

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Maïlys MILANI-SABLÉ

Le 17 Décembre 2020

État des lieux de la prescription de la réhabilitation respiratoire chez les patients atteints de BPCO : enquête auprès des médecins généralistes de Midi-Pyrénées

Directeur de thèse : Pr Jean-Christophe POUTRAIN

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Président

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Assesseur

Madame le Professeur Motoko IRI-DELAHAYE

Assesseur

Monsieur le Docteur Daniel BAJON

Assesseur

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Maïlys MILANI-SABLÉ

Le 17 Décembre 2020

État des lieux de la prescription de la réhabilitation respiratoire chez les patients atteints de BPCO : enquête auprès des médecins généralistes de Midi-Pyrénées

Directeur de thèse : Pr Jean-Christophe POUTRAIN

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Président

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Assesseur

Madame le Professeur Motoko IRI-DELAHAYE

Assesseur

Monsieur le Docteur Daniel BAJON

Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier

au 1^{er} septembre 2019

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTHE Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RICHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHE Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHE Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		
		Professeur ADER Jean-Louis	
		Professeur ALBAREDE Jean-Louis	
		Professeur ARBUS Louis	
		Professeur ARLET Philippe	
		Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
		Professeur BOCCALON Henri	
		Professeur BOUTAULT Franck	
		Professeur BONEU Bernard	
		Professeur CARATERO Claude	
		Professeur CHAMONTIN Bernard	
		Professeur CHAP Hugues	
		Professeur CONTÉ Jean	
		Professeur COSTAGLIOLA Michel	
		Professeur DABERNAT Henri	
		Professeur FRAYSSE Bernard	
		Professeur DELISLE Marie-Bernadette	
		Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
		Professeur JOFFRE Francis	
		Professeur LAGARRIGUE Jacques	
		Professeur LARENG Louis	
		Professeur LAURENT Guy	
		Professeur LAZORTHE Yves	
		Professeur MAGNAVAL Jean-François	
		Professeur MANELFE Claude	
		Professeur MASSIP Patrice	
		Professeur MAZIERES Bernard	
		Professeur MOSCOVICI Jacques	
		Professeur MURAT	
		Professeur ROQUES-LATRILLE Christian	
		Professeur SALVAYRE Robert	
		Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
		Professeur SIMON Jacques	

Professeurs Emérites

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. TACK Ivan	Physiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire		
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	P.U. Médecine générale	
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention		
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Professeur Associé de Médecine Générale	
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. BOYER Pierre	
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie		
M. HUYGHE Eric	Urologie		
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie		
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
Professeur Associé de Médecine Générale			
M. STILLMUNKES André			

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Eldie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédéric	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoît	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY

Au Président du jury,

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse, et de juger ce travail. Merci pour votre disponibilité et votre bienveillance. Soyez assuré de mon profond respect.

Aux membres du jury,

A mon directeur de thèse, Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN, je te remercie pour ton aide précieuse dans l'élaboration de ce projet. Merci pour tes conseils, ton soutien et ta disponibilité tout au long du parcours. Merci pour ton éternelle bonne humeur et ta puissante faculté de renforcement positif.

A Madame le Professeur Motoko IRI-DELAHAYE, merci d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assurée de ma sincère reconnaissance.

Au Docteur Daniel BAJON, je suis honorée et vous remercie d'avoir accepté de participer à ce travail de thèse. Merci pour votre investissement, votre regard avisé et précieux dans l'élaboration de ce projet. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

A mes parents, mes piliers.

Maman, Papa, je vous remercie pour votre soutien sans failles et si précieux dont vous avez fait preuve tout au long de ces années. Merci pour les valeurs que vous avez sues me transmettre et qui font de moi la personne que je suis devenue aujourd'hui.

A ma famille,

A mes grands-parents, ma tante Cathy, mes cousins, Nathaëlle, Solène, Yann.

A mes amis,

Aux bordelaises d'adoption,

Au duo intrépide, Raph, merci pour toutes ces belles années partagées et ton amitié si précieuse. Laura, du lycée à la fac, et pour longtemps encore j'espère.

Myrtille, soutenir le même jour il fallait le faire ! Merci pour tout ma mimi. Lulu merci pour ta joie de vivre et ta bonne humeur. Le temps passe mais rien ne change et c'est la plus belle preuve d'amitié.

Hélène, ma grande sœur de médecine. Gaëlle, notre kiné adorée, merci pour ces années étudiantes inoubliables. Léa, la petite cousine qui est devenue grande.

Aux toulousains et apparentés,

A la Golden Coloc, mes Copains d'abord. Seb, Popo, Jean-Bapt, Chacha, Adam, Romain, Vince, Babar, à vous tous merci pour ces merveilleux moments partagés. J'espère qu'il y en aura d'autres ! Je vous aime.

Aux auscitains, Laure, Clem et Clem, JB, des soirées endiablées de l'internat aux virées entre mer et montagne, sans oublier les soirées toulousaines, merci pour cette belle amitié qui j'espère durera encore longtemps.

Vivi, merci pour ces souvenirs inoubliables à St Go, tous ceux qui ont suivi et surtout les petites bières du dimanche soir...

Aux Saint-Béatais, Rémi, Estella, Thibault, Thomas, pour nos soirées tapas inoubliables !

A la team de la fête à Figeac : Laure, Chacha, Popo, le début d'une grande aventure !

Aux Châtelaines, Rachou, Vivi, Chacha, ma coloc d'adoption, merci les filles pour votre accueil chaleureux et votre bonne humeur.

A mes maîtres de stages, Marion, Marie, Laurent, Céline, Michèle, Magali, Pascale, Thomas et Elisabeth ! Merci pour votre amour des patients et de la médecine générale que vous avez su me transmettre.

A vous tous merci. Je suis heureuse et chanceuse de vous avoir à mes côtés. Prenez soin de vous.

Table des matières

INTRODUCTION	3
MATERIEL ET METHODE	6
• Type d'étude	6
• Description de la population	6
• Recueil des données	6
• Analyse des données	7
• Critères de scientificité	7
RESULTATS.....	8
I - ANALYSE DESCRIPTIVE	8
DESCRIPTION DE LA POPULATION	8
FREINS A LA PRESCRIPTION DE REHABILITATION RESPIRATOIRE.....	15
BENEFICES DE LA REHABILITATION RESPIRATOIRE	17
ELEMENTS FACILITATEURS DE LA PRESCRIPTION	18
II - ANALYSE COMPARATIVE	20
DISCUSSION	24
RAPPEL DES PRINCIPAUX RESULTATS ET INTERPRETATION.....	24
COMPARAISON AVEC LES PRINCIPALES ETUDES	25
FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	28
IMPLICATION POUR LA PRATIQUE.....	29
CONCLUSION	31
BIBLIOGRAPHIE.....	32
ANNEXES.....	34
Annexe 1 : Lettre d'introduction au questionnaire	34
Annexe 2 : Questionnaire.....	35

Table des abréviations

ALD : Affection Longue Durée

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de la Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

RR : Réhabilitation respiratoire

INTRODUCTION

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique, définie par une obstruction permanente, progressive et non complètement réversible des voies aériennes. La cause principale est le tabac, les autres facteurs favorisants sont environnementaux, (pollution, expositions professionnelles, infections), ou héréditaires.

Elle a pour conséquence une atteinte respiratoire se traduisant par une toux chronique avec expectorations et une dyspnée.

La maladie évolue longtemps à bas bruit, puis est marquée par un déclin accéléré de la fonction respiratoire. Celle-ci est responsable d'un déconditionnement progressif à l'effort, entraînant un handicap par réduction des activités quotidiennes et par conséquent d'une altération de la qualité de vie (1).

Cette spirale de la dyspnée et du déconditionnement a été décrite par Young en 1983. Elle est fondamentale pour comprendre les fondements de la réhabilitation respiratoire.

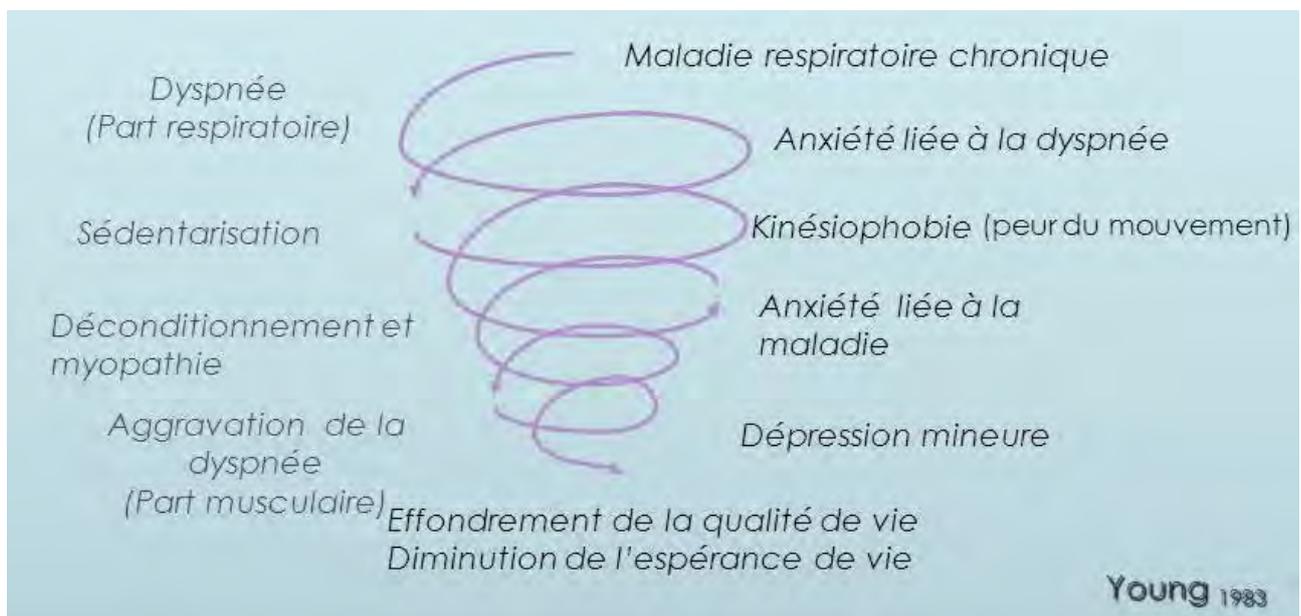


Figure 1: Spirale de déconditionnement, Young 1983

La BPCO est un problème majeur de santé publique. En France, elle concerne 5 à 10 % des plus de 45 ans, soit entre 2,5 et 3,5 millions de personnes. Quatre-vingts pourcents des cas sont imputables au tabac. Chaque année, elle est responsable de 16 000 décès en moyenne (2). Dans le monde, 5 % des décès sont directement imputables à la BPCO. Elle devrait devenir la 3ème ou 4ème cause de mortalité d'ici 2030 (3).

Actuellement, la prise en charge du patient atteint de BPCO dépend du stade de sévérité de la maladie.

Les dernières recommandations de la Haute Autorité de la Santé (HAS) (publiées en juin 2014, actualisées en novembre 2019) suggèrent : un sevrage tabagique, un traitement pharmacologique comprenant les bronchodilatateurs de courte et longue durée d'action, la vaccination antigrippale et antipneumococcique, la réhabilitation respiratoire, et selon les cas, le traitement des exacerbations, l'oxygénothérapie longue durée et la ventilation non invasive (1).

La prise en charge thérapeutique de la BPCO a pour objectif de prévenir la progression de la maladie, soulager les symptômes, améliorer la tolérance à l'effort et la qualité de vie, prévenir et traiter les exacerbations et enfin diminuer la mortalité.

La réhabilitation respiratoire, est un concept ancien, déjà décrit par Hippocrate au 4ème siècle avant J.-C. (4). Selon l'OMS, elle est définie par « un ensemble de soins personnalisés dispensés par une équipe pluridisciplinaire. Elle a pour but de renforcer les aptitudes physiques, mentales et sociales des patients afin de les autonomiser et d'améliorer leur qualité de vie ».

De même, la Société de Pneumologie de la Langue Française, l'American Thoracic Society et l'European Respiratory Society, définissent les missions de la réhabilitation respiratoire qui reposent sur la réduction de la dyspnée, du handicap, et ainsi l'amélioration de la qualité de vie. Ainsi, deux axes majeurs se dégagent :

- l'axe somatique, ayant pour but d'améliorer le patient sur le plan fonctionnel : réduction de la dyspnée, amélioration de la tolérance à l'effort ;
- l'axe psychosocial : optimisation de la qualité de vie, maintien des acquis sur le long terme, par le biais de l'éducation thérapeutique (5–7).

La HAS recommande le recours à cette mesure thérapeutique dès que le patient présente une incapacité (c'est à dire une dyspnée, une diminution de la tolérance à l'exercice) ou un handicap (retentissement sur les activités de la vie quotidienne : sociale, personnelle, professionnelle) d'origine respiratoire, malgré une prise en charge médicamenteuse optimale (8).

La réhabilitation respiratoire est pluridisciplinaire et personnalisée, c'est à dire adaptée aux besoins du patient. Elle comprend un réentraînement individualisé, un renforcement musculaire périphérique, le sevrage tabagique, l'éducation thérapeutique, une prise en charge nutritionnelle et psychosociale.

Selon la HAS, il existe trois lieux possibles pour la réalisation de celle-ci :

- dans un établissement de santé : en hospitalisation complète, en hôpital de jour ou en soins externes (Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) accrédités pour les affections respiratoires et les unités de Médecine Physique et de Réadaptation disposant d'un plateau technique de rééducation) ;
- dans une structure de proximité : cabinet médical ou de kinésithérapie qui doivent permettre une prise en charge multidisciplinaire ;
- au domicile du patient (1).

Les études montrent que la réhabilitation respiratoire est efficace quel que soit le stade de sévérité de la BPCO et quel que soit le lieu de réalisation.

Les bénéfices sont multiples. Les recommandations françaises et internationales ont des conclusions convergentes. Chez les populations de patients atteints de BPCO tous stades confondus, la réhabilitation respiratoire améliore la capacité d'exercice (grade A), l'état de santé et la qualité de vie (grade A) ; elle diminue la dyspnée (grade A), le nombre d'hospitalisations et le nombre de jours d'hospitalisation (grade A), le nombre de réadmissions ; elle diminue l'anxiété et la dépression liées à la BPCO (grade A), améliore la survie (grade B), et enfin diminue les coûts de santé (1,5,7,9–11).

A ce jour, les avantages de la réhabilitation respiratoire sont largement démontrés dans la littérature, à tel point que la revue Cochrane a notifié que les essais contrôlés randomisés supplémentaires ne sont plus justifiés (12). Malgré ces recommandations et les bénéfices établis, le recours à cette mesure thérapeutique reste faible.

Afin d'y remédier, il est nécessaire d'en comprendre les raisons en pratique clinique courante.

L'objectif principal de cette étude était d'établir un état des lieux de la prescription de réhabilitation respiratoire par les médecins généralistes de Midi-Pyrénées. L'objectif secondaire était de rechercher les freins et facteurs facilitant sa prescription.

MATERIEL ET METHODE

- **Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive.

- **Description de la population**

La population étudiée était les médecins généralistes de l'ancienne région Midi-Pyrénées.

- **Critères d'inclusion et de non-inclusion**

Les critères d'inclusion étaient définis par des médecins généralistes installés, exerçant au sein d'un cabinet de médecine générale seul ou en association avec d'autres médecins ou professionnels de santé, dans l'ancienne région Midi-Pyrénées, c'est-à-dire dans les départements suivants : Ariège, Aveyron, Gers, Haute-Garonne, Lot, Hautes-Pyrénées, Tarn et Tarn et Garonne.

Les critères d'exclusion étaient les médecins généralistes remplaçants ou non thésés, non installés, travaillant en milieu hospitalier.

- **Recrutement des participants**

Nous avons établi une mailing list à partir des coordonnées de médecins généralistes, récupérées auprès des maîtres de stages, des médecins remplacés, de listes utilisées par les internes et chefs de clinique de médecine générale. Nous avons complété cette liste par des adresses recueillies sur les groupes de remplacements en médecine de générale d'Occitanie.

- **Recueil des données**

Nous avons élaboré un questionnaire en se basant sur les données de la littérature.

- **Type**

Le questionnaire comportait 16 questions, organisées en trois parties (Annexe 2).

La première concernait la description socio-démographique, la description du mode d'exercice et de la patientèle. La seconde interrogeait les médecins sur les freins rencontrés dans leur pratique. Enfin, la troisième partie du questionnaire recherchait les éléments facilitateurs potentiels ou avérés de la prescription de réhabilitation respiratoire.

Chaque question comportait entre 3 et 7 items. Selon le cas, les réponses étaient à choix unique ou à choix multiples. Il n'y avait pas de question à réponse ouverte, en dehors de l'âge. L'accès à certaines questions était conditionné par la réponse précédente.

- **Elaboration**

Le questionnaire a été élaboré à partir d'une revue de la littérature internationale et nationale. Le support utilisé pour la rédaction et l'envoi du questionnaire était la plateforme Google Form®.

- **Distribution**

Les questionnaires ont été distribués par mail le 30/01/2020. Une relance a été réalisée le 19/02/2020. Une lettre d'introduction accompagnait le questionnaire (Annexe 1), faisant une brève synthèse sur le problème de santé posé et l'objectif de l'étude. La période de recueil s'est déroulée du 30/01/2020 au 30/03/2020.

- **Analyse des données**

L'analyse a été réalisée à l'aide des logiciels Excel® et XLStat®.

Chaque ligne a été examinée afin de repérer les aberrations dans les réponses et de les exclure avant analyse.

Nous avons dans un premier temps réalisé une analyse descriptive. Une analyse comparative a ensuite été effectuée pour les principaux résultats. L'analyse statistique des variables qualitatives utilisait le test du Chi 2, ou le test de Fisher lorsque les effectifs étaient insuffisants.

- **Critères de scientificité**

- **Critère de jugement principal :**

Etablir un état des lieux de la prescription de la réhabilitation respiratoire par les médecins généralistes de Midi-Pyrénées.

- **Objectifs secondaires :**

Rechercher les freins et les éléments facilitant la prescription de la réhabilitation respiratoire.

RESULTATS

I - ANALYSE DESCRIPTIVE

Au total, 594 questionnaires ont été distribués. Nous avons recueilli 129 réponses, soit un taux de participation de 21 %.

Après relecture intégrale des questionnaires, 5 ont été exclus pour réponses aberrantes. Ainsi, 124 questionnaires ont été intégrés pour analyse finale.

DESCRIPTION DE LA POPULATION

- **Sexe**

Parmi les médecins ayant répondu au questionnaire, 60 étaient de sexe féminin, soit 48,4 % de l'échantillon ; 64 étaient de sexe masculin, soit 51,6 % de l'échantillon.

- **Age :**

Variable	Modalités	Effectif	Fréquence (%)	Âge Moyen	Âge Max	Âge Min
Sexe	Homme	64,0	51,6	51,9	69	32
	Femme	60,0	48,4	44,0	64	29

Tableau 1 : Age de l'échantillon

L'âge moyen de la population de l'échantillon était de 48,1 ans, l'âge médian de 47,5 ans. Le plus jeune médecin avait 29 ans, le plus âgé 69 ans. La majorité des médecins avaient entre 40 et 58 ans.

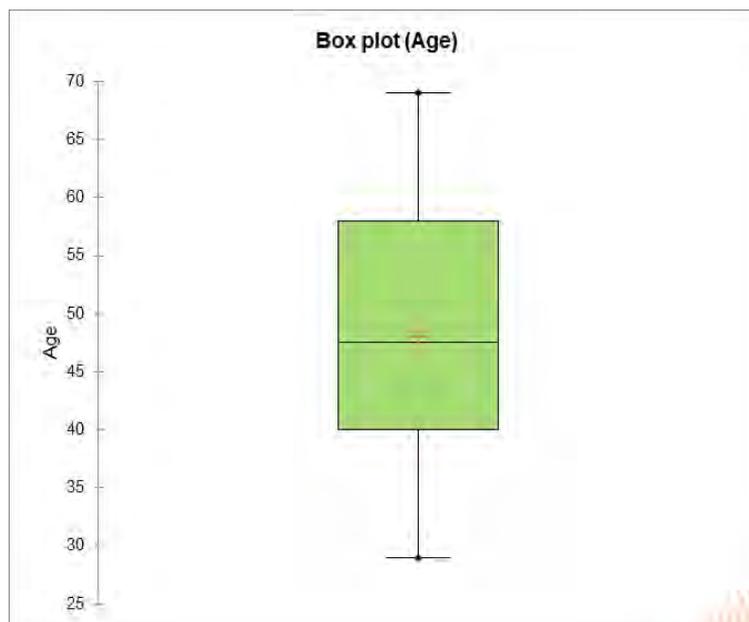


Figure 2 : Boîte à moustaches des âges de l'échantillon

- **Mode d'exercice**

8,1 % des médecins exerçaient seuls, 43,5 % exerçaient en groupe avec d'autres médecins généralistes ; 48,4 % exerçaient en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ou en association avec d'autres professionnels de santé.

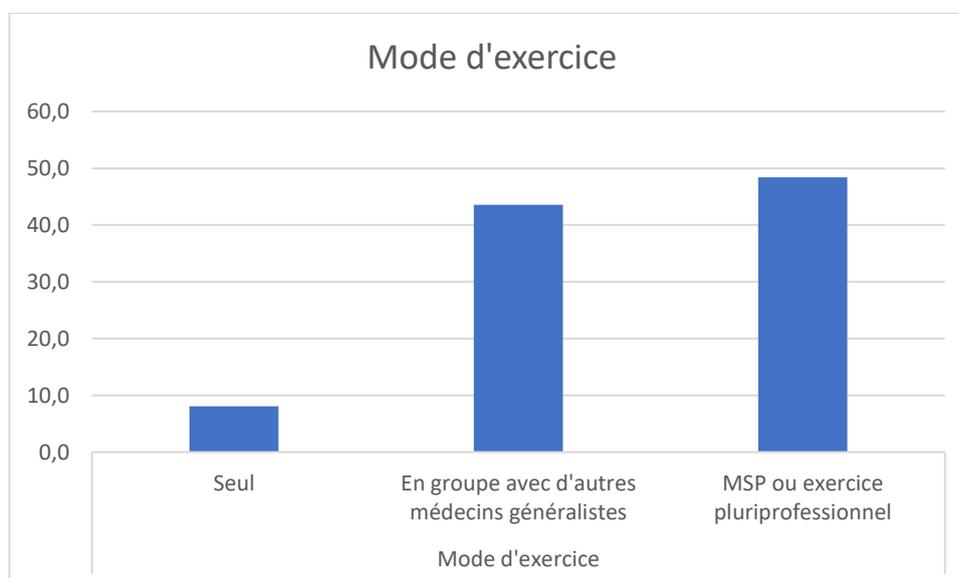


Figure 3 : Modes d'exercice

- **Distance par rapport au pneumologue le plus proche**

32,3% des médecins exerçaient à moins de 15 minutes d'un cabinet de pneumologie, 46,8 % entre 15 et 30 minutes, 17,7 % entre 30 et 60 minutes, et 3,2 % à plus d'une heure de route du pneumologue le plus proche.

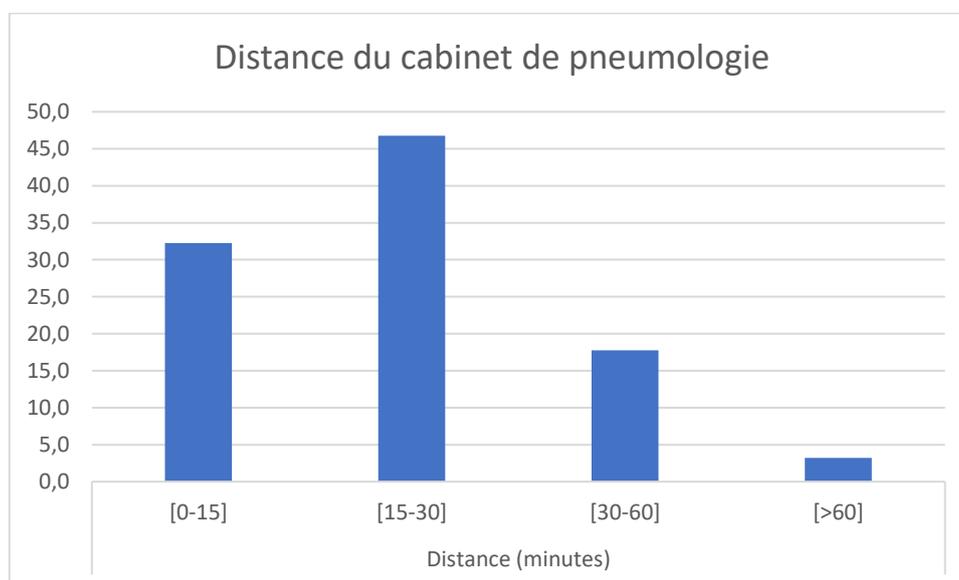


Figure 4 : Proportion (en pourcentage) des échelles de distance (temps de trajet en minutes) au cabinet de pneumologie

- **Formation à la réhabilitation respiratoire**

75 % des médecins, soit un effectif de 93 praticiens, n'avaient jamais bénéficié d'une formation à la réhabilitation respiratoire. 13,7 % des participants avaient profité d'une formation datant de moins de 5 ans, 7,3 % d'une formation datant de 5 à 10 ans, et 4 % de plus de 10 ans.

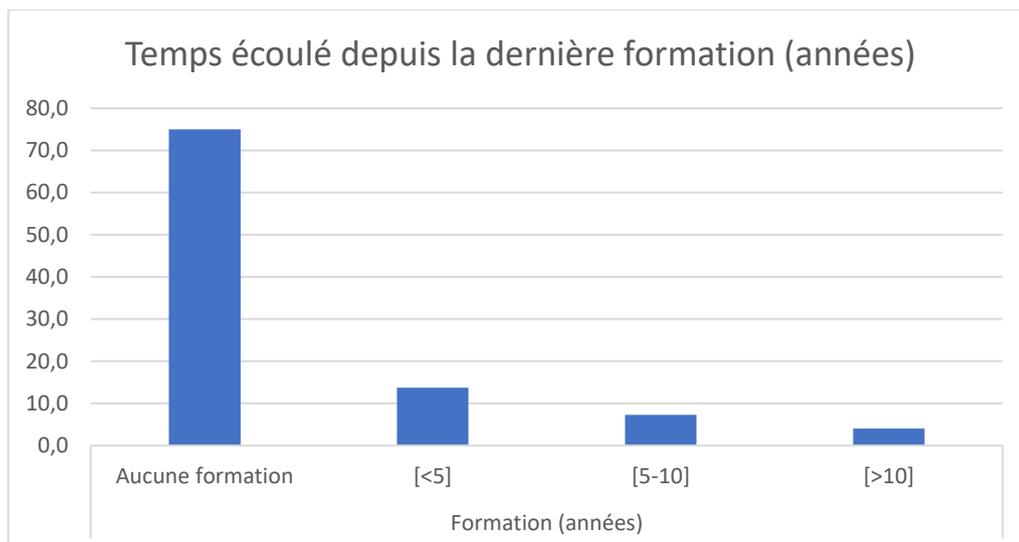


Figure 5 : Proportion (en pourcentage) du temps écoulé depuis la dernière formation par tranche d'années

- **Type de formation**

Parmi les 31 médecins ayant bénéficié d'une formation à la réhabilitation respiratoire, 22,6 % en avait bénéficié au cours de leur formation initiale, 61,3 % via la Formation Médicale Continue (FMC), 16,1 % via les Développements Professionnels Continus (DPC), 22,6 % via des groupes de pairs. Aucun n'avait participé à un Diplôme Universitaire (DU) de réhabilitation respiratoire.

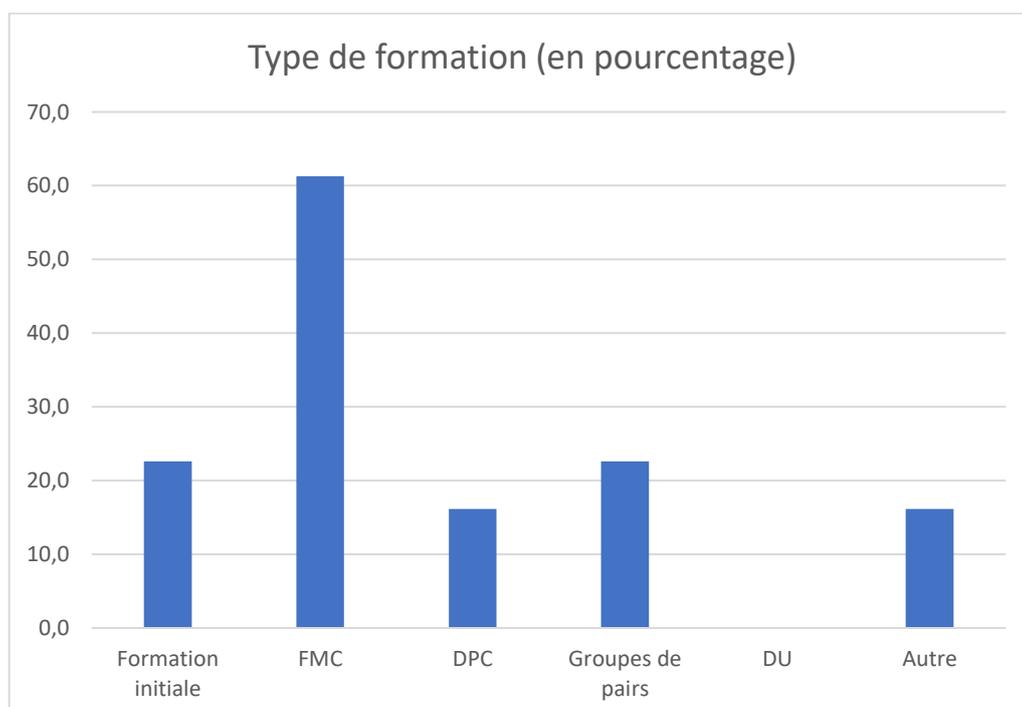


Figure 6 : Proportion (en pourcentage) des types de formations effectuées

- **Patients BPCO et prescription de réhabilitation respiratoire**

- Nombre de patients atteints de BPCO au sein de la patientèle

28,2 % des médecins déclaraient avoir entre 5 et 15 patients atteints de BPCO dans leur patientèle, 36,3 % entre 15 et 25, 14,5% entre 25 et 35, 12,9% entre 35 et 45 patients. Seulement 1,6 % des médecins estimaient suivre moins de 5 patients, et 6,5 % plus de 45 patients atteints de BPCO.

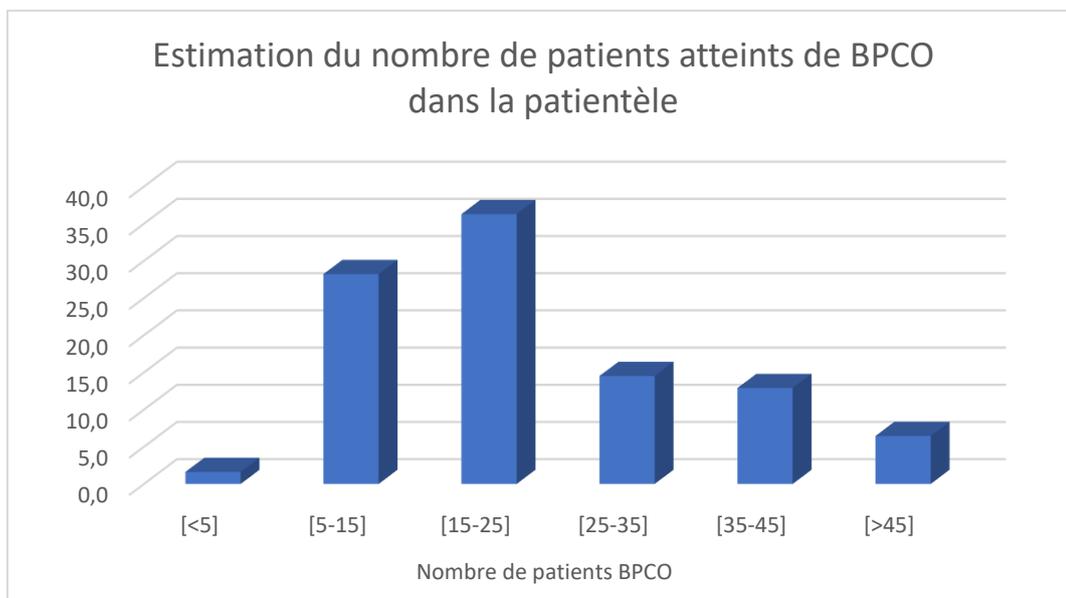


Figure 7 : Proportion du nombre de patients suivis par les médecins généralistes

- Patients ayant bénéficié d'une réhabilitation respiratoire

10,5 % des médecins estimaient qu'aucun de leur patient BPCO n'avait bénéficié de réhabilitation respiratoire ; 54 % estimaient ce nombre entre 1 et 3, 21,8 % entre 3 et 6, 8,1 % entre 6 et 10. Enfin 5,6 % des médecins estimaient que plus de 10 de leurs patients avaient participé à un programme de réhabilitation respiratoire.

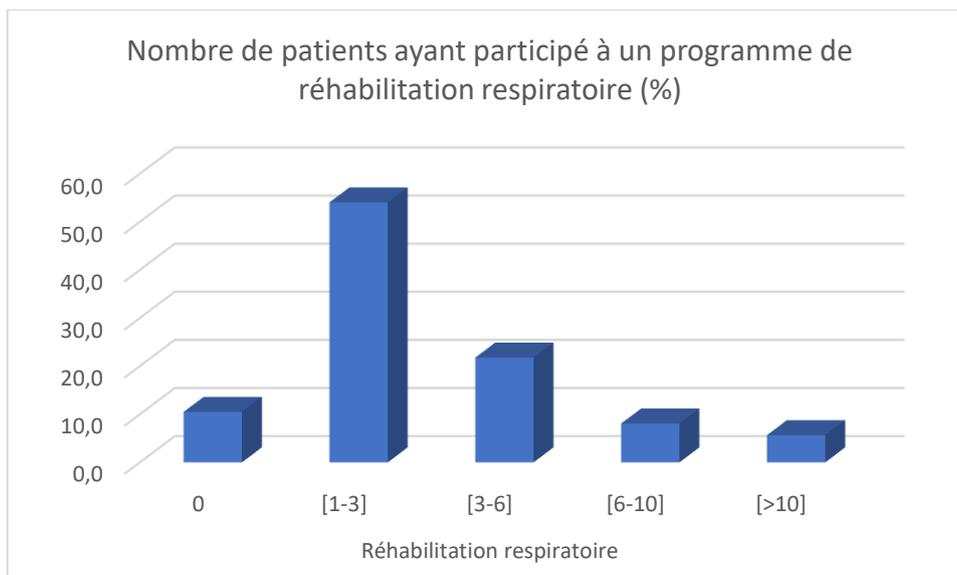


Figure 8 : Estimation du nombre de patients ayant participé à un programme de réhabilitation respiratoire par médecin généraliste (en pourcentage)

- **Adressage en réhabilitation respiratoire**

- Spécialité du prescripteur

Parmi les patients adressés en réhabilitation respiratoire, 80,6 % des prescriptions avaient été faites par le pneumologue, 35,5 % par le médecin traitant, 3,2 % par un autre spécialiste (médecin généraliste, cardiologue, praticien hospitalier...).

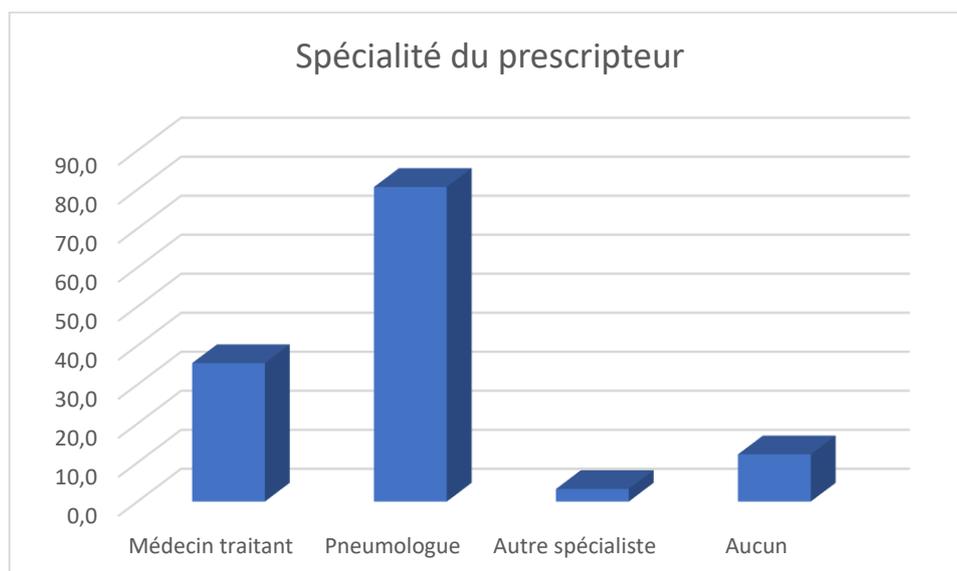


Figure 9 : Spécialité du prescripteur de réhabilitation respiratoire

- Structures de réhabilitation respiratoire

64,5 % des programmes de réhabilitation respiratoire étaient effectués en centre (hospitalisation complète, soins de suite et de réadaptation, hospitalisation de jour), 11,3 % étaient réalisés au domicile du patient via un réseau de soin, 12,1 % en ambulatoire au sein de structures de proximité (centre de kinésithérapie).

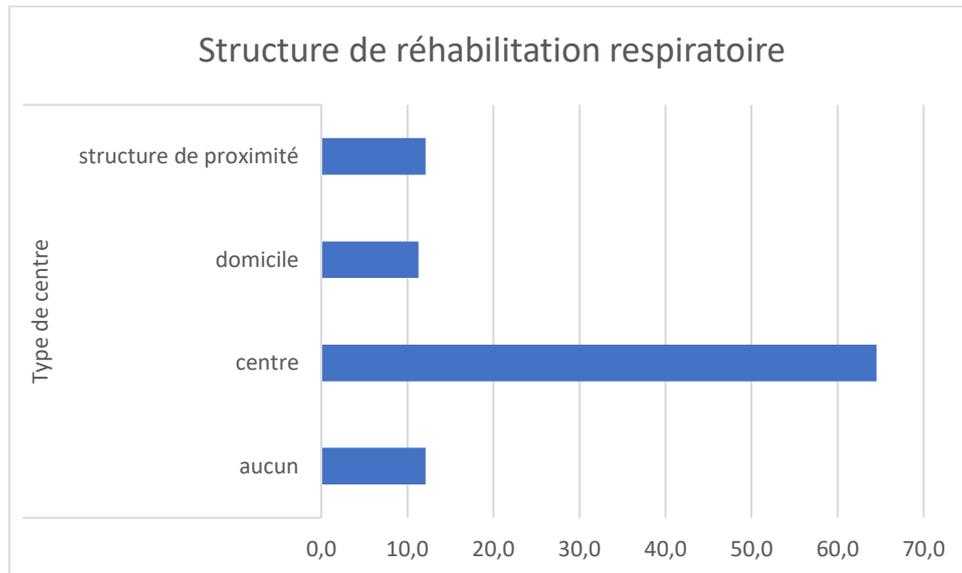


Figure 10 : Lieux de réalisation du programme de réhabilitation respiratoire

- **Prescription de réhabilitation respiratoire par les praticiens**

- Prescription d'un programme de réhabilitation respiratoire

53,2 % des médecins interrogés n'avaient jamais prescrit de réhabilitation respiratoire. 46,8 % avaient répondu favorablement.

- Echelle de satisfaction

Après retour d'expérience, nous avons demandé aux médecins prescripteurs, soit 58 médecins, d'évaluer leur degré de satisfaction vis-à-vis de la réhabilitation respiratoire sur une échelle numérique allant de 0 (pas du tout satisfait) à 10 (totalement satisfait). 79,4 % d'entre eux attribuaient une note supérieure ou égale à 7. 12,1% des praticiens donnaient un score de 10, et 5,2 % un score de 9.

Par ailleurs, 1,7 % des médecins étaient peu satisfaits, avec un score de 4.

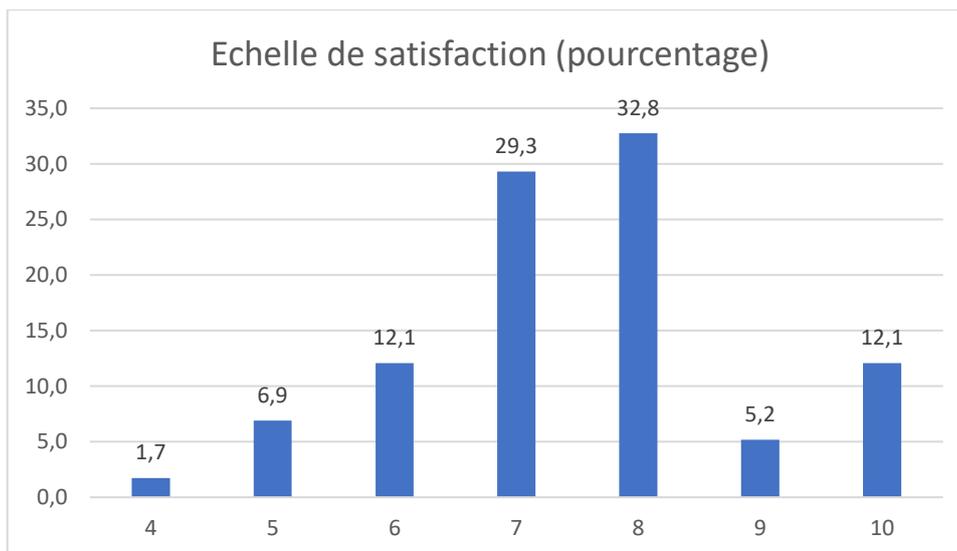


Figure 11 : Echelle de satisfaction après participation des patients à un programme de réhabilitation respiratoire

FREINS A LA PRESCRIPTION DE REHABILITATION RESPIRATOIRE

- **Difficultés liées au praticien**

58,9 % des médecins estimaient manquer de formation. 70,2 % ne connaissaient pas les modalités de prescription (nombre de séances, fréquence hebdomadaire, modalités du réentraînement à l'effort...). 50 % ne connaissaient pas les modalités d'adressage en réhabilitation respiratoire. Enfin, 10,5% d'entre eux n'estimaient rencontrer aucune difficulté.

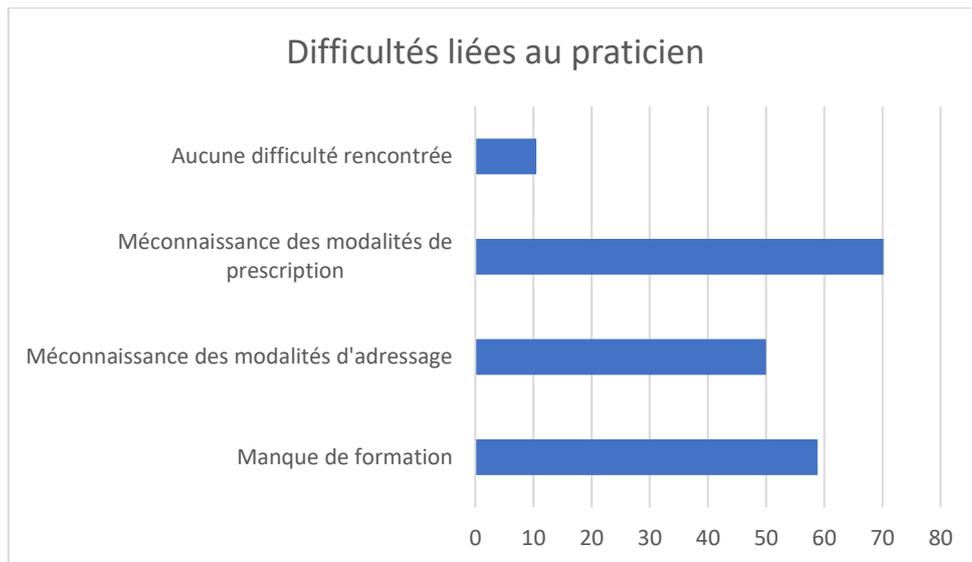


Figure 12 : Freins rencontrés par les praticiens

- **Difficultés rencontrées dans la pratique**

Concernant la pratique, 46 % des médecins ne connaissaient pas les réseaux de réhabilitation respiratoire. 34,7 % ne connaissaient pas les modalités de prise en charge par la sécurité sociale, 31,8 % rapportaient un délai d'attente trop long. 26,6 % déclaraient ne pas connaître de correspondant à qui se référer. 20,2 % évoquaient la pénibilité des démarches administratives. Enfin, 8,1 % estimaient que ce n'était pas le rôle du médecin généraliste. 18,5 % déclaraient ne rencontrer aucune difficulté.

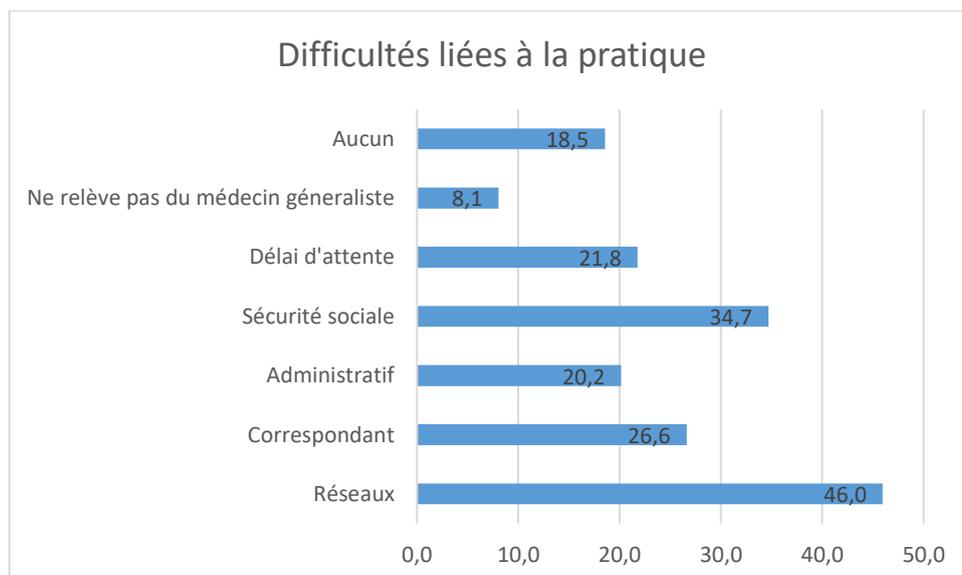


Figure 13 : Difficultés rencontrées en pratique par les médecins dans la prescription de la réhabilitation respiratoire

- **Difficultés liées au patient**

85,2 % des médecins avaient rencontré des difficultés organisationnelles de la part du patient (disponibilité du patient, difficultés de déplacement, isolement). 38,7 % avaient été confrontés à un refus de la part du patient. 25,8 % avaient estimé que le patient n'était pas assez impliqué dans la prise en charge de sa maladie.

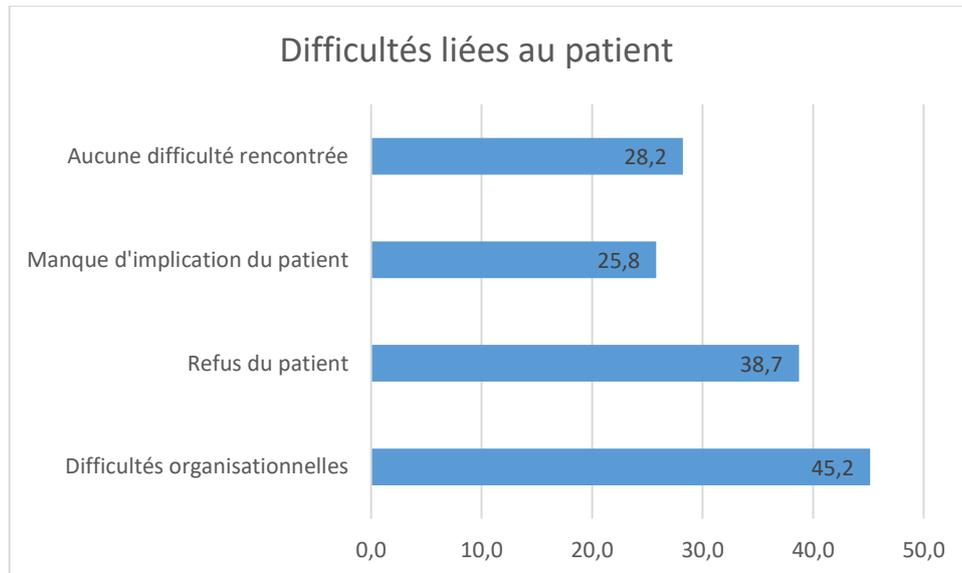


Figure 14 : Freins liés au patient

BENEFICES DE LA REHABILITATION RESPIRATOIRE

Après retour d'expérience, 84,7 % des médecins constataient une amélioration des symptômes liés à la BPCO (réduction de la dyspnée, amélioration de la tolérance à l'effort, réduction des symptômes d'anxiété-dépression), 68,5 % d'entre eux rapportaient une amélioration de la qualité de vie. 22,6 % notaient un sevrage tabagique chez le patient.

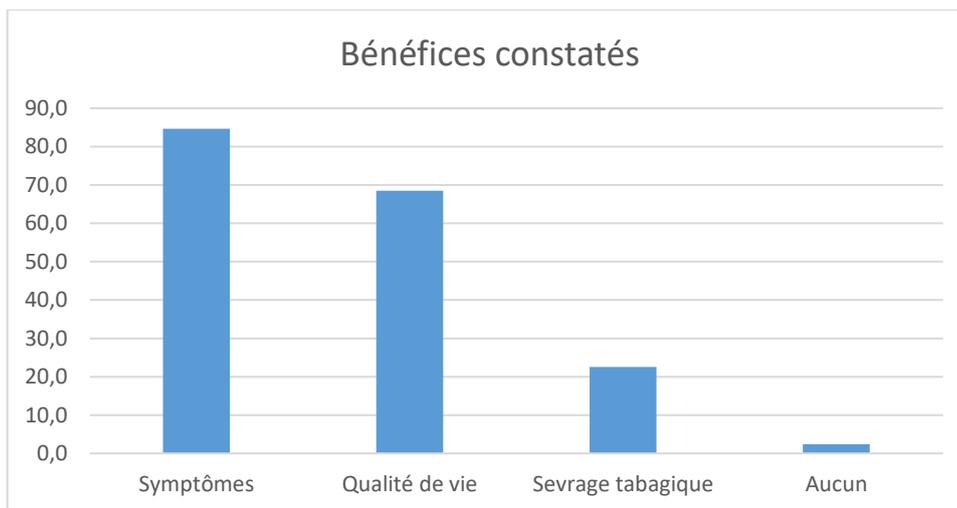


Figure 15 : Bénéfices constatés d'un programme de réhabilitation respiratoire sur les patients (en pourcentage)

ELEMENTS FACILITATEURS DE LA PRESCRIPTION

Afin d'améliorer la pratique, nous avons recherché les facteurs qui selon les praticiens, pourraient favoriser la prescription de la réhabilitation respiratoire.

- **Facteurs améliorant la pratique de la réhabilitation**

77,4 % des médecins interrogés seraient favorables à l'intégration de la réhabilitation respiratoire au parcours de soin du patient BPCO. 67,7 % souhaiteraient favoriser la prise en charge au domicile ou en ambulatoire. Promouvoir la sensibilisation des praticiens aux bénéfices de la réhabilitation respiratoire et développer la formation des professionnels de santé via des FMC ou DPC étaient des objectifs primordiaux respectivement pour 52,4 % et 46 %. Le fait de constater les bénéfices de la réhabilitation respiratoire sur les symptômes et la qualité de vie des patients serait bénéfique pour 43,5% des praticiens. Enfin, valoriser la prise en charge par l'assurance maladie, par la création de forfaits ou de subventions serait utile pour 33,1 % d'entre eux.

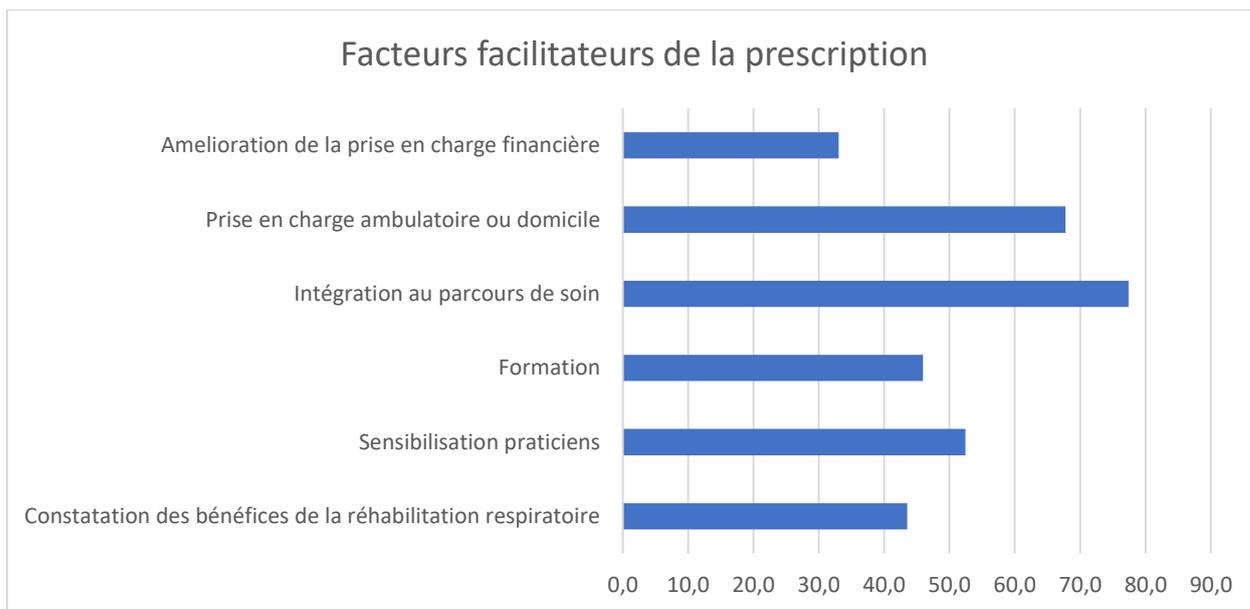


Figure 16 : Présentation des facteurs, avérés ou potentiels, facilitant la prescription de réhabilitation respiratoire

- **Favoriser la communication aux professionnels de santé**

Afin d'améliorer la communication aux professionnels de santé, 85,5 % des médecins de notre échantillon souhaitent avoir accès à une liste des réseaux de réhabilitation respiratoire dans la région. 61,3 % estimaient qu'il serait nécessaire de sensibiliser et impliquer les autres professionnels de santé, tels que les infirmiers libéraux, kinésithérapeutes, infirmiers ASALEE. Pour 36,3 % des praticiens, l'accès à un site de référence unique dédié aux professionnels de santé serait profitable.

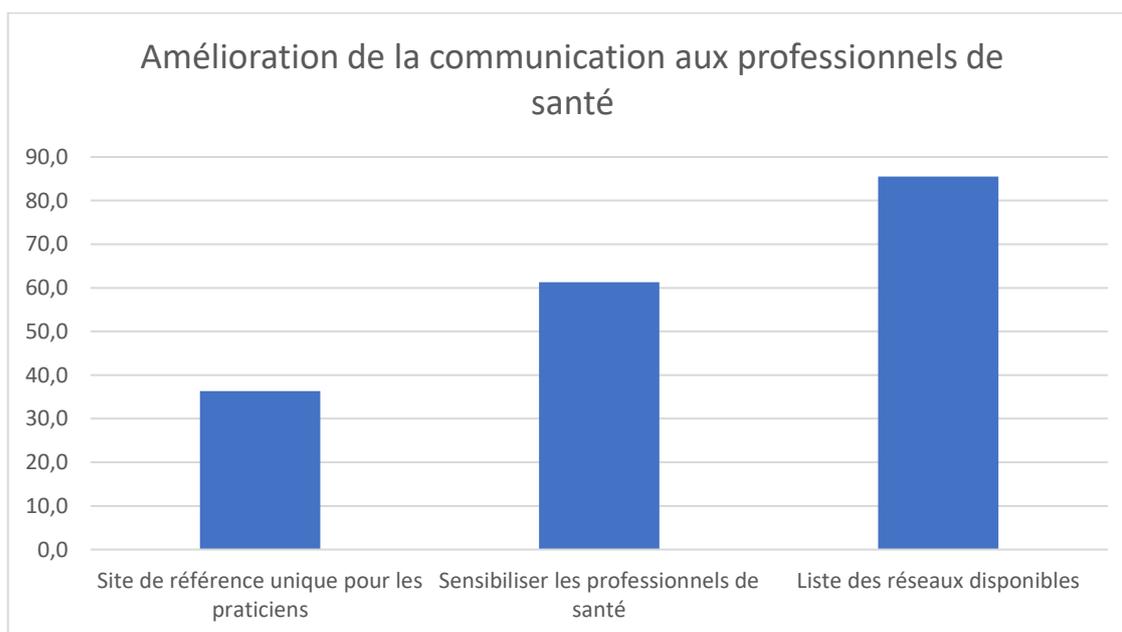


Figure 17 : Facteurs potentiels ou avérés, facilitant la communication aux professionnels de santé

- **Favoriser la communication aux patients et au grand public**

Pour 70,2 % des praticiens, il faudrait sensibiliser les patients via des professionnels de santé (kinésithérapeutes, IDE, pharmaciens) formés si besoin. 66,9 % jugeaient bénéfique de procurer aux patients des brochures renseignant les principes de la réhabilitation respiratoire et les moyens disponibles pour en bénéficier. Enfin, 38,7 % des praticiens étaient favorables à la création d'un site de référence régional pour les patients et le grand public.

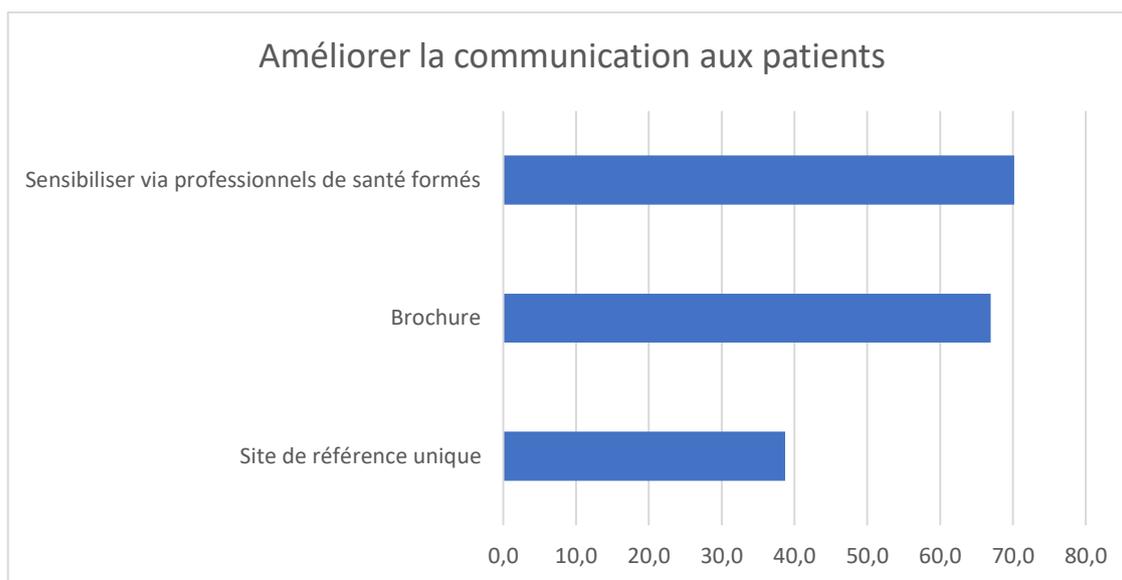


Figure 18 : Facteurs favorisant la communication aux patients, potentiels ou avérés

II - ANALYSE COMPARATIVE

- **Lien entre le mode d'exercice et l'adressage en réhabilitation respiratoire par le médecin traitant**

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre l'adressage en réhabilitation respiratoire par le médecin traitant et son mode d'exercice.

Adressage par le médecin traitant / Mode d'exercice	NON	OUI	Total
Seul	7	3	10
En groupe	37	17	54
Pluriprofessionnel	36	24	60
Total	80	44	124

p-value = 0,593

Tableau 2 : Tableau de contingence : Analyse de l'adressage en réhabilitation respiratoire par le médecin traitant selon le mode d'exercice

- **Lien entre la participation à une formation et la prescription de réhabilitation respiratoire**

Bien que se rapprochant de la significativité, il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre la prescription de réhabilitation respiratoire et la participation à une formation.

Prescription de RR / Formation (années)	NON	OUI	Total
0	55	38	93
[<5]	4	13	17
[5-10]	5	4	9
[>10]	2	3	5
Total	66	58	124

p-value = 0,053

Tableau 3 : Tableau de contingence : Analyse de la prescription de réhabilitation respiratoire en fonction de la formation

- Prescription de réhabilitation respiratoire et formation au cours de la formation initiale

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre la prescription de réhabilitation respiratoire par le médecin généraliste et une formation à la réhabilitation respiratoire au cours d'une formation initiale.

Prescription de RR / Formation initiale	NON	OUI	Total
NON	7	17	24
OUI	4	3	7
Total	11	20	31

p-value = 0,173

Tableau 4 : Tableau de contingence : Analyse de la prescription de réhabilitation respiratoire en fonction de la formation initiale

- Lien entre la participation à une FMC et la prescription de réhabilitation respiratoire

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre la prescription de réhabilitation respiratoire et la participation à une FMC portant sur la réhabilitation respiratoire.

Prescription de RR / FMC	NON	OUI	Total
NON	5	7	12
OUI	6	13	19
Total	11	20	31

p-value = 0,852

Tableau 5 : Tableau de contingence : Analyse de la prescription de réhabilitation respiratoire en fonction de la participation à une FMC

- Lien entre prescription de réhabilitation respiratoire et participation à un DPC

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre la participation à un DPC et la prescription de réhabilitation respiratoire.

Prescription de RR / DPC	NON	OUI	Total
NON	8	18	26
OUI	3	2	5
Total	11	20	31

p-value = 0,459

Tableau 6 : Tableau de contingence : Analyse de la prescription de réhabilitation respiratoire en fonction de la participation au DPC

- **Lien entre l'adressage en réhabilitation respiratoire par les médecins généralistes et la participation à une formation**

Il existait un lien statistiquement significatif entre le fait d'avoir participé à une formation quelle qu'elle soit et l'adressage en réhabilitation respiratoire par le médecin traitant.

Adressage en RR / Formation (délai en années)	NON	OUI	Total
0	66	27	93
[<5]	6	11	17
[5-10]	4	5	9
[>10]	4	1	5
Total	80	44	124

p-value = 0,017

Tableau 7 : Tableau de contingence : Analyse de l'adressage en réhabilitation respiratoire par le médecin généraliste selon la participation ou non à une formation et son délai

Cependant, aucune différence n'était retrouvée pour les différents types de formation : au cours de la formation initiale, via FMC, DPC ou groupe de pairs.

- **Lien entre la prescription de réhabilitation respiratoire par le médecin généraliste et le nombre de patients BPCO au sein de sa patientèle**

Il existait un lien statistiquement significatif entre la prescription de réhabilitation respiratoire par les médecins interrogés et le nombre de patients atteints de BPCO au sein de leur patientèle.

Prescription de RR / Nombre de patients BPCO	NON	OUI	Total
[<5]	1	1	2
[5-15]	22	13	35
[15-25]	27	18	45
[25-35]	11	7	18
[35-45]	3	13	16
[>45]	2	6	8
Total	66	58	124

p-value = 0,025

Tableau 8 : Tableau de contingence : Analyse de la prescription de programme de réhabilitation respiratoire par le médecin généraliste en fonction du nombre de patients atteints de BPCO au sein de la patientèle

DISCUSSION

RAPPEL DES PRINCIPAUX RESULTATS ET INTERPRETATION

Nos résultats dressent un état des lieux de la pratique de la réhabilitation respiratoire dans notre région. Bien que les caractéristiques démographiques de notre échantillon ne soient pas représentatives de la population, notre travail a permis de mettre en évidence de grandes lacunes dans la formation des médecins généralistes.

En effet, soixante-quinze pourcents des médecins n'avaient jamais bénéficié d'une formation spécifique, et plus de la moitié d'entre eux n'avaient jamais prescrit de réhabilitation respiratoire. Le résultat de nos analyses comparatives tend à confirmer que le manque de formation des médecins généralistes est en partie responsable du défaut de prescription de réhabilitation respiratoire par les praticiens.

Notre étude a mis en évidence un lien statistiquement significatif entre la participation à une formation quelle qu'elle soit et l'adressage en réhabilitation respiratoire par le médecin traitant. Cependant, nous n'avons pas trouvé de lien significatif entre le type de formation et l'adressage. Ceci peut être expliqué par un manque de puissance de l'étude. En outre, nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre le nombre de patients atteints de BPCO au sein de la patientèle et la prescription de réhabilitation respiratoire par les médecins interrogés.

La plupart des médecins estimaient suivre entre 15 et 25 patients atteints de BPCO, et qu'entre 1 et 3 patients avaient bénéficié d'un programme de réhabilitation respiratoire au sein de leur patientèle. Ces résultats semblent sous-estimés dans notre échantillon par rapport à d'autres études (13,14). Ceci montre la nécessité d'une prise de conscience par les professionnels de santé de l'ampleur de la pathologie et de développer des stratégies visant à améliorer le dépistage et le diagnostic en soins primaires.

Les lieux de réalisation des programmes de réhabilitation respiratoire étaient majoritairement des centres, seulement 11 % avaient bénéficié d'un programme au domicile, soulignant ainsi la sous-utilisation des moyens disponibles à domicile et en ambulatoire.

Concernant les freins à la prescription de la réhabilitation respiratoire, le manque de formation, la méconnaissance des modalités de prescription et d'adressage étaient les obstacles les plus rencontrés par les praticiens. Par ailleurs, près de la moitié des médecins généralistes ne

connaissaient pas les réseaux disponibles au sein de leur territoire ; un tiers d'entre eux ne connaissaient pas les correspondants, ni les modalités de prise en charge par l'assurance maladie. Les obstacles organisationnels étaient principalement en cause dans les difficultés rencontrées avec le patient.

Concernant les bénéfices consécutifs à la réhabilitation respiratoire, plus de 80 % des praticiens constataient une amélioration des symptômes, et pour plus des deux tiers une amélioration de la qualité de vie des patients.

Les facteurs facilitant la prescription de réhabilitation respiratoire les plus représentés étaient l'intégration de la réhabilitation respiratoire au parcours de soins du patient BPCO, la valorisation de la prise en charge au domicile et en ambulatoire, le développement de la formation des professionnels de santé. Parmi les médecins interrogés, une majorité souhaitait avoir accès à une liste de réseaux disponibles dans la région et une amélioration de la communication aux patients par la sensibilisation des professionnels de santé en soins primaires.

COMPARAISON AVEC LES PRINCIPALES ETUDES

Dans notre étude, les freins rencontrés dans la pratique étaient comparables à ceux retrouvés dans la littérature. Les différentes études se référant à la réhabilitation respiratoire avaient des constats convergents.

Freins liés aux praticiens

Une étude qualitative réalisée dans le cadre d'un travail de thèse mené au sein de la Faculté de Médecine de Toulouse en 2016 s'est efforcée de rechercher les freins à la prescription de réhabilitation respiratoire sur un échantillon de médecins généralistes par le biais d'entretiens semi-structurés. Les principaux résultats obtenus étaient similaires aux nôtres et confirmaient les éléments retrouvés dans notre étude. Le nombre de patients BPCO suivis était en moyenne de 35 ce qui est légèrement supérieur à nos données, bien que notre mode de recueil ne nous permettait pas une comparaison homologue. De même chaque praticien avait en moyenne 4,3 patients ayant bénéficié d'une réhabilitation respiratoire au sein de sa patientèle, ce qui était également supérieur à nos résultats. Les principaux freins relevés concernaient la méconnaissance des modalités de prescription, des critères d'adressage et des programmes disponibles. S'y ajoutaient le manque de correspondants, les modalités de prise en charge par l'assurance maladie, et la complexité supposée des démarches administratives d'admission (14).

L'adressage en réhabilitation respiratoire était décrit comme un processus complexe, influencé par les connaissances et la sensibilisation des professionnels de santé de soins primaires aux avantages de la réhabilitation respiratoire, et par des facteurs contextuels tels que la qualité perçue du service de soins, les prestataires locaux disponibles, la facilité d'adressage en réhabilitation respiratoire (15).

Une étude américaine réalisée par Perez et al. dans l'état de New-York expliquait le faible taux d'orientation vers la réadaptation respiratoire par le manque de disponibilité des services, la faible confiance dans les capacités des praticiens à mettre en œuvre les recommandations, par une méconnaissance des méthodes d'orientation, ou bien souvent par manque d'habitude, ne sachant pas comment accéder aux services de soins, ou par indisponibilité de ceux-ci (16).

Le travail publié par Johnston et al. en 2013 a permis d'identifier quatre grandes catégories d'obstacles et de catalyseurs concernant l'adressage en réhabilitation respiratoire des patients atteints de BPCO. Entre autres, on retrouvait une faible connaissance de la réhabilitation respiratoire (faibles connaissances des avantages, de la façon de l'intégrer dans la prise en charge de la BPCO), une faible connaissance des moyens de référer en réhabilitation respiratoire (modalités et critères d'adressage inconnus, méconnaissances des prestataires)(17).

Pour Milner et al., les deux obstacles les plus souvent identifiés étaient la faible connaissance des avantages et des processus d'adressage, associés à la méconnaissance des critères d'éligibilité. S'y associaient, l'anticipation de la difficulté d'obtenir un changement de comportement de la part des patients (18).

Vogiatzis et al., constataient que dans une majorité des pays du monde, la formation n'était pas obligatoire ni standardisée, et l'orientation en réadaptation respiratoire était limitée. Les professionnels de santé n'étaient pas familiarisés avec le fonctionnement et les avantages de la réhabilitation respiratoire, et ne la recommandaient donc pas aux patients éligibles. Aussi, les ressources, la logistique et les infrastructures locales étaient souvent sous-optimales. L'étude insistait sur la nécessité d'une formation standardisée pour les professionnels de la santé (19).

L'étude de Foster et al., outre les freins liés aux connaissances et critères d'éligibilité, soulignait un manque de clarté concernant les professionnels de santé responsables de l'orientation vers un programme de réadaptation respiratoire (20).

Freins liés aux patients

Concernant les patients, une revue de littérature mettait en évidence des obstacles essentiellement logistiques tels que des difficultés d'accessibilité réelles ou anticipées, liées aux transports, à l'adaptabilité de l'emploi du temps (21). En outre, la réhabilitation respiratoire n'était pas perçue

comme un élément prioritaire pour les patients. L'absence de bénéfices perçus, la modification des habitudes de vie, la difficulté à obtenir un changement de comportement (14,17), ainsi que les ressources financières (21) étaient des arguments récurrents.

Par ailleurs, un financement insuffisant des programmes de réadaptation pulmonaire était décrit comme un obstacle non négligeable dans la prise en charge des patients atteints de BPCO. En effet, l'attribution du remboursement par le système de santé était souvent réservée aux patients atteints de BPCO sévère. Pourtant cet élément ne devrait pas constituer à lui seul un critère de sélection pour la délivrance de réhabilitation respiratoire (19,22).

Facteurs facilitants

En réponse aux obstacles identifiés, des facteurs favorisant la prescription de la réhabilitation respiratoire ont été mis en évidence.

Les professionnels de santé en soins primaires (médecins généralistes et infirmiers libéraux) demandaient des efforts supplémentaires afin de favoriser la sensibilisation aux principes et bénéfices de la réhabilitation respiratoire, de les aider à identifier les patients éligibles et de maîtriser les processus d'adressage (17,18,20). La constatation des bénéfices de tels programmes sur les patients était identifiée comme un élément favorisant.

Les facteurs potentiels évoqués étaient, l'intégration des soins de réadaptation respiratoire dans la prise en charge standard de la BPCO, l'amélioration de la prise en charge financière, la mise en œuvre de subventions par l'assurance maladie, la création d'un point de référence unique, l'implication des infirmiers libéraux (17,23). Le fait de disposer d'une procédure d'orientation simplifiée pour les professionnels de santé était également un facteur favorable (18).

Dans le cadre de la gestion intégrée des maladies chroniques, une étude réalisée au Pays Bas en 2014, proposait aux médecins généralistes, infirmiers libéraux et physiothérapeutes une formation de deux jours sur la gestion intégrée de la BPCO, notamment le diagnostic optimal, la reconnaissance précoce des exacerbations et l'autogestion, le sevrage tabagique, la réhabilitation respiratoire, et l'adhésion au traitement. Bien qu'aucun bénéfice n'ait été démontré concernant la qualité de vie des patients, il a été constaté une amélioration du niveau de suivi et d'organisation des soins de la BPCO (24).

Au Royaume-Uni, dans la région des West Midlands, l'incitation à la prescription de réhabilitation respiratoire par le financement semblait favoriser l'adressage, la sensibilisation et le dépistage de la maladie. Par ailleurs, les patients rapportaient que les facteurs clés pour l'acceptation de

l'orientation en réhabilitation respiratoire étaient la compréhension des bénéfices du programme (20).

Dans l'étude réalisée par Foster et al., un programme à destination des praticiens était mis en place. Il comportait une session de formation et de sensibilisation, des ateliers (en particulier pour les médecins généralistes) organisés par le service de réhabilitation respiratoire, la création de protocoles de pratique avec des stratégies d'orientation lors des consultations de suivi ou d'exacerbations avec les patients atteints de BPCO (20).

En Europe, le nombre de kinésithérapeutes et autres professionnels de santé impliqués dans la réadaptation pulmonaire est insuffisant. Vogiatzis et al., soulignaient dans leur étude la nécessité de rendre accessibles les programmes de réhabilitation respiratoire existants au niveau local, en termes de ressources, de logistique, de disponibilité et d'expertise de soin avec des équipements de qualité (19). De même, Arne et al. suggéraient la mise en place de programmes de réhabilitation respiratoire dans les établissements de soins primaires, géographiquement proches des patients, la nécessité de structurer et communiquer les ressources disponibles (25).

Enfin, la mise en œuvre de campagnes de communication afin de sensibiliser les patients et le grand public, serait un argument de choix dans la promotion de la réhabilitation respiratoire (19,25).

Actuellement, le protocole d'étude RESTORE élaboré par Early et al., vise à comprendre les défis à relever pour l'orientation et la prise en charge des patients atteints de BPCO en soins primaires. Son but est de développer un ensemble de ressources adaptables pour soutenir la prise en charge et l'adressage en réhabilitation respiratoire en soins primaires au Royaume-Uni. Ce protocole d'étude est divisé en trois phases. En premier lieu, il s'agit de réaliser une enquête auprès des médecins généralistes, infirmiers libéraux et prestataires de réhabilitation respiratoire. Dans un second temps, des entretiens et groupes de discussion avec les patients, professionnels de santé de soins primaires et prestataires seront organisés. Enfin la dernière phase du projet vise à élaborer une « boîte à outils » qui sera expérimentée en soins primaires (23).

FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

- **Forces**

Parmi les points forts de cette étude, nous pouvons citer l'originalité du travail de recherche. En effet, bien que depuis quelques années les études concernant la réhabilitation respiratoire se multiplient dans le monde, les travaux se référant aux obstacles et facteurs facilitant la prescription

restent peu nombreux. En France, peu d'études se sont concentrées sur l'évaluation de la prescription de réhabilitation respiratoire en soins premiers. A notre connaissance, seuls deux travaux de thèse ont été réalisés en 2016 et 2019, mais se concentraient sur la recherche des obstacles et facteurs favorisant la prescription de la réhabilitation respiratoire. D'autre part il s'agissait d'études qualitatives.

Par ailleurs, notre recherche s'intéressait à l'ensemble de la région Midi-Pyrénées, et donc s'étendait à un territoire plus large.

- **Limites**

Le type de l'étude peut être critiqué. En effet, nous avons fait le choix d'une étude descriptive, afin de dresser un état des lieux à l'échelle de la population de Midi-Pyrénées. Cependant, le format du questionnaire avec des réponses prédéfinies ne permettait pas de réponses ouvertes, ce qui a pu restreindre l'évaluation des objectifs secondaires.

Nous regrettons la faible puissance de l'étude. Malgré un taux de réponses satisfaisant, un échantillon plus grand aurait été souhaitable, l'extension de l'étude à l'ensemble de la région Occitanie aurait été probablement plus pertinent.

Par ailleurs, l'échantillon de notre étude n'était pas représentatif de la population, ce qui ne permettait pas d'extrapoler nos résultats et d'en tirer des conclusions valides.

Il existait un biais de sélection, les praticiens ayant répondu au questionnaire étaient probablement plus sensibilisés au sujet que ceux n'ayant pas répondu à l'invitation. En outre il existait un biais déclaratif. En effet, les données recueillies étaient issues des allégations des médecins généralistes, et n'étaient donc pas vérifiables.

IMPLICATION POUR LA PRATIQUE

Cette étude met en évidence le besoin urgent de sensibilisation des praticiens à la réhabilitation respiratoire. A ce titre, nous pourrions envisager la diffusion auprès des médecins généralistes d'outils simples et pratiques, la mise en place d'ateliers, de journées de formation délivrées par des professionnels formés, ainsi que des prestataires de réhabilitation respiratoire à domicile, tel que le réseau Partn'air en Midi-Pyrénées. Cela sous-entend une disponibilité accrue et/ou la formation d'instructeurs.

Afin de faciliter l'adressage et l'accessibilité de la réhabilitation respiratoire aux praticiens, il faudrait envisager la mise en œuvre de procédures d'orientation simplifiées en coordination avec les prestataires de soins.

La création d'un pôle coordonnateur de réhabilitation respiratoire départemental, répertoriant les différents prestataires disponibles sur le terrain à l'échelle locale (centres, réseaux, professionnels de santé tels que les kinésithérapeutes conventionnés) et d'un centre de référence à l'échelle régionale pourrait être salvatrice ; ou encore définir pour les territoires de santé un coordonnateur au sein de chaque Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS).

Il est essentiel de valoriser les programmes de réhabilitation en ambulatoire et à domicile, par la sensibilisation des professionnels de santé en soins primaires. Avec le développement des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, l'intégration de tels programmes aux projets de santé des établissements est un concept à étudier.

Favoriser la communication reste un élément indispensable. L'organisation d'évènements, tels que des ateliers de formation, des séminaires à la journée à l'occasion de FMC par exemple organisés par les prestataires de soins pourraient être envisagés. La diffusion de courriers d'information, de brochures, la présentation de stands dans les congrès de médecine générale et d'autres professions de soins premiers, notamment infirmiers et kinésithérapeutes, sont des suggestions à prendre en considération.

Enfin, il semble fondamental d'améliorer la visibilité des dispositifs de réhabilitation respiratoire, de les faire connaître, en développant les initiatives d'associations de patients, telles que la "semaine de la réhabilitation respiratoire", la diffusion de vidéos et témoignages de patients afin de sensibiliser les patients et le grand public.

CONCLUSION

Malgré des recommandations bien établies, la réhabilitation respiratoire en soins primaires demeure un recours thérapeutique sous-utilisé et mal connu des professionnels de santé.

Cette étude a permis de mettre en évidence un manque de formation et de familiarité des médecins généralistes avec la réhabilitation respiratoire. Nos résultats tendent à confirmer que ce manque de connaissances explique en partie le défaut de prescription de réhabilitation respiratoire par les praticiens. En outre, un lien entre la participation à une formation et l'adressage en réhabilitation respiratoire par le médecin traitant a été démontré. Cependant nous n'avons pas trouvé de lien significatif selon le type de formation.

Les freins et facteurs facilitants identifiés, confirment que des efforts doivent être faits dans la promotion de cette mesure thérapeutique et que des solutions sont accessibles et envisageables.

L'accent doit être mis sur la formation des praticiens. La communication des programmes de soins doit être diffusée de manière plus large aux professionnels et aux patients. L'approche ambulatoire et au domicile doit être favorisée pour faciliter l'accessibilité aux patients.

Afin d'approfondir cette étude, un travail de recherche s'adressant spécifiquement aux praticiens formés à la réhabilitation respiratoire serait intéressant en vue de confirmer notre hypothèse.

De même, certaines pistes de recherche seraient à considérer dans l'intention d'améliorer la pratique. Si les médecins généralistes avaient la possibilité d'adresser leurs patients pour bilan pneumologique avec diagnostic éducatif, ou de bénéficier d'un adressage à un programme de façon simplifiée, prescriraient-ils plus facilement ? Si des consultations étaient ouvertes spécifiquement en réhabilitation respiratoire, cela encouragerait-il la prescription ? De même, si des programmes coordonnés au domicile étaient mis en place, permettraient-ils de diversifier la prescription ?

Vu
Toulouse le 12/11/2020



Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 20/11/2020
Vu, permis d'imprimer,
Le Doyen de la Faculté de
Médecine Toulouse Purpan
Didier CARRIE



BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de la Santé. Guide du parcours de soins, Bronchopneumopathie chronique obstructive [Internet]. 2019 [cité 3 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/app_323_guide_bpco_actu_2019_vf.pdf
2. DREES. Etat de santé de la population en France Rapport 2017 [Internet]. [cité 4 juill 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
3. OMS. Bronchopneumopathie chronique obstructive [Internet]. 2017 [cité 11 juin 2019]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
4. Préfaut C, Ninot G. La Réhabilitation respiratoire d'Hippocrate à nos jours. Du concept aux résultats. Masson. 2009.
5. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C, et al. An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Key Concepts and Advances in Pulmonary Rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med*. 15 oct 2013;188(8):e13-64.
6. Société de pneumologie de la langue française. Recommandation pour la Pratique Clinique. *Rev Mal Respir*. mai 2010;27(5):522-48.
7. Bolton CE, Bevan-Smith EF, Blakey JD, Crowe P, Elkin SL, Garrod R, et al. British Thoracic Society guideline on pulmonary rehabilitation in adults: accredited by NICE. *Thorax*. 1 sept 2013;68(Suppl 2):ii1-30.
8. HAS. BPCO: points critiques de la prise en charge [Internet]. 2019 [cité 10 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/app_323_points_critiques_bpco_vf.pdf
9. Alison JA, McKeough ZJ, Johnston K, McNamara RJ, Spencer LM, Jenkins SC, et al. Australian and New Zealand Pulmonary Rehabilitation Guidelines. *Respirology*. 1 mai 2017;22(4):800-19.
10. Vestbo J, Hurd SS, Agustí AG, Jones PW, Vogelmeier C, Anzueto A, et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 15 févr 2013;187(4):347-65.
11. McCarthy B, Casey D, Devane D, Murphy K, Murphy E, Lacasse Y. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015 [cité 12 oct 2019]; Disponible sur: <https://www.readcube.com/articles/10.1002/14651858.CD003793.pub3>
12. Lacasse Y, Cates CJ, McCarthy B, Welsh EJ. This Cochrane Review is closed: deciding what constitutes enough research and where next for pulmonary rehabilitation in COPD. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015 [cité 31 oct 2020];(11). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.ED000107/full>
13. Chevallier F. Prise en charge de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) en médecine générale : une analyse des pratiques à partir des données de l'Observatoire de médecine générale. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. avr 2016;64(2):132.
14. Galera O, Grimal G, Bajon D, Darolles Y. Identification des freins à la prescription de la réhabilitation respiratoire pour les patients atteints de BPCO en médecine générale [Internet]. 2017 [cité 15 août 2019]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0761841717300068>

15. Watson JS, Adab P, Jordan RE, Enocson A, Greenfield S. Referral of patients with chronic obstructive pulmonary disease to pulmonary rehabilitation: a qualitative study of barriers and enablers for primary healthcare practitioners. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* avr 2020;70(693):e274-84.
16. Perez X, Wisnivesky JP, Lurslurchachai L, Kleinman LC, Kronish IM. BARRIERS TO ADHERENCE TO COPD GUIDELINES AMONG PRIMARY CARE PROVIDERS. *Respir Med.* mars 2012;106(3):374-81.
17. Johnston KN, Young M, Grimmer KA, Antic R, Frith PA. Barriers to, and facilitators for, referral to pulmonary rehabilitation in COPD patients from the perspective of Australian general practitioners: a qualitative study. *Prim Care Respir J.* 24 juin 2013;22:319-24.
18. Milner SC, Boruff JT, Beaurepaire C, Ahmed S, Janaudis-Ferreira T. Rate of, and barriers and enablers to, pulmonary rehabilitation referral in COPD: A systematic scoping review. *Respir Med.* avr 2018;137:103-14.
19. Vogiatzis I, Rochester CL, Spruit MA, Troosters T, Clini EM. Increasing implementation and delivery of pulmonary rehabilitation: key messages from the new ATS/ERS policy statement. *Eur Respir J.* 1 mai 2016;47(5):1336-41.
20. Foster F, Piggott R, Riley L, Beech R. Working with primary care clinicians and patients to introduce strategies for increasing referrals for pulmonary rehabilitation. *Prim Health Care Res Dev.* mai 2016;17(3):226-37.
21. Keating A, Lee A, Holland AE. What prevents people with chronic obstructive pulmonary disease from attending pulmonary rehabilitation? A systematic review. *Chron Respir Dis.* 1 mai 2011;8(2):89-99.
22. Rochester CL, Vogiatzis I, Holland AE, Lareau SC, Marciniuk DD, Puhan MA, et al. An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Policy Statement: Enhancing Implementation, Use, and Delivery of Pulmonary Rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med.* 1 déc 2015;192(11):1373-86.
23. Early F, Wilson P, Deaton C, Wellwood I, Dickerson T, Ward J, et al. Developing an intervention to increase REferral and uptake TO pulmonary REhabilitation in primary care in patients with chronic obstructive pulmonary disease (the RESTORE study): mixed methods study protocol. *BMJ Open [Internet].* 21 janv 2019 [cité 12 mars 2020];9(1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6347857/>
24. Kruis AL, Boland MRS, Assendelft WJJ, Gussekloo J, Tsiachristas A, Stijnen T, et al. Effectiveness of integrated disease management for primary care chronic obstructive pulmonary disease patients: results of cluster randomised trial. *BMJ [Internet].* 10 sept 2014 [cité 1 avr 2020];349. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/349/bmj.g5392>
25. Arne M, Emtner M, Lisspers K, Wadell K, Ställberg B. Availability of pulmonary rehabilitation in primary care for patients with COPD: a cross-sectional study in Sweden. *Eur Clin Respir J.* 2016;3:31601.

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre d'introduction au questionnaire



Chères consœurs, chers confrères,

Je m'appelle Maïlys Milani et je prépare mon travail de thèse dirigé par le Professeur Poutrain et présidé par le Professeur Mesthé, à la faculté de médecine de Toulouse.

Je sollicite ici votre avis concernant la prescription de la réhabilitation respiratoire chez les patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO).

Ce questionnaire est anonyme. Il est rapide, et ne vous demandera que 5 minutes de votre temps précieux.

Concernant la BPCO, peu de travaux de recherche s'orientent vers la réhabilitation respiratoire.

Cette étude a pour objectifs de faire l'état des lieux de la prescription de la réhabilitation respiratoire par les médecins généralistes au sein de leur patients atteints de BPCO ; et dans un second temps, de rechercher les facteurs limitants et les éléments qui pourraient faciliter sa prescription.

Si vous souhaitez recevoir les résultats de l'étude, merci d'indiquer votre adresse mail, à la fin du questionnaire dans l'encart prévu à cet effet.

En vous remerciant par avance pour votre participation,

Maïlys Milani, médecin doctorante en médecine générale.

Etat des lieux de la prescription de la réhabilitation respiratoire chez les patients atteints de BPCO : enquête auprès des médecins généralistes de Midi-Pyrénées

Partie 1 : Etat des lieux

Pour mieux vous connaître

1/ Quel est votre sexe ?

- Femme
- Homme

2/ Quel est votre âge ? (Réponse courte)

3/ Mode d'exercice : (Réponse unique)

- Seul
- En groupe avec d'autres médecins généralistes
- MSP ou exercice pluriprofessionnel (y compris multisite)

4/ Distance (en temps) estimée entre votre cabinet et celui du pneumologue (de ville ou hospitalier) le plus proche : (Réponse unique)

- < 15 min
- Entre 15 et 30 min
- Entre 30 min et 1h
- > 1h

5/ Temps écoulé depuis votre dernière formation à la réhabilitation respiratoire (Réponse unique)

- Vous n'avez jamais bénéficié d'une formation à la réhabilitation respiratoire
- < 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- > 10 ans

Accès à la question 5 bis conditionné par la réponse précédente : pas d'accès si réponse « Vous n'avez jamais bénéficié d'une formation à la réhabilitation respiratoire » à la question 5.

5bis/ Quel type de formation était-ce ? (Une ou plusieurs réponses)

- Au cours de formation initiale
- DU/DIU
- Via DPC, FAF
- FMC
- Groupe de pairs
- Autre...

6/ Nombre de patients BPCO dans votre patientèle (diagnostiqués par spirométrie, et/ou sous traitement bronchodilatateur)

- 0
- Entre 0 et 5
- Entre 5 et 15
- Entre 15 et 25
- Entre 25 et 35
- Entre 35 et 45
- > 45

7/ Combien de vos patients ont déjà bénéficié d'une réhabilitation respiratoire ?

- 0
- Entre 1 et 3
- Entre 3 et 6
- Entre 6 et 10
- > 10

8/ Par qui ont-ils été adressés ? (Une ou plusieurs réponses)

- Vous, médecin traitant
- Pneumologue
- Autre médecin généraliste, autre spécialiste
- Aucun de vos patients n'a été adressé pour réhabilitation respiratoire

9/ Quel type de centre de réhabilitation respiratoire était-ce ?

- En centre (hospitalisation en SSR, service de MPR, au cours d'un séjour de thermalisme)
- En centre de proximité : ambulatoire, HDJ
- Au domicile du patient via un réseau de réhabilitation respiratoire
- Aucun de vos patients n'a été adressé pour réhabilitation respiratoire

Partie 2 : Identification des freins à la prescription de la réhabilitation respiratoire chez les patients BPCO

Dans cette partie, il s'agit de mettre en évidence les éléments qui limitent votre prescription de la réhabilitation respiratoire au sein de vos patients atteints de BPCO.

10/ Avez-vous déjà prescrit la réhabilitation respiratoire à vos patients ?

- OUI
- NON

Accès à la question 10 bis conditionné par la réponse précédente : pas d'accès si réponse « NON » à la question 10.

10 bis/ Après retour d'expérience, quel est votre degré de satisfaction vis à vis de la réhabilitation respiratoire pour vos patients atteints de BPCO ?

- 0 (pas du tout satisfait)
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 (Très satisfait)

11 / Quel est votre sentiment vis à vis de la prescription de la réhabilitation respiratoire ? (Une ou plusieurs réponses)

- Vous estimez manquer de formation
- Vous ne connaissez pas les critères d'adressage en réhabilitation respiratoire
- Vous ne connaissez pas les modalités de prescription de la réhabilitation respiratoire (nombre de séances, fréquences hebdomadaires, modalités du réentraînement à l'effort...)
- Vous ne rencontrez pas de difficultés pour prescrire la réhabilitation respiratoire à vos patients

12/ Si vous avez pensé à adresser un patient en réhabilitation respiratoire et que vous ne l'avez pas fait, pourquoi ? (Une ou plusieurs réponses)

- Vous ne connaissez pas les réseaux de réhabilitation respiratoire (en hospitalisation, en ambulatoire, au domicile)
- Manque de correspondants
- Pénibilités des démarches administratives
- Vous ne connaissez pas les modalités de prise en charge par la sécurité sociale
- Délai d'attente
- Vous estimez que ce n'est pas le rôle du médecin généraliste de prescrire la réhabilitation respiratoire
- Vous n'avez rencontré aucune difficulté

12 bis/ De même, avez-vous rencontré des difficultés liées au patient ? (Une ou plusieurs réponses)

- Vous avez rencontré des difficultés liées au patient : disponibilité, déplacement, isolement
- Refus du patient
- Vous pensez que le patient n'est pas assez impliqué pour bénéficier d'une réhabilitation respiratoire, ou maintenir les effets sur le long terme
- Vous n'avez pas rencontré de difficultés liées au patient

13/ Quel est votre sentiment vis à vis de l'efficacité de la réhabilitation respiratoire et de son bénéfice à long terme ? (Une ou plusieurs réponses)

- La réhabilitation respiratoire a permis une amélioration des symptômes (réduction de la dyspnée, bénéfices sur la tolérance à l'effort, réduction des symptômes d'anxiété-dépression)
- La réhabilitation respiratoire a permis le sevrage tabagique
- Vous avez constaté une amélioration de la qualité de vie de vos patients
- Vous ne croyez pas en l'efficacité de la réhabilitation respiratoire

Partie 3 : Quels éléments faciliteraient selon vous, la prescription de la réhabilitation respiratoire ?

Nous cherchons ici à identifier les facteurs qui faciliteraient ou vous inciteraient à prescrire la réhabilitation respiratoire à vos patients dans le cadre de leur prise en charge BPCO.

14/ Parmi les facteurs suivants, quel(s) est/sont celui/ceux, qui selon vous améliorerai(en)t la pratique de la réhabilitation respiratoire ? (Une ou plusieurs réponses)

- Constatation des bénéfices de la réhabilitation respiratoire sur vos patients
- Sensibilisation des praticiens aux avantages de la réhabilitation respiratoire
- Développer les formations via le DPC et des FMC dédiées
- Intégrer la réhabilitation respiratoire dans la planification et le suivi systématique des patients BPCO
- En soins premiers, développer la prise en charge au domicile ou en ambulatoire
- Bénéficier de forfaits et subventions CPAM

15/ Selon vous, quel(s) serai(en)t le ou les moyens d'améliorer la communication aux professionnels de santé ? (Une ou plusieurs réponses)

- Créer un contact/site de référence unique dédié aux professionnels de santé
- Sensibiliser et impliquer les autres professionnels de santé : IDE, infirmières Asalée, kinésithérapeutes
- Avoir accès à une liste de réseaux de réhabilitation respiratoire dans la région Midi-Pyrénées/Occitanie, selon votre lieu d'exercice

16/ Selon vous, comment pourrait-on améliorer l'information et la communication vers les patients et le grand public ? (Une ou plusieurs réponses)

- Développer un site de référence unique pour la région, dédié aux patients
- Brochure expliquant les principes de la réhabilitation respiratoire, les moyens disponibles pour en bénéficier
- Par l'intermédiaires de professionnels de santé (kiné IDE pharmaciens...), formés si besoin

Avez-vous des suggestions supplémentaires ou commentaires libres à apporter ?
(Réponse facultative)

Merci pour votre participation !

AUTEUR : Maïlys MILANI-SABLÉ

TITRE : État des lieux de la prescription de la réhabilitation respiratoire chez les patients atteints de BPCO : enquête auprès des médecins généralistes de Midi-Pyrénées

DIRECTEUR DE THESE : Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

LIEUX ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 17 décembre 2020

Introduction : Malgré les recommandations, le recours à la réhabilitation respiratoire dans la prise en charge des patients atteints de BPCO reste faible. L'objectif principal de cette étude était de dresser un état des lieux de la prescription de la réhabilitation respiratoire en soins premiers. L'objectif secondaire était de rechercher les freins et facteurs facilitant sa prescription. **Matériel et méthode** : Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive auprès des médecins généralistes de Midi-Pyrénées grâce à un questionnaire. Le recueil des données a été réalisé du 30 janvier au 30 mars 2020. **Résultats** : Plus de la moitié des médecins généralistes n'avaient jamais prescrit de réhabilitation respiratoire. Parmi les patients adressés, 80 % des programmes de soins avaient été prescrits par un pneumologue. Les principaux freins étaient le manque de formation, la méconnaissance des réseaux de soins, des modalités de prescription et d'adressage. Les facteurs facilitants étaient l'intégration de la réhabilitation respiratoire au parcours de soin, la prise en charge au domicile ou en ambulatoire, la sensibilisation des patients par les professionnels de santé. **Discussion** : Ce travail de recherche a permis de mettre en évidence un manque de formation et de familiarité des médecins généralistes avec la réhabilitation respiratoire. Un lien a été établi entre la participation à une formation et l'adressage en réhabilitation respiratoire. Cependant nous n'avons pas trouvé de lien significatif selon le type de formation. Les freins et facteurs facilitants identifiés confirment que des efforts doivent être faits dans la promotion de cette mesure thérapeutique et que des solutions sont accessibles et envisageables.

TITLE : State of the art of pulmonary rehabilitation prescription for COPD patients: survey of general practitioners in the Midi-Pyrenees region

Introduction: Despite recommendations, the use of pulmonary rehabilitation in the management of COPD patients remains low. The main objective of this study was to review the status of the prescription of pulmonary rehabilitation in primary care. The secondary aim was to investigate the barriers and factors facilitating its prescription. **Material and method**: We carried out a descriptive observational study among general practitioners in Midi-Pyrenees region through a questionnaire. Data collection was carried out from January 30 to March 30, 2020. **Results**: More than half of the general practitioners had never prescribed pulmonary rehabilitation. Among the patients referred, 80 % had been prescribed by a pneumologist. The main barriers were a lack of training, unfamiliarity with healthcare networks, prescription methods and referral procedures. Facilitating factors were the integration of pulmonary rehabilitation into the care pathway, care at home or in ambulatory care, and patient education by healthcare professionals. **Discussion**: This research work highlighted a lack of training and familiarity of general practitioners with pulmonary rehabilitation. A link was established between participation in training and referral in pulmonary rehabilitation. However, we did not find a significant link according to the type of training. The barriers and facilitating factors identified confirm that efforts must be made to promote this therapeutic measure and that solutions are accessible and feasible.

Mots-clés : Réhabilitation respiratoire, BPCO, prescription, soins premiers, freins, facteurs facilitants

Key words: Pulmonary rehabilitation, COPD, prescription, primary care, barriers, facilitating factors

Discipline administrative : Médecine Générale

Faculté de Médecine Rangueil – 133 Route de Narbonne – 31062 TOULOUSE CEDEX 04 - FRANCE