



**HAL**  
open science

# Interventions préventives chez les patients fumeurs en psychiatrie ambulatoire par des médecins : enquête auprès de 75 patients dans des centres médico-psychologiques d'Île-de-France

Mickael Esser

## ► To cite this version:

Mickael Esser. Interventions préventives chez les patients fumeurs en psychiatrie ambulatoire par des médecins : enquête auprès de 75 patients dans des centres médico-psychologiques d'Île-de-France. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-03634178

**HAL Id: dumas-03634178**

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03634178v1>

Submitted on 31 May 2022

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

## AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

*Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4*

*Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10*

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES  
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2018

N° 72

THÈSE  
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE  
DOCTEUR EN MÉDECINE

Interventions préventives chez les patients fumeurs en psychiatrie  
ambulatoire par des médecins : enquête auprès de 75 patients  
dans des centres médico-psychologiques d'Île-de-France

Présentée et soutenue publiquement  
le 5 juin 2018

Par

***Mickael ESSER***

Né le 13 avril 1988 à Montreuil (93)

Dirigée par Mme Le Docteur Nadia Chaumartin, PH

Jury :

M. Le Professeur Nicolas Roche, PU-PH ..... Président

M. Le Professeur Henri-Jean Aubin, PU-PH

M. Le Docteur Florian Ferreri, MCU

*« Tu devrais faire médecine fiston  
Pourquoi devrais-je faire médecine ?  
Parce que tu as un bon contact avec les gens mon fils »  
Quelques mots d'un père à son fils...*

## Remerciements

Une pensée pour tous ceux qui m'ont aidé à la réalisation de cette thèse, merci au Dr Nadia Chaumartin pour son dynamisme et ses idées grandioses, merci à Majida Oufkir, Marie Lorraine Hallay et Anaïs Amoyel pour leur relecture.

Une pensée pour tous ceux que j'ai rencontré durant mes années de médecine, qu'ils soient médecins, infirmières, aides-soignants, mais aussi dans l'administration. C'est grâce à vous que j'ai découvert mon métier, à la fois passionnant, plein d'humanité mais aussi d'humilité, car devant la détresse humaine on oublie souvent cet aspect fondamental de la médecine.

Une pensée à mes amis et professeurs de mes études scolaires : Frédéric Ngo (dixit Ho Chi Minh), Damien Garçia (dixit le grec), Alexandre Gabriel (dixit Averell), Sebastien Benquet (dixit le landais) et bien d'autre encore.

Un grand remerciement pour Nathalie Ortega, Elise Coste, Cécile Daoun, Isabelle Essig, Perrine Pouts (ou Prouts ?), Pauline Fourgoux et Laure Barrault d'avoir été là pour moi.

Un grand remerciement à mes cousins : Thomas Côt, Matthieu Côt, Sophie Côt, et Sophie Soulié de m'avoir soutenu toutes ces années.

Un grand remerciement à mes oncles et tantes qui m'ont toujours donné le sourire et cru en moi : Charlie Côt, Monique Côt, Tam Côt et Julie Côt.

Comment ne pas mentionner sur cette page mes compagnons de toujours ? Quentin Planchais, Louis Alexandre Saint Léger, Jacques Mahoudeau, Pawel Mlynarski, Henri Lu, Philippe Zhang, Alexandre Abbas et Nicolas Jaksic.

Un grand remerciement à Aude le Grelle pour m'avoir aidé à cette thèse, mais également de me faire rire, et de me faire une place dans sa vie.

A mon frère Rémi Esser pour toutes ces années à me supporter ! Enfin te voilà bientôt libérer !

A mes grands-parents, qui m'ont toujours choyé, comblé et soutenu.

A mes parents... Kim Lê Esser et Jean-Pierre Esser. Grâce à vous j'y suis finalement arrivé.

Enfin un remerciement aux membres du jury : Pr. Nicolas Roche, Pr. Henri-Jean Aubin, Dr. Florian Ferreri et au Dr. Nadia Chaumartin de me faire l'honneur de présider ma soutenance.

## Sigles et acronymes

ASV :	Ateliers Santé Ville
BPCO :	Bronchopneumopathie Chronique Obstructive
CMP	Centre Médico-Psychologique
COPD :	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CV :	Capacité Vitale Forcée
CMG :	Collège de Médecine Générale
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
CLSM :	Conseil Local de Santé Mentale
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EM :	Entretien Motivationnel
GFEP :	Groupe Français d'Epidémiologie Psychiatrique
HAS :	Hautes Autorités de Santé
HTA :	Hypertension Artérielle
HPST :	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
InVS :	Institut de Veille Sanitaire
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
TVO :	Trouble Ventilatoire Obstructif
VEMS :	Volume Expiratoire Maximal en 1 Seconde

## Table des matières

SIGLES ET ACRONYMES .....	4
INTRODUCTION.....	9
1. LA BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE.....	10
<b>1.1. QUAND PENSER A UNE BPCO ? .....</b>	<b>10</b>
<b>1.2. DIAGNOSTIC PAR LES EFR ET CRITERES DE GRAVITE .....</b>	<b>10</b>
<b>1.3. EXACERBATION DE BPCO.....</b>	<b>11</b>
<b>1.4. EPIDEMIOLOGIE DU TABAGISME ET DE LA BPCO .....</b>	<b>11</b>
1.4.1. PREVALENCE ET INCIDENCE DU TABAGISME.....	11
1.4.2. PREVALENCE ET EVOLUTION DE LA BPCO .....	13
2. PATIENTS EN PSYCHIATRIE : UNE POPULATION AVEC SES PARTICULARITES.....	14
<b>2.1. PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES : DONNEES SUR LA POPULATION .....</b>	<b>14</b>
<b>2.2. PATHOLOGIES SOMATIQUES EN PSYCHIATRIE .....</b>	<b>16</b>
3. RECOMMANDATION DE LA HAS : REPERER LES PATIENTS A RISQUE DE BPCO.....	16
4. MEDECIN GENERALISTE : PILIER DE LA PREVENTION .....	17
5. L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL.....	18
ETUDE.....	20
1. MATERIEL ET METHODE .....	20
<b>1.1. SCHEMA DE L'ETUDE .....</b>	<b>20</b>
<b>1.2. CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL ET SECONDAIRE.....</b>	<b>21</b>
<b>1.3. CRITERE D'INCLUSION, DE NON INCLUSION ET D'EXCLUSION.....</b>	<b>21</b>
2. RESULTATS .....	22
<b>2.1. DESCRIPTION SOCIODEMOGRAPHIQUE DE LA POPULATION .....</b>	<b>22</b>
2.1.1. SELON L'AGE ET LE SEXE.....	22
2.1.2. SELON LE NIVEAU D'ETUDES .....	24
<b>2.2. DESCRIPTION MEDICALE .....</b>	<b>25</b>
2.2.1. SELON LE DEGRE DE TABAGISME (EN PAQUET-ANNEE = PA) .....	25
2.2.2. REPARTITION DE LA POPULATION SELON LE SEXE ET LE DEGRE DE TABAGISME.....	26
2.2.3. REPARTITION DE LA POPULATION SELON DECLARATION D'UN MEDECIN TRAITANT .....	27
<b>2.3. RESULTAT SELON LES CRITERES D'ETUDES (ANNEXE II) .....</b>	<b>28</b>

2.3.1. INFORMATION SUR LA BPCO.....	28
2.3.1.1. Information sur la BPCO et âge.....	29
2.3.1.2. Information sur la BPCO et sexe.....	30
2.3.1.3. Information sur la BPCO et niveau d'études.....	31
2.3.1.4. Information sur la BPCO et degré de tabagisme.....	32
2.3.1.5. Information sur la BPCO et déclaration d'un médecin traitant.....	33
2.3.1.6. Information sur la BPCO et symptômes de bronchite chronique.....	34
2.3.2. EPREUVES FONCTIONNELLES RESPIRATOIRES.....	35
2.3.2.1. EFR et âge.....	36
2.3.2.2. EFR et sexe.....	37
2.3.2.3. EFR et niveau d'études.....	38
2.3.2.4. EFR et degré de tabagisme.....	39
2.3.2.5. EFR et déclaration d'un médecin traitant.....	40
2.3.2.6. EFR et symptômes de bronchite chronique.....	41
2.3.3. CONNAISSANCE BPCO/ EFR.....	42
2.3.3.1. Connaissance de l'intérêt des EFR sur la BPCO (BPCO/EFR) et âge.....	43
2.3.3.2. Connaissance de la BPCO/ EFR et sexe.....	44
2.3.3.3. Connaissance de la BPCO/ EFR et niveau d'études .....	45
2.3.3.4. Connaissance de la BPCO/ EFR et degré de tabagisme .....	46
2.3.3.5. Connaissance de la BPCO/ EFR et déclaration d'un médecin traitant .....	47
2.3.3.6. Connaissance de la BPCO/ EFR et symptômes de bronchite chronique.....	48
DISCUSSION .....	49
1. CRITIQUE SUR LA METHODOLOGIE .....	49
<b>1.1. FORCE DE L'ETUDE .....</b>	<b>49</b>
<b>1.2. FAIBLESSE DE L'ETUDE.....</b>	<b>49</b>
2. DISCUSSION SUR LA POPULATION D'ETUDE.....	50
3. DISCUSSION SELON LES CRITERES DE L'ETUDE .....	51
<b>3.1. INFORMATION SUR LA BPCO ET L'ACCES AUX EFR .....</b>	<b>51</b>
<b>3.2. INFORMATION SUR L'UTILITE DES EFR.....</b>	<b>52</b>
4. DISCUSSION SUR LES RESULTATS DE L'ETUDE.....	53
<b>4.1. CRITERE D'AGE.....</b>	<b>53</b>
<b>4.2. CRITERE DE SEXE.....</b>	<b>54</b>
<b>4.3. CRITERE : NIVEAU D'ETUDES .....</b>	<b>54</b>
<b>4.4. CRITERE : DEGRE DE TABAGISME .....</b>	<b>54</b>
<b>4.5. CRITERE : DECLARATION D'UN MEDECIN TRAITANT.....</b>	<b>55</b>
<b>4.6. CRITERE : SYMPTOMES DE BRONCHITE CHRONIQUE.....</b>	<b>56</b>
CONCLUSION .....	57

PERSPECTIVE.....	59
ANNEXE I.....	60
ANNEXE II.....	61
BIBLIOGRAPHIE .....	62

## Liste des figures

<b><u>Figure n°1</u></b> : Evolution de la prévalence du tabagisme régulier chez l'homme entre 2005 et 2014, par tranche d'âge (15-75 ans).....	12
<b><u>Figure n°2</u></b> : Evolution de la prévalence du tabagisme régulier chez la femme entre 2005 et 2014, par tranche d'âge (15-75 ans).....	12
<b><u>Figure n°3</u></b> : Distribution des cinq diagnostics les plus fréquents selon l'âge.....	15
<b><u>Figure n°4</u></b> : Répartition de la population selon l'âge et le sexe.....	23
<b><u>Figure n°5</u></b> : Répartition de la population selon le niveau d'études .....	24
<b><u>Figure n°6</u></b> : Répartition population selon leur degré de tabagisme .....	25
<b><u>Figure n°7</u></b> : Selon le sexe et le degré de tabagisme .....	26
<b><u>Figure n°8</u></b> : Selon déclaration d'un médecin traitant.....	27
<b><u>Figure n°9</u></b> : Nombre de patients ayant une éducation à la BPCO .....	28
<b><u>Figure n°10</u></b> : Information sur la BPCO en fonction de l'âge .....	29
<b><u>Figure n°11</u></b> : Information sur la BPCO en fonction du sexe .....	30
<b><u>Figure n°12</u></b> : Information sur la BPCO en fonction du niveau d'études .....	31
<b><u>Figure n°13</u></b> : Information sur la BPCO en fonction du degré de tabagisme .....	32
<b><u>Figure n°14</u></b> : Information sur la BPCO et déclaration d'un médecin traitant .....	33
<b><u>Figure n°15</u></b> : Information sur la BPCO et symptômes de bronchite chronique .....	34
<b><u>Figure n°16</u></b> : Proportion de patients ayant eu des EFR parmi les tabagiques actifs.....	35
<b><u>Figure n°17</u></b> : EFR et âge .....	36
<b><u>Figure n°18</u></b> : EFR et sexe .....	37
<b><u>Figure n°19</u></b> : EFR et niveau d'études .....	38
<b><u>Figure n°20</u></b> : EFR et degré de tabagisme en paquet-année .....	39
<b><u>Figure n°21</u></b> : EFR et déclaration d'un médecin traitant .....	40
<b><u>Figure n°22</u></b> : EFR et symptômes de bronchite chronique .....	41
<b><u>Figure n°23</u></b> : Population informée de l'intérêt des EFR.....	42
<b><u>Figure n°24</u></b> : Connaissance BPCO/ EFR selon l'âge .....	43
<b><u>Figure n°25</u></b> : Connaissance BPCO/ EFR selon le sexe .....	44
<b><u>Figure n°26</u></b> : Connaissance BPCO/ EFR et niveau d'étude .....	45
<b><u>Figure n°27</u></b> : Connaissance BPCO/ EFR et degré de tabagisme .....	46
<b><u>Figure n°28</u></b> : Connaissance BPCO/ EFR et déclaration d'un médecin traitant.....	47
<b><u>Figure n°29</u></b> : Connaissance BPCO/ EFR et symptôme de bronchique chronique .....	48

## Introduction

---

Le tabagisme est un problème mondial. Sur le plan écologique, à partir de la culture de plant de tabac, en passant par les produits chimiques qui la composent jusqu'à la gestion des déchets de mégots, la cigarette est un fléau pour l'homme et son environnement.

Sur le plan humain, il est responsable d'une morbi-mortalité dont l'incidence et les complications sont en croissance.

Les différentes politiques de santé en France essayent en vain d'éradiquer ce problème : majoration du prix du paquet, fixation des teneurs maximales en goudron des cigarettes, emballage uniforme pour toutes les marques, avertissements sanitaires... Parmi ces lois, citons :

- **la loi Veil 9 juillet 1976** qui réduit le champ de publicité en faveur du tabac ;
- **la loi Evin 1991** qui interdit de fumer dans certains lieux publics, sauf dans des lieux exclusivement pour fumeur, interdit la distribution gratuite et toute opération de parrainage liée au tabac ;
- **la loi Hôpital Santé Patients et Territoires de 2009** qui fixe la limite d'âge requis pour l'achat à 18 ans au lieu de 16 ans.

« *Fumer nuit gravement à votre santé et à celle de votre entourage* » peut-on lire sur les paquets de cigarettes. C'est un problème de santé publique en France. Historiquement, ce n'est que depuis la Deuxième Guerre Mondiale que sont apparues les premières grandes enquêtes épidémiologiques qui ont permis de confirmer scientifiquement la toxicité du tabac. Les pathologies issues du tabagisme actif sont nombreuses : cardiovasculaire, oncologique, obstétricale et pulmonaire dont la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).

La BPCO est une maladie sous diagnostiquée en France dans la population générale. Pourtant, elle est amenée à devenir la 3<sup>e</sup> cause de mortalité mondiale en 2030 d'après l'OMS. Cependant, cette complication du tabagisme peut être évitée. Parmi les personnes victimes du tabac, les patients en psychiatrie sont touchés par ce fléau.

La BPCO a fait l'objet de nombreux articles décrit par la littérature. Mais peu de données existent concernant la BPCO chez la population psychiatrique en ambulatoire. Notre étude est une enquête auprès de 75 patients, tous fumeurs, suivis dans 3 centre médico-psychologiques (CMP) sur la notion qu'ils ont de la BPCO.

La première partie de notre travail est de mettre en avant les données récentes autour de la BPCO post tabagique, du médecin généraliste et des patients en psychiatrie pour comprendre la problématique de cette étude. La seconde partie présente la méthodologie de l'étude avec ses résultats et nous verrons dernièrement la discussion et la conclusion de notre étude.

# 1. La bronchopneumopathie chronique obstructive

## 1.1. Quand penser à une BPCO ?

La BPCO est une maladie respiratoire chronique définie par une obstruction permanente et progressive des voies aériennes (présence d'un trouble ventilatoire obstructif). La première cause de BPCO est le tabagisme, viennent ensuite les aéro-contaminants d'origine professionnelle dans environ 15% des BPCO puis la pollution d'origine domestique voire atmosphérique.

La BPCO se présente cliniquement par des symptômes respiratoires tels la dyspnée, la toux et l'expectoration et, se définit également par un trouble ventilatoire obstructif (TVO) non complètement réversible.

La définition d'une bronchite chronique est purement clinique et se définit comme une toux productive quotidienne ou quasi-quotidienne durant  $\geq 3$  mois par an et  $\geq 2$  années consécutives, pouvant être simple ou obstructive. Une bronchite chronique peut exister sans BPCO et inversement (1).

## 1.2. Diagnostic par les EFR et critères de gravité

Le TVO se mesure par les épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR) définies par le rapport du volume expiratoire à la première seconde (VEMS) sur la capacité vitale forcée (CV)  $< 0,7$  non réversible après la prise de béta-2-mimétique.

Ce TVO dans le cadre de la BPCO peut être significativement réversible mais non complètement après la prise de corticothérapie systémique ou de bronchodilatateur de longue durée d'action pendant 2 semaines.

La définition d'un TVO significativement réversible est une majoration de la mesure du VEMS  $> 200$  mL par rapport à sa valeur initiale ou de 12% en termes de rapport post- sur pré-exposition après prise de béta-2-mimétique.

A contrario, un TVO complètement réversible correspond à une normalisation du rapport VEMS/CV et de la VEMS après prise de bronchodilatateur et définit la pathologie asthmatique.

La BPCO peut être classée selon sa sévérité (symptômes respiratoires, altération de l'état général et VEMS) :

Tableau n°1 : Classification de la sévérité de la BPCO selon le VEMS

GOLD 1	Légère	VEMS $\geq 80\%$ de la valeur théorique
GOLD 2	Modérée	$80\% \geq \text{VEMS} \geq 50\%$ de la valeur théorique
GOLD 3	Sévère	$50\% \geq \text{VEMS} \geq 30\%$ de la valeur théorique
GOLD 4	Très sévère	$30\% \geq \text{VEMS}$ de la valeur théorique

### **1.3. Exacerbation de BPCO**

L'exacerbation de BPCO est définie par une aggravation des symptômes respiratoires au-delà des variations quotidiennes avec la nécessité de modifier les thérapies médicamenteuses (modification des bronchodilatateurs, ajout d'antibiothérapie ou corticothérapie orale).

Ces exacerbations se classent en fonction de leur gravité : légère, modérée ou sévère. En pratique clinique, cette gravité est fonction de :

- l'état de la maladie de base (VEMS, oxygénothérapie au long cours) ;
- la présence de signes cliniques de détresse respiratoire ;
- les comorbidités (insuffisance cardiaque chronique, détérioration cognitive...) ;
- la fréquence des exacerbations.

Les exacerbations ont des répercussions sur la survie, la qualité de vie, l'activité physique et sur certaines comorbidités notamment sur la dégradation de l'état nutritionnel, musculaire et sur la dépression.

La mortalité des patients hospitalisés pour les exacerbations de BPCO est de 6,7% (et jusqu'à 30% en unité de soins intensifs). Le surcroît de mortalité à moyen terme est de 15,6%.

Par ailleurs, elles ont un coût sociétal : une prise en charge en ambulatoire coûte entre 15 à 300 euros tandis qu'une hospitalisation coûte en moyenne 4000 euros. A noter, que la part des coûts médicamenteux est faible.

Environ 130 000 hospitalisations pour exacerbation de BPCO ont été recensées en 2012 (augmentation de 15,5% par rapport à 2007) avec un coût annuel de 680 millions d'euros (2).

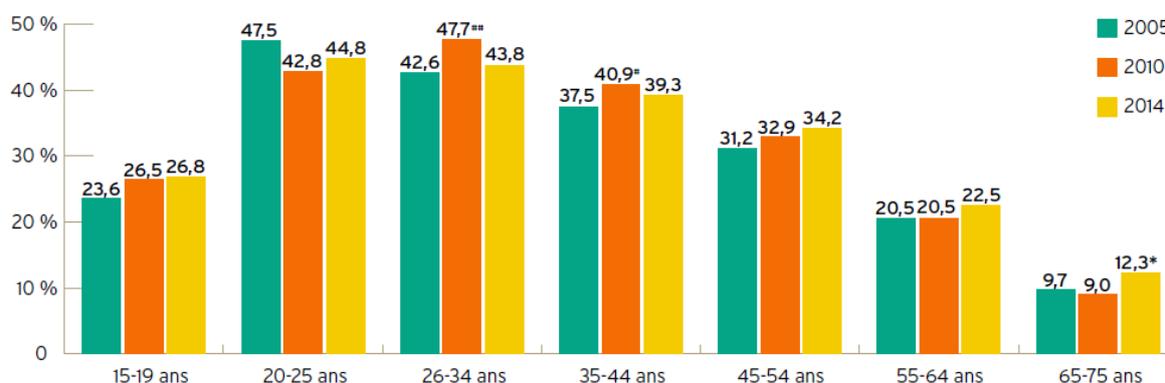
### **1.4. Epidémiologie du tabagisme et de la BPCO**

#### **1.4.1. Prévalence et incidence du tabagisme**

Le tabagisme actif est responsable au niveau humain de pathologie oncologique (cancer du poumon, ORL, vessie), cardio-vasculaire (infarctus du myocarde, artériopathie oblitérante des membres inférieurs, accident vasculaire cérébral), pneumologique (BPCO, emphysème pulmonaire, insuffisance respiratoire chronique) et gynécologique (grossesse extra-utérine, fertilité diminuée).

Le Baromètre santé de 2010 avait montré une hausse de la prévalence tabagique par rapport à 2005, notamment chez les femmes. Celui de 2014 indique une diminution de la consommation de tabac et une prévalence stable avec 34% de fumeurs dans notre pays. Ces chiffres restent tout de même largement supérieurs à ceux des pays comme la Grande-Bretagne, le Canada ou l'Australie.

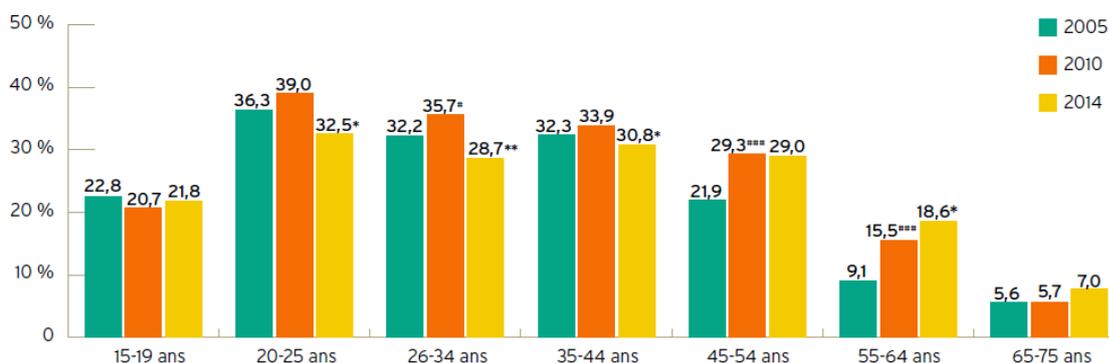
**Figure n°1** : Evolution de la prévalence du tabagisme régulier chez l'homme entre 2005 et 2014, par tranche d'âge (15-75 ans)



Source : Baromètres santé 2005, 2010 et 2014, Inpes.

Note : Les \* indiquent une évolution significative entre 2010 et 2014 (\* :  $p < 0,05$ ). Les # indiquent une évolution significative entre 2005 et 2010 (# :  $p < 0,05$  ; ## :  $p < 0,01$ ).

**Figure n°2** : Evolution de la prévalence du tabagisme régulier chez la femme entre 2005 et 2014, par tranche d'âge (15-75 ans)



Source : Baromètres santé 2005, 2010 et 2014, Inpes.

Note : Les \* indiquent une évolution significative entre 2010 et 2014 (\* :  $p < 0,05$  ; \*\* :  $p < 0,01$ ). Les # indiquent une évolution significative entre 2005 et 2010 (# :  $p < 0,05$  ; ### :  $p < 0,001$ ).

Le tabagisme reste élevé chez les hommes (38% sont fumeurs en 2014 et, de manière stable, depuis 2005, plus de 40% des 20-44 ans sont fumeurs). Mais la différence avec le tabagisme féminin (30% de fumeuses en 2014) se réduit avec le temps. Le tabagisme quotidien apparaît en légère baisse passant de 29% en 2010 à 28% en 2014. Cette baisse concerne uniquement les femmes : 24% fument tous les jours en 2014 contre 26% en 2010. Cette tendance est surtout visible parmi celles qui sont âgées de 20 à 44 ans.

La proportion d'ex-fumeurs est en augmentation : 29% en 2010 vs 31% en 2014. En revanche l'expérimentation du tabac est plus répandue puisqu'elle concerne 80 % des 15-75 ans en 2014 contre 75% en 2010 (3).

#### 1.4.2. Prévalence et évolution de la BPCO

Les études ayant estimé la prévalence de la BPCO en France sont peu nombreuses car cette estimation se heurte à des difficultés.

Néanmoins, c'est bien un problème de santé publique en France avec une prévalence estimée à 7,5 % en 2003 dans une population de plus de 40 ans avec une stabilisation de l'incidence chez les hommes mais une augmentation chez les femmes. En 2006, les taux bruts de mortalité par BPCO étaient de 41/100 000 chez les hommes et 17/100 000 chez les femmes âgées de 45 ans et plus (4).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (5), la BPCO :

- a causé 3 millions de morts en 2005 ;
- est la 6<sup>ème</sup> cause de décès en 2008 dans les pays à haut revenu ;
- sera la 3<sup>ème</sup> cause de mortalité mondiale en 2030.

Les difficultés à fournir des données statistiques sont d'origine :

- spirométrique, difficile dans le cadre d'études épidémiologiques en population générale ;
- auto déclarative, quand la prévalence de cette pathologie dépend de cette donnée (qu'elle ait été ou non confirmée par un médecin) et probablement sous-estimée en raison de l'importance du sous-diagnostic.

Ainsi, des études ont pu avoir lieu en simplifiant la définition de la BPCO:

Une enquête internationale en population générale (Confronting COPD Survey), conduite par téléphone en 2000 a estimé la prévalence de la BPCO (définie par un diagnostic connu de BPCO, de bronchite chronique, ou par des symptômes de bronchite chronique) en France à 3,2 % des personnes de plus de 45 ans ayant fumé plus de 10 paquets-année (paquet-année correspond au nombre de paquets par jour x le nombre d'années de tabagisme actif) (6).

Dans l'étude européenne ECRHS, la prévalence de la BPCO et des symptômes respiratoires (toux ou expectoration chronique) en France sont parmi les plus faibles d'Europe. Dans cette étude portant sur de jeunes adultes (20-44 ans), la prévalence du stade 0 de la classification GOLD 2005 (toux ou expectoration chronique sans trouble ventilatoire obstructif) est de 9,2 % en France. La prévalence de la BPCO (stade 1 ou plus de la classification GOLD) dans cette classe d'âge est de 1,5 % (7).

Plus particulièrement, une étude américaine retrouve une prévalence de la BPCO de 22.6% chez les patients porteurs d'une maladie psychiatrique, contre 5 % dans la population générale. Le tabagisme est le facteur causal prépondérant et sa fréquence est de 60.5% alors que la moyenne nationale est de 22% (8).

Il existe peu de données épidémiologiques sur les complications respiratoires dues au tabagisme et plus particulièrement sur la BPCO en France dans la population psychiatrique. Nous savons

que les pathologies respiratoires sont plus fréquentes et entraînent une surmortalité chez les patients porteurs d'une maladie mentale (9).

## **2. Patients en psychiatrie : une population avec ses particularités**

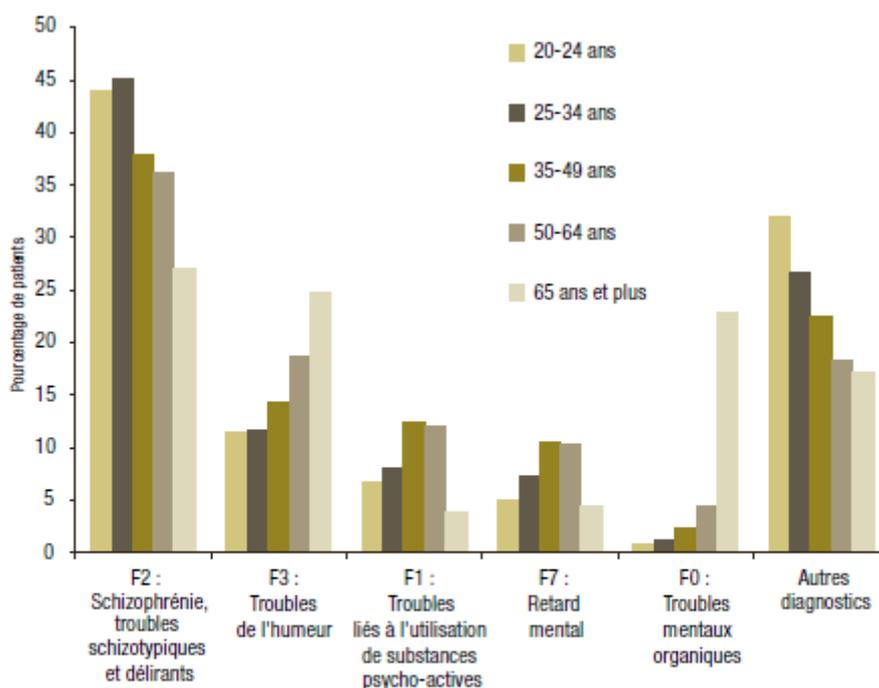
La principale préoccupation en psychiatrie a longtemps été le suicide. Pourtant de nombreuses études pointent la morbi-mortalité somatique avec une réduction de la durée de vie de 15 à 30 ans par rapport à la population générale (10).

Pour pallier à ces complications, certains groupes hospitaliers, comme celui de Paul Guiraud, recrutent des médecins généralistes. Ces médecins somatiques s'occupent ainsi de la prévention quaternaire (complications cardio-vasculaires avec les neuroleptiques, occlusions intestinales) mais également du dépistage des cancers et des affections aiguës (chutes, infection pulmonaire...). Ils complètent la prise en charge hospitalière psychiatrique du patient mais n'ont à ce jour pas de mission de suivi post-hospitalière, posant le problème du suivi ambulatoire. En effet, selon l'étude de Gadroy (11) seuls 79% des patients, de son étude, ont un médecin traitant et près de 56% des médecins généralistes de ville ne connaissent pas les antécédents psychiatriques de leur patient selon Bohn (12). Une solution éventuelle serait de réorganiser les centres médico-psychologiques (CMP), en permettant à des médecins généralistes de faire un suivi en parallèle des médecins psychiatres dans le même lieu de prise en charge des patients.

### **2.1. Pathologies psychiatriques : données sur la population**

Du 20 janvier au 2 février 2003, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) et le Groupe Français d'Epidémiologie Psychiatrique (GFEP) ont réalisé une enquête sur les principales caractéristiques des populations suivies dans les établissements publics et privés ayant une activité de psychiatrie générale ou pédopsychiatrique.

**Figure n°3** : Distribution des cinq diagnostics les plus fréquents selon l'âge



Champ • Prises en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale, un jour donné en 2003, adultes, France métropolitaine.

Sources • Enquête nationale sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 2003; expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATIH, 2003; exploitation IRDES.

Les diagnostics fréquemment rencontrés quel que soit l'âge, sont la schizophrénie, les troubles schizotypiques et délirants. Ces pathologies, classées sous le terme de psychoses, concernent presque 38 % des patients hospitalisés (41 % des hommes et 32 % des femmes).

La schizophrénie à elle seule représente 26 % de l'ensemble des diagnostics principaux (30 % des hommes et 20 % des femmes). On note que la part de ces pathologies diminue toutefois avec l'âge.

Les troubles de l'humeur constituent le second groupe de diagnostics par ordre de fréquence, avec 16 % des patients pris en charge à temps complet le jour de l'enquête. Ces troubles sont beaucoup plus fréquents chez les femmes que chez les hommes (respectivement 24 % et 11 %). La dépression à elle seule affecte 18 % des femmes et 8 % des hommes. Contrairement au groupe d'avant, la place de ces affections augmente proportionnellement avec l'âge. Les troubles de l'humeur touchent 11 à 12 % des patients âgés de 20 à 35 ans contre 25 % âgés de 65 ans et plus.

Viennent ensuite les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, qui concernent 10 % des patients (13 % des hommes et 7 % des femmes). Dans ce groupe, le diagnostic lié à l'utilisation de l'alcool est le plus fréquent ; il touche 11 % des hommes et 6 % des femmes. La dépendance à l'alcool représente à elle seule près de la moitié des troubles liés à l'utilisation de l'alcool, les intoxications aiguës, 9 % et les troubles résiduels ou psychotiques de survenue tardive, 8 %. La dépendance à d'autres substances psychoactives est relativement rare chez les patients pris en charge à temps complet (moins de 2 % des hommes et 1 % des femmes). La

fréquence des pathologies liées à l'utilisation de substances psychoactives (essentiellement l'alcool) augmente jusqu'à 35 ans, (pour atteindre un maximum de 12 à 13 %, entre 35 et 64 ans), avant de diminuer (13).

## **2.2. Pathologies somatiques en psychiatrie**

La surmortalité somatique est avant tout cardio-vasculaire d'origine iatrogénique avec une inégalité dans l'accès aux soins somatiques (14).

La mortalité chez les patients schizophrènes est de 4,5 fois supérieures à celui de la population générale.

Chez eux, les facteurs de risque cardiovasculaire sont fréquents : tabagisme (54-75% des patients, avec une consommation souvent importante), syndrome métabolique (28-60 %), surcharge pondérale (45 %), HTA (19-58 %), dyslipidémies (25 %) et diabète (13-15 %).

Ces patients présentent une vraisemblable prédisposition génétique au diabète, avant même tout traitement antipsychotique. Les facteurs de risques cardio-vasculaires sont du même ordre de grandeur chez les patients bipolaires.

D'autres pathologies sont retrouvées et doivent faire l'objet d'une surveillance accrue :

- l'ostéoporose ;
- les cancers (sein, col utérin et poumon) ;
- les infections sexuellement transmissibles ;
- l'occlusion intestinale souvent d'origine iatrogénique ;
- les fausses routes : dyskinésie, tachyphagies ;
- les dysthyroïdies sous lithium ;
- la BPCO.

## **3. Recommandation de la HAS : repérer les patients à risque de BPCO**

Selon les recommandations de la HAS sur la BPCO en 2014, les médecins doivent pouvoir repérer un patient à risque de BPCO selon certains critères (15) :

- chez l'homme fumeur de plus de 20 paquets-année ;
- chez la femme fumeuse de plus de 15 paquets-année ;
- associée ou non à l'inhalation de cannabis ;
- incluant le tabagisme passif ;
- mais également une exposition professionnelle ou domestique à des toxiques ou des irritants : silice, poussières de charbon, poussières végétales et de moisissures.

Ce diagnostic doit être évoqué si :

- un seul de ces signes, toux et expectoration chronique (> 2-3 mois), dyspnée persistante, progressive, apparaissant ou s'aggravant à l'exercice ou au décours d'une bronchite ;
- un adulte est exposé à des critères cités au paragraphe précédent ;
- une diminution du débit expiratoire de pointe ou du VEMS est observée sur la spirométrie.

#### **4. Médecin généraliste : pilier de la prévention**

La loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 définit les soins de premiers recours et les missions du médecin généraliste dans ce secteur de soins (16).

Parmi ses missions, le médecin généraliste doit contribuer à l'offre de soins ambulatoires en assurant la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi du malade ainsi que l'éducation pour la santé.

Ainsi, il importe au médecin généraliste de devenir le socle de prévention de la BPCO en identifiant les facteurs de risque et :

- 1- d'orienter le patient vers le moyen diagnostic : les épreuves fonctionnelles respiratoires ;
- 2- de faire une intervention brève minimale sur le tabagisme.

L'intervention brève constitue un temps crucial dans la prise en charge de ces patients et a pour objectif de :

- 1- modifier les comportements de consommation ;
- 2- réduire les problèmes médico-psychosociaux ;
- 3- réduire les risques liés à la consommation.

Il n'y a pas de définition consensuelle de « l'intervention brève » dans la littérature. Si on se réfère à la définition de Whitlock, on peut définir l'intervention brève comme une intervention à visée comportementale intégrée dans le temps en consultation de soins primaires (17).

Il existe donc, selon le produit ou le profil de consommation du patient, différentes stratégies d'intervention. Elles vont du simple conseil lors d'usages à risque à des stratégies d'intervention brèves qui sont relativement codifiées et dont l'efficacité a été bien évaluée notamment dans les domaines de l'alcoolisme et des problèmes liés au tabagisme.

Des outils simples et efficaces ont été proposés et validés en médecine générale pour engager des actions de prévention dans le domaine des addictions. Pourtant, leur mise en œuvre se heurte encore aux difficultés que rencontre le médecin pour aborder les problèmes de tabagisme en dehors de toute demande de soins actifs (18).

A travers ces outils simples citons l'entretien motivationnel validé par la HAS.

## 5. L'entretien motivationnel

L'Entretien Motivationnel (EM) est une approche relationnelle centrée sur le patient, dont le but est de susciter ou de renforcer la motivation au changement, pour aider le patient à changer son comportement.

Il se fonde sur l'idée qu'une personne peut modifier son comportement que si la motivation vient de la personne elle-même. L'attitude du professionnel consiste en une exploration empathique de l'ambivalence de la personne face au changement, en évitant la confrontation et la persuasion.

L'EM repose sur un partenariat coopératif et collaboratif, favorisant l'évocation et valorisant l'autonomie du patient. Les données montrent que l'EM augmente la probabilité de l'arrêt de la consommation du tabac, plus encore que le conseil bref d'arrêt.

Pour que l'EM soit utilisé à bon escient, le médecin doit tenir compte des stades de changement selon le modèle trans-théorique de Prochaska et DiClemente :

- stade 1 : la pré-contemplation (ou non-implication) : le patient ne remarque pas son trouble, n'a pas l'idée de changer son comportement et n'ira pas consulter pour son addiction. L'intervention à ce stade est risquée et risque de se conclure par un échec à court ou long terme ;
- stade 2 : la contemplation (adhésion à l'information) : le patient est ambivalent, il sait qu'il présente un trouble vis-à-vis de son addiction mais n'est pas prêt à changer ;
- stade 3 : la préparation (décision d'un changement) : le patient prend la décision de changer ;
- stade 4 : l'action (initiation du changement) : le patient suit les conseils du professionnel de santé et adopte les comportements pour changer ;
- stade 5 : la maintenance (maintien du changement) : c'est l'étape de la conservation du comportement dans le temps. Le risque de rechute est fortement présent ;
- rechute : stade pouvant intervenir à n'importe quel moment et le patient peut revenir à n'importe quel stade précité. Le patient tombe souvent dans une situation piège tel qu'un bouleversement professionnel ou familial pouvant expliquer cette rechute ;
- le dégageant : il intervient lorsque le patient est libéré de son addiction.

Néanmoins au sein de la population psychiatrique, cet outil rencontre d'autres barrières propres à la psychiatrie (19) :

- l'utilisation de l'EM en début d'hospitalisation lorsque le patient est dissocié, délirant, présentant un ralentissement psychomoteur, ou, une exaltation en rapport avec la pathologie psychiatrique déséquilibrée. L'utilisation des techniques de sevrage dans un Centre Médico-Psychologique ou chez le médecin généraliste pour un patient stabilisé dans sa pathologie est plus adaptée ;
- le traitement neuroleptique ou la pathologie psychiatrique décompensée peuvent altérer son adhésion à l'entretien motivationnel (interprétations délirantes, idées paranoïaques de persécution ou d'empoisonnement par le corps médical...) ;
- la non adhérence du patient au sevrage tabagique car il n'en ressent pas l'intérêt ;

- la durée de consultation trop longue.

Le médecin généraliste demeure malgré tout l'acteur principal du soin primaire dans le système de soin français pour identifier et intervenir sur le repérage des patients en psychiatrie à risque de BPCO. Seules obligations pour espérer une meilleure prise en charge : les patients doivent être stabilisés dans leur maladie et le médecin doit prendre le temps nécessaire pour la consultation.

L'objet de notre étude porte sur l'évaluation de patients fumeurs suivis en CMP, sur la notion ou le souvenir d'une intervention sur la BPCO par un médecin conformément aux recommandations de bonnes pratiques.

# Etude

---

## 1. Matériel et méthode

### 1.1. Schéma de l'étude

Nous avons mené une étude observationnelle transversale descriptive dans 3 Centres Médico-Psychologiques, ceux de Clamart (Hauts-de-Seine), Thiais (Val-de-Marne) et Meudon (Hauts-de-Seine).

En raison des difficultés pour randomiser les patients, les 75 premiers patients ont été recrutés dans notre étude, à raison de 25 patients par CMP en moyenne, de fin juin 2016 à août 2017.

Le consentement oral est obtenu si les patients désirent entrer dans l'étude après information claire et loyale sur le thème de l'étude.

Après consentement, un questionnaire leur est soumis. Des explications orales sur les effets néfastes du tabac sur le poumon leur sont fournies s'ils n'ont pas connaissance de l'information.

Ce questionnaire (annexe I) inspiré par la HAS a été modifié, intégrant des données sociodémographiques, le nombre de cigarettes, l'information d'une intervention par un médecin sur la bronchite chronique post-tabagique et la réalisation d'épreuves fonctionnelles respiratoires.

Il comprend ainsi :

- les initiales du nom et prénom ;
- la date de naissance ;
- le degré de tabagisme exprimé en paquet-année (PA) (rappel : nombre de paquet par jour x le nombre d'année de tabagisme actif) ;
- la présence d'une personne dans l'entourage qui fume (tabagisme passif) ;
- le niveau d'étude et l'emploi ;
- l'existence d'un médecin traitant (le médecin traitant vis-à-vis de la sécurité sociale se définit par une déclaration écrite auprès de la CPAM. Dans notre étude nous avons demandé oralement si le patient est suivi par un médecin généraliste) ;
- l'information délivrée par un médecin sur la bronchite chronique ?
- les épreuves fonctionnelles respiratoires ? Si oui par qui ?
- et, les symptômes de bronchite chronique :
  - toux quotidienne
  - expectoration matinale
  - dyspnée par rapport à des personnes du même âge ?

## 1.2. Critère de jugement principal et secondaire

Nous avons cherché si les patients fumeurs à plus de 15 PA et âgés de plus de 35 ans ont eu une intervention sur la BPCO : soit une information sur la bronchite chronique par un médecin, soit un diagnostic par des EFR.

Dans un second temps, nous avons cherché à déterminer si les patients ont bénéficié des EFR (selon différents critères : âge, sexe, niveau d'étude, degré de tabagisme, déclaration d'un médecin traitant et symptôme de bronchite chronique) et s'ils ont compris l'intérêt de cet examen.

Pour savoir si les patients ont eu une information sur la bronchite chronique, nous avons testé leurs connaissances oralement sur le sujet :

- quels sont les principaux symptômes ?
- quelles sont les différentes complications possibles ?
- quelle est sa principale cause ?
- comment réaliser le diagnostic de bronchopneumopathie chronique obstructive ?

Pour considérer que le patient a bien eu les EFR, une simple déclaration orale nous a suffi pour savoir si le patient a bien eu des EFR.

Nous avons cherché des possibilités de corrélations entre nos différents paramètres et les critères de jugement principaux ou secondaires par utilisation soit du Chi<sup>2</sup> soit du test exact de Fisher en fonction de l'effectif grâce au logiciel de calcul BiostaTGV disponible sur ce lien :

<https://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/?module=tests>

Cette probabilité de corrélation est présentée dans chacune des sous parties par « p ».

## 1.3. Critère d'inclusion, de non inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion sont :

- patients de plus de 35 ans (seuil fixé car d'une part la maladie peut toucher à tout âge et d'autre part nous voulons évaluer si un âge inférieur à 40 ans peut être un critère discriminatoire dans le cadre d'un repérage de la BPCO car la prévalence de cette maladie commence à 40 ans) ;
- tabagisme actif > 15 PA ;
- suivi en CMP.

Les critères de non inclusion sont :

- patients de < 35 ans ;
- tabagisme actif < 15 PA.

Les critères d'exclusion :

- état cognitif ne permettant pas d'interroger le patient ;
- EFR pour toute raison autre que pour le diagnostic de BPCO selon déclaration du patient.

## **2. Résultats**

Nous avons recruté 75 patients dont 24 patients du CMP de Thiais (Val-de-Marne), 26 patients du CMP de Clamart (Hauts-de-Seine) et 25 patients du CMP de Meudon (Hauts-de-Seine) (voir annexe II).

### **2.1. Description sociodémographique de la population**

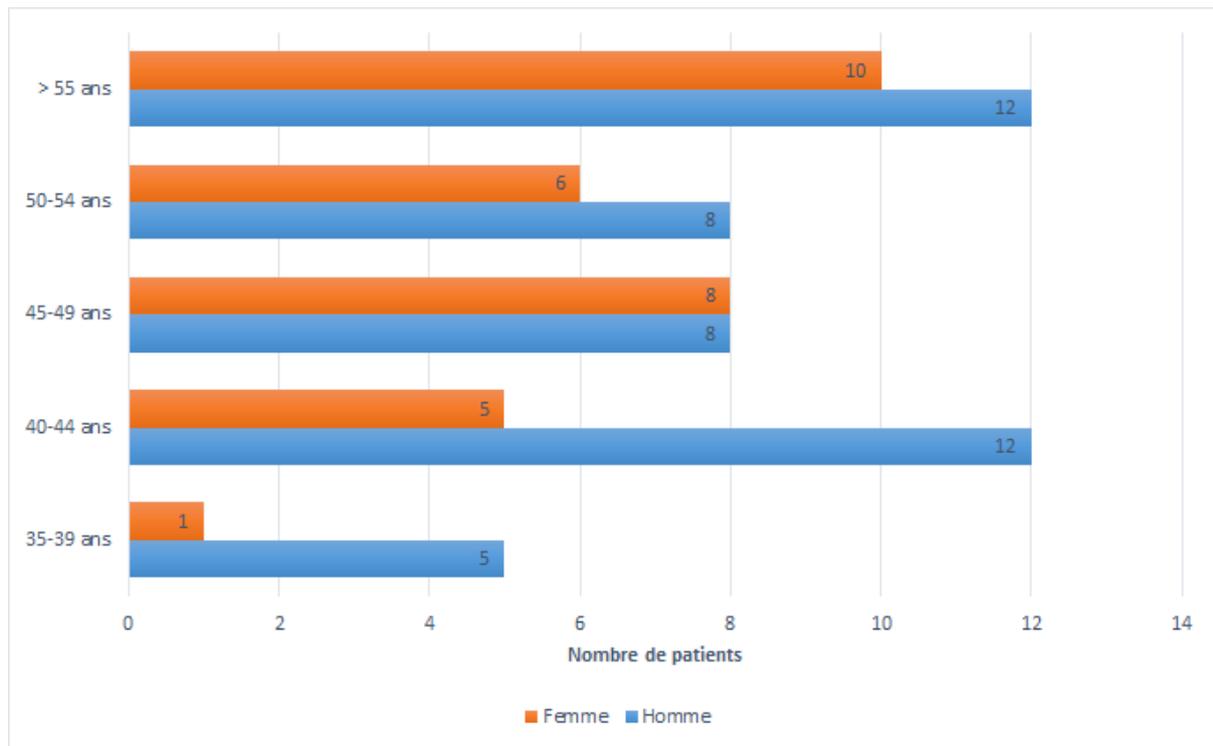
#### 2.1.1. Selon l'âge et le sexe

Notre étude a inclus 45 hommes et 30 femmes soit un rapport de 60% et 40% respectivement de notre échantillon.

L'âge moyen des patients est de 49 ans pour les hommes avec un écart type de 8,66 ans et la médiane est de 49,09 ans.

Pour les femmes, la moyenne est de 51 ans, l'écart type 7,72 ans et la médiane à 51,80 ans.

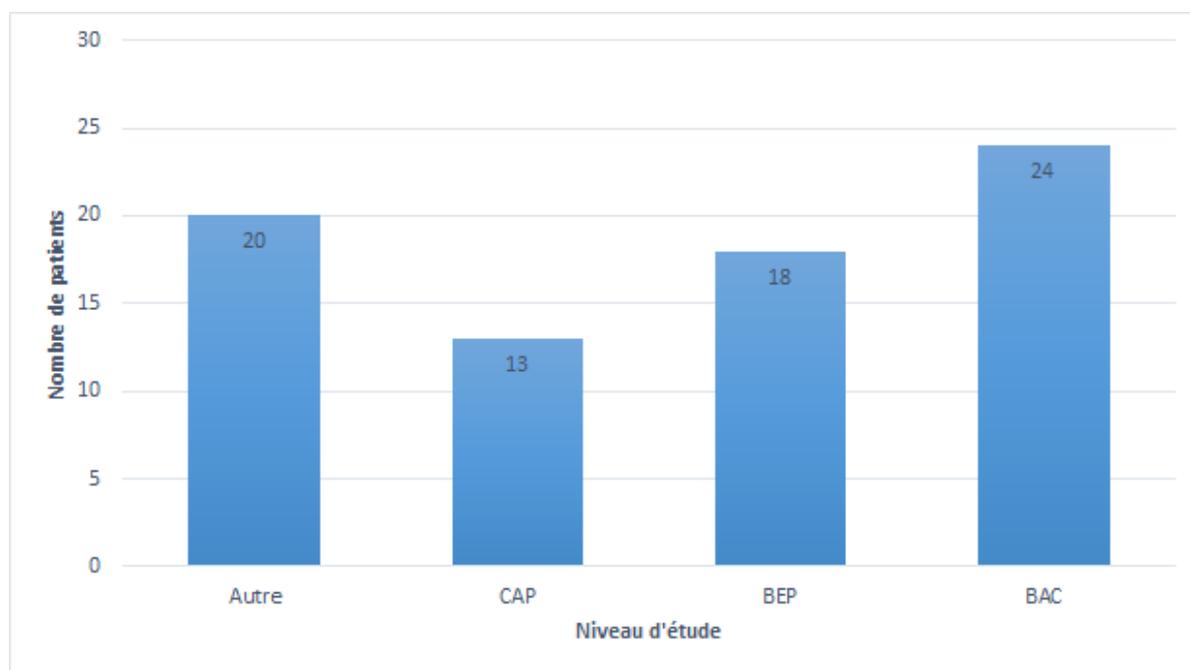
**Figure n°4** : Répartition de la population selon l'âge et le sexe



La figure n°4 montre la répartition de l'échantillon, par sexe et selon les tranches d'âge. Les hommes sont majoritaires au-dessous de 45 ans et l'écart se réduit au-dessus de 45 ans. Six patients ont moins de 40 ans (âge seuil où la prévalence de la BPCO est de 7,5%).

### 2.1.2. Selon le niveau d'études

**Figure n°5** : Répartition de la population selon le niveau d'études



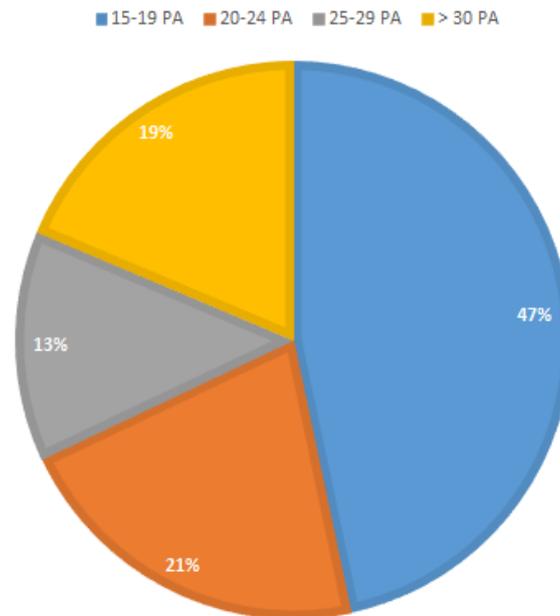
La majorité de nos patients ont un niveau égal ou supérieur au baccalauréat (BAC). La catégorie « autre » comporte les patients ayant un niveau égal à la 3<sup>ème</sup> ou inférieur, dans cette caractéristique nous avons recruté 20 patients.

## 2.2. Description médicale

### 2.2.1. Selon le degré de tabagisme (en paquet-année = PA)

Le degré de tabagisme est estimé en paquet-année. Celui-ci se calcule selon la formule :  
*Paquet-année = nombre de paquet fumé par jour × nombre d'année de tabagisme actif.*

**Figure n°6** : Répartition population selon leur degré de tabagisme

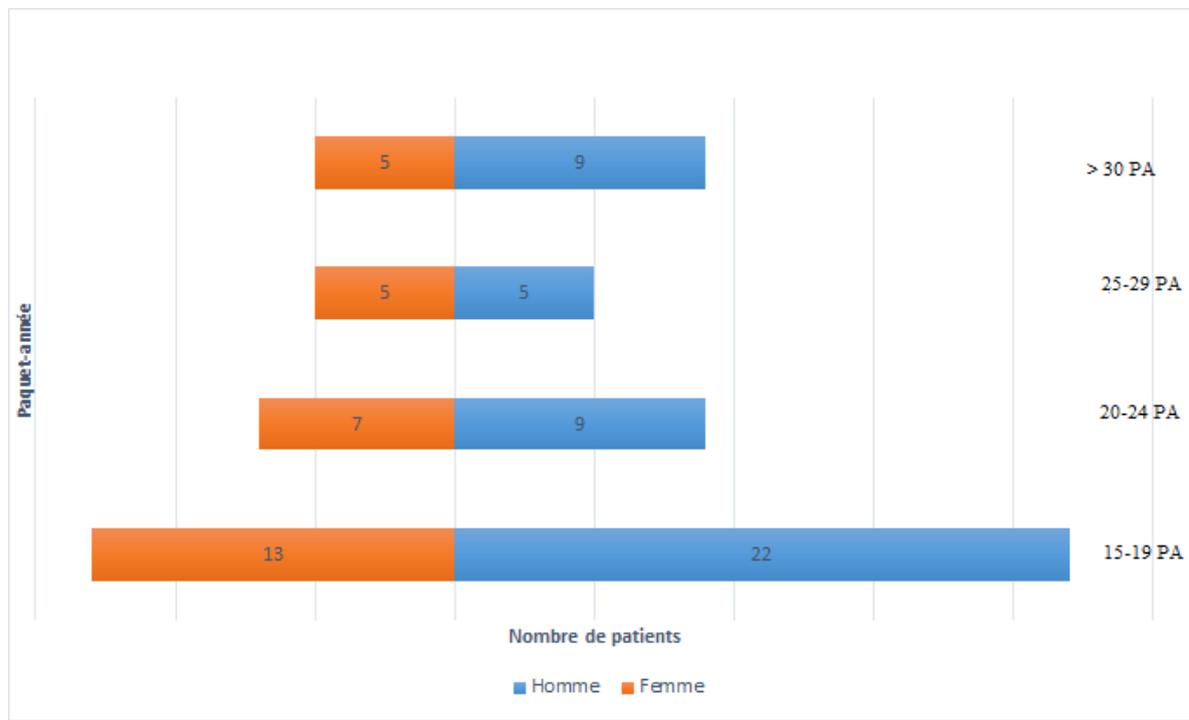


\*n= 75 patients

Ce graphique nous montre une forte répartition de personnes consommant entre 15 à 19 PA et moindre dans les autres catégories.

## 2.2.2. Répartition de la population selon le sexe et le degré de tabagisme

**Figure n°7** : Selon le sexe et le degré de tabagisme



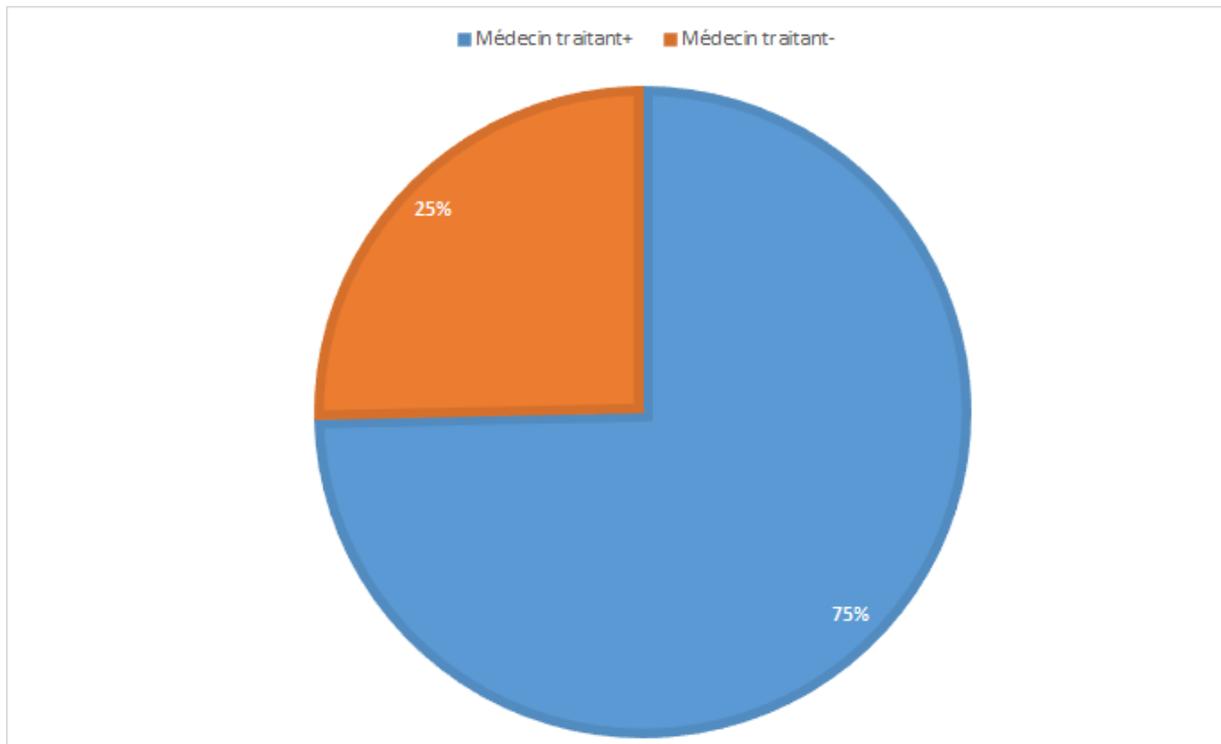
On peut constater sur cet histogramme que nous avons plus d'homme et de femme fumant entre 15 et 19 PA.

En pourcentage, cela correspond à :

- 49% d'hommes et 43% de femmes fumant entre 15 à 19 PA ;
- 20% d'hommes et 23% de femmes fumant entre 20 à 24 PA ;
- 11% d'hommes et 17% de femmes fumant entre 25-29 PA ;
- 20% d'hommes et 17% de femmes fumant > 30 PA.

### 2.2.3. Répartition de la population selon déclaration d'un médecin traitant

**Figure n°8** : Selon déclaration d'un médecin traitant



On peut constater qu'une grande majorité des patients dans notre étude ont bien un médecin traitant mais un quart de nos patients déclarent ne pas en avoir.

## 2.3. Résultat selon les critères d'études (annexe III)

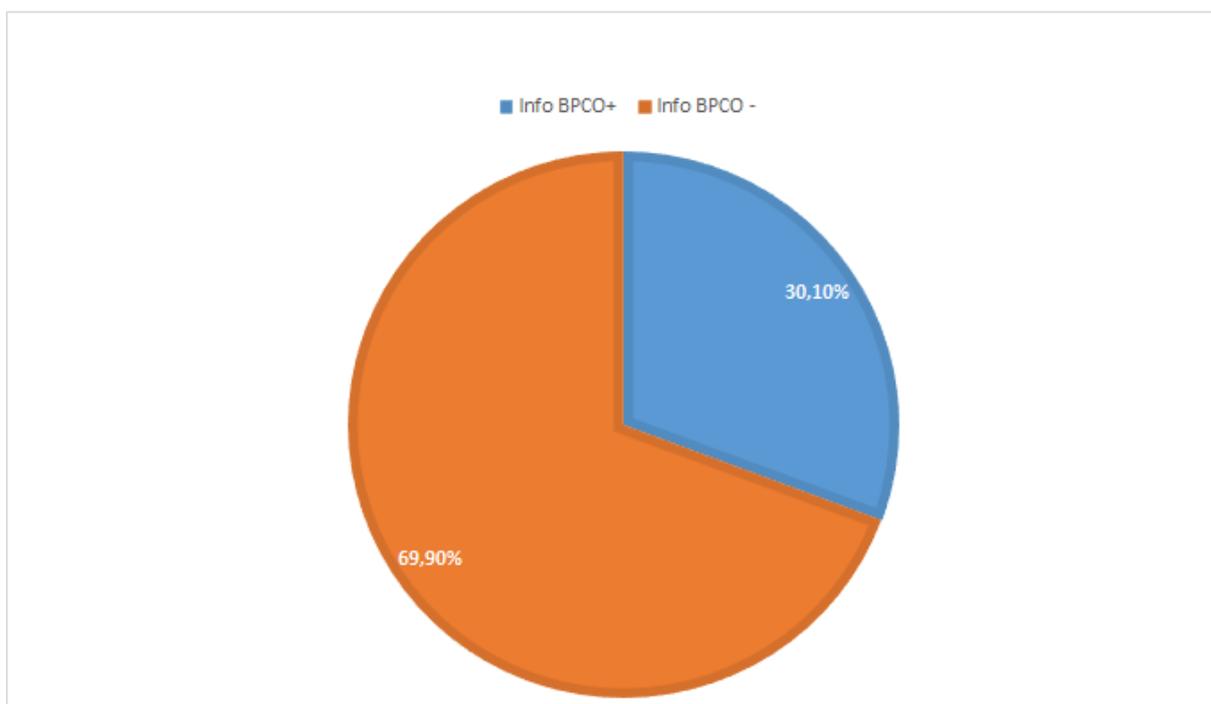
### 2.3.1. Information sur la BPCO

Nous nous sommes intéressés et avons évalué les connaissances des patients (acquises par l'intervention d'un médecin) sur la bronchite chronique via le questionnaire (annexe I).

Une connaissance brève sur les principaux symptômes de la bronchite chronique et de ses complications a permis de valider leur connaissance.

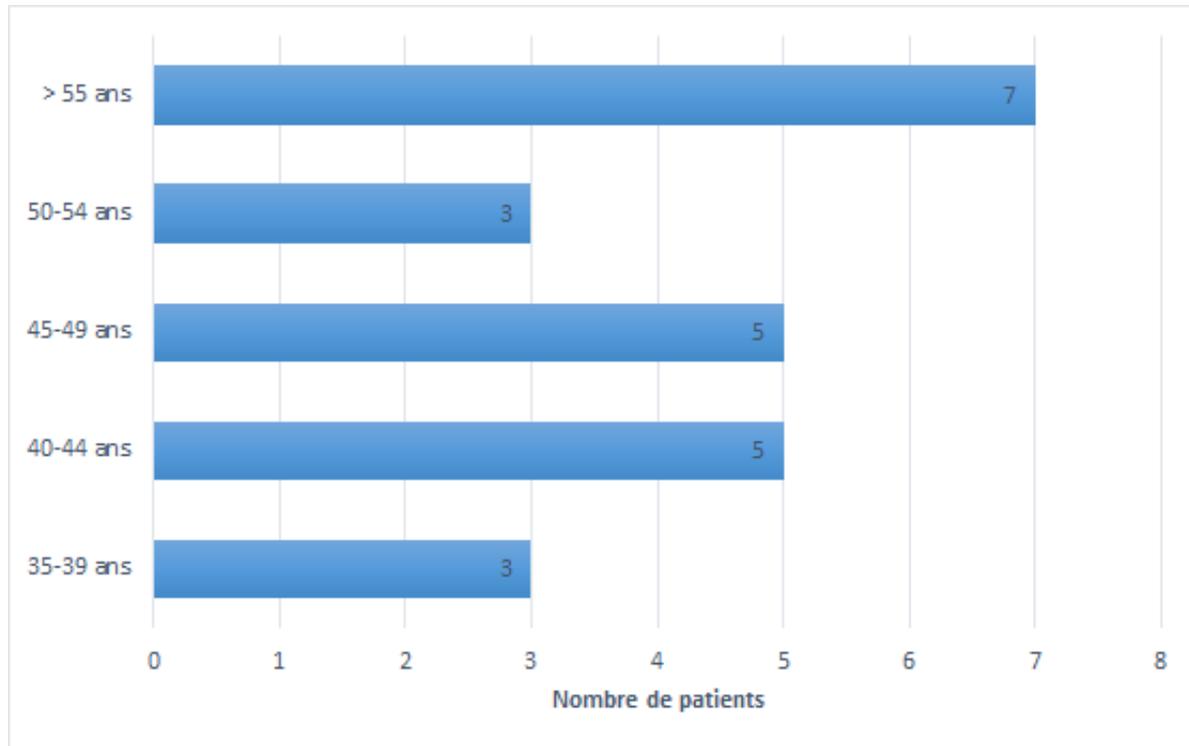
Parmi nos patients, 23 semblent avoir bénéficié d'une intervention orale par un praticien soit 30,1% de notre population d'étude.

**Figure n°9** : Nombre de patients ayant une éducation à la BPCO



### 2.3.1.1. Information sur la BPCO et âge

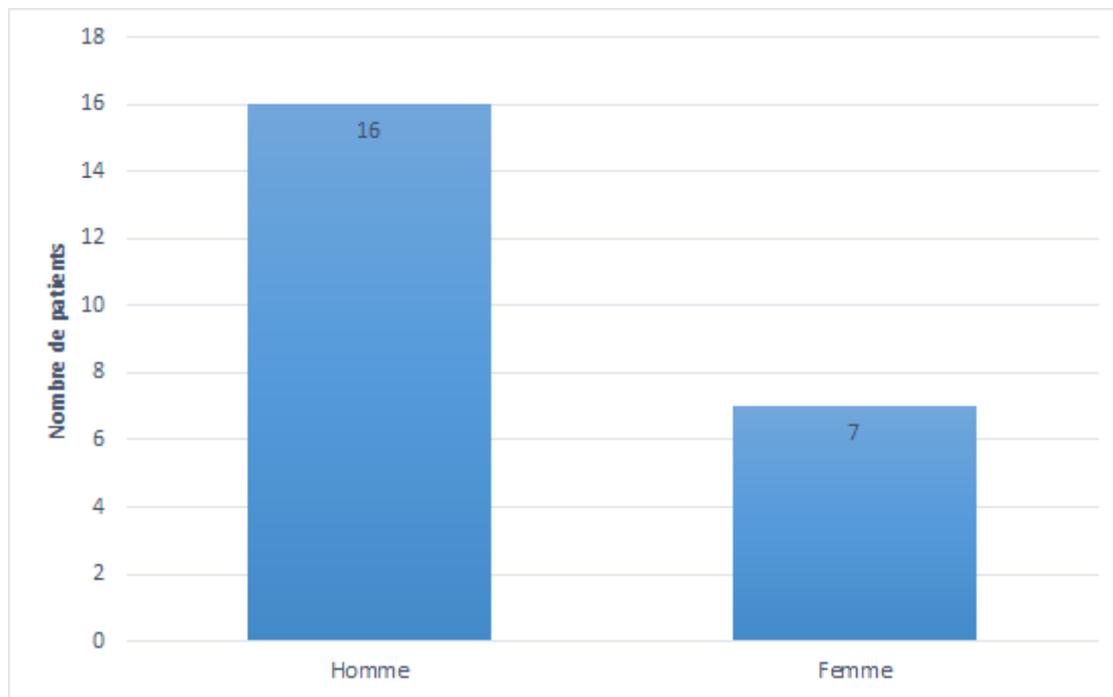
**Figure n°10** : Information sur la BPCO en fonction de l'âge



Nous constatons qu'il n'y a pas de différence notable concernant l'intervention sur la BPCO selon l'âge ( $p=0,80$ ).

### 2.3.1.2. Information sur la BPCO et sexe

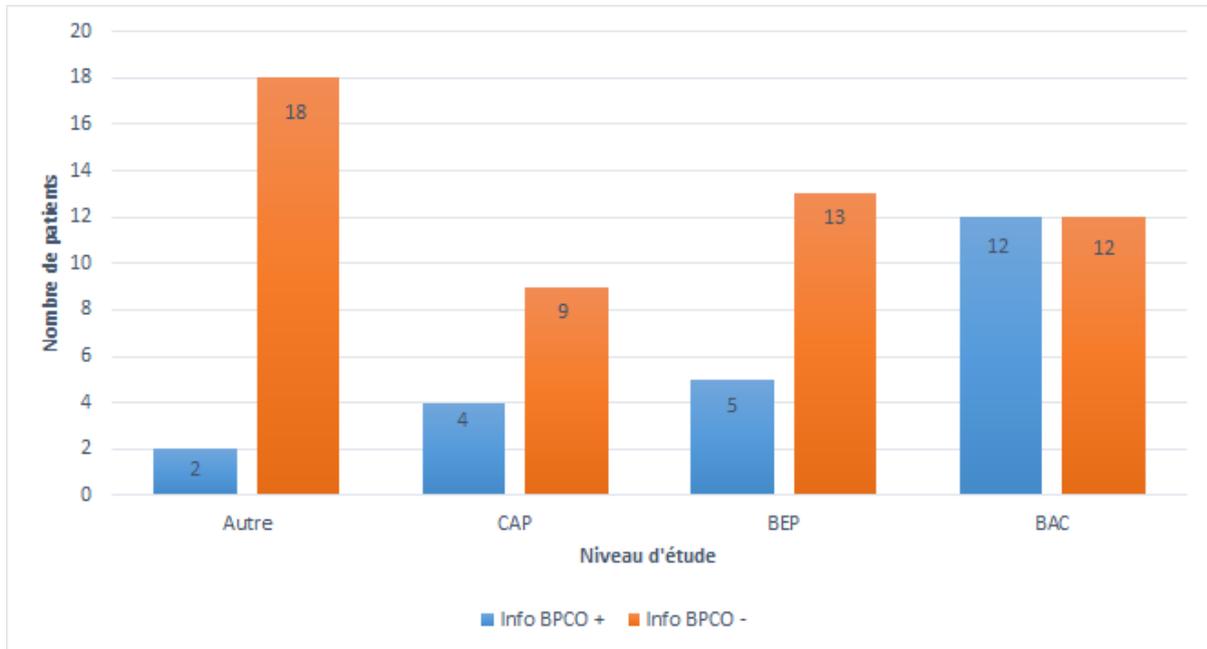
**Figure n°11** : Information sur la BPCO en fonction du sexe



Cet histogramme suggère que les hommes sont plus nombreux que les femmes concernant l'éducation sur la BPCO. En proportion, nous avons 35,6% d'hommes informés parmi tous les hommes fumeurs (soit 45 dans notre étude) et 23,3% de femmes informées parmi les femmes fumeuses (soit 30) ( $p = 0,26$ ).

### 2.3.1.3. Information sur la BPCO et niveau d'études

**Figure : n°12** : Information sur la BPCO en fonction du niveau d'études



Cette illustration semble indiquer qu'un niveau d'études plus élevé s'accompagne d'une meilleure information sur la BPCO ( $p=0.037$ ).

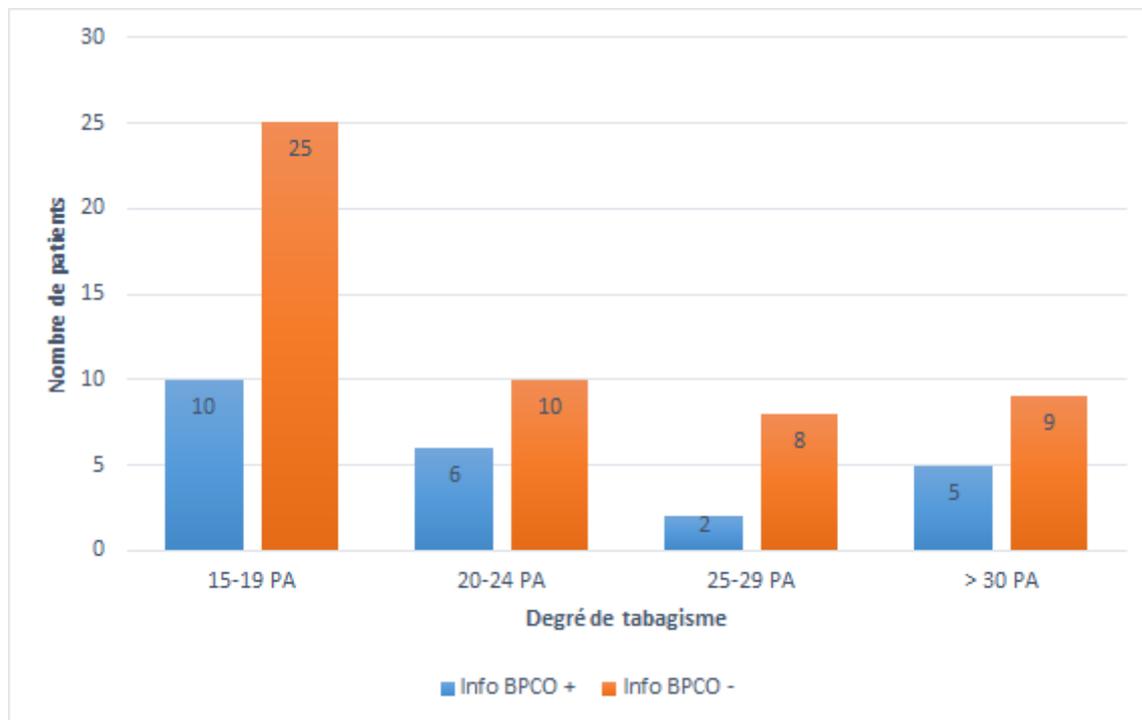
En proportion, nous retrouvons :

- 30,8% des patients qui ont le niveau CAP sont informés ;
- 27,8% des patients qui ont le niveau BEP sont informés ;
- 50% des patients qui ont le niveau BAC sont informés ;
- 10% des patients qui ont le niveau inférieur ou égal à la 3<sup>e</sup> sont informés.

Une grande partie des patients indépendamment de leur niveau d'études déclare n'avoir pas eu d'information sur la BPCO.

#### 2.3.1.4. Information sur la BPCO et degré de tabagisme

**Figure n°13** : Information sur la BPCO en fonction du degré de tabagisme

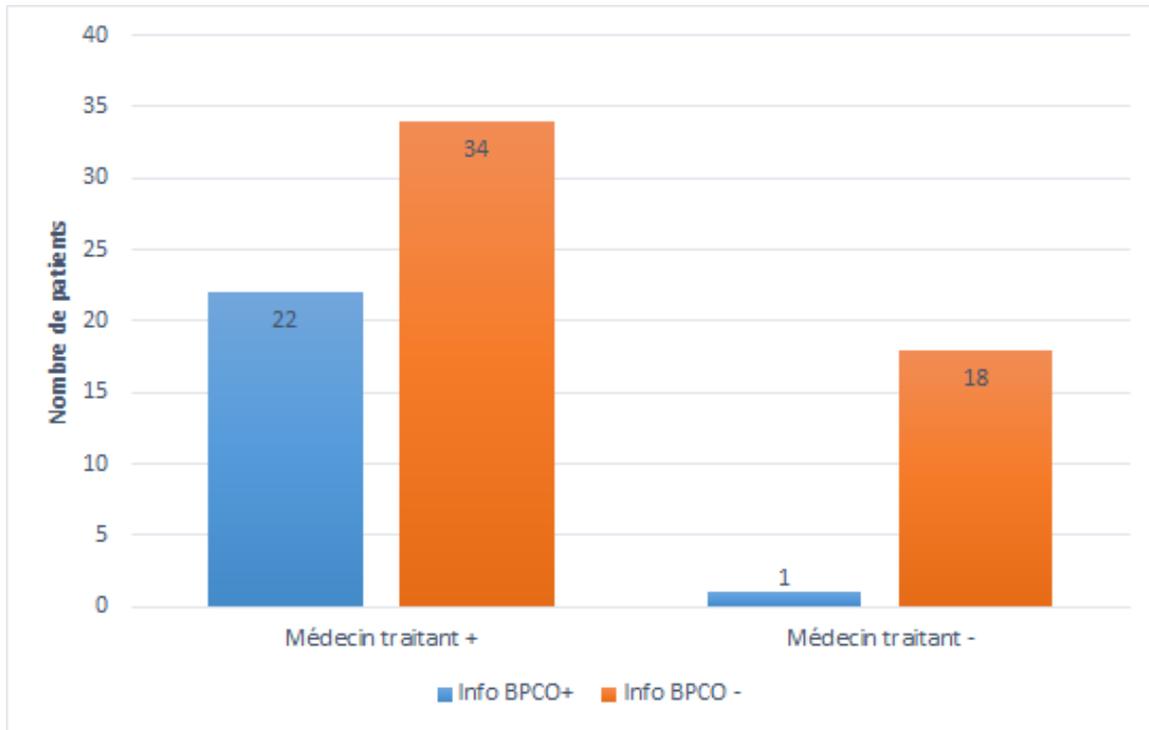


Cette illustration suggère qu'une grande partie des fumeurs entre 15-19 PA ont eu une éducation sur la BPCO. Quand on regarde les proportions ( $p=0.78$ ) :

- Fumeur entre 15 à 19 PA : 28,5% des fumeurs sont informés vs 71,4% non informés ;
- Fumeur entre 20 à 24 PA : respectivement 37,5% vs 62,5% ;
- Fumeur entre 25 à 29 PA : respectivement 20% vs 80 % ;
- Fumeur > 30 PA : respectivement 35% vs 65%.

### 2.3.1.5. Information sur la BPCO et déclaration d'un médecin traitant

**Figure n°14** : Information sur la BPCO et déclaration d'un médecin traitant



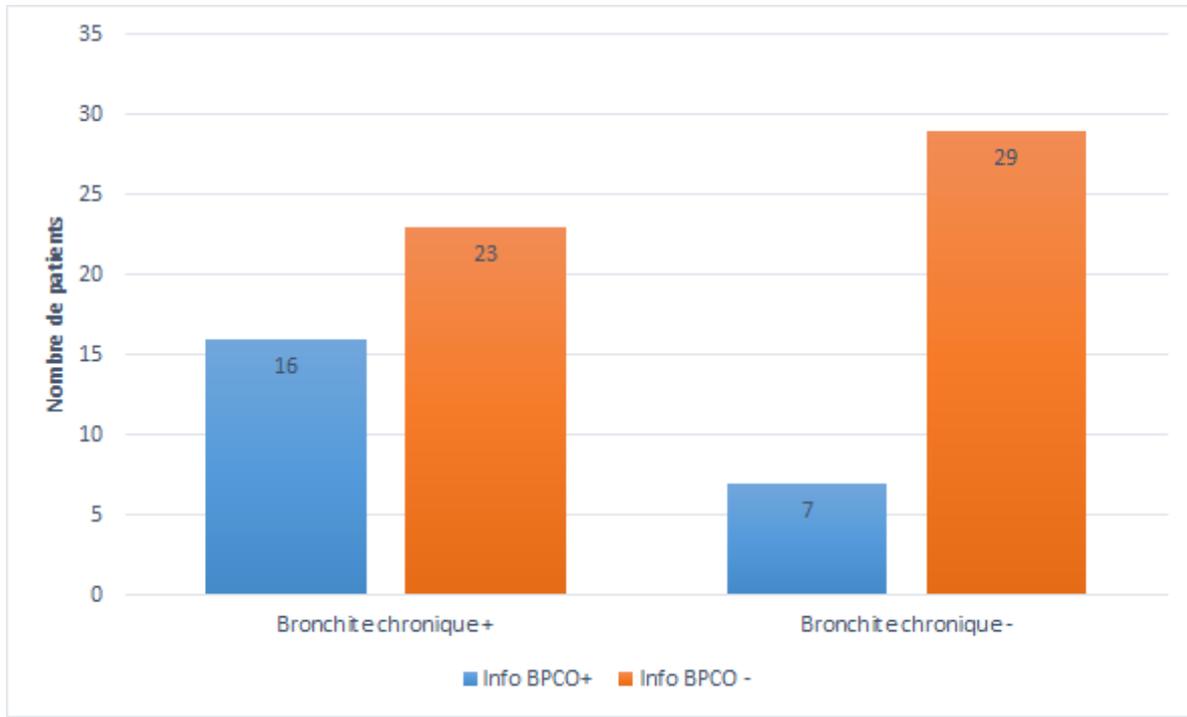
Sur ce tableau, on constate :

- Chez les personnes ayant un médecin traitant : 39% ont eu une intervention sur la BPCO et 60% n'en ont pas eu ;
- Chez les patients n'ayant pas de médecin traitant : 5% ont eu une intervention sur la BPCO et 94% n'en ont pas eu.

On constate de manière significative que les patients ayant un médecin traitant ont un meilleur accès à une intervention sur la BPCO ( $p = 0,004$ ).

### 2.3.1.6.. Information sur la BPCO et symptômes de bronchite chronique

**Figure n°15** : Information sur la BPCO et symptômes de bronchite chronique



On peut observer sur ce graphique :

- Chez les patients ayant une bronchite chronique : 42% des patients ont eu une intervention sur la BPCO et 58% des patients n'en ont pas eu ;
- Chez les patients n'ayant pas de bronchite chronique, 20% des patients ont eu une intervention sur la BPCO et 80% des patients n'en ont pas eu.

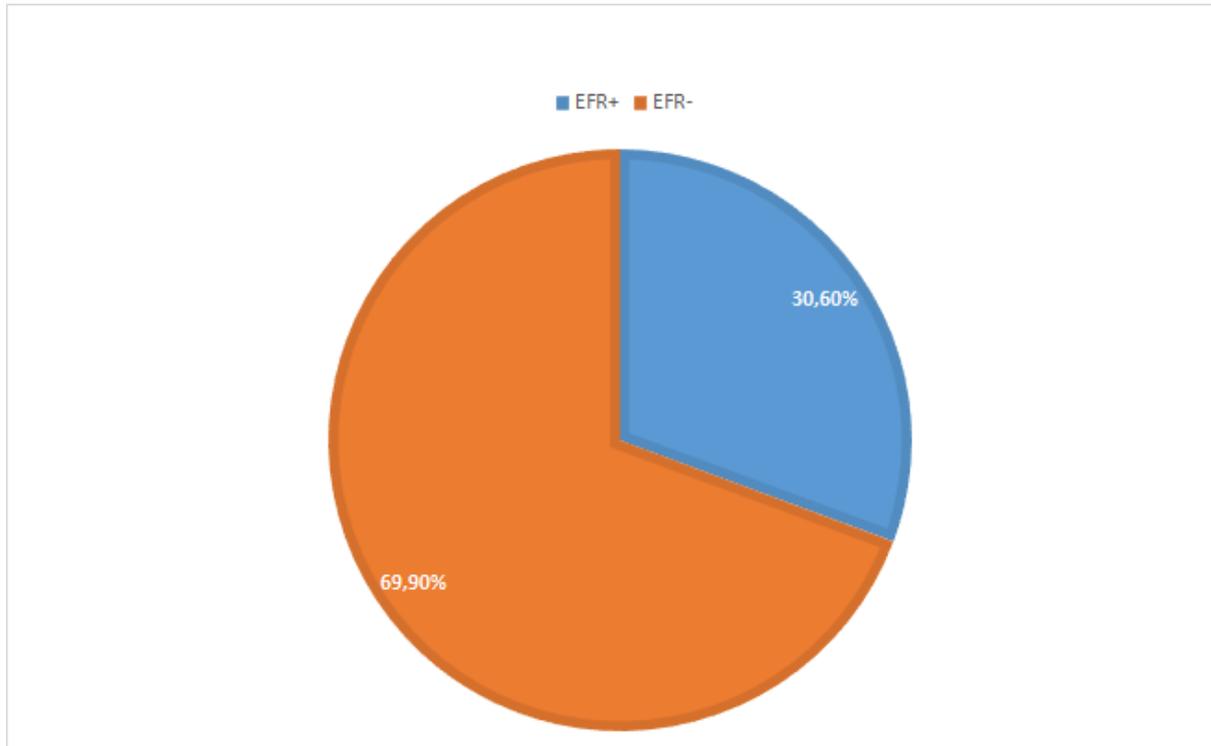
Les patients symptomatiques sont significativement plus éduqués sur leur pathologie que les patients non symptomatiques (respectivement 16 patients vs 7) ce qui correspond en proportion respective à 69% pour 31% ( $p = 0,049$ ).

### 2.3.2. Epreuves fonctionnelles respiratoires

Nous avons intégré les patients déclarant avoir eu des EFR en fonction de nos critères d'inclusion et d'exclusion.

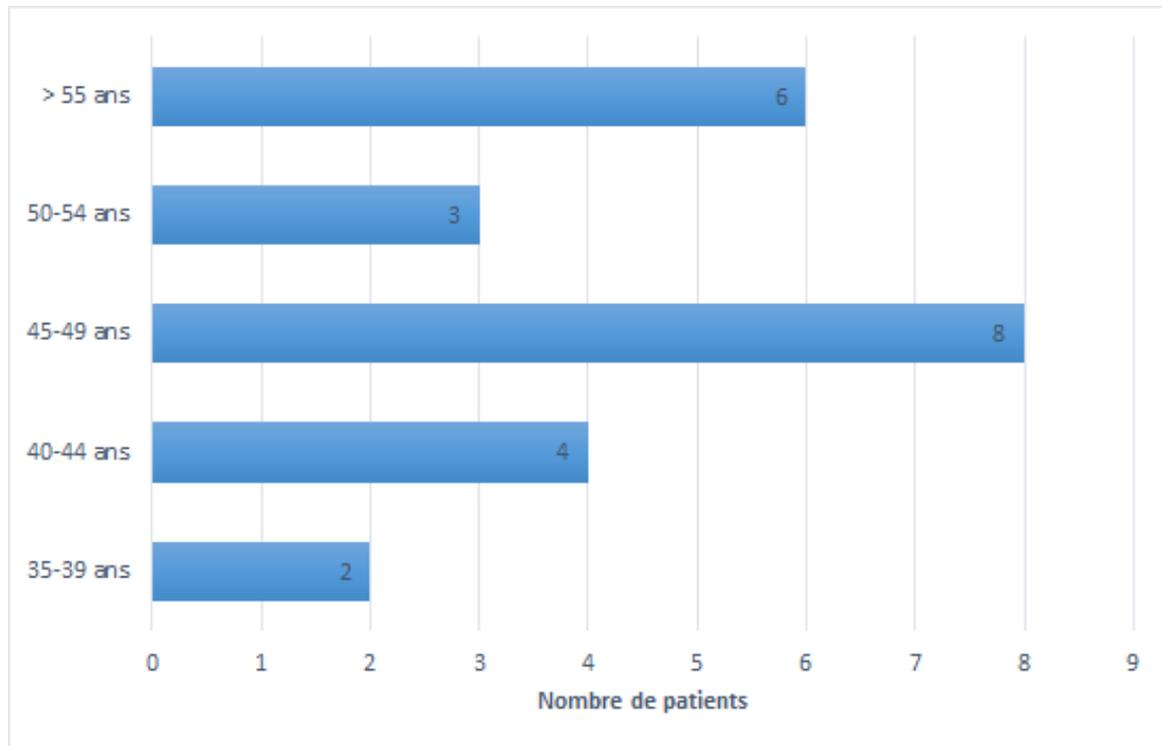
Dans notre étude, 23 patients ont eu des EFR soit 30,6% des patients de notre échantillon.

***Figure n°16*** : Proportion de patients ayant eu des EFR parmi les tabagiques actifs.



### 2.3.2.1. EFR et âge

**Figure n°17** : EFR et âge

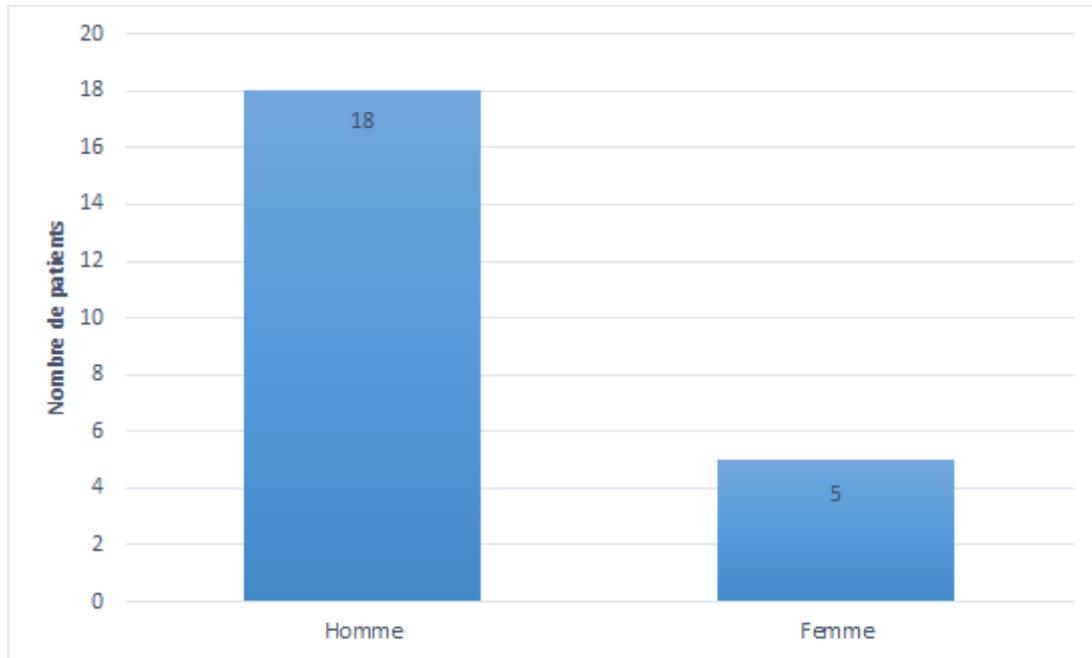


Ce diagramme nous montre un pic principal au niveau de la tranche d'âge 45-49 ans et un second moins important chez les patients > 55 ans mais pas de résultat significatif ( $p = 0,58$ ).

Par ailleurs, on constate que seulement 2 patients sur 6 ayant < 40 ans ont eu des EFR.

### 2.3.2.2. EFR et sexe

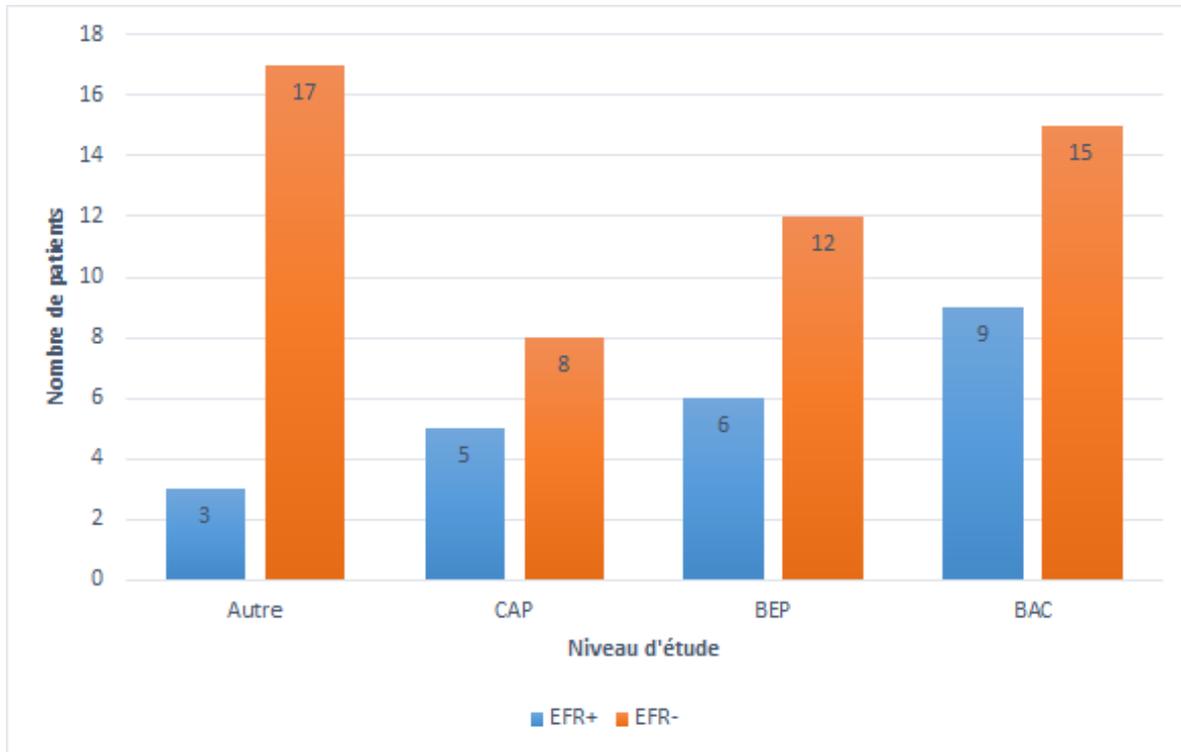
**Figure n°18** : EFR et sexe



Dans ce graphique, on note un nombre plus important d'hommes que de femmes ayant accès aux EFR, ce qui correspond respectivement à 40% et 16,7% de chaque sous-groupe de l'échantillon interrogé ( $p = 0,031$ ).

### 2.3.2.3. EFR et niveau d'études

**Figure n°19** : EFR et niveau d'études



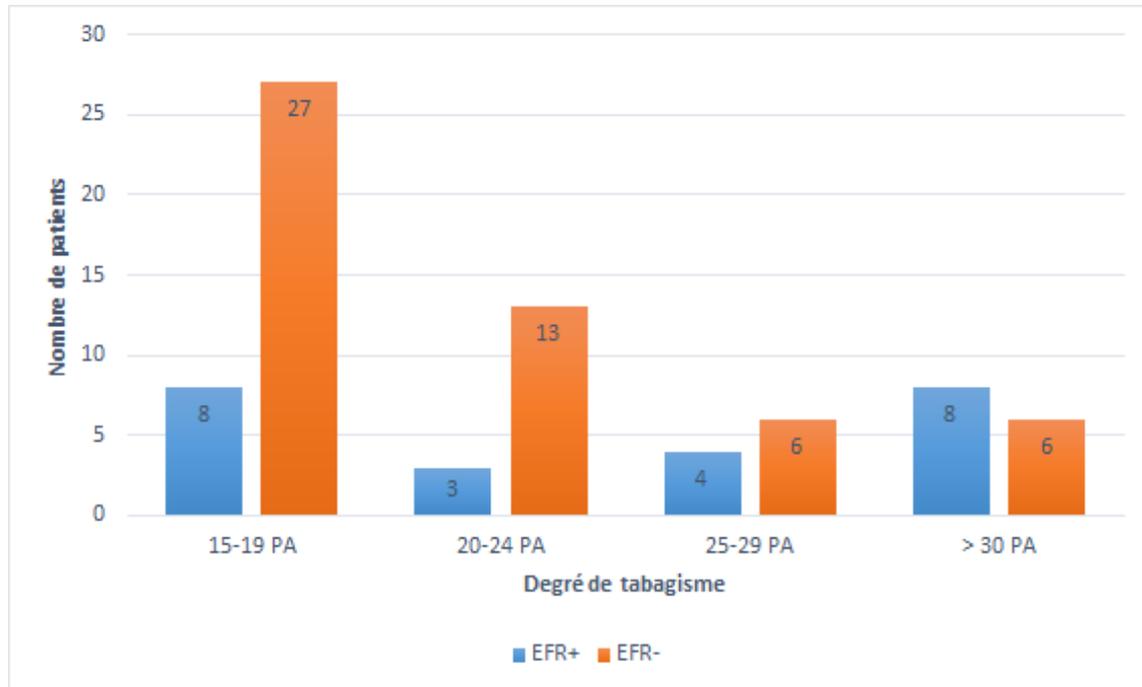
Dans ce graphique, nous avons un nombre élevé de patients ayant eu les EFR et qui ont un niveau égal au BAC. Néanmoins en pourcentage, les patients ayant le CAP ont eu le plus souvent des EFR ( $p=0.036$ ) :

- 38,5% des patients ayant le niveau CAP ont eu des EFR ;
- 33,3% des patients ayant le niveau BEP ont eu des EFR ;
- 37,5% des patients ayant le niveau BAC ont eu des EFR ;
- 15% des patients ayant un niveau inférieur ou égal à la 3<sup>e</sup> ont eu des EFR.

Comme pour l'information sur la BPCO, un nombre relativement élevé de patients n'a pas bénéficié d'EFR quel que soit le niveau d'études ( $p = 0.336$ ).

#### 2.3.2.4. EFR et degré de tabagisme

**Figure n°20** : EFR et degré de tabagisme en paquet-année

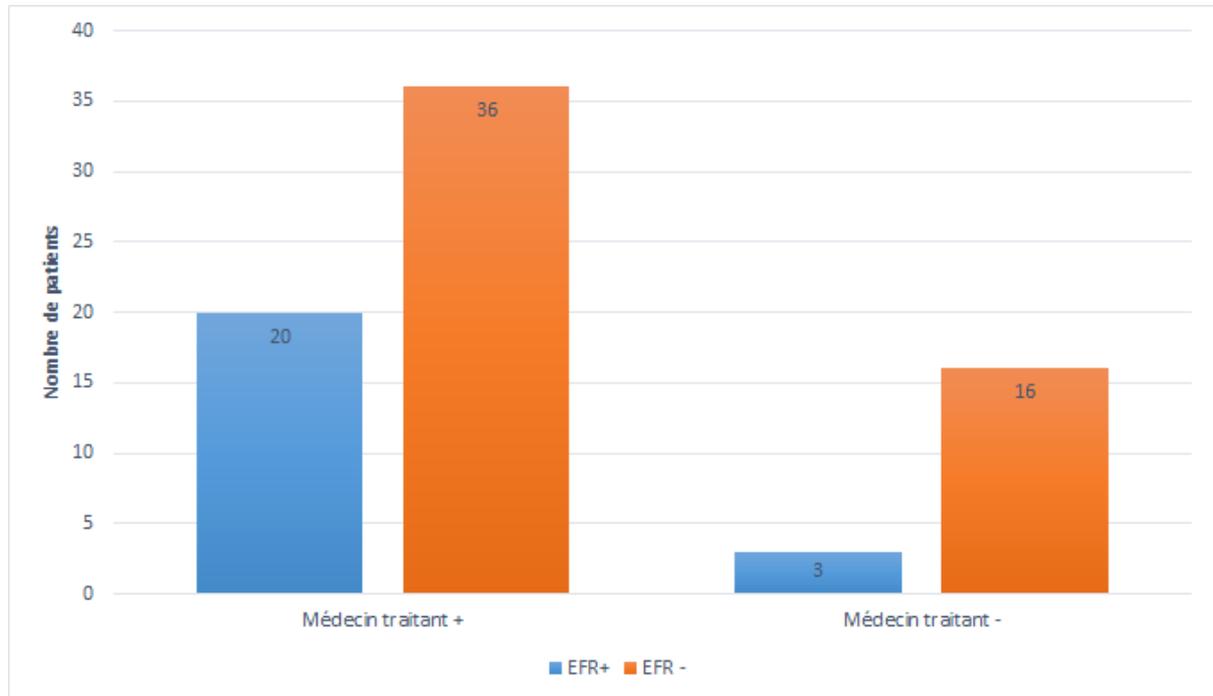


Ce diagramme nous suggère au premier abord qu'il n'y a pas de différence significative concernant les EFR quel que soit le niveau de tabagisme. Or en proportion nous obtenons( $p=0,076$ ) :

- Dans la catégorie de fumeur 15-19 PA : 22% ayant eu des EFR vs 75% ;
- Catégorie 20-24 PA respectivement : 23% vs 81,2% ;
- Catégorie 25-29 PA respectivement : 40% vs 60% ;
- Catégorie > 30 PA respectivement : 57,1% vs 42,8%.

### 2.3.2.5. EFR et déclaration de médecin traitant

**Figure n°21** : EFR et déclaration d'un médecin traitant

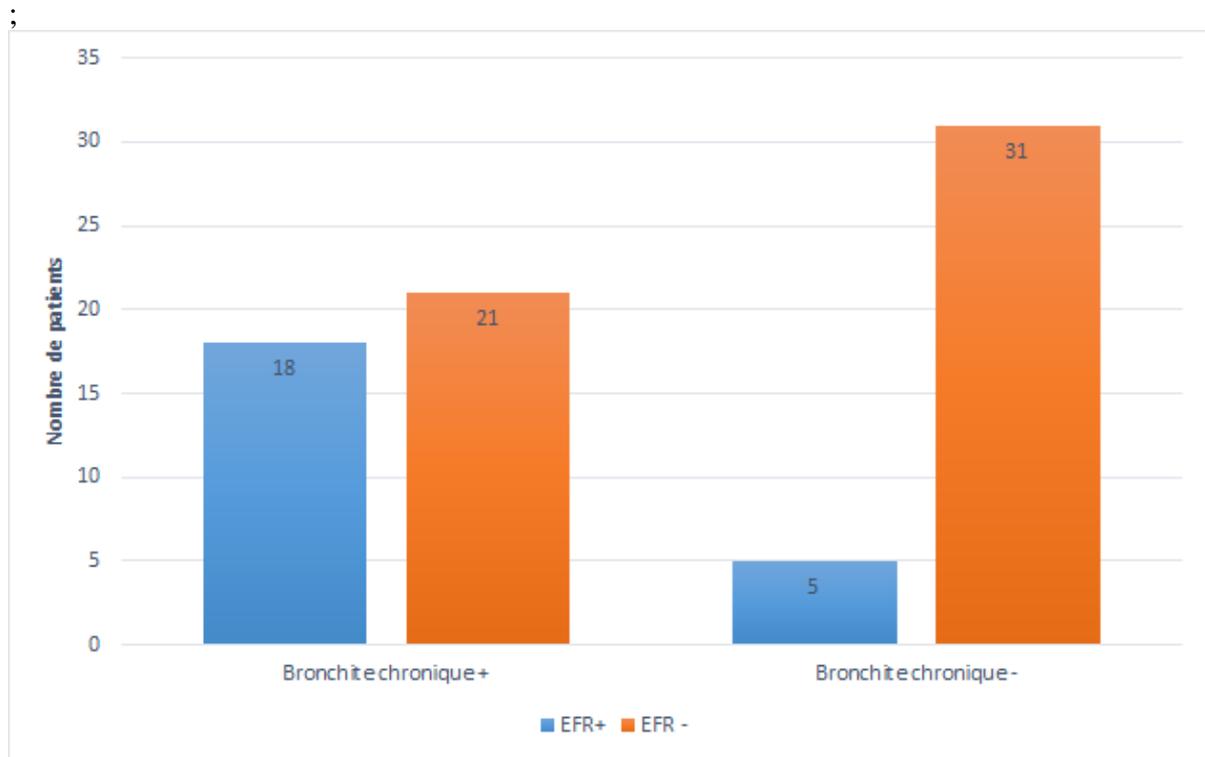


On constate ( $p=0.15$ ) :

- Chez les patients ayant un médecin traitant : 36% ont eu des EFR et 64% des patients n'en ont pas eu ;
- Chez les patients n'ayant pas de médecin traitant : 16% ont eu des EFR et 84% n'en ont pas eu.

### 2.3.2.6. EFR et symptômes de bronchite chronique

**Figure n°22** : EFR et symptômes de bronchite chronique



On peut constater ( $p=0.0029$ ) :

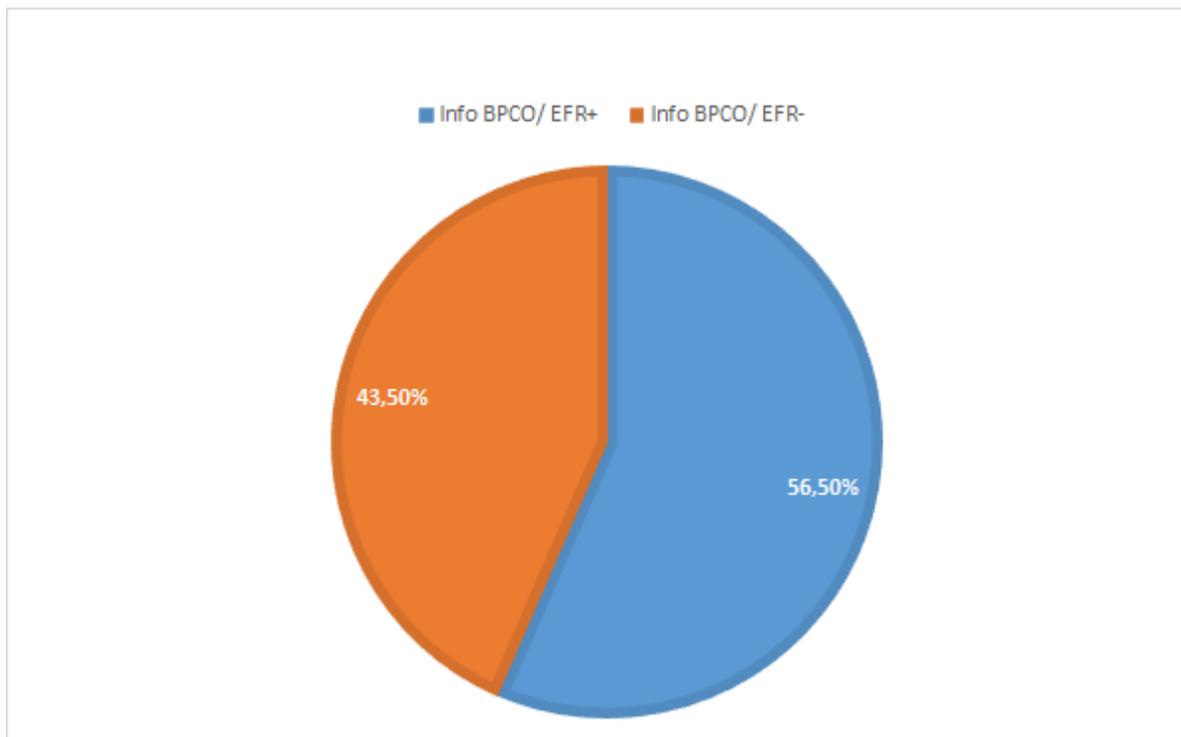
- Chez les patients symptomatiques d'une bronchite chronique : 46% des patients ont eu des EFR contre 54% des patients qui n'en ont pas eu ;
- Chez les patients non symptomatiques d'un bronchite chronique : 14% des patients ont eu des EFR contre 86% des patients qui n'en ont pas eu.

### 2.3.3. Connaissance BPCO/ EFR

Ce critère de jugement a été intégré dans notre étude afin d'évaluer si les patients ont compris les explications du médecin.

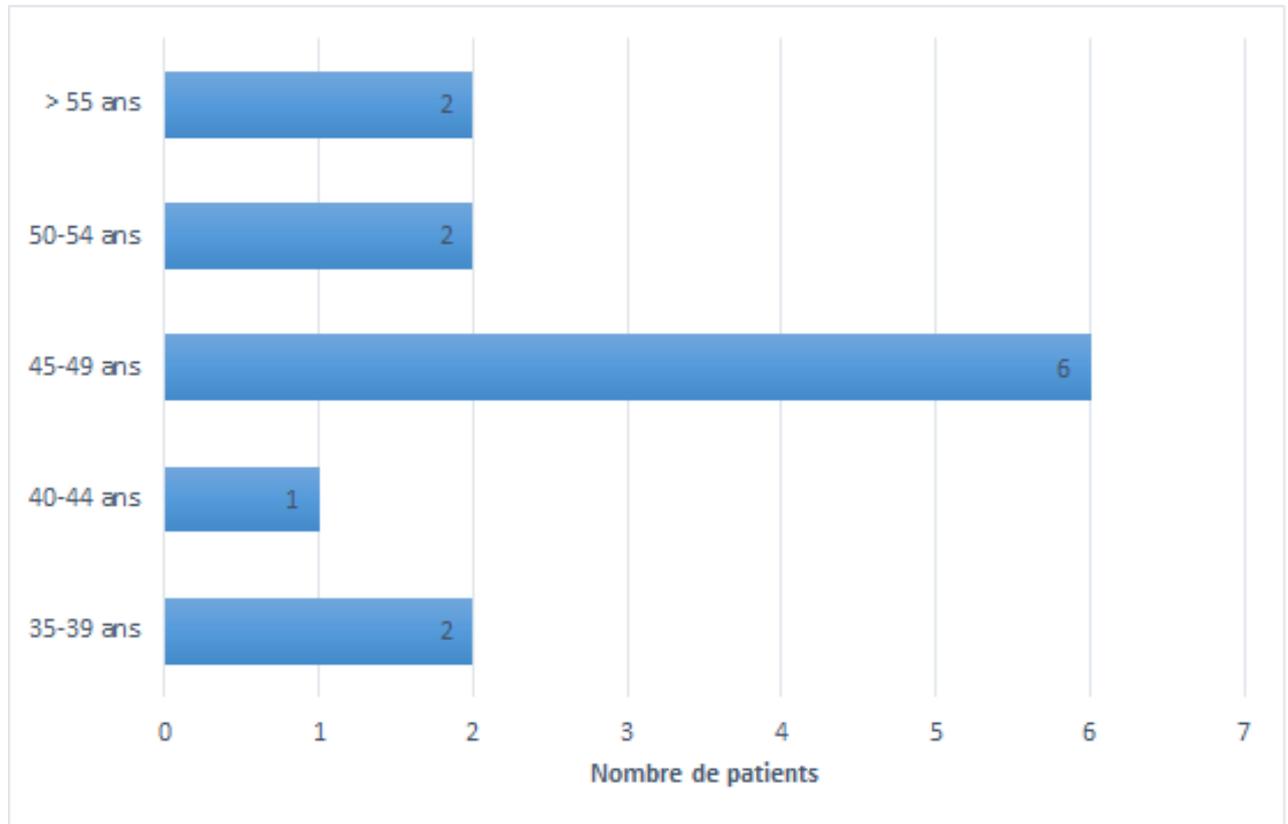
Sur les 23 patients ayant eu des EFR, 13 seulement ont compris l'intérêt des EFR soit 56,5 %.

**Figure n°23** : Population informée de l'intérêt des EFR



### 2.3.3.1. Connaissance de l'intérêt des EFR sur la BPCO (BPCO/ EFR) et âge

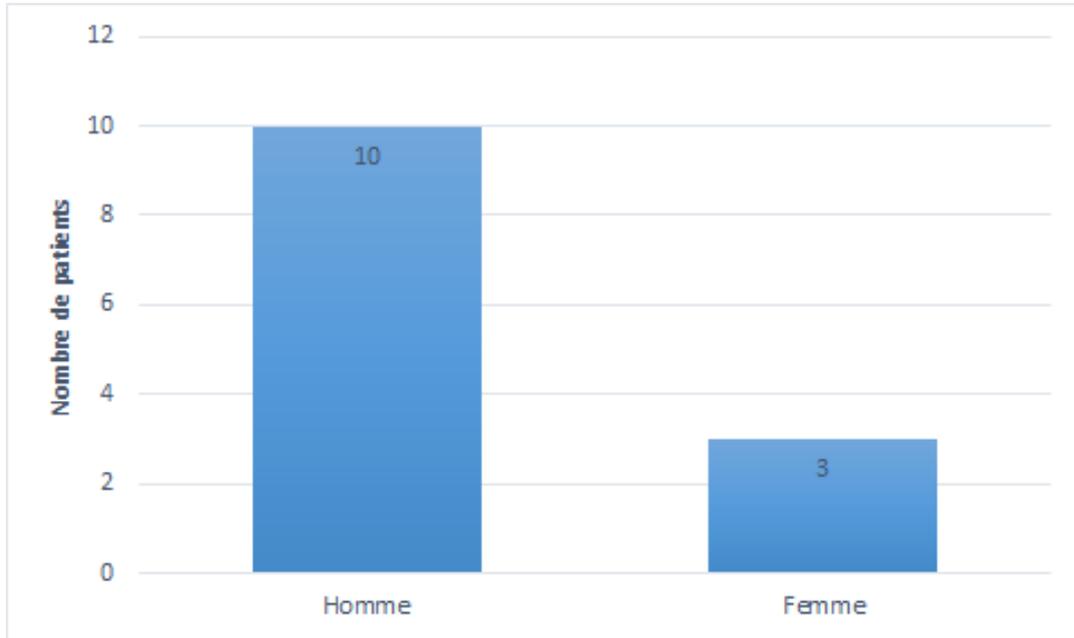
**Figure n°24** : Connaissance BPCO/ EFR selon l'âge



Ce tableau suggère que l'âge n'est pas lié à la connaissance de l'intérêt des EFR pour la BPCO ( $p = 0,29$ ).

### 2.3.3.2. Connaissance de la BPCO/ EFR et sexe

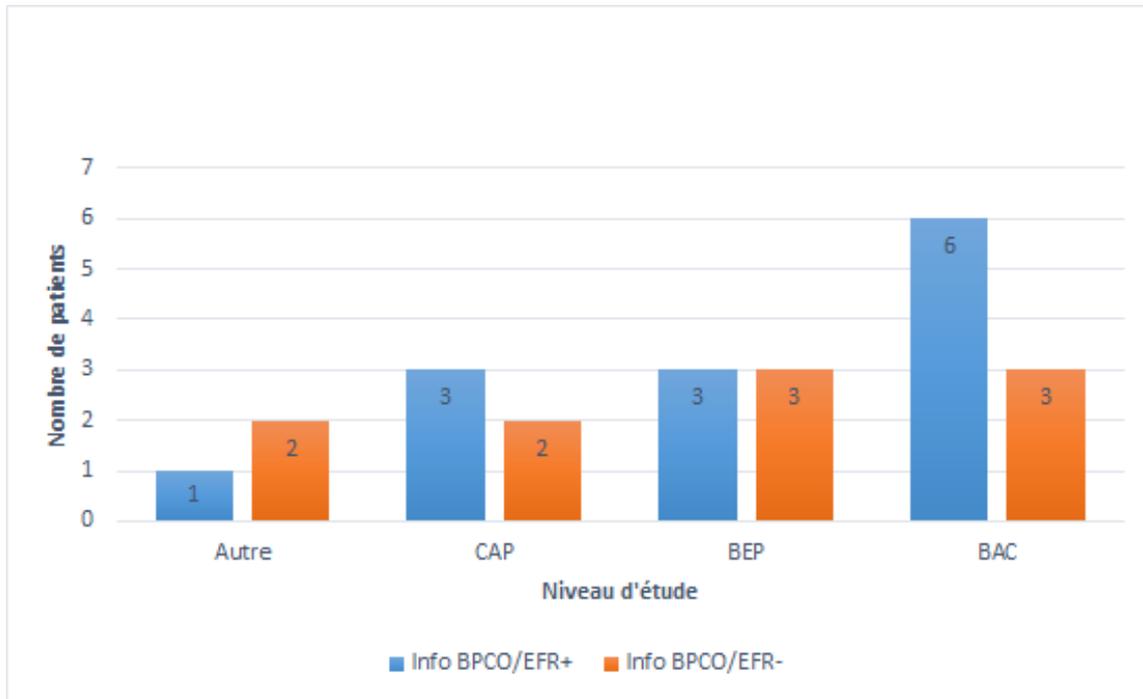
**Figure n°25** : Connaissance BPCO/ EFR selon le sexe



Ces résultats tendent à montrer que les hommes sont majoritairement plus informés de l'utilité des EFR par rapport aux femmes. En proportion, cela correspond à 22% d'homme et 10% de femme ( $p = 1$ ).

### 2.3.3.3. Connaissance de la BPCO/ EFR et niveau d'études

**Figure n°26** : Connaissance BPCO/ EFR et niveau d'études



On constate ( $p=0.78$ ) :

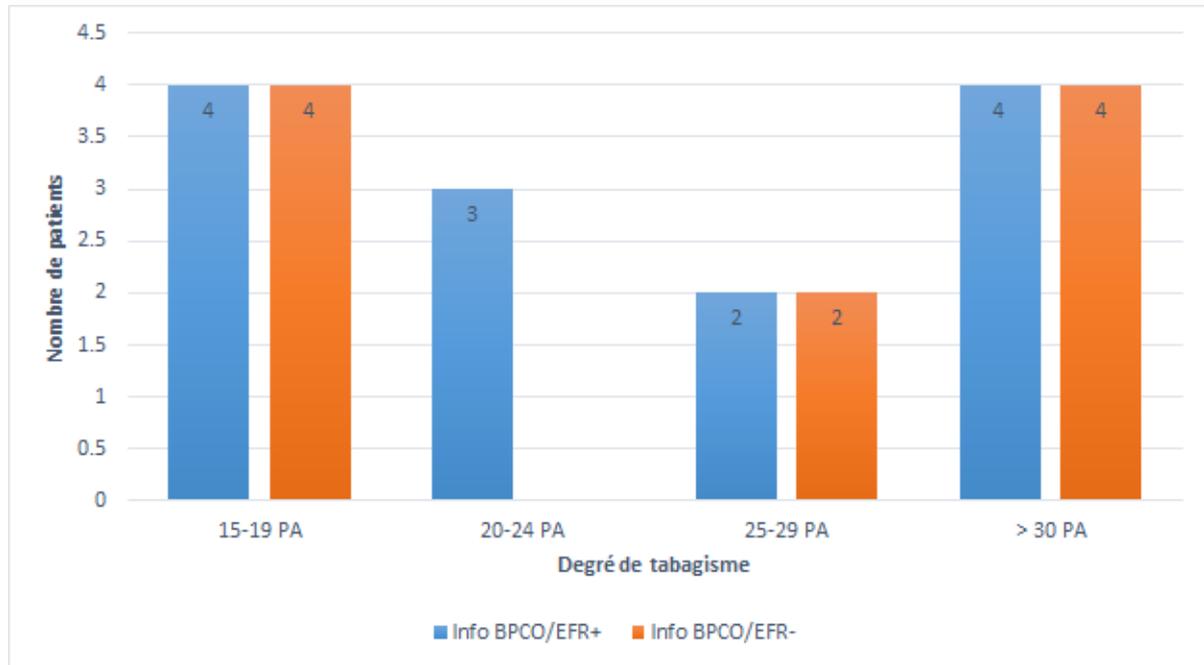
- qu'une large part de la population ayant un niveau d'étude BAC est informée de l'intérêt diagnostique des EFR comparativement aux autres catégories ;
- que la réalisation des EFR ne semble pas toujours suivi d'une information claire des patients.

En proportion :

- 60 % des patients ayant le niveau CAP et ayant eu des EFR connaissent l'intérêt de cet examen ;
- 50% des patients ayant le niveau BEP et des EFR connaissent l'intérêt de cet examen ;
- 66.7% des patients ayant le niveau BAC et des EFR connaissent l'intérêt de cet examen ;
- 33.3% des patients ayant le niveau inférieur ou égal à la 3e et des EFR connaissent l'intérêt de cet examen.

#### 2.3.3.4. Connaissance de la BPCO/ EFR et degré de tabagisme

**Figure n°27** : Connaissance BPCO/ EFR et degré de tabagisme

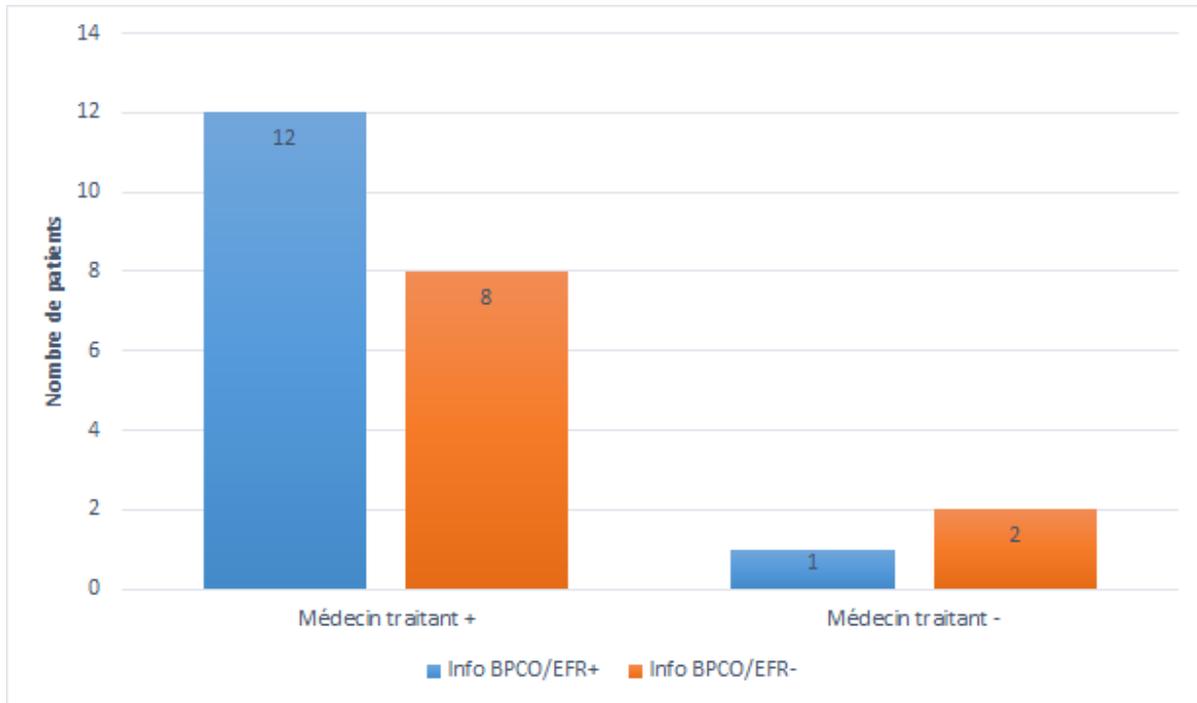


Ces résultats montrent ( $p=0.53$ ) :

- quel que soit le degré de tabagisme, il n'existe quasiment pas de différence entre les patients ayant compris l'intérêt des EFR et ceux n'ayant pas compris cet examen ;
- il y a néanmoins une différence parmi les fumeurs entre 20 et 24 PA où les 3 patients paraissent mieux informés.

### 2.3.3.5. Connaissance de la BPCO/ EFR et déclaration d'un médecin traitant

**Figure n°28** : Connaissance BPCO/ EFR et déclaration d'un médecin traitant

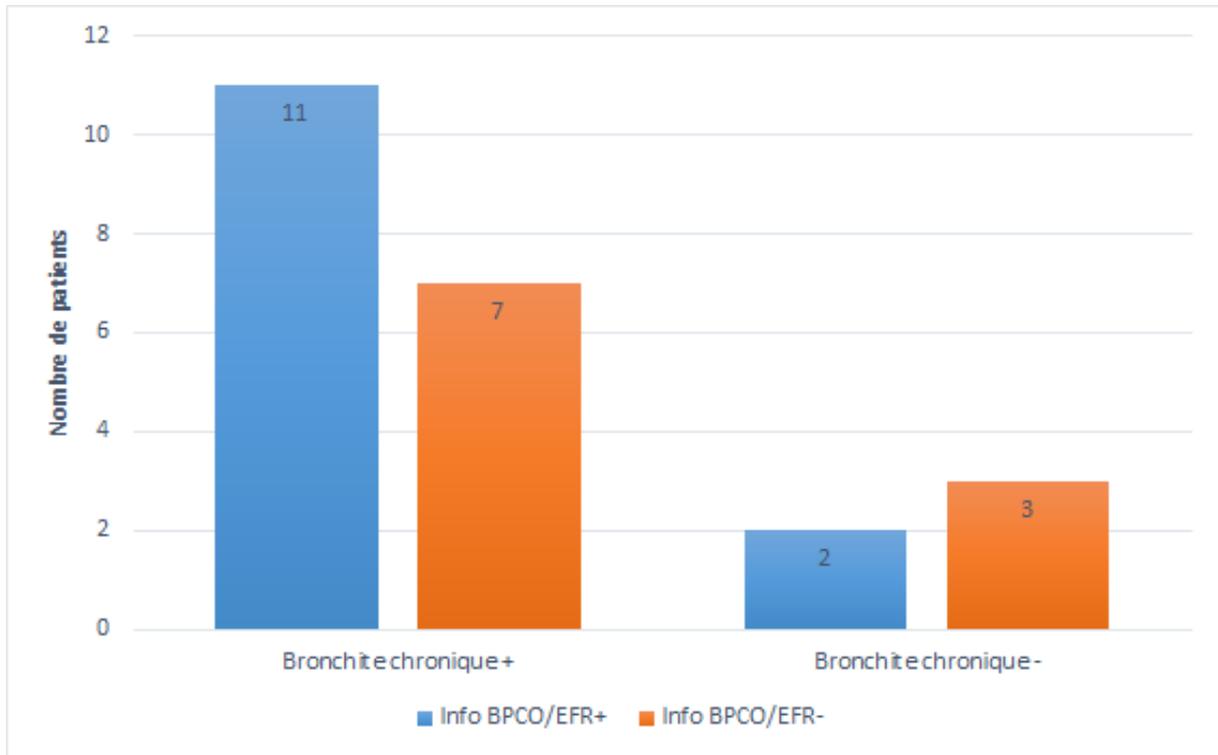


Ce graphique nous montre que (p=0.56) :

- chez les patients ayant une information bronchite chronique/ EFR une large part de patients ont un médecin traitant ;
- 8 patients ayant eu l'EFR mais pas d'information sur leur intérêt ont un médecin traitant. A noter que les 2 patients ayant eu les EFR sans l'information de la bronchite chronique et sans déclaration de médecin traitant sont passés pour l'un par un médecin généraliste sans le déclarer en médecin traitant et pour l'autre par un pneumologue de la structure de Paul Guiraud ;
- les patients ayant un médecin traitant ne sont pas mieux informés de l'intérêt diagnostique des EFR pour la BPCO.

### 2.3.3.6. Connaissance de la BPCO/ EFR et symptômes de bronchite chronique

**Figure n°29** : Connaissance BPCO/ EFR et symptôme de bronchique chronique



Sur ce graphique, on observe ( $p=0.62$ ) :

- chez les personnes ayant été informées de l'utilité des EFR/ bronchite chronique, une majorité de personnes sont atteintes de bronchite chronique ;
- chez les personnes ayant juste eu l'EFR mais pas l'information, 2 fois plus de personnes sont atteintes de bronchite chronique par rapport à ceux qui ne présentent pas ces symptômes ;
- chez les personnes ayant la bronchite chronique, 11 patients ont eu des informations sur l'utilité des EFR contre 5 qui n'ont eu que des EFR sans information sur leur utilité.

## Discussion

---

Malgré des recommandations claires de la HAS, notre étude suggère que la BPCO est peu recherchée chez les patients en psychiatrie.

En outre, peu de patients ont pu bénéficier des EFR et tous n'ont pas compris l'intérêt de cet examen.

Ce résultat est attendu : la maladie est sous diagnostiquée (4) dans la population générale et notre étude montre que la BPCO l'est encore moins dans la population psychiatrique. Or les patients en psychiatrie sont une population fragile qui nécessitent davantage d'attention notamment sur le tabagisme et ses complications.

### 1. Critique sur la méthodologie

#### 1.1. Force de l'étude

La force de cette étude réside dans son originalité : il existe à ce jour dans les différentes revues de la littérature peu d'études s'intéressant à un dépistage de la BPCO dans la population psychiatrique. Par ailleurs, cette étude est faite dans 3 structures extra hospitalières que sont les CMP et on peut considérer que c'est une étude faite en ambulatoire. De plus, on réduit le biais d'admission ou biais de Berkson lié à l'hospitalisation.

Enfin, nous avons inclus les patients de 3 CMP dans notre étude, c'est donc une étude multicentrique permettant de posséder une hétérogénéité de patients, avec des pathologies et des prises en charge médico-psycho-sociales différentes.

#### 1.2. Faiblesse de l'étude

Les principales faiblesses de l'étude sont :

- faible puissance de l'étude car recrutement peu important (n=75) ;
- biais de recueil de données (déclaration par questionnaire) ;
- l'estimation du degré de tabagisme (biais de mémorisation) ;
- la définition de bronchite chronique simplifiée sur ce questionnaire (risque de sur-diagnostic) ;
- le recrutement de patients ayant eu des EFR pour d'autres pathologies ? Asthme, sarcoïdose ou autre pathologie pulmonaire ;
- le relevé des données sur la déclaration de médecin traitant oralement.

## 2. Discussion sur la population d'étude

Nous avons recruté 75 patients dans notre étude, 45 hommes et 30 femmes issus de 3 CMP du groupe hospitalier Paul Guiraud.

Cette proportion Homme/Femme concorde avec des résultats de la littérature où on estime la prévalence masculine à 60% entre 40 et 60 ans au sein des établissements psychiatriques (20). Ces patients ont un suivi ambulatoire et sont stabilisés dans leur maladie psychiatrique. A ce titre ils se rapprochent plus de la population générale que les patients hospitalisés.

Ils ont néanmoins, leurs propres caractéristiques qui les mettent dans une position de fragilité : leur humeur instable pouvant retentir sur l'environnement socio-familio-professionnel, leur angoisse et anxiété bouleversant leur interaction avec la société, leurs addictions. Tous ces facteurs pouvant les positionner dans des conditions financières difficiles et leurs symptômes psychotiques rendant difficile la relation médecin/patient.

Parmi les grands thèmes en psychiatrie, on retrouve le thème du tabagisme.

Des études épidémiologiques le montrent : les hommes fument plus que les femmes et c'est une tendance qu'on retrouve dans notre étude car nous avons recruté et ce de manière aléatoire, plus d'hommes fumeurs que de femmes (3).

Selon la recommandation de la HAS de 2014 sur la BPCO : le risque de la maladie apparaît à partir de 20 PA chez l'homme et 15 PA chez la femme avec une prévalence de 7,5% à partir de 40 ans. Notre population entre dans ces critères de développer la maladie et c'est pourquoi nous avons choisi d'exprimer le degré de tabagisme en paquet-année (13).

Néanmoins, cette mesure n'est pas un bon reflet du danger que représente le tabac, en effet :

- selon le collège de pneumologie (21) : le risque de développer un cancer du poumon est augmenté par un facteur 2 si on double la dose alors qu'il est augmenté par un facteur 4 si on double la durée d'exposition. C'est ce que montre Jartveit-Tverdal en 2005 (20) avec son étude selon laquelle le risque de complication en dehors de la BPCO existe même entre 1 à 4 cigarettes par jour car la durée de l'intoxication est plus pathogène que la quantité fumée ;
- la toxicité dépend également de la nature de la cigarette et de ses composants ;
- l'intoxication au monoxyde de carbone (CO) dépend de l'intensité de l'aspiration, donc de la manière de fumer.

Par ailleurs, il ne semble pas exister dans la littérature d'étude épidémiologique concernant le niveau moyen de degré de tabagisme quantifié en paquet-année. L'INPES a néanmoins fourni des chiffres du tabagisme moyen chez les Français en 2010 en cigarette par jour : un homme fume en moyenne 14,8 cigarettes par jour et une femme 12,3 cigarettes par jour (3).

Notre échantillon comprend une proportion de 32% patients ayant un niveau BAC, 24% ayant un BEP, 17,3% personnes un CAP et 26% avec un niveau inférieur ou égal au 3<sup>e</sup>. Elle est relativement différente de la population générale sur ce critère selon les données statistiques de l'INSEE 2014 où parmi les personnes entre 50 et 54 ans de la population générale : 36,1% ont un niveau égal ou supérieur au BAC, 31% ont un niveau équivalent CAP ou BEP et 32,9% ont un niveau inférieur ou égal à la 3<sup>e</sup>(22).

Les patients que nous avons recrutés présenteraient pour 75% d'entre eux un médecin traitant déclaré. Ces résultats concordent avec l'étude faite par Gadroy-Pierre qui s'est intéressée au

taux de déclaration de médecin traitant dans la population psychiatrique à Paul Guiraud. L'étude montre que sur 100 patients, 79 d'entre eux ont bien déclaré un médecin traitant ce qui est encore loin d'être suffisant pour cette population fragile (11).

En outre, un autre frein existe dans le suivi des patients psychiatriques : Bohn évalue la communication entre psychiatres et médecins traitants démontrant que 28 % des patients interrogés ont une pathologie somatique chronique non connue des psychiatres dans 61% des cas et que les médecins généralistes ne connaissent pas la maladie psychiatrique de leur patient dans 56 % de leur cas (12).

Pourtant, il existe de nombreuses recommandations ou chartes visant à améliorer cette coordination :

- recommandations de bonnes pratiques proposées en 2010 par le collège national pour la qualité de soins en psychiatrie (CNQSP) ;
- recommandations de la haute autorité de santé (HAS) (24-26) ;
- ateliers santé ville (ASV) proposés par les communes : L'ASV est « une démarche locale et un dispositif public à la croisée de la politique de la ville et des politiques de santé, dont l'objectif est de contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé » ;
- Contrats locaux de mission de santé par le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) ;
- En 2014, la Conférence des présidents de commission médicale d'établissement (CME) et le Collège de la Médecine Générale (CMG) ont co-écrit une Charte de partenariat entre les médecins généralistes et les psychiatres, publiée en mars 2014.

L'idée d'un dossier médical partagé avec la mise en place d'un parcours de soin où se développent les réseaux de santé devrait à l'avenir permettre une meilleure coordination entre la psychiatrie et les soins somatiques.

De plus, la mise en place systématique d'un médecin somatique qui ferait de la consultation de prévention dans les CMP pourrait être une piste intéressante dans le suivi de ces patients.

### **3. Discussion selon les critères de l'étude**

#### **3.1. Information sur la BPCO et l'accès aux EFR**

Les patients que nous avons recrutés sont éligibles à une intervention sur la BPCO ou par des EFR selon les critères de la HAS. Les 5 patients qui ont entre 35 et moins de 40 ans auraient tous dû avoir une information sur la BPCO ou des EFR notamment parce qu'ils présentent des symptômes de bronchite chronique pour 4 d'entre eux ou qu'ils fument plus de 15 PA.

Notre étude montre que seulement 30,10% des patients semble avoir eu une intervention orale sur la BPCO et 30,60% des patients paraissent avoir des EFR, ce qui montre que la BPCO est encore largement sous diagnostiquée en France dans la population psychiatrique.

Ces résultats concordent avec ceux de la littérature où la BPCO est encore largement sous diagnostiquée de manière générale en France.

Dans les travaux d'Yvetot, la recherche de la BPCO est très peu réalisée parmi les médecins généralistes de moins de 46 ans malgré des connaissances solides sur le sujet, seulement 36,4% envisagent une mesure du souffle systématiquement face aux patients qui présentent des symptômes évocateurs. Pour pallier à ce problème, des pistes pour majorer la recherche de la BPCO sont évoquées à travers une meilleure sensibilisation du public et des médecins généralistes, consultation dédiée et rémunérée pour la BPCO et la formation spécifique des généralistes à la spirométrie pour ne pas retarder le diagnostic et traiter les patients à l'aveugle (25).

Klein s'est intéressée au dépistage précoce par les médecins généralistes de la BPCO grâce au questionnaire GOLD sur la BPCO et à la mini-spirométrie Piko-6 (27). Elle montre :

- que les examens de dépistage par le questionnaire de GOLD présentent un seuil de sensibilité variant de 58% à 97% et une valeur prédictive positive variant de 17 à 95%, et la mini-spirométrie par Piko-6 a un seuil de sensibilité variant de 51 à 94% et une valeur prédictive positive de 64 à 95% ;
- qu'il existe une différence entre l'intention de participer de la part des médecins généralistes et l'effectif réel (voir ci-dessous) ;
- que seulement 35,9% des patients dépistés orientés vers le pneumologue ont arrêté de fumer au bout de 1 an.

Cependant il paraît peu justifié d'appeler cette intervention « dépistage » de la BPCO car la maladie a atteint le parenchyme pulmonaire et sa fonctionnalité. Or la définition même de la BPCO est un TVO non réversible. Ce qui entre en contradiction avec le but du dépistage qui est de traiter la maladie à un stade où elle est réversible.

### **3.2. Information sur l'utilité des EFR**

Les patients de psychiatrie comprennent-ils pourquoi les EFR leur ont été prescrit ? Dans notre étude, seuls 56,5% de nos patients ont compris la réelle indication des EFR. Serait-ce à cause de leur trouble cognitif ou à une mauvaise communication médicale ?

Il ne paraît pas exister dans la littérature de recherches faites sur la perception de l'information sur un examen médical par les patients en psychiatrie en France mais des études se sont intéressées à la perception de l'information médicale par les patients en intra-hospitalier :

- Florence et al. (28) se sont penchés sur la perception des informations faites aux patients sur l'IRM et la fibroscopie bronchique. Ils ont mis en évidence que 56% des patients déclarent avoir été informés de l'indication de l'examen avant sa réalisation par le médecin prescripteur ou le personnel du service réalisateur, 20 % des patients déclarent n'avoir reçu aucune information avant ni pendant l'examen et 4% déclarent n'avoir reçu aucune information après l'examen ;
- Dans l'étude de Léger (29), l'auteur met en évidence un taux de compréhension globale des termes médicaux est à 76,5% avec seulement 18,5% des patients qui comprennent 100% des mots médicaux employés pour des patients en consultation pré-anesthésique.

Ces données mettent en lumière la nécessité d'une amélioration de la communication médecin-patient avec une nécessité d'une communication adaptée en fonction du profil médico-socio-culturel d'autant plus grande chez les patients en psychiatrie et à une époque où les patients procéduriers sont de plus en plus nombreux.

## **4. Discussion sur les résultats de l'étude**

Nous avons recherché si les patients avaient le souvenir d'une intervention orale sur la BPCO de la part d'un médecin, s'ils ont eu des EFR et s'ils ont compris son intérêt selon différents critères :

- l'âge ;
- le sexe ;
- le niveau d'étude ;
- le degré de tabagisme ;
- la présence d'un médecin traitant ;
- les symptômes de bronchite chronique.

### **4.1. Critère d'âge**

L'âge a été choisi comme facteur d'étude pour savoir s'il existe une différence dans la prise en charge : les personnes les plus âgées bénéficient-elles d'une vigilance accrue concernant la BPCO ? En effet, les préoccupations de santé apparaissent souvent avec l'âge et celui-ci est un facteur pronostic chez des patients en exacerbation de BPCO. Nous avons choisi arbitrairement dans notre étude de recruter les patients à partir de 35 ans car la maladie peut toucher à tout âge. En effet d'après les données de l'Assurance Maladie de 2006 sur les affections longues durées, près de 200 000 jeunes de 25 ans ont été touchés par une insuffisance respiratoire aigüe ou une BPCO au stade sévère (à nuancer par le fait que l'une des causes du sujet jeune est le déficit en alpha-1 antitrypsine) (3).

Néanmoins au regard des différentes données à travers les figures 10, 17 et 24, l'âge ne semble pas être un facteur jouant sur nos critères d'étude à moins que notre effectif n'ait pas été suffisant pour être significatif. 2 patients sur 6, entre 35 et 39 ans, ont pu bénéficier des EFR et 3 patients sur 6 ont une notion de BPCO, tendant à montrer que la maladie est sous diagnostiquée chez les adultes ayant moins de 40 ans.

Le médecin ne doit pas oublier que la BPCO peut toucher à tout âge et qu'il doit être d'autant plus vigilant chez les personnes d'un certain âge, notamment en psychiatrie, d'autant plus que d'autres comorbidités peuvent y être associées (exemple : l'insuffisance cardiaque).

## 4.2. Critère de sexe

Les hommes sont plus fumeurs que les femmes dans les études en général ce qui se reflète dans le ratio de cette étude par une meilleure information et un meilleur accès aux EFR des hommes que des femmes, avec un recrutement aléatoire. Ces résultats concordent avec ceux de la littérature où la prévalence de la bronchite chronique est de 4,9% pour les hommes et 2,3% pour les femmes selon une enquête de l'INSEE entre 2002 et 2003 (30).

Les figures 11, 18 et 25 peuvent révéler une forme de discrimination dans la prise en charge et on suppose que le sexe serait un facteur qui déclenche une intervention sur la BPCO. Mais au vu des analyses de corrélation, il n'y a pas de lien statistique significatif à moins que notre échantillon ne soit pas de puissance suffisante.

Quel que soit le résultat, au vu de l'augmentation de la prévalence du tabagisme chez les femmes ces dernières années, la prise en charge par dépistage de la BPCO devrait être identique pour les 2 sexes.

## 4.3. Critère : niveau d'études

De nombreuses études se sont penchées sur le profil socio-professionnel des travailleurs tabagiques. Parmi ceux-ci, on citera celui de Peretti-Watel et al., 2009 qui décrit le faible niveau d'étude ainsi que le chômage associé à une plus forte prévalence du tabagisme actif. Ainsi on serait en droit de se questionner s'il pouvait y avoir une corrélation entre le niveau d'étude et nos critères d'étude (31).

Mais pour Peretti-Watel et al 2009, de nombreux freins à l'arrêt du tabac existent dans cette population à travers la perception qu'ils ont :

- déni du risque (penser que la vie au grand air ou que les antécédents familiaux protègent des maladies dus au tabac) ;
- attitude critique vis-à-vis des politiques anti-tabac (restriction à la liberté individuelle notamment) ;
- vertu anxiolytique du tabagisme actif.

Nos résultats montrent que la population la moins informée du risque de BPCO et d'accès aux EFR est les patients avec le plus bas niveau d'étude selon les figures 12,19 et 26. Ainsi les patients avec un plus haut niveau d'étude (notamment BAC) paraissent mieux pris en charge même s'il n'y a pas de lien statistique évident. Il faudrait dès lors cibler les interventions sur la BPCO vis-à-vis de cette population chez qui la prévalence du tabagisme est prépondérante.

## 4.4. Critère : degré de tabagisme

Selon la HAS, la BPCO doit se repérer par le médecin à partir de 20 paquets-année chez l'homme et 15 paquets-année chez la femme surtout à partir de 40 ans (15).

Existe-t-il une vigilance accrue en fonction du degré de tabagisme chez les patients comme chez les patients alcooliques ?

Selon nos résultats, il semblerait qu'il n'y ait aucune corrélation entre un haut niveau de tabagisme et le déclenchement d'une prise en charge de la BPCO.

Dans la littérature, peu d'articles existent concernant le degré de tabagisme et les complications. On peut supposer que la pauvreté de ce lien serait en rapport avec :

- un seuil de consommation en dessous duquel le risque est nul n'existe pas ;
- les politiques de santé qui ont pour objectif un tabagisme nul.

Dès lors, quelles sont les raisons du seuil de dépistage de la BPCO à 15 paquets-année chez la femme et 20 paquets-année chez l'homme fixées par l'HAS ?

#### **4.5. Critère : déclaration d'un médecin traitant**

Le médecin traitant fait partie des piliers de la prévention dans la société actuelle et son rôle est défini par la loi HSPT de 2009. Notre étude l'a donc inclus comme un facteur potentiel intervenant dans nos critères d'étude : l'information sur la BPCO, les EFR et l'utilité des EFR par rapport à la BPCO. Néanmoins notre étude montre que le taux déclaré de médecin traitant paraît peu important quand on considère que la population psychiatrique est une population fragile et qui nécessite un meilleur accès/suivi au vu des complications de leur maladie ou iatrogénique.

Dans notre étude sur les figures 14,21 et 28, le fait d'avoir un médecin référent présente un lien statistique avec l'accès des patients sur les informations de la BPCO mais qui n'est pas significatif pour l'accès aux EFR ou à l'information sur l'utilité des EFR. Cependant, il existe encore de nombreux patients tabagiques ayant un médecin traitant mais ne bénéficiant pas de cette intervention dans notre étude.

Ces résultats concordent avec d'autres résultats de la littérature : une étude menée en Lorraine sur le champ de la prévention du tabac montre que 27,2% des médecins ont répondu à l'invitation d'un programme de prévention et pour la formation et seul 9,3% d'entre eux ont participé au dépistage (31).

Parmi ceux qui ont participé au dépistage, un conseil minimal est prodigué dans seulement 31,1% des cas et le tabacologue est recommandé dans 2,2% des cas. 39,9% des patients ayant une histoire tabagique ont été orientés vers un pneumologue. Par conséquent le taux de médecins généralistes formés ayant l'intention de participer à l'issue de la formation est de très loin différent du taux de participation réel. Il serait intéressant d'étudier les freins à la prise en charge du tabagisme par les médecins généralistes.

Néanmoins, il n'est pas certain qu'à travers une prise en charge par dépistage et diagnostic de la BPCO puisse aboutir à un sevrage efficace avec une abstinence complète au vu des différentes revues de littérature mais leur identification permet selon Dales et al., de changer le comportement des médecins généralistes les amenant à modifier et mieux adapter le traitement des patients dans 15 % des cas (32).

On peut ainsi supposer que l'identification des patients BPCO permettrait de freiner la maladie à travers l'instauration des traitements bronchodilatateurs, la diminution des exacerbations par une vaccination anti grippale et anti pneumococcique accrue voire une proposition systématique de consultation spécialisée anti-tabac au vu du signal d'alerte que constitue la BPCO.

#### **4.6. Critère : symptômes de bronchite chronique**

L'existence d'une bronchite chronique devrait alerter les praticiens sur une pathologie sous-jacente et la nécessité d'une intervention médicale. Selon Fuhrman et al. 2010, la prévalence de la bronchite chronique est estimée à 4% dans la population générale au début des années 2000 en France tandis que celle de la BPCO est de 7,5% en 2003 chez des sujets de > 40 ans (30).

Dans notre étude parmi les patients fumeurs, 52% auraient une bronchite chronique soit 39 patients, ce qui souligne l'importance de cette maladie. Parmi ces 39 patients seuls 23 ont eu une intervention orale sur la BPCO et/ou des EFR. Ainsi les patients symptomatiques bénéficieraient d'une prise en charge éducative ou diagnostic mais qui reste encore bien insuffisante. Il y a un lien statistiquement significatif entre les symptômes et la réalisation des EFR mais pas avec nos autres critères d'étude.

Ces résultats concordent avec ceux de l'InVS où les conseils pour l'arrêt du tabac sont 2 fois plus fréquents en cas de symptôme de bronchite chronique (30).

## Conclusion

---

La prise en charge préventive concernant la BPCO chez les patients en psychiatrie est probablement peu appliquée en France malgré les recommandations de la HAS de 2014.

La population en psychiatrie est une population fragile nécessitant un regard plus vigilant de la part du corps médical et des autorités de santé publique. A cause de leur capacité psychique perturbée due à leur pathologie ou aux neuroleptiques, leur fragilité est également sociale et somatique. Parmi les pathologies médicales propres à cette population, les complications somatiques sont pointées récemment du doigt et la prévention est davantage mis en avant de nos jours.

Le tabac fait partie du champ d'action de la prévention mais les soignants se heurtent à des difficultés dans la prise en charge des patients. Outre le problème de compliance des patients, l'intervention du médecin dans le sevrage du tabac demeure encore faible malgré les différentes campagnes de sensibilisation sur les complications telles que les cancers, les complications cardio-vasculaires ou la BPCO.

Il n'est pas certain que le diagnostic de BPCO chez les patients modifie durablement leur comportement vis-à-vis du tabac et d'autant plus chez les patients en psychiatrie chez qui fumer aide à gérer leur trouble psychique. Mais repérer ces patients à risque permet au médecin généraliste d'adapter sa prise en charge médicamenteuse et de le pousser à plus de vigilance. Des explorations sur la réaction des patients après le diagnostic de la BPCO (avec poursuite du tabagisme ou non), seraient souhaitables.

Enfin, la prise en charge somatique des patients en psychiatrie demeure complexe en raison de leur trouble psychique mais également par un manque de coordination en ambulatoire entre les médecins généralistes et les psychiatres.

Notre étude paraît être une première dans ce domaine. A notre connaissance, peu d'articles existent concernant la BPCO en psychiatrie chez des patients en ambulatoire.

Notre étude montre une déficience d'information sur la BPCO chez les patients de plus de 35 ans, fumeurs à plus de 15 paquets-année recrutés dans des CMP. La majorité de nos patients entrent pourtant dans le cadre d'un dépistage de la BPCO selon les recommandations de la HAS de 2014. L'âge et le degré de tabagisme ne paraissent pas dans notre étude comme déterminant à une intervention sur la BPCO. A l'inverse, le niveau d'étude, l'existence d'un suivi par un médecin traitant et les symptômes de bronchiques chroniques paraissent comme des facteurs déterminants à un meilleur accès à une éducation des patients sur la BPCO par un médecin.

Par ailleurs, les patients sont peu nombreux à avoir des EFR mais ont un meilleur accès notamment en cas de symptôme de bronchite chronique avec un résultat significatif sur ce critère.

De plus, les patients paraissent relativement peu nombreux à avoir compris les examens faits à travers les EFR. Notre étude n'a pas retrouvé de facteur pouvant influencer ce critère. Ce résultat serait-il dû à un manque de temps accordé au patient par le corps médical ou aux troubles cognitifs des patients ? A une époque où la médecine devient plus technique, le temps

accordé aux relations humaines médecin/patient devient déficitaire et la compliance des patients pourrait en pâtir.

Notre étude est de faible puissance et nos résultats peuvent être influencés par les troubles cognitifs de nos patients. Il serait intéressant de faire des investigations complémentaires sur les médecins généralistes prenant en charge ces patients pour déterminer s'ils ont pris en charge ces patients sur la BPCO et le cas échéant, les freins à cette intervention (nécessité d'une consultation dédiée et rémunérée par le paiement à la performance de la CPAM ? Sensibilisation insuffisante ?).

## Perspective

---

A travers notre étude, de nombreuses questions sont soulevées et mériteraient d'être recherchées.

La BPCO est un sujet vaste déjà bien étudié, des recherches sur l'intérêt d'un dépistage précoce par le médecin généraliste ont été faites au sein de la population générale. Mais peu d'études existent sur la prévalence de la BPCO dans la population psychiatrique où le tabagisme sévit et à notre connaissance, peu d'études existent sur l'efficacité réelle (en termes de sevrage du tabagisme) du dépistage de cette maladie à cause de la persistance du tabagisme (33).

La consultation dédiée et rémunérée par la CPAM serait-elle une piste pour inciter les médecins généralistes à repérer la maladie ?

La cigarette électronique entraîne-t-elle ou peut-elle majorer les exacerbations de BPCO ? La question est légitime à une époque où se mêle à la fois explosion des ventes et forte suspicion sur ce produit. Par ailleurs, les produits à l'intérieur de la cigarette électronique ne sont pas uniformes, ce qui peut majorer les difficultés d'une étude sur ce sujet.

La coordination entre le psychiatre et le médecin généraliste devrait être systématique en théorie, or en pratique, les patients sont encore nombreux à rester sans médecin généraliste (22) ou de nombreux médecins ne connaissent pas l'existence d'une prise en charge psychiatrique de leur patient. Des études sur les freins à la bonne coordination entre médecin psychiatre et généraliste existent mais les solutions pour pallier ce problème ne sont pas systématiquement mises en place. L'inclusion d'un médecin généraliste au sein des CMP pourrait répondre à ce problème mais son adhésion dans un tel centre reste difficile dans notre mode de fonctionnement.

Il existe une discordance entre l'information délivrée par le médecin et la perception de l'information par le patient. Peu d'études existent sur ce sujet, et notamment en psychiatrie. A une époque où le consentement libre et éclairé demeure plus que fondamental du fait de patients procéduriers, des recherches sur la perception des patients de leur prise en charge médicale ou de l'utilité des examens qu'ils bénéficient seraient souhaitables.

## Annexe I

### Faites le test : aurais-je une BPCO ?

*La BPCO ou Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive est une maladie des poumons due au tabac.*

*Elle est fréquente mais les personnes atteintes ignorent souvent son existence.*

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

Initiales et CMP d'origine :

Date de naissance ? :

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? :

Depuis combien de temps ? :

Vivez-vous avec une personne (marié(-e) ou pacsé(-e)) qui fume ? Oui  Non

Quel travail faites-vous ou avez-vous fait ?

Niveau d'étude : CAP  BEP  > BAC

Avez-vous un médecin traitant ? Oui  Non

Avez-vous déjà entendu parler de la bronchopneumopathie chronique obstructive par votre médecin traitant ?

Oui  Non

Avez-vous bénéficié d'une épreuve fonctionnelle respiratoire proposée par un médecin ?

Oui  Non

Si oui : qui vous l'a prescrite ? Médecin généraliste  pneumologue

Autre

Préciser quel médecin : .....

Toussez-vous tous les matins ? Oui  Non

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

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

Bénéficiez-vous d'un traitement par inhalation actuellement ? Oui  Non   
Lequel : .....

## Annexe II

	Hommes (n=45)				Femmes (n=30)			
	Présence d'un médecin traitant (n=33)		Pas de médecin traitant (n=12)		Présence d'un médecin traitant (n=23)		Pas de médecin traitant (n=7)	
	Symptômes bronchites chroniques (n=18)	Pas de symptômes bronchites chroniques(n=15)	Symptômes bronchites chroniques(n=5)	Pas de symptômes bronchites chroniques(n=7)	Symptômes bronchites chroniques(n=12)	Pas de symptômes bronchites chroniques(n=11)	Symptômes bronchites chroniques(n=4)	Pas de symptômes bronchites chroniques(n=3)
Age, moyenne (écart type)	51,4 (10,47)	49,61 (7,32)	45,32 (7,52)	47,79 (6,90)	51,55 (9,01)	54,44 (5,29)	49,50 (8,62)	43,15 (2,45)
CMP*								
Clamart	7 (15,6)	4 (8,9)	3 (6,7)	0	5 (62,5)	3 (37,5)	4 (100)	0
Meudon	9 (20)	4 (8,9)	0	4 (8,9)	3 (42,8)	4 (57,1)	0	1 (100)
Thiais	2 (4,4)	7 (15,6)	2 (4,4)	3 (6,7)	4(50)	4 (50)	0	2 (100)
Niveau étude*								
CAP	3 (6,7)	2 (4,4)	1 (2,2)	2 (4,4)	3 (75)	1 (25)	1 (100)	0
BEP	6 (13,3)	4 (8,9)	1 (2,2)	1 (2,2)	0	4 (100)	1 (50)	1 (50)
BAC	6 (13,3)	6 (13,3)	0	0	7 (70)	4 (30)	1 (100)	0
Aucun	3 (6,7)	3 (6,7)	3 (6,7)	4 (8,9)	2 (50)	2 (50)	1 (33,3)	2 (66,6)
Tabac*								
15-20	8 (17,8)	9 (20)	3 (6,7)	2 (4,4)	6 (54,5)	5 (45,5)	1 (50)	1 (50)
20-25	2 (4,4)	4 (8,9)	1 (2,2)	2 (4,4)	2 (66,6)	1 (33,3)	3 (75)	1 (25)
25-30	3 (6,7)	1 (2,2)	0	1 (2,2)	1 (20)	4 (80)	0	0
> 30	5 (11,1)	1 (2,2)	1 (2,2)	2 (4,4)	3 (75)	1 (25)	0	1 (100)
Tabagisme passif*	7 (15,6)	1 (2,2)	1 (2,2)	0	4 (57,1)	3 (42,8)	1 (50)	1 (50)

\*Pourcentage

## Bibliographie

- 1- GOLD. Initiative mondiale pour la bronchopneumopathie chronique obstructive. Guide de poche pour le diagnostic, le traitement et la prévention. [Internet]. GOLD. [Cité le 1 août 2017]. Disponible sur : <http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/04/wms-GOLD-2017-Pocket-Guide-Final-French.pdf>
- 2- Jouneau S, Dres M, Guerder A, Bele N, Bellocq A, Bernady A, et al. Prise en charge des exacerbations de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Recommandations de la Société de pneumologie de langue française (texte court) [Management of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Guidelines from the Société de pneumologie de langue française (summary)]. Rev Mal Respir. 2017 ;34(4) :282-322.
- 3- Inpes - Actualités 2015 - Le tabac en France : nouvelles données du Baromètre santé Inpes 2014 [Internet]. [Cité le 11 août 2017]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2015/013-tabac-donnees-barometre-2014.asp>
- 4- Fuhrman C, Delmas M-C. Épidémiologie descriptive de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France. Rev Mal Respir. 1 févr2010 ;27(2):160-8.
- 5- OMS | Charge de morbidité due à la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) [Internet]. WHO. [Cité 10 août 2017]. Disponible sur : <http://www.who.int/respiratory/copd/burden/fr/>
- 6- Rennard S, Decramer M, Calverley PMA, Pride NB, Soriano JB, Vermeire PA, et al. Impact of COPD in North America and Europe in 2000: subjects' perspective of Confronting COPD International Survey. Eur Respir J. 1 oct 2002;20(4):799-805.
- 7- De Marco R, Accordini S, Cerveri I, Corsico A, Sunyer J, Neukirch F, et al. An international survey of chronic obstructive pulmonary disease in young adults according to GOLD stages. Thorax. 2004;59(2):120–125.
- 8- Himelhoch S, Lehman A, Kreyenbuhl J, Daumit G, Brown C, Dixon L. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease among those with serious mental illness. Am J Psychiatry. 2004;161(12):2317–2319.
- 9- Callaghan RC, Veldhuizen S, Jeysingh T, Orlan C, Graham C, Kakouris G, et al. Patterns of tobacco-related mortality among individuals diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, or depression. J Psychiatr Res. 2014;48(1):102–110.
- 10- Saravane D, Fève B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, et al. Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. L'encéphale. 2009 ;35(4):330–339.

- 11- Gadroy-Pierre O. Taux de déclaration de médecin traitant parmi 100 patients hospitalisés en psychiatrie : (groupe hospitalier Paul Guiraud) et facteurs explicatifs. [Créteil] : Université Paris-Est Créteil ; 2013.
- 12- Bohn I. PSYSOM : Evaluation de la communication entre psychiatres et médecins traitants. [Thèse en ligne]. Maisons Laffittes: Université Paris 7- Denis Diderot, Faculté de médecine; 2008. [Consulté le 30 août 2017]. 80 p. Disponible sur : [https://www.psychanalyse.com/pdf/EVALUATION%20DE%20LA%20COMMUNICATION%20ENTRE%20PSYCHIATRES%20ET%20MEDECINS%20TRAITANTS%20-THESE%20PSYSOM%20\(81%20pages%20-%20401%20Ko\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/EVALUATION%20DE%20LA%20COMMUNICATION%20ENTRE%20PSYCHIATRES%20ET%20MEDECINS%20TRAITANTS%20-THESE%20PSYSOM%20(81%20pages%20-%20401%20Ko).pdf)
- 13- Coldefy M, « la prise en charge santé mentale recueil d'études statistiques » [en ligne]. La documentation française. Paris. Collection Etudes et statistiques ; 2007 [cité le 10 août 2007] 314 p. Disponible sur : [http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante\\_mentale\\_2007-2.pdf](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante_mentale_2007-2.pdf)
- 14- Montariol P, Guillard M, Bollengier O, Escaffre-Groussard N, Hallouche N, Petitdemange M, et al. Les patients hospitalisés en psychiatrie ont-ils un médecin traitant ? *InfPsychiatr.* 2006 ;82(10) :793–800.
- 15- Haute Autorité de Santé - Guide parcours de soins bronchopneumopathie chronique obstructive [Internet]. [Cité 10 oct 2017]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1242507/fr/guide-parcours-de-soins-bronchopneumopathie-chronique-obstructive](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1242507/fr/guide-parcours-de-soins-bronchopneumopathie-chronique-obstructive)
- 16- Société Française de Médecine Générale : Le patient et son généraliste « médecin traitant » [Internet]. [Cité 10 oct 2017]. Disponible sur : [http://www.sfm.org/publications/les\\_publications/le\\_patient\\_et\\_son\\_generaliste\\_medecin\\_traitant.html](http://www.sfm.org/publications/les_publications/le_patient_et_son_generaliste_medecin_traitant.html)
- 17- Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: An evidence-based approach 1. *Am J Prev Med.* 2002;22(4):267–284.
- 18- Haute Autorité de Santé - Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [Internet]. [Cité 10 oct 2017]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte)
- 19- Baker A, Lewin T, Reichler H, Clancy R, Carr V, Garrett R, et al. Motivational interviewing among psychiatric in-patients with substance use disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2002;106(3):233–240.
- 20- Les patients séjournant au long cours dans les services de psychiatrie adulte en Île-de-France | Creahi [Internet]. [Cité 4 janv 2018]. Disponible sur : <http://www.creai-idf.org/dossier/patients-sejournant-long-cours-dans-services-psychiatrie-adulte-ile-france-1>

- 21- Batail J-M, Benzerouk F, Brunault P, Carton L et Eyzop E. Item 73 : Addiction au tabac : Collège des enseignants de pneumologie ; 2017 [consulté le 3 septembre 2017]. 10 p. Disponible : <http://cunea.fr/sites/default/files/ecn73.pdf>
- 22- Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of smoking 1–4 cigarettes per day. *Tobacco Control*. 1 oct2005 ;14(5):315-20.
- 23- 16 % de la population a un diplôme supérieur à bac +2 [Internet]. Observatoire des inégalités. [Cité 29 déc 2017]. Disponible sur : <https://www.inegalites.fr/16-de-la-population-a-un-diplome-superieur-a-bac-2>
- 24- Haute Autorité de Santé - Programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS [Internet]. [cité 4 janv 2018]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1721760/fr/programme-psychiatrie-et-sante-mentale-de-la-has](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1721760/fr/programme-psychiatrie-et-sante-mentale-de-la-has)
- 25- Yvetot Q. Diagnostic précoce de la BPCO : les médecins généralistes sont-ils prêts ? [Thèse en ligne]. Bretagne : Université de Rennes 1 ; 20 octobre 2016. [Consulté le 06/02/2018]. 52 p. Disponible sur : <https://ecm.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/75c0f21d-fbe6-46b3-8da1-667c969ed45d?inline>
- 26- Haute Autorité de Santé - Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux - Note de cadrage [Internet]. [Cité 4 janv 2018]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2032142/fr/ameliorer-la-coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-troubles-mentaux-note-de-cadrage](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2032142/fr/ameliorer-la-coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-troubles-mentaux-note-de-cadrage)
- 27- KLEIN Mélissa. Evaluation pragmatique du programme de dépistage de la Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive en région Lorraine : Spécialité IPS [Internet]. Université de Lorraine ; 2014. 27 p. (Ecole de Santé Publique). Disponible sur : [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED\\_MSPM\\_2014\\_KLEIN\\_MELISSA.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MSPM_2014_KLEIN_MELISSA.pdf)
- 28- Sophie Florence et al., « Perception par les patients de l'information reçue lors d'un examen complémentaire », *Santé Publique* 2009/1 (Vol. 21), p. 37-44. DOI 10.3917/spub.091.0037
- 29- Arnaud Léger. Étude de la compréhension du langage médical par les patients se présentant en consultation pré-anesthésique au CHU d'Amiens. *Médecine humaine et pathologie*. 2016.
- 30- Fuhrman C, Roche N, Vergnenegre A, Chouaid C, Zureik M, Delmas MC, et al. Bronchite chronique : prévalence et impact sur la vie quotidienne. Analyse des données de l'enquête santé Insee 2002-2003 [Internet]. 2008. 37 p. Disponible sur : [http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=3651](http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=3651)
- 31- Peretti-Watel P, Constance J, Seror V, Beck F. Cigarettes and social differentiation in France: is tobacco use increasingly concentrated among the poor? *Addiction*. 1 oct 2009;104(10):1718-28.

- 32- Dales RE, Vandemheen KL, Clinch J, Aaron SD. Spirometry in the Primary Care Setting. CHEST. 1 oct 2005;128(4):2443-7.
- 33- Roche N. Détection précoce de la BPCO : Intérêt, Objectifs, Moyens. SOUFFLE. Décembre 2004 ; 6: 33-38

Titre : Interventions préventives chez les patients fumeurs en psychiatrie ambulatoire par des médecins : Enquête auprès de 75 patients dans des centres médico-psychologiques d'Ile de France

### **Résumé**

**Objectif:** Les patients atteints de pathologie psychiatrique présentent une morbi-mortalité d'origine somatique importante. Parmi celle-ci, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie fréquente et sous diagnostiquée dans cette population où l'incidence du tabagisme actif est élevée. Les Hautes Autorités de Santé (HAS) le préconisent dans leur recommandation de 2014 : tout patient présentant des facteurs de risque de BPCO doit bénéficier d'une intervention à visée préventive. Le médecin traitant est le praticien le mieux placé pour intervenir sur cette maladie. Des données tendent à le montrer : les patients en psychiatrie présentent un risque de BPCO à cause du tabagisme. De ce fait, ont-ils eu une intervention par un médecin ?

**Méthode:** Notre étude a inclus 75 patients de 3 centres médico-psychologiques. Nous avons relevé sur un questionnaire validé par la HAS les connaissances des patients sur ce sujet. Les patients doivent avoir plus de 35ans et fumer plus de 15 paquets-année. L'objectif principal de notre étude est de savoir si les patients ont eu une intervention préventive par un médecin sur la BPCO, soit par une information communiquée sur la maladie, soit par des épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR). Nous avons évalué secondairement si les patients ont compris l'intérêt de cet examen.

**Résultat:** Sur 75 patients, 24% ont eu une information sur la BPCO et 30.6% ont eu des EFR. Les patients qui ont un plus haut niveau d'étude, un médecin traitant ou des symptômes respiratoires de bronchite chronique sont significativement les mieux éduqués sur la BPCO. Les patients qui sont de sexe masculin, qui ont un haut niveau d'étude ou des symptômes de bronchite chronique ont bénéficié le plus des EFR. Parmi les patients ayant eu des EFR, seuls 56,5% des patients ont compris l'intérêt de cet examen.

**Conclusion:** La BPCO semble peu rechercher chez les patients fumeurs en psychiatrie ambulatoire par les médecins. L'identification de patients BPCO pourrait permettre d'instaurer les prises en charges nécessaires afin de ralentir la maladie dans cette population fragilisée par sa maladie psychiatrique.

**Mots clés:** ambulatoire, bronchite chronique, bronchopneumopathie chronique obstructive, centre médico-psychologique, épreuves fonctionnelles respiratoires, haute autorité de santé, intervention préventive.

Title: Preventive interventions for smoking patient in ambulatory psychiatry by doctors:  
Investigation of 75 patients in medico-psychological office in Ile de France

### **Abstract:**

**Objective:** Psychiatric patients have significant somatic morbidity and mortality. Of these, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a common and under-diagnosed disease in this population in which active smoking incidence is high. The High Authorities of Health (HAS) recommends it in 2014: any patient presenting risk factors of COPD must benefit from a preventive intervention. General practitioner plays a central role to manage this disease. There is some evidence that psychiatric patients are affected by COPD due to smoking. Do they receive preventive care by a doctor?

**Design and method:** Our study included 75 patients from 3 medico-psychological office. We evaluated knowledge's patients about COPD from a questionnaire agreed by the HAS. Patients are 35 years old or more and smoke 15 pack-years or more. Our primary outcome evaluates if patients have a doctor's intervention on COPD, either by an information either by a pulmonary function test (PFT) We assessed secondarily whether patients understood the benefit of this exam.

**Results:** From the 75 patients, 24% had information on COPD and 30.6% had PFT. Patients having a higher level of study, a general practitioner or respiratory symptoms of chronic bronchitis are significantly more educated on COPD. Patients who have access to PFT are either men or people with a high level of study or have symptoms of chronic bronchitis. Of the patients who had PFT, only 56.5% of patients understand the benefit of this exam.

**Conclusion:** COPD appears to be underdiagnosed in outpatient psychiatry patients by physicians. The identification of COPD patients could help to establish the necessary care to slow down the disease in this population weakened by its psychiatric illness

**Keywords :** ambulatory, chronic bronchitis, chronic obstructive pulmonary disease, medico-psychological office, pulmonary function tests, High Authorities of Health, preventive intervention.

Université Paris Descartes  
Faculté de Médecine Paris Descartes  
15, rue de l'École de Médecine  
75270 Paris cedex 06