	18.31	20.48	23.21	25.19
11	2.60	3.05	3.82	4.57	5.58	7.58	10.34	13.70	17.28	19.68	21.92	24.72	26.75
12	3.07	3.57	4.40	5.23	6.30	8.44	11.34	14.85	18.55	21.03	23.34	26.21	28.30
13	3.56	4.11	5.01	5.89	7.04	9.30	12.34	15.98	19.81	22.36	24.74	27.69	29.82
14	4.07	4.66	5.63	6.57	7.79	10.17	13.34	17.12	21.06	23.69	26.12	29.14	31.31
15	4.60	5.23	6.26	7.26	8.55	11.04	14.34	18.25	22.31	25.00	27.49	30.58	32.80
16	5.14	5.81	6.91	7.96	9.31	11.91	15.34	19.37	23.54	26.30	28.85	32.00	34.27
17	5.70	6.41	7.56	8.67	10.09	12.79	16.34	20.49	24.77	27.59	30.19	33.41	35.72
18	6.26	7.01	8.23	9.39	10.86	13.68	17.34	21.60	25.99	28.87	31.53	34.81	37.15
19	6.84	7.63	8.91	10.12	11.65	14.56	18.34	22.72	27.20	30.14	32.85	36.19	38.58
20	7.43	8.26	9.59	10.85	12.44	15.45	19.34	23.83	28.41	31.41	34.17	37.56	40.00
21	8.03	8.90	10.28	11.59	13.24	16.34	20.34	24.93	29.62	32.67	35.48	38.93	41.40
22	8.64	9.54	10.98	12.34	14.04	17.24	21.34	26.04	30.81	33.93	36.78	40.29	42.80
23	9.26	10.19	11.69	13.09	14.85	18.14	22.34	27.14	32.01	35.17	38.08	41.64	44.18
24	9.88	10.86	12.40	13.85	15.66	19.04	23.34	28.24	33.20	36.42	39.37	42.98	45.56
25	10.52	11.52	13.12	14.61	16.47	19.94	24.34	29.34	34.38	37.65	40.65	44.32	46.93
26	11.16	12.20	13.84	15.38	17.29	20.84	25.34	30.43	35.56	38.89	41.92	45.64	48.29
27	11.80	12.88	14.57	16.15	18.11	21.75	26.34	31.53	36.74	40.11	43.20	46.96	49.64
28	12.46	13.56	15.31	16.93	18.94	22.66	27.34	32.62	37.92	41.34	44.46	48.28	50.99
29	13.12	14.26	16.05	17.71	19.77	23.57	28.34	33.71	39.09	42.56	45.72	49.59	52.34
30	13.78	14.95	16.79	18.49	20.60	24.48	29.34	34.80	40.26	43.77	46.98	50.89	53.67
40	20.67	22.14	24.42	26.51	29.06	33.67	39.34	45.61	51.80	55.75	59.34	63.71	66.80
50	27.96	29.68	32.35	34.76	37.69	42.95	49.34	56.33	63.16	67.50	71.42	76.17	79.52
60	35.50	37.46	40.47	43.19	46.46	52.30	59.34	66.98	74.39	79.08	83.30	88.40	91.98
70	43.25	45.42	48.75	51.74	55.33	61.70	69.34	77.57	85.52	90.53	95.03	100.44	104.24
80	51.14	53.52	57.15	60.39	64.28	71.15	79.34	88.13	96.57	101.88	106.63	112.34	116.35
90	59.17	61.74	65.64	69.13	73.29	80.63	89.33	98.65	107.56	113.14	118.14	124.13	128.32
100	67.30	70.05	74.22	77.93	82.36	90.14	99.33	109.14	118.49	124.34	129.56	135.82	140.19

Annexe 3 : Le COPD Diagnostic Questionnaire

[45]

Question	Response Choices	Points	
1	What is your age in years?	40-49years	0
		50-59years	4
		60-69years	8
		70years or older	10
2	How many cigarettes do you currently smoke each day. (if you are an ex-smoker,how many did you smoke each day)?	0-14pack-years	0
	What is the total number of years you have smoked cigarettes? Pack per day = cigarettes per day/20 per pack pack-years = pack per day X years smoked	15-24pack-years	2
		25-49pack-years	3
		50+pack-years	7
3	What is your weight in kilograms?	BMI<25.4	5
	What is your height in meters? BMI=weight in kg /(height in m) ²	BMI<25.4-29.7	1
		BMI>29.7	0
4	Is your cough affected by weather?	Yes	3
		No or no cough	0
5	Do you suffer from sputum production in the absence of a cold?	Yes	3
		No	0
6	Do you suffer from sputum production first thing in the morning?	Yes	0
		No	3
7	How often do you have any wheezing?	Never	0
		Sometimes or often	4
8	Do you have or did you used to have any allergies?	Yes	0
		No	3

A total score ≥ 17 suggests increased risk of COPD being present.



Faites le test : aurais-je une BPCO ?

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

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

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

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

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

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

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

Annexe 5 : Consentement écrit délivré aux patients

NOTICE D'INFORMATION ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

NOTICE D'INFORMATION :

Titre du projet : Sensibilisation et pré dépistage précoce de la Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) par le Masso-kinésithérapeute libéral.

Chercheur titulaire responsable scientifique du projet : Arnaud Choplin, directeur de l'IFMKN

Lieu de la recherche : cabinets libéraux de kinésithérapeutes de la région PACA.

But du projet : dépister précocement les personnes à risque de développer une BPCO.

Ce que l'on attend de vous, participant :

Si vous acceptez de collaborer à cette étude, vous aurez à répondre à un questionnaire de huit items au sujet de votre quotidien (si vous fumez par exemple). Cela durera environ 5 minutes.

A la fin de l'entrevue vous sera distribué un prospectus d'information sur la BPCO.

Vos droits de vous retirer de la recherche à tout moment :

Votre contribution à cette recherche est basée sur le volontariat. Vous pourrez vous retirer ou cesser d'y participer à n'importe quel moment. Votre décision de participer, de refuser de participer ou de cesser de participer n'aura aucune incidence et ne conditionnera aucunement les soins apportés. Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Libertés, vous pourrez exercer vos droits d'accès, et de rectification ou suppression auprès du responsable scientifique du projet.

Vos droits à la confidentialité et au respect de la vie privée :

Les données obtenues seront traitées avec la plus entière confidentialité. Votre identité sera remplacée par un numéro aléatoire. Toutes les données seront gardées dans un endroit

sécurisés et seuls le responsable scientifique et les chercheurs adjoints y auront accès. Les données seront détruites à l'obtention du diplôme d'état.

Les bénéfices :

Les avantages attendus de cette recherche sont d'identifier les personnes possiblement à risque de BPCO. Les personnes positives au questionnaire pourront si ils le souhaitent être pris en charge précocement par une équipe pluridisciplinaire afin de diminuer l'incidence de la maladie.

Risques possibles :

A notre connaissance, cette recherche n'implique aucun risque autre que celui d'un potentiel stress ou choc si le participant est positif au questionnaire. Un prospectus d'information sur la BPCO et la conduite à tenir par la suite vous sera distribué. De plus, vous pourrez être conseillé et accompagné par votre kinésithérapeute si vous avez plus de questions.

Diffusion : cette recherche sera présentée devant un jury de soutenance lors de l'obtention du diplôme d'état de masso-kinésithérapie.

Vos droits de poser des questions en tout temps : Vous pouvez poser des questions en tout temps en communiquant avec le chercheur par courrier électronique : *****

CONSENTEMENT À LA PARTICIPATION :

En signant le formulaire de consentement, vous certifiez que vous avez lu et compris les renseignements ci-dessus, que vous avez obtenu des réponses satisfaisantes à vos questions et que vous avez été avisé que vous étiez libre d'annuler votre consentement ou de vous retirer de cette recherche en tout temps, sans préjudice.

À remplir par le participant :

J'ai lu et compris les renseignements ci-dessus et j'accepte de plein gré de participer à cette recherche.

Nom, Prénom du participant :

Date :

Signature :

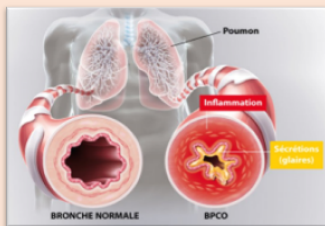
Un exemplaire de ce document vous est remis, un autre exemplaire est conservé dans le dossier.

Annexe 6 : Prospectus d'information

Intérieur puis extérieur du prospectus :

◆ La BPCO, c'est quoi ?

La Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive est une maladie inflammatoire chronique du poumon, entraînant une diminution progressive et permanente du calibre des bronches. La BPCO est très fréquente dans la population, pourtant, **2 sur 3 ne sont pas dépistées.**



Les causes :

- Le tabagisme (passif ou actif) : c'est le facteur le plus important dans l'apparition de la maladie : environ 80% des cas lui sont attribuables,
- L'exposition aux poussières, gaz et produits chimiques en milieu professionnel,
- La pollution intérieure et extérieure,
- Une composante génétique peut entrer en jeu.

◆ Les symptômes :

Les symptômes les plus fréquents sont :

La dyspnée : sensation d'avoir le souffle court. C'est un essoufflement rapide à l'effort puis par la suite au repos. Plus ou moins associée à une sensation de fatigue.

La toux chronique.

Des expectorations / crachats clairs ou muco-purulents.

→ Si la maladie n'est pas prise en charge précocement, elle peut devenir invalidante en s'accompagnant de crises d'exacerbations et de décompensations respiratoires.

◆ Et maintenant ?

Si vous avez un ou plusieurs de ces symptômes, parlez-en à votre **médecin généraliste**. Il vous dirigera vers un **pneumologue** pour réaliser le diagnostic. Par la suite, toute une équipe de thérapeutes pourra vous accompagner tout au long du suivi : un kinésithérapeute, un psychologue, un pharmacien, des infirmiers, un diététicien, un tabacologue...

◆ Que faire au quotidien ?

- Penser à arrêter le tabac !
- Essayer d'adopter une meilleure hygiène de vie en faisant au moins 30 minutes d'activité physique par jour.
- Limiter le plus possible les expositions respiratoires aux polluants (intérieurs et extérieurs).
- Se faire suivre et adhérer aux traitements limitera les conséquences négatives sur la qualité de vie au quotidien.



PARLEZ-EN A
VOTRE
MEDECIN !



Pour plus d'informations, rendez-vous sur www.has-sante.fr, le guide du parcours de soins BPCO.

Vous fumez ? Vous tousez quotidiennement ? Vous êtes souvent exposés à des polluants ? Et si c'était la BPCO ?



Annexe 7 : Transcription selon V. Traverso

[Interruption et chevauchement. Le crochet apparait sur chacune des deux lignes.

= Enchaînement immédiat entre deux tours

(.) Pause inférieure à 1s

(3'') Pauses supérieures à 1s.

(Silence 4'') Pauses entre les prises de paroles de deux locuteurs successifs

: ou :: ou ::: Allongement d'un son

- Mot interrompu brutalement par le locuteur

MAJUSCULE indiquent l'insistence du mot

/ Intonation légèrement montante

↗ Intonation

\ Intonation légèrement descendante

↘ Intonation fortement descendante

(*Il se tourne*) les gestes et les actions sont notés entre parenthèses en italiques

(ASP) aspiration (SP) soupire (RIRE) rire

Annexe 8 : Entretien n°1

I = Interviewer

K = Kinésithérapeute

- 1 I : Donc bonjour (.) [vous
2 K : [Bonjour /
3 I : exercez en cabinet depuis de longues années maintenant (.)
4 K : Oui /
5 I : Heu pouvez-vous me dire (.) ce que prévention et dépistage des risques de BPCO par le
6 kinésithérapeute libéral signifie pour vous ↗
7 K : (3'') pas grand-chose ↘
8 I : Pas grand-chose ↗
9 K : Non (.) Non (.) Nous heu:: je pense qu'on est pas du tout (.) enfin (2'') on traite heu des
10 gens qui viennent pour une BPCO si effectivement on a heu un traitement kiné au décours
11 de quoi si on a heu quelqu'un heu qui a des difficultés respiratoires heu::: éventuellement on
12 va faire la différence entre un emphysème BPCO type asthmatique heu ect (.) mais heu:::
13 (2'') 'fin je veux dire quotidiennement on rencontre pas heu:: \
- 14 I : Et heu tout ce qui est donc [prévention
15 K : Pardon] en dehors de la maison de retraite ↘(.)
16 I : D'accord donc en maison de retraite vous exercez plutôt des actes de prévention et
17 dépistage de la BPCO ↗
18 K : Heu::: pas prévention (.) on les traite quoi en fait (.) mais ils sont diagnostiqués BPCO ↘
19 I : Ok et alors tout ce qui est justement pour la prévention et le dépistage (.) qu'est-ce que
20 vous en dites dans votre pratique en générale ↗
21 K : (5'')
22 I : Ca impliquerait quoi dans votre pratique ↗
23 K : (3'') J'pense que ça pourrait être intéressant (.) mais en fait pfff les gens que nous on a
24 au cabinet heu::: après on va avoir une prescription heu::: de kinésithérapie respiratoire (.)
25 point ↘ donc effectivement (.) après c'est nous / qui allons en fonction de la personne faire
26 heu le tri dans quelle heu pathologie respiratoire ça s'trouve hein (.) en général (.) on a des
27 BPCO chez ces personnes d'un certain âge qui ont travaillé heu dans le bâtiment:::nt heu qui
28 so:::nt anciens fumeurs ou toujours fumeurs ect (.) voilà \ (.) j'pense qu'on peut rencontrer
29 aussi de la BPCO chez d'autres personnes (2'') mais ça heu::: on est pas heu (.) 'fin \ (2'')

30 I : Oui ↗ vous n'êtes pas quoi ↗

31 K : J'pense qu'effectivement ça ça pourrait p'tête être intéressant (.) mais entre guillemets
32 heu:: il faudrait (.) qu'on ait un ptit questionnaire (.) 'fin qu'on ait un appui (.) qu'on ait un::
33 soutient ↘

34 I : Et par exemple si vous rencontrez quelqu'un qui fume est ce que vous approfondissez un
35 peu dans votre bilan (.) si elle tousse si elle est essoufflée tout ça ↗

36 K : Oui alors ça on peut poser (.) faut savoir qu'en cabinet (.) c'est, il faut faire très très
37 attention hein (.) parce que si la personne vient par exemple pour un problème de dos (.) et
38 que moi je vais commencer à lui poser des questions (.) qui sont un peu heu:: plus perso / (.)
39 qui plus est par rapport à la cigarette qui est quand même aujourd'hui un petit peu le côté
40 très heu tabou « faut pas fumer faut pas fumer » (.) donc la personne soit elle va mentir (.)
41 soit ça va lui déplaire et (.) on a une chance sur deux qu'elle ne revienne pas ↘

42 I : D'accord donc ce serait plutôt un obstacle finalement lié au patient ↗

43 K : Oui (.) alors ça peut venir a-après (.) quand ça fait heu:: plusieurs séances qu'on a le
44 patient (.) quand il y a un relationnel qui est établi (.) et que::: voilà ça se passe bien mais
45 heu c'est pas toujours facile \ (.) par exemple quand il y a des problèmes de dos ou ect ça n'a
46 rien à voir avec mais mine de rien c'est pour donner un exemple (.) très très souvent (.) une
47 des première question qu'il faudrait leur poser c'est depuis combien de temps ils n'ont pas
48 eu de heu rendez-vous chez le dentiste \ (.) parce que ça c'est TRES important (.) et bein
49 c'est un frein (.) il faut faire super attention (.) moi ça m'est déjà arrivé une ou deux fois /
50 maintenant je:: je fais très attention (.) ils le prennent très TRES MAL ↘

51 I : D'accord donc plutôt mettre en place ce genre de questions au fur et à mesure de la relation
52 avec le patient ↗

53 K : Oui (.) oui (.) mais pas heu: (.) mais pas le truc heu d'emblée quoi ↘

54 I : Et est-ce que vous ne le faites pas aussi pour des raisons de logistique dans le sens où
55 vous avez peut-être pas forcément le temps vous y pensez pa::s ↗

56 K : Ça aussi (.) ça aussi (.) y'a aussi une histoire de temps (.) bien évidemment (3'') parce que
57 (.) si dans le temps impartit heu::: puisqu'on est limité par un temps quand même en libéral
58 (.) si heu dans la séance je prends dix minutes à faire ça / (.) heu la personne elle va s'dire
59 heu (.) elle aura l'impression / qu'on lui a enlevé dix minutes de traitement (4'') puis il va
60 nous dire heu::: quel rapport avec heu ma cheville ou avec mon dos quoi ↘

61 I : D'accord mais par contre ça vous paraîtrait intéressant de le mettre en place au fur et à
62 mesure des séances /

63 K : (1'') Oui ça peut être effectivement intéressant (.) après nous on travaille beaucoup (.)
64 beaucoup dans les exercices qu'on fait (.) toujours avec la respiration quand même hein \
65 (2'') j'pense que ça c'est essentiel parce que heu mine de rien heu quelqu'un qui est BPCO
66 à partir du moment où on fait une heu bonne VAD de toute façon il va se mettre à tousser et
67 (3'') ↘

68 I : D'accord donc pour vous le kinésithérapeute libéral a sa place dans le pré dépistage de la
69 BPCO ↗

70 K : (2'') Oui je pense oui (.) bien sûr (2'') puis heu globalement tu fais ça tu te dis quand
71 même que ce serait bien de consulter heu en lui expliquant tu vois (.) de faire des efforts ect
72 (.) il va dire après « celle-là je viens pour ça elle me rajoute ça » quoi ↘ (3'') après si tu
73 téléphones heu au médecin pour lui dire heu « bein écoutes ce serait quand même intéressant
74 parce qu'il me semble que elle elle a quand même beaucoup de signes ou lui il a quand même
75 beaucoup de signes » (.) alors là le médecin généraliste il le prend mais alors MAL ↘

76 I : (rire)

77 K : TRES MAL (2'') déjà pour heu des choses il va dire non mais attends j'aurais bien vu /
78 une fois ça nous ait arrivé pour une luxation d'épaule hein (.) pour une luxation d'épaule on
79 lui dit « la dame heu j'pense que quand même heu elle s'est subluxé l'épaule » (.) il nous a
80 envoyé chier mais grave (.) elle elle était tombée elle se plaignait de son épaule il avait jamais
81 regardé son épaule parce que faut voir ce qu'il se passe aussi heu quand ils vont heu à
82 domicile hein chez les personnes âgées hein (.) c'est light hein \
83 et heu:: ils nous a envoyé chier de chez chier quoi bon après heu il est revenu dessus il a fait passer une radio et
84 effectivement y'avait une subluxation heu:: de l'épaule qui n'était plus du tout réductible
85 après et elle a perdu complètement l'usage de sa main droite (.) bein oui vu qu'elle pouvait
86 même plus manger tu vois (.) alors qu'elle était droitière quoi \
87 (.) c'est craignos quoi ↘ donc tu téléphones pas pour dire « et attends, t'as pas vu ça » / et
88 effectivement, pour ça heu:: (3'') après oui (.) si tu veux qui plus est chez les personnes heu
89 que tu sens qu'ils sont à risques tu travailles encore PLUS sur la respiration (.) voilà ↘

90 I : Donc vous (.) c'est plutôt le côté « je traite la BPCO » que la dépister /

91 K : (hochement de tête) (4'') J'pense que ça peut être intéressant mais (2'') ptetre plus sur
92 un cabinet qui est très branché respi (.) tu vois là heu:: (3'') ptetre ça passerait mieux auprès
93 des patients ↘ (5'') Et est-ce que vous dans vos études y'a une partie justement qui est faite
94 pour tout ce qui est prévention (.) prévention de mal de dos prévention des risques de BPCO
95 (.) heu:: prévention ↗

96 I : Alors justement en fait heu déjà de base dans le nouveau référentiel de compétence de
97 2015 (.) heu y'a toute une partie sur la prévention (.) le pré dépistage et la sensibilisation
98 donc c'est quelque chose qu'on doit avoir acquis à l'école (.) et heu:: dans ce qui est de la
99 HAS de la BPCO ils disent et dans pleins d'autres articles scientifiques que en effet le
100 kinésithérapeute a sa place dans le pré dépistage de la BPCO et c'est pour ça en fait que je
101 m'intéresse à ce que font vraiment les kiné et quels sont leurs freins au quotidien (.) parce
102 que c'est bien beau y'a des choses qui sont recommandées mais ça ne se fait pas en pratique
103 (.) donc je cherche à comprendre pourquoi il y a cette différence-là ↘

104 K : Comment effectivement l'emmener / (1'') l'amener sur le terrain ↘ alors au-au moins
105 hein si effectivement (.) heu::: les jeunes kinés qui arrivent et qui ont eu cette formation le
106 mettent en pratique peut être qu'après ça va devenir heu:: \ parce que nous c'est vrai qu'on
107 a jamais eu ce genre de choses / donc heu:: (.) pour le faire correctement je pense qu'il
108 faudrait une petite formation / qu'on nous explique comment l'aborder / heu:: par quels
109 détours ect quoi ↘

110 (5'') Le kiné ostéopathe lui il doit rencontrer beaucoup moins de problème puisque de toute
111 façon à la première séance (.) il fait un bilan heu:: vraiment très très complet où il pose
112 quinze milles questions ↘ Parce (nom d'un confrère kiné-ostéopathe) lui quand il a les gens
113 en première séance où il les prend une heure / (.) il leur pose une papardelle de question /
114 donc là (.) cette question-là au milieu des autres (.) ouais tu peux l'introduire quoi ↘

115 I : Et nous dans notre bilan on pose pas autant de questions ↗

116 K : Qu'un ostéopathe non ↘

117 I : (3'') Donc d'après vous un ostéopathe serait plus à même de poser ce genre de questions
118 et donc de pré dépister la BPCO /

119 K : Oui (3'') on pose pas les mêmes questions hein (3'') parce que l'ostéopathe il va aussi
120 bien demander heu « est ce que vous allez bien à la selle » « est ce que vous digérez bien »
121 'fin tout un tas de de choses que nous heu:: (3'') nous nos bilans ils sont beaucoup plus
122 succincts quand t'es en libéral hein \ (2'') pas l'temps ↘

123 I : (3'') Et bien merci beaucoup d'avoir accepté cet entretien ↘

124 K : Je t'en pris ↘

Annexe 9 : Entretien n°2

- 1 I : Bonjour et merci d'avoir accepté cet [entretien
2 K : [Bonjour \
3 I : [Aujourd'hui vous travaillez principalement en libéral c'est bien ça ↗
4 K : Oui uniquement ↘
5 I : D'accord (.) du coup (.) que pensez-vous de la sensibilisation et de l'aide au dépistage de
6 la BPCO par le kiné libéral ↗
7 K : (2'') Sensibilisation et l'aide au dépistage de la BPCO par le kiné libéral (.) bein heu::
8 c'est important / (2'') c'est important / c'est totalement dans nos compétences et heu:: (2'')
9 c'est ptetre faute de temps faute de-de MOYENS heu pas souvent fait / (.) mais en tout cas
10 heu (.) en tout cas c'est très important ↘
11 I : D'accord et du coup est ce que vous le pratiquez au quotidien ↗
12 K : Oui tout à fait ↘ Bien évidemment (.) j'essaye ↘
13 I : Et qu'est-ce que cela implique dans votre activité ou pour vos patients ↗
14 K : Ca implique justement déjà heu:: (.) dès le début dans le bilan d'entrée (.) heu ça implique
15 heu:: (2'') de suspecter ou d'essayer d'être sensibilisé et de suspecter justement heu:: (1'')
16 des (3'') voilà des certains signes / (.) et ensuite heu ça implique heu:: ça implique justement
17 d'OBJECTIVER / heu:: par certains tests pour voir justement si le patient effectivement est
18 BPCO ou pas ↘
19 I : Et donc vous le pratiquez quotidiennement ↗
20 K : Non pas quotidiennement ↘ C'est en fonction du patient ↘
21 I : Ok, et si vous ne le faites pas ↗
22 K : C'est peut-être parce que je n'y est pas pensé / peut-être parce que c'est passé inaperçu
23 peut-être parce que voilà tout simplement heu (.) je ne l'ai pas vu ↘
24 (5'') Après je le fais plutôt en clinique heum (.) ici au cabinet c'est plutôt quand le patient
25 dit avoir été fumeur par exemple (2'') quand y'a des facteurs de risque (2'') \ en clinique je
26 le fais un peu plus car souvent heu en clinique (.) avec des histoires d'alitement ou quoi heu
27 si y'a un ptit encombrement bronchique (.) heu:: (.) étant donné que j'aime bien utiliser
28 certaine technique heu c'est vrai que:: certaine technique comme la-la-la PEP / c'est (.) on
29 peut pas trop le faire chez le patient BPCO donc j'essaie systématiquement de savoir / (.)
30 heu dès qu'il y a un ptit signe heu (.) qui me met la puce à l'oreille de (.) de voir si heu

31 justement le patient est BPCO / (.) parce que si le patient est BPCO bein ça me ferme pas
32 mal de portes (.) ça m'en ouvre d'autres mais ça m'en ferme pas mal ↘

33 K : D'accord. Si du coup vous voyez qu'un patient est à risque de développer une BPCO (.)
34 qu'est-ce que vous faites ↗ (.) vous en parlez avec l'équipe en général ↗

35 K : Alors déjà ça dépend si il est sevré ou pas du tabac (rires) (.) et ensuite [heu::

36 I : [Vous lui donnez des conseils par rapport à l'arrêt du tabac ↗

37 K : Ah bien évidemment et aussi des conseils par rapport à (.) par rapport à l'effort en lui-
38 même / (.) j'essaye de mettre en place une éducation thérapeutique / sur justement heu:::
39 (2'') pour qu'il puisse visualiser un peu comment comment ça fonctionne / et heu:: (.) et
40 essayer de mettre en place une prévention soit primaire soit secondaire si jamais heu c'est
41 déjà le cas / (.) heu:: pour que on ait pas de:: (.) de comorbidités heu (.) plus importantes ↘

42 I : D'accord (.) d'autres choses à rajouter ↗

43 K : Non, ça me parait bon ↘

44 I : Et bien merci beaucoup ↘

45 K : Mais de rien ↘

Annexe 10 : Entretien n°3

- 1 I : Bonjour et merci d'avoir accepté cet entretien (.) aujourd'hui vous travaillez
 2 principalement en libéral c'est bien ça ↗
- 3 K : Oui c'est ça (.) c'est pas principalement c'est je travaille qu'EN libéral ↘
- 4 I : D'accord (.) du coup que pensez-vous de la sensibilisation et de l'aide au dépistage de la
 5 BPCO par le kiné libéral ↗
- 6 K : (3'') Oui ça peut être une bonne chose ↘
- 7 I : Qu'est cela signifie pour vous ↗
- 8 K : (3'') Heu:: alors (.) pour moi c'est p'têtre heu être attentive heu:: heu :: aux patients que
 9 je reçois heu pour d'autres soins puisque je ne fais plus de kiné respiratoire (.) voilà ↘
- 10 I : Oui c'est plutôt une prévention pour des patients non respiratoire on est bien d'accord ↘
- 11 K : C'est ça ↘ (5'')
- 12 I : Ok et du coup vous en faites un peu au quotidien ↗
- 13 K : De la kiné respi heu non je n'en fais plus (.) exceptionnellement (.) ↘ Ça reste
 14 exceptionnel ↘
- 15 I : Et tout ce qui est poser des questions lors du bilan sur si la personne fume et cetera ↗
- 16 K : Alors ça oui (.) le tabac (.) puisque moi je m'occupe beaucoup de post cancer et du coup
 17 ça fait partie du bilan ↘
- 18 I : D'accord et vous pensez à la BPCO lorsque vous voyez des patients qui fument, toussent /
- 19 K (2'') Heu:: pfff non c'est pas forcément le (.) la priorité c'est pas (2'') mais c'est vrai que
 20 je leur demande si ils sont suivis par un pneumologue surtout quand heu voilà ils toussent
 21 qu'ils crachent ou qu'ils sont essoufflés (.) voilà on essaye d'élargir un peu à:: ↘ (3'')
- 22 I : D'accord et donc m'avez dit qu'au quotidien vous ne pratiquez pas ce pré dépistage de la
 23 BPCO (.) est ce que vous voyez des causes au fait que vous ne le faites pas ↗
- 24 K : Il y a pt'être un manque de temps hein (2'') c'est vrai que le temps heu on a pas beaucoup
 25 de temps parce qu'on est en libéral (.) mais disons que ça fait partie heu au fur et à mesure
 26 des séances (.) si je vois que la personne heu:: tousse régulièrement / (.) c'est là où je (.) je
 27 vais pas forcément faire un dépistage POUR la BPCO mais par contre heu pour des
 28 problèmes pneumologiques (.) les orienter vers un pneumologue ↘ c'est pas forcément lors
 29 du premier bilan mais au fur et à mesure quoi (2'') parce que mon premier bilan il va être
 30 plutôt axé par rapport à la pathologie de la personne (.) j'ai quand même pas mal de questions

31 à poser (.) surtout pour les post cancers du sein (.) et on:: (.) c'est pas ça va pas être la priorité
32 (.) la BPCO ça va pas être la priorité bien sûr ↘ par exemple (.) la personne sort d'une
33 opération (.) je vais pas commencer à poser des questions là-dessus (.) elle va se dire « elle
34 heu de quoi elle se mêle » enfin tu vois ↗ (2'') elle va dire « mais heu je suis venue pour le
35 sein elle me pose des questions par rapport à::: » tu vois ce que je veux dire ↗
36 I : (hochement de tête.)
37 K : Ça, ça vient au fur et à mesure ↘ (2'') Là j'ai une patiente qui tousse (.) tu l'entends à la
38 voix tout ça \ bon je lui ai demandé si on lui avait fait en même temps parce que comme ils
39 sont suivis à la Cassagne / je demande si en même temps on lui a fait heu des radios
40 pulmonaires et cetera \ parce qu'en plus tu as la BPCO mais tu as le problème de métastases
41 des trucs comme ça au niveau pulmonaire ↘ (.) Mais tu vois je peux pas dire d'emblée orienter
42 vers la BPCO (.) en plus ça peut être tellement autre chose ! (.) dont heu:: le traitement
43 qu'elles ont eu / (.) la chimio ↘ (2'') les signes de la BPCO sont pas forcément spécifiques
44 et dans mon cas heu::: j'ai des patientes qui ont des traitements heu:: assez lourds et ça peut
45 aussi être dû à ça ↘ après c'est sûr que moi je vais leur demander si elles ont fumé tout ça
46 parce que c'est une des premières causes aussi malgré tout pour les cancers ↘ (2'') j'ai déjà
47 pas mal de questions à poser (.) heu::: par rapport à soit à l'opération (.) à quelle date (.) quel
48 chirurgien (.) quand il y a pose de prothèse (.) est ce qu'elles ont eu avant de la chimio ou
49 après / est ce qu'il y a chimio plus radiothérapie / est ce qu'un traitement est prévu / (.) f'in
50 y a pas mal de choses à voir tu vois / (2'') moi ils sont gentils avec leur bilan mais d'entrer
51 moi une patiente heu je la prend aussi en soin quoi (.) voilà ton bilan tu le fais au fur et à
52 mesure (.) en même temps que tu soignes sinon tu perds une séance ↘ parce que la première
53 chose qu'elles ont envi c'est que tu les soulages (.) pas que tu les saoules justement avec tes
54 questions ↘ (rires)
55 I : Très bien \ est-ce que vous avez encore des choses à rajouter par rapport à votre ressenti
56 de ce dépistage ou tout est bon pour vous ↗
57 K : A la limite ce serait peut-être bien si:: (2'') ptetre d'avoir un un pour nous aider avoir un
58 petit questionnaire rapide (.) ça peut être un:: un (.) une base quoi ↘ après c'est pas forcément
59 pour moi hein mais heu:: pour les kinés en général du coup ↘
60 I : Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ↗
61 K : Non bein voilà (.) j'espère que ça été pour toi ↘
62 I : C'est parfait merci beaucoup ↘

Annexe 11 : Entretien n°4

- 1 I : Bonjour et merci d'avoir accepté cet entretien, aujourd'hui vous travaillez principalement en
2 libéral c'est bien ça ↗
- 3 K : C'est ça ↘(2'')
- 4 I : Que pensez-vous de la sensibilisation et de l'aide au dépistage de la BPCO par le
5 kinésithérapeute libéral ↗
- 6 K : (2'') C'est une bonne idée (.) mais dans les cabinets comme ça y'a pas de dépistage de la
7 BPCO ↘
- 8 I : D'accord et qu'est-ce que cela signifie pour vous dépister la BPCO en libéral ↗
- 9 K : (3'') Heu:::m (.) qu'est-ce que ça signifie de de::: ↗
- 10 I : Qu'est-ce que cela impliquerait dans votre pratique ↗
- 11 K : Bein heu ça implique que heu::: c'est super quoi ! (2'') on le fait jamais quoi ! (2'') parce
12 que heu::: (.) je c'est vrai que c'est pas trop (2'') j'pense pas que ce soit trop notre rôle quoi ↘
- 13 I : Vous ne vous sentez pas concerné ↗
- 14 K : Non \ (.) dans le dépistage de la BPCO non (2'') parce que (.) moi c'est dans mon activité
15 j'ai pratiquement pas beaucoup de respi ↘
- 16 I : Et pour les patients au quotidien ↗
- 17 K : Ah voilà ceux qui ne viennent pas pour de la respi ↗ Ouais c'est vrai que j'y pense pas ↘
18 j'pense que ça peut-être le rôle d'un kiné spécialisé dans la respi plutôt et heu moi juste moi
19 heu::: c'est pas trop mon truc la respi ↘ J'envoie les patients comme ça chez des collègues
20 spécialisés ↘
- 21 I : Et dans un bilan par exemple vous essayez d'en savoir un peu plus sur l'état respiratoire du
22 patient, savoir si il fume ↗
- 23 K : Oui / (.) mais plus pour heu des raisons de heum::: cicatrisation (2'') parce qu'on sait que le
24 tabac réduit la cicatrisation (.) le temps de cicatrisation (.) mais c'est vrai que c'est pas POUR
25 la BPCO ↘ voilà le dépistage comme ça j'en vois pas l'utilité dans mon activité et j'y ai pas
26 pensé ↘(3'') après voilà (.) parfois oui je pose des questions (.) pour certains on sent vraiment
27 heu::: qu'il fume parce qu'il y a l'odeur dans les cheveux / (.) sur la peau / (.) et heu::: je leur
28 conseille d'arrêter de fumer parce que ça diminue les vaisseaux sanguins et la micro circulation
29 sanguine et ça empêche de progresser dans la rééducation / (.) mais je ne me concentre pas sur
30 les trucs pulmonaires \ (3'') en plus franchement (.) souvent on a pas beaucoup de temps (2'')

31 dans les séances on veut faire beaucoup de choses et on est vraiment chronométré voilà (.) en
32 fait c'est aussi ma manière de de travailler ↓

33 I : D'accord ↓

34 K : (3'') Puis souvent les patients qui fument (.) ils sont addictes et donc ils n'ont pas la volonté
35 d'arrêter de fumer et bien souvent heu:: (.) ça va les énerver ce genre de questions (.) voilà \

36 (2'') j'avais un patient une fois / (.) il était dans la salle d'attente (.) et je savais pas que c'était
37 lui \ (.) et ça sentait super fort dès qu'il est rentré dans la salle d'attente \ (.) je sors du box et je
38 fais la remarque « mais qui a fumé ici ? » et il est plus jamais revenu ! (.) ça l'a mis mal à l'aise
39 en fait ↓

40 I : Oui je vois (rires) ↓ et si vous remarquez des symptômes pulmonaires chez un patient,
41 qu'est-ce que vous faites ↑

42 K : Je demande (.) ce qu'il se passe (.) pourquoi (.) et après j'vais essayer de le diriger vers un
43 spécialiste bien sûr \ (.) mais là encore c'est avec parcimonie (.) parce qu'après si c'est pas ça
44 le médecin il va dire « mais c'est quoi ce kiné qui raconte n'importe quoi ? » (2'') mais au début
45 oui (.) on va on va en parler (2'') mais si à la base il vient pas pour ce soucis-là, heu voilà on se
46 soucie pas de ça (2'') ↓ Après si ça sort voilà pendant l'entretien (.) ou après heu 5-6 séances
47 que voilà y'a un p'tit soucis (2'') parce que voilà plus ils s'attachent au kiné (.) plus en fait ils
48 sont ouverts (.) plus ils nous parlent ! C'est à ce moment qu'on peut avoir plus d'informations
49 et qu'on peut aider (2'') ↓ enfaite plus on connaît les patients / (.) plus ils nous racontent leur
50 vie et là on peut agir et pousser dans certaines directions (2'') mais (.) c'est pas la première
51 question qui nous vient tu vois ↑

52 I : Oui d'accord je vois ↓ est-ce que vous avez quelque chose à rajouter par rapport à votre
53 ressenti de ce dépistage de la BPCO ↑

54 K : (2'') Non ↓ (Rires) après voilà je trouve que c'est une bonne idée d'avoir des clefs pour
55 essayer d'aider à dépister des BPCO en cabinet libéral ouais (.) ça peut être pas mal. Mais voilà
56 faudrait poser des questions quand la relation est établie, p't'être pas un questionnaire pour pas
57 être trop formel mais des questions ça peut être pas mal ↓

58 I : D'accord et bien merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à mes questions ↓

59 K : De rien ↓