

ÉVALUATION DE L'IMPLICATION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LE DIAGNOSTIC DE L'ASTHME ET DE LA BPCO À CONSTANTINE

DJEGHRI Y (1), MAHI-TARIGHT S (2).

1) Service de Pneumologie, Hôpital Militaire Régionale Universitaire de Constantine.

2) Service de Pneumologie, CHU Mustapha Bacha Alger.

E-mail : y.djehri@gmail.com

RÉSUMÉ:

La prise en charge de l'asthme et de la BPCO reste problématique et une majorité de patients est sous-diagnostiquée et donc sous-traitée. Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'implication du médecin généraliste dans le diagnostic de ces pathologies. Il s'agit d'une étude descriptive transversale, ayant concerné 58 médecins généralistes exerçant dans huit polycliniques de Constantine. Durant la période d'étude, 2355 patients ont consulté, dont 479 patients (20,3 %) pour symptomatologie respiratoire, 51 patients avaient des symptômes pouvant être en rapport avec un asthme bronchique, aucun nouveau cas d'asthme n'a été diagnostiqué. 24 avaient de symptômes respiratoires chroniques associés à des facteurs de risque de BPCO, aucune spirométrie n'a été demandée. L'analyse des résultats a révélé une méconnaissance des critères de diagnostic de l'asthme et une méconnaissance de la BPCO dans sa définition même. Les médecins généralistes rencontraient des difficultés dans le dépistage de l'asthme et de la BPCO, ces difficultés relèvent plutôt d'un besoin en formation.

Mots clés : Médecin généraliste, Formation continue, Asthme, BPCO.

ABSTRACT: EVALUATION OF THE INVOLVEMENT OF GENERAL PRACTITIONERS IN THE DIAGNOSIS OF ASTHMA AND COPD AT CONSTANTINE.

The management of asthma and COPD remains problematic and most patients is under-diagnosed and under-treated. This study aims to assess the diagnosis of these pathologies. This is a descriptive cross-sectional study, which involved 58 general practitioners practicing in eight polyclinics Constantine, was conducted for 5 consecutive working days from 06/01/2013. During the study period, 2355 patients were consulted; including 479 patients (20.3%) for respiratory symptoms. Whereas 51 patients had symptoms that may be related to bronchial asthma, no new cases of asthma were diagnosed. 24 patients had chronic respiratory symptoms associated with risk factors for COPD, none spirometry was requested. Analysis of the results revealed a lack of knowledge of asthma diagnostic criteria and an ignorance of COPD in its definition. Analysis of the results of this study revealed that general practitioners had difficulty in screening for asthma and COPD. These difficulties rather report to a training needs.

Key words: General practitioner, Continuing Education, Asthma, COPD.

INTRODUCTION

Dans le monde, les maladies respiratoires touchent tous les groupes d'âge et représentent une cause importante de morbidité et de mortalité. Elles sont responsables, selon l'OMS, de 12 % des décès [1].

En Europe en 2010, 7.6 % des décès étaient liés aux maladies respiratoires [2].

En France, en médecine de ville, elles arrivent au deuxième rang des motifs de recours aux soins (18 % des consultations en 2007), après les maladies cardiovasculaires [3]. À l'hôpital, les affections respiratoires constituent le diagnostic principal de 5 % des séjours en service de court séjour [4].

En Algérie, les maladies respiratoires représentent 25.33 % de l'ensemble des motifs de consultation et la deuxième cause d'hospitalisation dans la population générale avec 11,65 % de l'ensemble des hospitalisations [5].

Le médecin généraliste est sollicité en premier recours pour la prise en charge de ces pathologies dans 83.89 % des cas [5].

L'Algérie connaît depuis le début des années 1990 une transition épidémiologique qui a eu des conséquences sur la morbidité respiratoire : persistance des maladies respiratoires transmissibles et émergence des maladies respiratoires chroniques [5].

Parmi les maladies respiratoires chroniques, l'asthme et la Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) constituent aujourd'hui un important problème de santé publique, à la fois d'un point de vue social, médical et économique à cause de l'augmentation de leur prévalence, leur retentissement sur la vie socioprofessionnelle, la létalité et la morbidité qu'ils engendrent et le coût très élevé de leur prise en charge.

Des recommandations sur le diagnostic et le traitement de ces pathologies ont été élaborées. Ces recommandations, régulièrement mises à jour, doivent s'intégrer dans la pratique quotidienne du médecin généraliste qui constitue un maillon essentiel de la prise en charge de ces pathologies. Il doit être impliqué dans leur diagnostic précoce et leur prise en charge [6].

L'asthme et la BPCO restent cependant mal pris en compte par le médecin généraliste et leur prise en charge est loin d'être satisfaisante notamment dans la phase de dépistage [7,8].

Une revue des littératures consacrées à l'audit clinique en médecine générale révèle en effet beaucoup d'insuffisances. Ces études suggèrent que beaucoup d'asthmatiques sont encore sous diagnostiqués [9,10] et donc sous-traités, ce qui augmente la fréquence des hospitalisations et des consultations aux urgences.

Par ailleurs, beaucoup d'asthmatiques sont mal informés et très peu ont accès à l'éducation thérapeutique [11]. Alors que des traitements efficaces existent, ils semblent insuffisamment prescrits [12].

Quant à la BPCO, le taux de sous-diagnostic varie dans les études épidémiologiques internationales entre 45 et 97 % avec une moyenne de 83 % [13].

Il est important de dépister précocement la BPCO, en effet, une prise en charge précoce basée sur le sevrage tabagique, la réhabilitation respiratoire, la prise en charge des comorbidités permet une amélioration des performances et du pronostic à long terme [14].

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'implication du médecin généraliste dans le diagnostic de l'asthme et de la BPCO au niveau des unités des soins primaires.

PATIENTS

1. Type d'enquête

Il s'agit d'une étude transversale descriptive.

2. Période de l'étude

Cinq jours consécutifs ouvrables à partir du 6 janvier 2013.

3. Le site de l'enquête

L'enquête s'est déroulée au niveau de l'établissement public de santé de proximité (EPSP) Mentouri Bachir dont les structures de soins de base couvrent la moitié Est de la commune de Constantine. Ils desservent un bassin de population estimée à environ 220 000 habitants.

4. Population ciblée

Les 128 médecins généralistes qui exercent dans les structures de santé relevant de l'EPSP Bachir constituaient la population de base. La liste des médecins a été remise par la Direction de la Santé et de la Population de la Wilaya de Constantine.

Ont été inclus dans l'étude, les médecins qui prennent en charge en consultation ambulatoire les adultes et qui acceptent d'adhérer volontairement à cette démarche d'évaluation. Ont été exclus, les médecins qui exercent dans les salles de soins à cause de leurs dispersions et dans les structures ayant une activité spécifique prédominante.

5. Taille de l'échantillon

Dans la population à étudier, et après avoir appliqué les critères d'inclusion et d'exclusion, 58 médecins ont été retenus.

MÉTHODE

1. Déroulement de l'enquête

1.1. Première étape

Pendant 5 jours consécutifs ouvrables à partir du 6 janvier 2013, chaque médecin généraliste enregistre sur des fiches de recueil de données, de façon systématique, prospective et anonyme les informations médicales concernant les patients âgés de plus de 15 ans, des 2 sexes, qui se présentent à sa consultation pour symptomatologie respiratoire.

La fiche d'enquête inclut les données démographiques des patients, la profession, le statut tabagique, le motif de consultation, le résultat de l'examen clinique, le diagnostic suspecté ou confirmé, les examens paracliniques demandés et leurs résultats ainsi que toutes les thérapies prescrites. Cette première phase a été complétée par le recensement, à partir des registres de consultation, de l'ensemble des patients, âgés de plus de 15 ans, des 2 sexes qui ont consulté durant la période d'étude chez ces mêmes médecins.

1.2. Deuxième étape

Les médecins consentants ont rempli un auto-questionnaire standardisé et anonyme en présence de l'enquêteur, comportant plusieurs items : caractéristiques sociodémographiques, nombre d'années d'exercice ainsi que des questions basées sur les recommandations du GINA (Global Initiative for Asthma) et du GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), concernent essentiellement la définition et la démarche diagnostique de l'asthme et de la BPCO.

2. Méthodes statistiques

Nous avons saisi et traité les données à l'aide du logiciel Epi-Info version 7.0.8.0 et mis en œuvre les méthodes statistiques suivantes :

Les fréquences et les pourcentages pour les données qualitatives. Les moyennes, écart-type, maximum et minimum pour les données quantitatives.

RÉSULTATS

1. Analyse de la demande en soins pour asthme et BPCO

1.1. Taux de participation

Tous les médecins retenus (58) ont participé à la première phase de l'enquête et 52 (89.7 %) ont répondu au questionnaire.

1.2. Demande de soins concernant l'asthme et la BPCO

Durant la période d'étude, 2355 patients ont consulté chez les médecins qui ont participé à l'étude, dont 479 patients pour symptomatologie respiratoire (tableau I). On dénombre 34 asthmatiques, dont 28 crises d'asthme et 4 cas de BPCO ayant tous consulté pour exacerbation.

1.3. Patients présentant des signes cliniques évoquant un asthme (asthmatiques potentiels)

51 patients (11.3 %), présentaient un tableau clinique pouvant être en rapport avec un asthme bronchique (symptômes évocateurs associés à des râles bronchiques).

1.4. Nombre d'asthmatiques diagnostiqués

Durant la période d'étude, aucun nouveau cas d'asthme n'a été diagnostiqué.

1.5. Patients présentant des symptômes respiratoires chroniques et des facteurs de risques de BPCO (BPCO potentielle)

24 patients (5.3 % des patients examinés) avaient des signes fonctionnels respiratoires chroniques associés à des facteurs de risque de BPCO (Âge ≥ 40 ans + Tabagisme ≥ 10 PA).

1.6. Nombre de cas de BPCO diagnostiqués

Durant la période d'étude, aucun nouveau cas de BPCO n'a été diagnostiqué.

1.7. Demande de spirométrie

La spirométrie a été demandée chez un seul patient. Il s'agissait d'un asthmatique connu.

2. Analyse des questionnaires**2.1. Caractéristiques socio-démographiques des médecins**

60.3 % des médecins sont âgés de plus de 40 ans et l'âge moyen est de 43 ans. Les femmes étaient plus nombreuses que les hommes 46 (88.5 %) vs 6 (11.5 %) avec un sex-ratio à 0.13. Ils avaient en moyenne une expérience professionnelle de 14.46 ans [0,5 - 32].

2.2. Lorsque vous recevez à la consultation un asthmatique en dehors de la crise, quelle est votre attitude habituelle ?

7 médecins (13.4 %) prennent en charge les asthmatiques en dehors de la crise, 3 médecins (5.8 %) demandent un avis spécialisé et 42 médecins (80.8 %) l'orientent vers un spécialiste.

2.3. Quelles sont les questions clés qui permettent de suspecter l'asthme en dehors de la crise ?

Parmi les 52 médecins interrogés, 24 seulement ont répondu à cette question soit un taux de 48 %. Les éléments de l'interrogatoire recherchés sont : la dyspnée (26 %), la recherche du terrain allergique (11.5 %), la recherche des sifflements et des antécédents familiaux d'allergie (9.6 %).

2.4. Quelle est la définition de la BPCO ?

41 médecins sur 52 ont répondu à cette question soit 78.8 %. Un seul médecin l'a défini comme un trouble ventilatoire obstructif non réversible après inhalation de bronchodilatateur. Les autres réponses étaient : bronchite chronique 8 (15.4 %), obstruction bronchique 3 (5.8 %).

2.5. Chez qui doit-on évoquer une BPCO ?

46 médecins sur 52 ont répondu à cette question soit 88.5 %, 18 médecins (34.6 %) ont répondu « le sujet fumeur » sans autres précisions, 14 (26.9 %) ont répondu « sujet âgé fumeur ». Aucun médecin n'a donné la bonne réponse.

DISCUSSION

Le taux de participation est satisfaisant, sur les 58 médecins retenus, 52 (89.6 %) ont participé aux deux phases de l'étude.

Toutes les polycliniques de l'EPSP Mentouri Bachir sont représentées avec des taux de participation variables, 100 % de questionnaires recueillis sont exploitables. Les participants sont relativement âgés. Il s'agit d'une population de médecins suffisamment ancienne pour « nécessiter » un recyclage en raison de l'évolution des idées depuis leur sortie de l'université.

Les symptômes respiratoires représentent 19.2 % des motifs de consultation dans les structures de santé de base. Ce taux est inférieur à celui retrouvé par Zidouni N. & al [6] (31.6 %) et par Taright-Mahi & al. [15] (25 %).

En tenant compte de la prévalence de l'asthme à l'Est algérien qui est de 3.2 % [16], et de la population couverte par l'EPSP Mentouri Bachir qui est de l'ordre de 220 000 habitants (source : direction de la santé et de la population de la wilaya de Constantine), on estime le nombre d'asthmatiques à 7680 au niveau de cette zone. Ce chiffre est suffisamment élevé pour, théoriquement, occasionner une importante demande en soins. Or, au niveau des structures de santé de base, la demande en soins pour asthme chez l'adulte est faible, elle correspond à 1.4 % de l'ensemble des consultations.

On retrouve, par ailleurs, une inégalité importante entre le nombre des asthmatiques qui consultent pour suivi et le nombre de ceux qui consultent pour crise d'asthme. En effet, le recours aux urgences semble constituer la principale forme de prise en charge puisqu'ils représentent 82.4 % de la demande en soins pour asthme. Ce déséquilibre dans l'utilisation des structures de santé en faveur des urgences témoigne d'une organisation insuffisante de la prise en charge au long cours des asthmatiques (tableau I).

Tableau I. Demande de soins concernant la pathologie respiratoire et l'asthme.

	Moyenne (%)
Pathologies respiratoires/Total des consultations	20,3
Asthme/Pathologies respiratoires	7,1
Asthme/Total des consultations	1,4
Crise d'asthme/Nombre total d'asthmatiques	82,4
BPCO connue/Pathologies respiratoires	0,8
BPCO/Total des consultations	0,2

Quant à la BPCO, la demande de soins peut paraître insignifiante puisqu'elle représente 0,2 % de l'ensemble des consultations pour une prévalence dans la population générale de 4,9 % [17]. Il s'agissait dans tous les cas d'exacerbation.

La plupart des médecins estimaient que l'asthme devrait être pris en charge en milieu spécialisé. En effet, 80,8 % d'entre eux confiaient systématiquement les patients asthmatiques aux pneumologues. Du fait du nombre restreint de pneumologues exerçant au niveau du secteur public, un grand nombre d'asthmatiques risque de se retrouver alors sans suivi médical.

En France, la plupart des asthmatiques sont pris en charge par des médecins généralistes. Une enquête transversale en population générale à l'initiative de la caisse primaire d'assurance maladie publiée en 2006 a montré que seulement 14.8% des patients asthmatiques ont eu recours au pneumologue et 20.8% à un allergologue [18].

11.3% des patients examinés pour symptômes respiratoires, durant la période d'étude, bien qu'ils ne soient pas connus comme étant asthmatiques, ont présenté des symptômes pouvant être potentiellement en rapport avec un asthme bronchique. Il est étonnant de constater que parmi eux, aucun nouveau cas d'asthme n'a été diagnostiqué.

L'analyse des réponses à la question « quelles sont les questions clés qui permettent de suspecter l'asthme en dehors de la crise ? » a révélé une méconnaissance des critères de diagnostic de l'asthme à l'interrogatoire. La méconnaissance de l'asthme sur le plan clinique peut entraîner le retard à une prise en charge adaptée.

Notre étude a montré que chez les médecins qui ont été interrogés, l'entité BPCO est obscure, on note en effet une méconnaissance de la BPCO dans sa définition même : parmi les 52 médecins interrogés, un seul a donné une définition exacte. Cette confusion dans la définition de la maladie est source d'erreurs diagnostiques et d'un dépistage insuffisant.

Notre enquête a également montré la difficulté à dépister précocement la BPCO en médecine générale. En effet, parmi les 479 patients qui se sont présentés à la consultation durant la période d'étude, 24 avaient des symptômes respiratoires chroniques et des facteurs de risque de BPCO. Aucun d'entre eux n'a bénéficié d'une demande d'EFR dans le cadre du dépistage de la BPCO.

Une enquête réalisée par Lebeau J.P et al., ayant pour objectif d'explorer les pratiques des médecins généralistes en termes de détection de la BPCO chez des sujets à risque a montré que peu de médecins généralistes sont intéressés par la détection précoce de la BPCO [19].

À Oran, un audit de pratique clinique a évalué la prise en charge des patients BPCO en pratique clinique, il en ressort que seulement 25 % des médecins généralistes dépistent la BPCO à partir de l'âge de 50 ans et que pour plus du 1/3 d'entre eux le diagnostic de la BPCO repose sur les symptômes cliniques [20].

Les travaux de Kesten S. et Chapman K. au Canada ont souligné que les médecins généralistes méconnaissaient habituellement le diagnostic de BPCO et qu'ils utilisaient peu les EFR [21].

La BPCO est une affection sous-diagnostiquée, il est démontré que deux malades sur trois atteints de BPCO ne se savent pas touchés par cette maladie [22].

CONCLUSION

Les médecins généralistes rencontrent des difficultés dans le dépistage de l'asthme et de la BPCO, ces difficultés relèvent plutôt d'un besoin en formation.

Ce constat implique qu'il faut tout mettre en œuvre pour améliorer la lecture et l'utilisation des recommandations. Tous les médecins généralistes devraient bénéficier d'activités de formation médicale continue qui répondent aux besoins spécifiques d'amélioration de la pratique et qui mettent en œuvre les méthodes pédagogiques les plus appropriées.

RÉFÉRENCES

1. **Statistiques Sanitaires Mondiales.** OMS. 2014 [Access date: Décembre 2014]. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/fr/.
2. **Eurostat Regional Yearbook Luxembourg.** Office of the European Union; 2014 [Access date: mars 2015]. Available from: <http://ec.europa.eu/eurostat/product?code=KS-HA-14-001-02>.
3. **Enquête Permanente sur la Prescription Médicale (EPPM).** Irdes; 2007 [Access date: septembre 2013]. Available from: <http://www.irdes.fr/recherche/rapports.html>.
4. **Bases Nationales PMSI MCO France.** Agence technique de l'information sur l'hospitalisation; 2000-2007 [Access date: décembre 2013]. Available from: <http://www.atih.sante.fr/>.
5. **Transition Épidémiologique et Système de Santé.** Enquête TAHINA. Alger : Institut National de Santé Publique ; Commandité par Union Européenne (programme INCO), 2007.

6. **Zidouni N, Baough L, Laid Y, Chaulet P.** L'approche pratique de la santé respiratoire en Algérie. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease.* 2009; 13(8):1029-37.

7. **Van Schayck CP, Chavannes NH.** Detection of asthma and chronic obstructive pulmonary disease in primary care. *European Respiratory Journal.* 2003; 21(39 suppl):16s-22s.

8. **Van Weel C.** Underdiagnosis of asthma and COPD: is the general practitioner to blame? *Monaldi archives for chest disease = Archivio Monaldi per le malattie del torace / Fondazione clinica del lavoro, IRCCS [and] Istituto di clinica fisiologica e malattie apparato respiratorio, Università di Napoli, Secondo ateneo.* 2002;57(1):65-8.

9. **Gonzalez-Garcia M, Caballero A, Jaramillo C, Maldonado D, Torres-Duque CA.** Prevalence, risk factors and underdiagnosis of asthma and wheezing in adults 40 years and older: A population-based study. *J Asthma.* 2015:1-8.

10. **Kuprys-Lipinska I, Elgalal A, Kuna P.** [The underdiagnosis and undertreatment of asthma in general population of the Lodz Province (Poland)]. *Pneumonologia i alergologia polska.* 2010;78(1):21-7.

11. **Pujet J.** Audit of asthma practices. *Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique.* 1998;38(7, Supplement 1):S116-S24.

12. **Ormieres J, Schwartz C.** Surveillance des asthmatiques par le médecin généraliste toulousain : des patients insuffisamment éduqués. *La Revue du Praticien.* 1996;10(340):39-45.

13. **Halbert R, Natoli J, Gano A, Tinkelman D.** Prevalence of undiagnosed COPD: systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J.* 2007; 30 Suppl. 51:34s.

14. **Gold PM.** The 2007 GOLD Guidelines: a comprehensive care framework. *Respiratory care.* 2009; 54(8):1040-9.

15. **Taright-Mahi S, Belhocine M, Ait-Khaled N.** La prise en charge des asthmatiques : Evaluation d'une intervention de santé au niveau d'un secteur sanitaire d'Algérie. *Tubercle and Lung Disease.* 1994; 75, Supplement 1:146.

16. **Nafti S, Taright S, Ftouh ME, Yassine N, Benkheder A, Bouacha H, et al.** Prévalence de l'asthme dans les pays du Maghreb : étude AIR-MAG. *Revue des Maladies Respiratoires.* janvier 2009;26(HS1):33.

17. **Khelafi R, Aissanou A, Tarsift S, Skander F.** Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease in Algiers. *Revue des Maladies Respiratoires.* 2011;28(1):32-40.

18. **Paganin F, Prévot L, Assing M, Gilbert C, Bourdin A, Arvin-Berod C.** Asthme à l'île de la Réunion : analyse de la sévérité et de la prise en charge thérapeutique. *Revue des Maladies Respiratoires.* 2006;23(1, Part 1):29-36.

19. **Lebeau J, Masure F, Roche N, Denis F, Huas D.** Détection de la BPCO en médecine générale (MG) : qui sont les praticiens intéressés ? *Revue des Maladies Respiratoires.* 2012;29, Supplement 1(0):A57.

20. **Bennani M, Drissi F, Kebbaty S, Boukhari S, Khemas M, Messaoud A, et al.** Évaluation de la prise en charge des BPCO : audit de pratique clinique. *Revue des Maladies Respiratoires.* 2013;30, Supplement 1 :A67.

21. **Kesten S, Chapman K.** Physician perceptions and management of COPD. *Chest.* 1993; 104(1):254-8.

22. **Housset B, Serrier P, Stach B.** Rôle du médecin généraliste dans la détection précoce de la BPCO. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire de l'Institut de Veille Sanitaire France.* 3 juillet 2007 ; 27 : 248-250.