



Faculté de médecine

Année 2018/2019

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Anthony BERTHELOT

Né(e) le 12/08/1988 à AUXERRE (89)

Le sens caché de la spirométrie en soins premiers : approche phénoménologique

(Thèse présentée en version article)

Présentée et soutenue publiquement le **18 Janvier 2019** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Patrice DIOT, Pneumologie, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Laurent PLANTIER, Pneumologie, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Emmanuel RUSCH, Épidémiologie, Économie de la santé et prévention, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Maxime PAUTRAT, Médecine Générale - Tours

LE SENS CACHE DE LA SPIROMETRIE EN SOINS PREMIERS : APPROCHE PHENOMENOLOGIQUE

RESUME :

Introduction : La spirométrie permet de faire le diagnostic de Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO). La prise en charge de la BPCO en soins primaires nécessite une appropriation de la maladie de la part des patients. L'objectif de cette étude est de déterminer si la réalisation d'une spirométrie et l'annonce de la BPCO au cours d'une consultation en soins premiers, permet aux patients de prendre conscience de leur état de santé et de s'approprier la maladie.

Méthode : Cette étude qualitative a exploré le vécu des patients ayant bénéficié d'une spirométrie permettant le diagnostic de BPCO par l'intermédiaire d'entretien d'explicitation. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits et analysés selon la méthode de l'analyse phénoménologique interprétative.

Résultats : 10 entretiens de 20 à 37 minutes ont été réalisés entre Juin 2017 et Juillet 2018 en France (région Centre-Val de Loire). La découverte de la spirométrie par les patients était vécue comme un acte insolite qui donnait du sens aux symptômes quotidiens ressentis. Les patients avaient un désir de performance sur le test comme une volonté de confronter leur état de santé. A l'issue de la spirométrie et de l'annonce des résultats, on observait une évolution des éléments cognitifs et corporels du vécu avec une rupture avec l'état antérieur. Cette rupture permettait une prise de conscience de l'état de santé et une appropriation de la maladie.

Discussion : Au-delà de l'intérêt diagnostique, le temps de la spirométrie est un moment permettant aux patients de prendre conscience de leur propre état de santé et de leurs limites et ainsi commencer à s'approprier la maladie. Ces résultats renforcent l'intérêt de réaliser des spirométries auprès des patients reçus en consultation en soins premiers.

Mots clés : *Spirométrie ; BPCO ; Soins premiers ; Analyse phénoménologie interprétative ; Entretien d'explicitation*

HIDDEN MEANING OF SPIROMETRY IN PRIMARY CARE: PHENOMENOLOGICAL APPROACH

ABSTRACT:

Introduction: Spirometry allows the diagnosis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). The management of COPD in primary care requires patients appropriated the disease. The objective of this study was to determine whether the realization of a spirometry and the announcement of the COPD in primary care, allows the patients to become aware of their state of health and to appropriate the disease.

Method: This qualitative study allowed the exploration of the experience of the patients who benefited from a spirometry allowing the diagnosis of COPD through an explicitation interview. The interviews have been transcribed and analyzed according to the method of interpretative phenomenological analysis.

Results: 10 interviews from 20 to 37 minutes were conducted between June 2017 and July 2018 in Center of France. The discovery of spirometry by patients was experienced as an unusual act that gave meaning to symptoms they felt. Patients had as well as desire for performance on the test as a willingness to confront their state of health. At the end of the spirometry and the announcement of the results, there was a break with the previous state with an evolution of the cognitive and corporeal elements of the experience. This rupture allowed the patients to be aware of the state of health and to appropriate the disease.

Discussion: Beyond the diagnostic interest, the duration of the spirometry allows the patients to become aware of their own state of health and their limits and thus to begin to appropriate the disease. These results reinforce the interest of performing spirometry with patients receiving primary care consultation.

Keywords: *Spirometry; COPD; Primary care; Interpretative phenomenology analysis; Explicitation interview*

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Philippe ARBEILLE
Pr Catherine BARTHELEMY
Pr Christian BONNARD
Pr Philippe BOUGNOUX
Pr Alain CHANTEPIE
Pr Pierre COSNAY
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr Alain GOUDEAU
Pr Noël HUTEN
Pr Olivier LE FLOCH
Pr Yvon LEBRANCHU
Pr Elisabeth LECA
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Pr Gérard LORETTE
Pr Roland QUENTIN
Pr Alain ROBIER
Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD –
P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T.
CONSTANS – C. COUET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L.
GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G.
LEROY – Y. LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J.
MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A.
SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques.....	Parasitologie, mycologie
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DLOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie

MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien	Soins palliatifs
POTIER Alain	Médecine Générale
ROBERT Jean	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David	Physiologie
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe	Biostat., informatique médical et technologies de communication
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON Antoine	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire

REROLLE Camille.....Médecine légale
 ROUMY Jérôme.....Biophysique et médecine nucléaire
 SAUTENET Bénédicte.....Néphrologie
 TERNANT David.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
 ZEMMOURA Ilyess.....Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....Neurosciences
 BOREL Stéphanie.....Orthophonie
 DIBAO-DINA Clarisse.....Médecine Générale
 MONJAUZE Cécile.....Sciences du langage - orthophonie
 PATIENT Romuald.....Biologie cellulaire
 RENOUX-JACQUET Cécile.....Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

RUIZ Christophe.....Médecine Générale
 SAMKO Boris.....Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache.....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
 CHALON Sylvie.....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
 COURTUY Yves.....Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
 DE ROCQUIGNY Hugues.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
 ESCOFFRE Jean-Michel.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
 GILOT Philippe.....Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
 GOUILLEUX Fabrice.....Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
 GOMOT Marie.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
 HEUZE-VOURCH Nathalie.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
 KORKMAZ Brice.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
 LAUMONNIER Frédéric.....Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
 LE PAPE Alain.....Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
 MAZURIER Frédéric.....Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
 MEUNIER Jean-Christophe.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
 PAGET Christophe.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
 RAOUL William.....Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
 SI TAHAR Mustapha.....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
 WARDAK Claire.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire.....Orthophoniste
 GOUIN Jean-Marie.....Praticien Hospitalier
 PERRIER Danièle.....Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle.....Praticien Hospitalier
 MAJZOUB Samuel.....Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Patrice Diot, Doyen de la Faculté de Médecine de Tours,

Votre rencontre aura été l'une des plus marquantes de ma formation. Je vous remercie d'avoir pu travailler à vos côtés et de m'avoir transmis vos connaissances et les valeurs indispensables à l'exercice de la médecine.

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Laurent Plantier,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Emmanuel Rusch,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance la plus sincère.

A Mme le Pr Anne-Marie Lehr-Drylewicz,

Je vous remercie de m'avoir permis d'initier ce travail. Je regrette que vous ne puissiez pas faire partie du jury.

Au Docteur Maxime Pautrat,

Je te remercie d'avoir accepté (en cours de route!) de diriger cette thèse. Tes conseils, ta rigueur et ton investissement ont été précieux et ont permis de mener à bien cette thèse. Je t'en remercie sincèrement. J'espère que ce travail te sera bénéfique pour la suite.

A Matthieu Bremond,

Je te remercie d'avoir été là depuis le début et d'avoir construit ce projet. Tu en as été l'initiateur, je te remercie de ta disponibilité, de tes conseils et de tes nombreuses relectures. Ton regard m'a permis d'aborder d'une autre façon la médecine. J'aurai souhaité que tu puisses faire partie de ce jury.

A Hervé Breton,

Je te remercie de m'avoir guidé pour réaliser cette thèse. Ce travail n'aura pas été possible sans ton implication.

A ma famille,

A mes parents, merci de m'avoir soutenu et encouragé toutes ces années. Merci de m'avoir permis de faire des études et de m'avoir accompagné durant tout ce temps. Les moments de joie, les moments difficiles, les décisions importantes, vous avez toujours été là pour moi, je vous aime.

A mon frère, merci d'avoir été là dans les bons comme les mauvais moments. Les souvenirs sont nombreux je ne peux pas tous les citer, mais en tout cas on s'en souviendra du bois et du coup des lacets sur la botte... Merci d'avoir été là depuis le début, de la collocation à Dijon, les premières ordonnances, tes appels et tes mots d'encouragement dans les moments durs, merci pour tout.

A Anna et Axel, je n'ai pas souvent été là mais promis j'essaierai de vous voir grandir. Je vous fais pleins de bisous.

A ma tante Éliane, je ne sais pas si le fait de venir à Tours a été influencé par les vacances d'été avec toi, dont la dernière fois « pour me reposer ». En tous cas, tu as toujours été là pour moi, surtout dans les moments difficiles. Merci de m'avoir soutenu et accompagné. Tu es comme une deuxième maman et ce n'est pas pour rien que je suis ton vilain !

A ma tante Magali, un déménagement express un mercredi soir entre Trousseau et Bretonneau qui restera mythique ! Merci pour te ce que tu m'as apporté ! Je te fais des gros bisous ma tante.

A Dédé, merci pour tout, les grands prix, les vendanges... je m'excuse encore pour la Renault 21 sur le garage. J'espère qu'on fêtera ça dans la piscine cet été !

A mes cousines Audrey et Aurore, mes petits cousins, Macéo et Elias, Séb, on se voit peu mais je pense fort à vous.

A mes amis,

A Justin, tous ces souvenirs depuis le lycée loulou... et les autres à venir. Le Paradisier, les parties de PES de P2 (dédicace à Pancrate), Mozinor, les WEI et les soirées, la bise à l'Ours, le Prince il parle pas à toi, les tags à l'internat... et tant d'autres. Tu as toujours été là et c'est plus pareil depuis que je suis parti. Merci pour ta fidélité sans faille depuis toutes ces années, tu fais partie de la famille Loulou.

A Loulid, depuis la P1 et les colles à la Prépa. Merci pour tous ces bons souvenirs, la faluche, les « moultes » clés perdues, ma Clio au Crit, tes nombreuses théories, tes backflip en folie... et même si tu es « toujours désolé » tu as toujours été présent. Tu fais partie des plus anciens et comme avec Charlie c'est un peu la famille.

A Charlie, bon maintenant je peux te l'avouer c'est moi qui t'ai piqué ton ciseaux en seconde. A nos premières soirées à Lindry, le bâtiment scientifique du lycée, ton histoire

mémorable de Cercy-la-Tour, le premier arrivé au saucisson, la fois où tu nous as enfermé dans ta cour à Nancy, tes records culinaires, tes doigts d'honneur... merci pour ton amitié fidèle, tu resteras à jamais le meilleur !

A Vincent, tous ces souvenirs de vélo au lycée, les coups francs au-dessus du pare ballon, boîte à chaussure, Canet-Plage et les boules pétanques. Ça a été un immense plaisir de te retrouver à Tours. J'espère qu'on pourra poursuivre nos discussions et nos parties de squashes encore longtemps !

A JB, pour tous tes exploits, le camion de la honte, tes éjections en folie sur Trial, tes siestes dans la salle de révision en D4, tes histoires légendaires au WEI et au Crit... merci d'être là depuis tant d'années.

A Matthieu, aux bons souvenirs des colles de D4, des matchs à Gerland, du fauteuil Louis XVIII, les soirées, ton EVG, ton mariage, toutes ces longues discussions sur les voitures et le sport... avoue que tu as découvert le foot en 98 ? Et je n'ai toujours pas oublié que tu me dois un kebab...la bise loulou !

A Marco, merci pour ses souvenirs mémorables à Monaco et à ton sens infailible du temps, au chinois à volonté, au ski au « pied des pistes », ton Partner (« Emmanche ! »), tes références mythiques de la Classe Américaine et des Parasites, tes retards et tes plans foireux... merci pour tout Brigadier !

A Charlou, merci pour ces fous rires mémorables au beach-volley. Merci de m'avoir ramené un fameux soir sur le port de Monaco...

A Marie, ta douceur et ton calme ont été très appréciable dans les moments difficiles. Je vous souhaite plein de bonheur à vous trois.

A Julie, Noémie, merci pour ses deux semestres avec vous !

A Audrey, Cindy, Thomas et Chris, je suis heureux de vous avoir rencontrés, merci pour tous ces souvenirs et ceux à venir !

Aux équipes soignantes,

Au service de Pneumologie du CHU de Tours, merci de m'avoir accueilli et bien que mon chemin eut été différent j'en garde de très bons souvenirs.

A tous mes anciens co internes que j'ai eu l'occasion de rencontrer, Lucie, Fanny, Xavier, Maud, Mada, Marion, Benoit, Luc, Alexandre, Nafi, Charlotte, Camille, Guillaume...

Aux nombreux médecins que j'ai rencontrés et côtoyés qui m'ont transmis leur passion et leurs savoirs, le Dr PICHON Éric, Dr LEMAIRE Bertrand, Dr LESTELLE Marc, Dr MATHIEU Jean Michel, Dr SANDRA Céline, Dr SCHMIDT Frédéric, Dr FOUCHÉYRAND Pierre...

Et pour finir...

Merci à toi Justine. Merci pour tous ces moments à tes côtés et de tout ce que tu m'apportes au quotidien. Merci de m'avoir accompagné (et supporté) pendant tout ce « long » travail. Merci de ta présence et ton soutien. A notre futur. Je t'aime ma puce.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	14
METHODOLOGY	15
<i>EXPLORATION OF THE EXPERIENCE</i>	15
<i>CONTRIBUTORS</i>	15
<i>DATA COLLECTION</i>	15
<i>ANALYSIS</i>	16
<i>ETHICAL CONSIDERATIONS</i>	16
RESULTS	17
<i>SPIROMETRY: "AN UNEXPECTED JOURNEY"</i>	17
<i>THE ANNOUNCEMENT OF THE RESULTS: THE SENTENCE OF THE CONDEMNED</i>	18
<i>BREAK: A BEFORE AND AFTER SPIROMETRY</i>	18
DISCUSSION:	20
<i>SPIROMETRY: THE STRESSING TEST OF THE LUNG?</i>	20
<i>AN ACT THAT DOES NOT LEAVE YOU INDIFFERENT</i>	20
<i>TECHNICAL GESTURES: MISSED ACTS?</i>	20
<i>FORCES ET LIMITS</i>	21
<i>PERSPECTIVES</i>	22
BIBLIOGRAPHY:	23
ANNEXES:	27
<i>APPENDIX 1: TABLE OF PATIENT'S CHARACTERISTICS</i>	27
<i>ANNEXE 2 : STRUCTURE GLOBALE DU DEROULEMENT ENTRETIEN EXPLICITATION SELON P. VERMERSCH</i>	28
<i>ANNEXE 3 : LES DIFFERENTES PHASES D'UNE ANALYSE PHENOMENOLOGIQUE INTERPRETATIVE (33)</i>	29
<i>ANNEXE 4 : EXEMPLE D'ANALYSE DE L'ENTRETIEN 1 ET 9</i>	30
<i>ANNEXE 5 : ENTRETIEN PATIENT 3</i>	32
<i>ANNEXE 6 : FICHE DE PRÉSENTATION ÉTUDE POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES</i>	39
<i>ANNEXE 7 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PARTICIPANTS</i>	41
<i>ANNEXE 8 : AVIS COMITÉ ÉTHIQUE</i>	43
<i>ANNEXE 9 : DÉCLARATION CNIL</i>	44

INTRODUCTION

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a respiratory disease that affects people who are exposed to smoking in 90% of cases. The prevalence in France is 3.5 million people and the annual mortality is 16,000 patients. COPD will be the 4th leading cause of death by 2030 (1). This pathology generates a social cost of €3.5 billion per year (2). It has become one of the public health priority topics in 2018 (3).

The evolution of COPD is slow and insidious, with a gradual reduction in physical activity and the beginning of a spiral of physical and psychosocial deconditioning that alters the quality of life (4).

Patients then present psychic and emotional disorders and develop strategies of “coping” and denial. This strategy allows them to adapt to their capacities, but also represent obstacles to the emergence of an awareness of their state of health (5)(6)(7). The approach of the experience of the COPD patients suggests a temporal organization. The beginning of the disease only occurs if the symptoms experienced make sense to the patient and alter their self-image (8)(9)(10). This appropriation of the disease is the first step in the overall management of the patient (11). The care should focus on “empowerment” which use is associated with a decrease of exacerbations, a better adherence and a better quality of life (12)(13)(14).

The use of spirometry allows the diagnosis of COPD. An early management limits the number of exacerbations compared to the undiagnosed patient (15)(16). Diagnosis at early stage of the disease by the use of spirometry is therefore justified in primary care (17)(18)(19). The viability of spirometry has been shown in primary care for the diagnosis of COPD (20)(21). The use of spirometry in primary care is low and is mainly due to the clinician's motivation (22)(23)(24). Performing a spirometry requires patient involvement. This active participation could be an opportunity to empower the patient about his disease. The objective of this study was to determine whether spirometry associated with the announcement, allowed the emergence of an awareness of the patients on their state of health and if they appropriated the disease.

METHODOLOGY

Exploration of the experience

The interview method chosen was that of a phenomenological approach by explicitation interview (EI). This method of non-inductive open interview validated in qualitative research allows to explore the experience of an identifiable reference event in time and space (25)(26). This technique makes it possible to pass from the pre-reflected consciousness (implicit) to the thoughtful consciousness (explicit) of a lived event (27).

Researchers have been trained in this specific interview method and respected validity criteria developed by P.Vermersch as contextualization, evocation, incarnate words, decrease in the flow of speech, questions and specific raise questions (28).

By its phenomenological approach, explicitation interview method has already shown its interest in verbalizing events commonly encountered in primary care, such as painful crisis in chronic diseases (29).

Contributors

The inclusion criterion was the following: a patient who had been diagnosed with smoking COPD in the year, by spirometry and by their attending physician. The exclusion criteria were the presence of a history of asthma or advanced heart failure. Patients were recruited by the snowball effect in several rural or semi-rural general practitioners' offices in a center or France, practicing spirometry in their current activity. The phenomenological approach of the phenomenological explanatory interview approach is not intended to saturate data but understanding and searching a meaning related to an event. It has been decided to interview 10 patients (this number is frequently found in phenomenological studies (30)) with a search for homogeneity of the sample.

Data collection

Interviews were recorded, then entirely transcribed, and anonymous. The course of the interview is given in *Appendix 2*. The data were then grouped according to three categories (cognitive, perception and feeling) previously chosen in relation to the objective and according to the description criteria of the experience in the phenomenological literature (31)(32).

The results were ordered chronologically according to three-time sequences: before spirometry (T1), the realization of spirometry (T2) and the announcement of the results (T3). This temporal division brings out the evolution of the experience during the consultation.

Analysis

An interpretative phenomenological analysis was carried out respecting the steps of this method of analysis described by the literature (30)(33)(34) (*Appendix 3*). Data triangulation was ensured by the participation of four researchers, two general practionner, one physiotherapist and a one life story analysis specialist. “A priori” distance was conducted by the investigators before starting the analysis. The initial experiential tagging and then the conceptualization of the emergent categories made it possible to reach a conceptualization of the investigated experiences

Ethical considerations

All participants signed an informed consent and all records were destroyed after transcription. The Central Ethics Reflection Committee gave a favorable opinion on the conduct of this study (Project No. 2017 047). A statement to the National Commission for Computing and Freedom was made under No. 2057086v0.

RESULTS

10 patients were included. They were all recruited from physician who work in rural or semi-rural multidisciplinary health structure. A total of 6 men and 4 women were included. The average age was 59 years old. Average smoking was 25.9 pack year with only 3 patients former smoker. The average FEV1 was 62%. The characteristics of the patients are described in *Table 1*. The interviews lasted between 20 and 37 minutes and took place between July 2017 and June 2018.

Spirometry: "An unexpected journey"

Spirometry seemed to be experienced as a journey by patients. As if they were embarking on an unknown experiment seeking explanations for their daily breathing difficulties: « *there's a moment you have to put ... well ... dot the i's and cross the t's, and uh still see what happens what, so there's ... we go* » (E1) « *...after all, we never know what lies in store for us, so obviously, so we look everywhere but ... it's my doctor I'm confident ...* » (E7).

The patients reported an apprehension to breathe and to discover the results: « *we know but we do not want to know, we have good doubts* » (E1) « *Then suddenly I was said "ok we will make you blow you in the device"* » (E1) « *... In fact it is, it's super scary...!* » « *... well... I say to myself I hope it's okay... what... I'm not going to be too sick...* » (E9) « *Well, I'm starting to stress* » (E10).

Discovering the device is an unusual and an unprecedented experience for patients: « *"... I was not used to doing... this... these tests... it's... good"* » (E3) « *... because I did not know that stuff...* » (E8).

Anxious reactions were expressed in the face of this unknown test: « *I have the throbbing at 150* » (E1) « *I had the feeling that everything was contracted* » (E1) « *Well there I am... well after a few sweats* » (E10).

The lexical field is varied to name this novelty and to describe the spirometer « *... it is a tool* » (E3) « *well I tell you it makes me blow in the knock-off...* » (E4) « *Well then I blow again in the stuff* » (E4) « *... I call it a toy... precisely who are made to do the test...* » (E8) « *... which just allows to blow in... in the trumpet...* » (E8).

The various perceptions and feelings of the test result show that this is not a trivial act but an unusual experience: « *... this crap that drove me drooling* » (E8) « *it makes me cough like a rat...* » (E4) « *... well it's too big for me* » (E4) « *I felt like there wasn't strength in the device* » (E2) « *It hurts my head to have blown like that...* » (E5) « *I feel dizzy* » (E7).

Patients wanted to do their best and were involved in this atypical act. Sometimes there was a desire or an anxiety of performance : « *I tried to blow in and hold as long as possible...* » (E2) « *... well, I think I've made it* » (E5) « *I have no more air in the ... in the lungs* » (E6) « *I'm empty* » (E3) « *... I blow until I feel I can't breathe anymore* » (E3) « *I feel like I'm not efficient when I'm blowing* » (E2) « *As long as I'm in... and the results are good, that's fine* » (E5)

The announcement of the results: the sentence of the condemned

The announcement of the results can be experienced as a grieving process. We find the classic stages of the announcement of bad news like the shock of the announcement «... *I tell myself it was not good news...* » (E3) sadness «... *guilt, sadness,* » (E1), acceptance « *there's a kind... of... I mean... resilience* » (E1) « *Well, I tell you abjectness, sadness* » (E1) and denial « *For me it's not suitable ... I mean the system not the device... the system... then I say... he's kidding with me or what?! (laught)* » (E8) « *I take it for a joke* » (E5) and cognitive saturation: « *I was glad when it ended, I think I had enough for that day, I've heard enough...* » (E1).

The results could be experienced as a deadly image: «... *it is like a sentence of the condemned* » (E1) «... *I'm sinking...* » (E1) « *(tears) ... but there is also this side... this mortifying side* » (E1) «... *Well, I was expecting this diagnosis* » (E7).

Spirometry allows to emerge patients' representations of the disease and their smoking habits, sometimes with a feeling of shame: « *I'm afraid that... I'll have cancer* » (E10) « *Well it breaks my heart... I have a friend who died of that ... because of the cigarette... a heart attack* » (E6) «... *I someone tells you that you're weak... it's a little bit embarrassing* » (E2). Irreversibility of the test motivated a request for explanations of the results: «... *well I think... I was expecting more explanations...* » (E7).

Break: a before and after spirometry

The experience of the patients is evolving during the course of the test. At first, participants feel serenity or emotional anesthesia that's contrast with contemplative or interrogative elements following the spirometry:

«... *you know, there's nothing that surprises me... {-} ... well we have to see ... (laughs)"*» (E2)
«... *I felt good with my lungs... {-} Well, I tell myself that... I lost my breath... {-} ... Well, I think I have been smoking too much* » (E9)
« *Well I feel nothing at all... I'm not stressed I'm not anxious... {-} There I am... well a few sweats, my stomach is going into knots and I say to myself anyway, this is happening to me... well what are we going to find me...* » (E10).

A "reflection" effect of the patient's state of health appears in the course of spirometry – and patients' own limitations appear too: « *By the finding that I had trouble to... to expel a lot of air*» (E3) «... *I understand it... since I... I felt it...* » (E3) « *I'm not surprised...* » (E7) « *It affects your person*» (E1) «... *well that... the inside of it... makes a noise...* » (E9) « *Well, I say to myself... I've lost my breath* » (E9) «... *well, it's when I heard my lungs that ... that I knew I did not blow well* » (E9).

Patients imagined what their health could be in the future: «... *now, I look to the future* » (E1) « *Well... I feel like I'm starting to realize* » (E10). This shows an awareness and a cognitive and emotional interest in their state of health: « *Well at the end of consultation...*

the rest was much less important for me... » (E3) «... well I tell myself that I smoke too much » (E9).

The consultation could even in some patients allows an appropriation of the disease: « ... you know, when you have to go to the war... well, it's a bit similar » (E1) « but my COPD supports me » (E1) « I tell myself she's right » (E6).

Spirometry allows the expression for some patients of a desire or the intention to change: « "... Well, I'm thinking about stop smoking... » (E6) «... Well, I'm thinking... I'm going to try to diminish... » (E9) « And that's where I think I should try to quit » (E10).

For others the illumination of ambivalence following spirometry allows to initiate a first approach for smoking cessation: « Well, I do not want to stop smoking... {-} ... decrease but not stop... because I'm... I'm not... I'm not addicted to cigarettes yet... I don't get up in the morning with cigarettes ... for example, this morning I still have not smoked a cigarette... » (E9).

The interview following the realization of spirometry also makes it possible to give meaning to the patients' experience. « ... he tells me it's a... it's a chronic bronchitis » (E9) « He concludes that I do not have asthma » (...) « it somehow reassures me » (E3) « ... I felt a little improvement with his medication... so what happens to me is that well... that reassures me a little bit » (E3).

DISCUSSION:

Spirometry: The stressing test of the lung?

This original study has highlighted that there are cognitive, perceptual and emotional elements in favor of an awareness of their state of health and appropriation of the disease of COPD patients following spirometry performed in primary care. This is the first step in the management of the patient: entering the care path. Beyond the diagnostic interest and the announcement of the results, the time of spirometry, on the part of its participative nature, allows the patient to become a health actor and to confront his own state of health and his limits like the cardiological stress test. This patient-centric approach to phenomenological dynamics reinforces the place of spirometry in primary care.

An act that does not leave you indifferent

The barriers to the use of primary care spirometry have been widely described in the literature, although its use improves early diagnosis (19). The phenomenological approach allows a better understanding of the experience of patients during COPD. Phenomenological studies suggest that COPD is a complex, systemic disease involving physical, social, psychological and emotional components where the patient limits his activities to his abilities and continuously adapts to his respiratory status day by day (35)(36)(37). This break with the previous state and recognition of their own limitations in relation to symptoms requires patients to deal with the disease (36)(38). According to literature, this work of acceptance is similar to a grieving process, with similar stages as the model described by Kubler Ross that we find in our study (39). Although no publication has looked at the experience of spirometry, our results seem to be consistent with the life history of a COPD patient where spirometry could be a factor in this breakthrough. Concerning the announcement of the disease, our results are similar to those of a review of the literature (40).

Technical gestures: Missed acts?

The interest of a phenomenological approach makes it possible to put into perspective a new way of taking care by integrating the subjective experience of the disease: it is the concept of "illness". Primary care studies of pain phenomena, vaccination, the experience and management of a chronic illness provide insights into the health expectations, representations and behaviors of patients' illness (41)(42)(43). When we explore the experience of a technical act, a study on male infertility has shown that beyond the effectiveness of the gesture, patients considered more the attitude of the team and the personal attention made to them (44). These results highlight all the fields involved in the experience of a technical act.

Studies on a phenomenological approach have to be conducted on the exploration of the experience of technical acts performed in primary care. This work will highlight the unexpected ability of current actions to emerge an appropriation of the disease by patients. The application of EI as a method of interview has been used in the fields of psychiatry, pedagogy, neuroscience but not that much in primary care (26). A thesis work using EI to explore the experiences of patients performing self-sampling vaginal for screening for cervical cancer (45). These results showed a strengthening of empowerment and better adherence to the gynecological monitoring of women, highlighting the unexpected virtue of this act. To our knowledge, no such study on spirometry or COPD has been conducted to date.

Our original choice of combining a phenomenological analysis and a specific interview technique to the exploration of a subjective experience makes it possible to identify what does spirometry mean to patients. This approach reinforces the role of spirometry in the overall care of the patient without reducing it to a purely technical act.

Forces and limits

The usual scientific criteria for qualitative research have been respected: credibility, transferability, reliability, internal consistency (46). A work of putting in suspension theoretical knowledge, a priori and the expected answers was carried out on the part of the researchers and a will to be surprised by the results were respected. Data triangulation allowed the improvement of the reflexivity of the analysis.

The use of EI led to a speech of the real-life experience that's decrease the risk of sociability bias and increase the internal consistency.

The choice of an interpretative phenomenological analysis, although validated in qualitative research, can be a source of limit (33). The subjectivity claimed by the analyst who is fully engaged in the interpretation of the data in relation to the research objective can lead to representations and productions that are specific to him, perhaps less faithful to the genuine experience of the patient. The participation of a researcher used to manage respiratory diseases and an experienced researcher with the use of this analysis technique made it possible to limit bias of subjectivity.

Despite the homogeneity of our sample, our results are to be balance with patients with affective anesthesia and a limited cognitive interest in their state of health, for which we did not observe any evidence in favor of an awareness of their state of health and their illness.

These patients were not yet ready for change and still in the denial stage without appropriation of the disease and probably blocked by other defense mechanisms.

The use of the EI implies a choice of level of description of the experience (called granularity) which is a function of the research object (26). Other elements involved in the experience of spirometry, such as the context of realization or the relationship with the health professional have not been explored.

Perspectives

The contribution of phenomenology in medical sciences broadens the concept of care by integrating the subjective experience of the disease. Its use in the exploration of the experiences of patients with chronic diseases (diabetes, hypertension ...) or refusing some acts of prevention (Hemocult, mammograms, CVF...) encountered in primary care could help to emerge the determinants of observed health behaviors.

The use of EI in a perspective of provoked awareness could also be studied in current practice.

BIBLIOGRAPHY:

1. Mathers CD, Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. Samet J, éditeur. PLoS Med. 28 nov 2006;3(11):e442.
2. Le programme d'actions en faveur de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) : « connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO ». Rev Mal Respir. juin 2006;23:4.
3. Ministère des Solidarités et de Santé. La stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. 2017 déc. Disponible sur: https://issuu.com/ministere-solidarite/docs/dossier_sns_2017_vdefpost-consult
4. Perez T, Serrier P, Pribil C, Mahdad A. BPCO et qualité de vie : impact de la maladie en médecine générale en France. Rev Mal Respir. janv 2013;30(1):22-32.
5. Jagana R, Bartter T, Joshi M. Delay in diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease: reasons and solutions. Curr Opin Pulm Med. mars 2015;21(2):121-6.
6. Fraser DD, Kee CC, Minick P. Living with chronic obstructive pulmonary disease: insiders' perspectives. J Adv Nurs. sept 2006;55(5):550-8.
7. Scharloo M, Kaptein AA, Weinman JA, Willems LNA, Rooijmans HGM. Physical and Psychological Correlates of Functioning in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. J Asthma. janv 2000;37(1):17-29.
8. Lindgren S, Storli SL, Wiklund-Gustin L. Living in negotiation: patients' experiences of being in the diagnostic process of COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. mai 2014;441.
9. Arne M, Emtner M, Janson S, Wilde-Larsson B. COPD patients' perspectives at the time of diagnosis: a qualitative study. Prim Care Respir J. 8 août 2007;16(4):215-21.
10. Lise Monneraud, Patrick Brochard, Chantal Raherison, Bruno Housset et Pascal Andujar, « Comment fait-on avec la BPCO ? », Anthropologie & Santé [En ligne], 14 | 2017, mis en ligne le 27 avril 2017.
11. Bourbeau J, Bartlett SJ. Patient adherence in COPD. Thorax. 1 sept 2008;63(9):831-8.
12. Bourbeau J, Julien M, Maltais F, Rouleau M, Beaupre A, Begin R, et al. Reduction of Hospital Utilization in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. ARCH INTERN MED. 2003;163:7.
13. Korpershoek Y, Bruins Slot J, Effing T, Schuurmans M, Trappenburg J. Self-management behaviors to reduce exacerbation impact in COPD patients: a Delphi study. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. sept 2017;Volume 12:2735-46.

14. Cannon D, Buys N, Sriram KB, Sharma S, Morris N, Sun J. The effects of chronic obstructive pulmonary disease self-management interventions on improvement of quality of life in COPD patients: A meta-analysis. *Respir Med.* déc 2016;121:81-90.
15. Labonté LE, Tan WC, Li PZ, Mancino P, Aaron SD, Benedetti A, et al. Undiagnosed Chronic Obstructive Pulmonary Disease Contributes to the Burden of Health Care Use. Data from the CanCOLD Study. *Am J Respir Crit Care Med.* août 2016;194(3):285-98.
16. Gershon A, Mecredy G, Croxford R, To T, Stanbrook MB, Aaron SD. Outcomes of patients with chronic obstructive pulmonary disease diagnosed with or without pulmonary function testing. *Can Med Assoc J.* 10 avr 2017;189(14):E530-8.
17. Welte T, Vogelmeier C, Papi A. COPD: early diagnosis and treatment to slow disease progression. *Int J Clin Pract.* mars 2015;69(3):336-49.
18. Ulrik CS, Løkke A, Dahl R, Dollerup J, Hansen G, Cording PH, et al. Early detection of COPD in general practice. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* :5.
19. Buffels J, Degryse J, Heyrman J, Decramer M. Office Spirometry Significantly Improves Early Detection of COPD in General Practice. *Chest.* avr 2004;125(4):1394-9.
20. Bouharaoua S, Combe-Cayla P, Rakotonirina S, Leymarie M, Pignier C, Dupuis M, et al. Spirométrie et repérage précoce de la BPCO en médecine générale. Retour d'expérience d'une étude de faisabilité en zone semi-rurale. *Rev Mal Respir.* nov 2017;34(9):1037-9.
21. Bunge L, Baruch D, Plantier L, Mazars T, Roche N, Izadifar A. Étude de faisabilité de la spirométrie en médecine générale. *Rev Mal Respir.* mars 2018;35(3):238-48.
22. Chambellan A, Housset B. Dépistage et diagnostic précoce de la BPCO en médecine générale. *Rev Mal Respir.* mai 2014;31(5):391-3.
23. Darmon D, Roche N, Ghasarossian C, Stach B, Cittée J, Housset B. Détection de la BPCO en médecine générale : quelle perspective ? *Rev Mal Respir.* févr 2015;32(2):94-6.
24. Joo MJ, Sharp LK, Au DH, Lee TA, Fitzgibbon ML. Use of Spirometry in the Diagnosis of COPD: A Qualitative Study in Primary Care. *COPD J Chronic Obstr Pulm Dis.* août 2013;10(4):444-9.
25. NICOULAUD-FRANCHI JA, BALZANI C, VION-DURY J. L'entretien en « explicitation » en médecine : pour explorer les vécus subjectifs. *Med Rev UNAFORMEC.* 2012;8(8):363-7.
26. Balzani C, Micoulaud-Franchi J-A, Yunez N, Fagot A, Mariaud A-S, Chen CY, et al. L'accès aux vécus pré-réflexifs. Quelles perspectives pour la médecine en général et la psychiatrie en particulier ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* mars 2013;171(2):118-27.
27. Vermesch P. L'entretien d'explicitation. ESF; 2017.
28. VERMERSCH P. Aide à l'explicitation et retour réflexif. *Educ Perm.* sept 2004;(160):71-80.

29. Bourvis N, Vion-Dury J. Phénoménologie expérientielle de l'algie vasculaire de la face (AVF). *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* mars 2017;175(3):247-52.
30. Antoine P, Smith JA. Saisir l'expérience : présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie. *Psychol Fr.* déc 2017;62(4):373-85.
31. Petitmengin C. L'énaction comme expérience vécue. *Intellectica.* 2006;85-92.
32. Petitmengin C, Bitbol M. The Validity of First-Person Descriptions as Authenticity and Coherence. :42.
33. Smith JA. Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qual Res Psychol.* 1 janv 2004;1(1):39-54.
34. Restivo L, Julian-Reynier C, Apostolidis T. Pratiquer l'analyse interprétative phénoménologique : intérêts et illustration dans le cadre de l'enquête psychosociale par entretiens de recherche. *Prat Psychol [Internet].* févr 2018 [cité 9 nov 2018]; Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1269176317300925>
35. Jonsdottir, H. (1998). Life Patterns of People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Isolation and Being Closed in. *Nursing Science Quarterly*, 11(4), 160–166. <https://doi.org/10.1177/089431849801100408>.
36. Bragadottir GH, Halldorsdottir BS, Ingadottir TS, Jonsdottir H. Patients and families realising their future with chronic obstructive pulmonary disease-A qualitative study. *J Clin Nurs.* janv 2018;27(1-2):57-64.
37. Pooler C. Living With Chronic Lower Pulmonary Disease: Disruptions of the Embodied Phenomenological Self. *Glob Qual Nurs Res.* 8 mai 2014;1:233339361454876.
38. Genoe MR, Zimmer C. "At First I Couldn't Catch My Breath": Process and Strategies for Managing Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Int J Aging Hum Dev.* mars 2018;86(2):191-214.
39. Boer LM, Daudey L, Peters JB, Molema J, Prins JB, Vercoulen JH. Assessing the Stages of the Grieving Process in Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): Validation of the Acceptance of Disease and Impairments Questionnaire (ADIQ). *Int J Behav Med.* juin 2014;21(3):561-70.
40. Giacomini M, DeJean D, Simeonov D, Smith A. Experiences of Living and Dying With COPD: A Systematic Review and Synthesis of the Qualitative Empirical Literature. 2012;12(13):47.
41. Lee PA, Greenfield G, Pappas Y. Patients' perception of using telehealth for type 2 diabetes management: a phenomenological study. *BMC Health Serv Res [Internet].* déc 2018 [cité 18 nov 2018];18(1). Disponible sur: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3353-x>

42. Gocko X, Mourgues J, Bally J, Plotton C. Patients douloureux chroniques. *Exercer*. 2017;28(136):340.
43. Amouyal M, Vallart M. Que pensent les parents de la vaccination ? Une étude qualitative.
44. Dancet EAF, Spiessens C, Blocquiaux L, Sermeus W, Vanderschueren D, D'Hooghe TM. Testicular biopsy before ART: the patients' perspective on the quality of care. *Hum Reprod*. déc 2010;25(12):3072-82.
45. Zerib A. Analyse de l'expérience vécue et des processus de décision de femmes impliquées dans une campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus par auto-prélèvement vaginal en Indre-et-Loire [Internet]. [FRANCE]: TOURS; 2017. Disponible sur: http://memoires.scd.univ-tours.fr/index.php?fichier=Medecine/Theses/2017_Medecine_ZerbibAnais.pdf
46. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Prat Psychol*. mars 2004;10(1):79-86.

ANNEXES:

Appendix 1: Table of patient's characteristics

Interview/Duration	Sexe/Age	Smocking status(PY)/FEV1	Medical history	Current treatment	Profession
1 – 37 min	F – 54 yo	Former (34) - 35	Rheumatoid Polyarthritits, High Blood pressrure	SALAZOPYRINE, TRIATEC	Nurse
2 – 30 min 10 s	M – 64 yo	Current (20) - 65	Myocardial infarction Colorectal cancer Viral hepatatis	KARDEGIC, BISOPROLOL, RAMIPRIL DELURSAN ATORVASTATINE	Railroad retired
3 – 32 min	M – 68 yo	Former (25) – 60	HTA	APROVEL, ULTIBRO	Engineer retired
4 – 32 min 45 s	M – 76 yo	Current (40) – 65	Rhinite, Varices, Basocellular carcinoma	SPIRIVA, NASONEX	Engineer retired
5 – 29 min 26 s	F – 52 yo	Former (10) – 85	High blood pressure	NISIS, SPIRIVA	Quality controller
6 – 22 min 47 s	M – 62 yo	Current (20) – 75	HTA, AVC	RAMIPRIL, ULTIBRO, KARDEGIC, TAHOR	Non worker, disable adult
7 – 20 min 48 s	F – 48 yo	Current (30) – 50	Gastro-esophageal reflux	FLIXOTIDE, SPIRIVA, PARIET	Secretary
8 – 20 min 38 s	M – 68 yo	Current (40) – 50	High blood pressure, Coronary artery bypass	KARDEGIC, RAMIPRIL, NEBIVOLOL, SIMVASTATINE, TRANXENE	Insurance agent retired
9 – 26 min 10 s	F – 58 yo	Current (20) – 70	Depressive Syndrome	SERETIDE, VENTOLINE, ZOLOFT, TEMESTA	Maintenance agent
10 – 21 min	M – 40 yo	Current (20) – 65	Null	VENTOLINE	Carpenter

Annexe 2 : Structure globale du déroulement entretien explicitation selon P. Vermersch

-**Contextualisation** de l'évènement vécu à explorer : L'interviewer et l'interviewé s'accordent sur l'évènement du vécu, identifiable dans le temps et dans l'espace avec un début et une fin.

-**Établissement d'un contrat de communication** : L'interviewé doit donner son accord pour évoquer l'évènement de référence afin de ne pas induire une « intrusion » mais une verbalisation spontanée. L'entretien débute par une phrase d'accroche de type : « *Mr ou Mme...je vous propose si vous en êtes d'accord, de laisser revenir un moment de...* »

-**Initialisation** : Début de l'entretien, mise en confiance et balayage temporel du vécu.

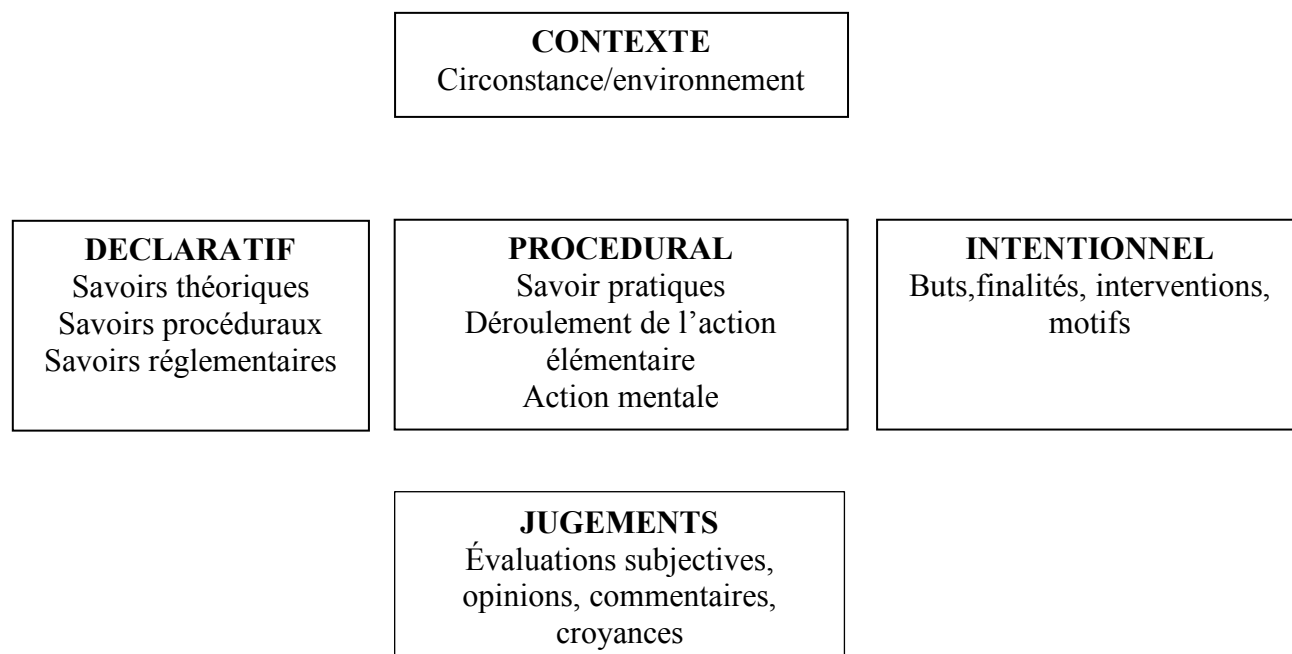
-**Guidage vers la verbalisation de l'évènement et la position de parole incarnée** : Le sujet doit être dans l'évocation, c'est-à-dire la verbalisation authentique de son vécu. L'interviewer vérifie la présence des indicateurs habituels de l'évocation : ralentissement de la vitesse d'élocution, baisse de tonalité, fuite du regard, langage plus sensoriel, langage corporel avec gestes d'accompagnement, utilisation du présent au lieu du passé...

-**Identification des informations satellites de l'action** : Description ci-dessous du recueil d'information par l'entretien d'explicitation.

-**Focaliser** : L'interviewer recentre ses questions sur un point du vécu particulier.

-**Élucider** : L'interviewer affine son questionnement et ses relances en évitant d'utiliser le « pourquoi » pour guider la verbalisation d'une information pertinente et obtenir un niveau de description conforme avec l'objectif de recherche.

-**Réguler** : L'interviewer veille à ce que le sujet reste en évocation, régule ses échanges, ralentit la vitesse d'élocution.



Le système des informations satellites de l'action

Annexe 3 : Les différentes phases d'une analyse phénoménologique interprétative (33)

ETAPES	OBJECTIFS
Étape 1 : écoute, lecture et relecture de l'entretien	Immersion dans les données et entrée dans le monde du participant (démarche compréhensive)
Étape 2 : annotations initiales	Production d'un ensemble de notes et de commentaires compréhensifs et détaillés sur les données en considérant le contenu sémantique du discours ainsi que le langage utilisé par le participant
Étape 3 : développement de thèmes émergents	Production de thèmes reflétant à la fois le discours du participant et la démarche d'interprétation active de l'analyste
Étape 4 : recherche de liens entre les thèmes émergents	Production d'une structure capable de rendre compte des aspects les plus intéressants et importants du récit du participant en regroupant et mettant en liens les thèmes produits lors de l'étape précédente
Étape 5 et 6 : passage au cas suivant et recherche de liens entre les entretiens	Application des étapes 1 à 4 sur un nouvel entretien puis recherche des liens entre les différents entretiens sélectionnés pour l'analyse

Annexe 4 : Exemple d'analyse de l'entretien 1 et 9

Analyse entretien 1

	T1	T2	T3
COGNITION	<p>-P6 = contexte de la consultation « Bronchites à répétition »</p> <p>-P10 = Une recherche de sens aux maux / demande d'explication</p> <p>-P10-P16-P54 = Une appréhension des résultats/(pas tricher) =peur de se confronter aux résultats</p> <p>-P17-P26 =abord de la maladie fonction des représentation/Déformation professionnelle</p>	<p>-P65 = envie de performance</p>	<p>-P26-P37-P42-P92-94= réflexion de l'état de santé/projection future/prise de conscience de l'état corporel /appropriation de la maladie</p> <p>-P28 -P32-P42-P43 = le choc de l'annonce/le couperet qui tombe la sentence du condamné</p> <p>-P30- = remords/culpabilité /deuil ?</p> <p>-P36 = acceptation (appropriation ?)</p> <p>-P39-P59= besoin de poser un diagnostic</p> <p>-P84 = émotion de l'annonce qui renvoie à une image mortifère /blessé dans sa personne</p> <p>-P86 = saturation cognitive</p> <p>-P88 = confiance /réassurance d'avoir été diagnostiquée</p>
PERCEPTION	<p>-P9 = soulagement de mettre un mot sur le vécu</p> <p>-P15-P56 = angoisse des résultats possible</p>		<p>-P30-P42 = tristesse</p> <p>-P37 = peur des conséquences du tabac (projection)</p> <p>-P78 = le cerveau qui fuse à l'issue des résultats</p>
RESSENTI	<p>-P18-P59 = Tachycardie</p>	<p>-P64-65 = blocage à l'inspiration</p>	<p>-P61-P62 = contraction corporelle du stress</p> <p>-P84 = pleurs</p>

Analyse entretien 9

	T1	T2	T3
COGNITION	<p>P25 = découverte de l'appareil = machin /champs lexical</p> <p>P95 = appréhension pré test</p>	<p>P61-P63-P110 = désir de performance</p>	<p>P53-P85 = perte de souffle / réfléchissement de l'état de santé</p> <p>P54-P55-P69 = prise de conscience de l'état de santé et de la nécessité de changement</p> <p>P57-P71 = ambivalence</p> <p>P68 = annonce des résultats / nomme la maladie et les symptômes</p> <p>P72-P84 = début intentionnalité de changement</p> <p>P73 = déni de l'effet du tabac</p>
PERCEPTION		<p>P45 = perception d'être au bout</p> <p>P114-P115 = embout trop gros-gros débit /il ne s'agit pas d'un acte anodin</p>	
RESSENTI	<p>P90-P96 = bon ressenti corporel en pré test / sérénité</p>	<p>P33-P105 = contact neutre de l'embout</p> <p>P41 = souffle doucement/ découverte</p> <p>P42-P45-P113 = plus de souffle/performance</p> <p>P43 = perte de souffle</p> <p>P44 = souffle inconfortable</p>	

Annexe 5 : Entretien patient 3

I1 : Donc Monsieur B si vous en êtes d'accord, je vous propose de revenir sur un moment de cette consultation, de prendre le temps de laisser revenir un des moments de cette consultation avec Mr L... dès que vous avez ce moment vous pouvez y aller... mais prenez le temps de bien se revenir... cette consultation avec Mr L

P1 : oui c'est dommage ça fait un peu loin...

I2 : vous y êtes ?

P2 : oui oui ça devrait aller oui...

I3 : Allez-y...

P3 : Donc que j'ai eu cette consultation après plusieurs fois de rechute ou de petit coup de froid répétitif donc j'en été arrivé à venir voir le docteur je montais mon sous-sol et j'arrivais en haut tout essoufflé et j'avais besoin de reprendre mon souffle...

I4 : Ok et elle a eu lieu quand cette consultation ?

P4 : ... Euh au mois de janvier de cette année.

I5 : Et c'était quel jour ?

P5 : Environ vers le 15 - 20 janvier.

I6 : Ok donc là vous avez cette consultation avec Mr L qu'est-ce qui se passe à ce moment-là ?

P6 : Ben il m'a un petit peu disputé parce que je ne suis pas venu assez vite mais pensant comme d'habitude que je m'en sortirai et là je voyais que ça durait ça durait donc je suis venu pour ça parce que je n'arrivais pas à reprendre mon souffle... je marchais un petit peu et puis j'étais essoufflé tout ça je n'arrivais pas à reprendre mon souffle.

I7 : Ok donc là vous consultez Monsieur L à l'issue de cet épisode et vous arrivez à la consultation et qu'est-ce qui se passe à ce moment-là ?

P7 : Ben ce qui se passe c'est qu'il commence à faire le dépistage... si c'était asthmatique et puis... ou dû aux bronches enfin tout ça c'est un peu lié... mais dû aux bronches et il me fait le test avec un médicament... dont je ne vais pas arriver à dire... le truc que comment... euh... pour les asthmatiques il s'est avéré que moi ce n'était pas ça et suite à ça il m'a fait souffler dans son appareil en même temps...

I8 : Ok on va revenir si vous avez d'accord au moment du début de la consultation vous êtes situé où à ce moment-là ?

P8 : Je suis dans son bureau...

I9 : D'accord donc vous êtes situé face à Mr L ?

P9 : Oui... comme là (montre sa position) moi je suis à votre place...

I10 : Et qu'est-ce qui se passe ensuite ?

P10 : Et ben après ce qu'il se passe c'est que... pour prendre mon souffle il installe un petit appareil sur son téléphone et puis je me mets au bout de son bureau puisqu'il y a de la place par là et puis...

I11 : Et qu'est-ce que vous faites à ce moment-là ?

P11 : Ah bah moi je suis ses conseils... je suis ses conseils de bien respirer du plus que je peux j'expire le plus que je peux et après je fais plusieurs fois et après il me fait souffler dans son appareil.

I12 : Ok et vous prêtez attention à quoi à ce moment-là ?

P12 : Je me concentre pour souffler le plus possible... parce que ce n'est pas évident...

I13 : Et quand vous dites que vous vous concentrez qu'est-ce que vous faites à ce moment-là ?

P13 : Et bien dans mon esprit je me dis qu'il faut que j'inspire le plus possible et que j'expire le plus possible... que je peux... enfin que je pouvais...

I14 : Et quand vous inspirez qu'est-ce qu'il se passe à ce moment-là ?

P14 : ... quand j'expire ?

I15 : Quand vous inspirez...

P15 : Ben j'inspire et puis je marque un petit temps d'arrêt... et puis après bah... à son appel il me d'y aller...

I16 : Et quand vous inspirez qu'est-ce qu'il se passe à ce moment-là ?

P16 : Pour moi rien de particulier... rien de particulier par rapport à l'avant...je n'ai rien remarqué...

I17 : Donc là vous inspirez, vous marquez un petit temps d'arrêt...

P17 : ... afin que lui il me dise d'y aller le plus...

I18 : Et vous expirez à ce moment-là...

P18 : Voilà j'expire et puis je vide les poumons le plus possible.

I19 : Ok et à quoi vous prêtez attention à ce moment-là... au moment où vous expirez?

P19 : ... ben un peu aux résultats

I20 : Et quand vous dites résultats qu'est-ce qui se passe à ce moment-là ?

P20 : Pour moi je faisais tout ce que je pouvais pour... pour expirer... vider l'air que j'avais emmagasiné... donc bon euh... c'est... je souffle je souffle mais arrive un moment donné où j'arrive plus à... j'arrive plus à souffler.

I21 : Et quand vous...

P21 : Pour moi je suis vide.

I22 : Et quand vous n'arrivez plus souffler, qu'est-ce que vous vous dites ?

P22 : Je me dis ben... on regarde ce qui se passe.

I23 : Ok donc là vous avez inspiré, marqué un temps d'arrêt et expiré le plus possible et qu'est ce qui se passe ensuite ?

P23 : ... pour moi... euh pas vraiment de chose importante après une fois que je me suis vidé d'air je cherche à le reprendre.

I24 : Ok donc là vous avez inspiré et expiré vous reprenez votre respiration qu'est-ce que vous faites ensuite ?

P24 : ... ben après c'est... c'est le docteur qui me dit c'est pas très très important, vous manquez de capacité respiratoire.

I25 : Ok et quand il vous dit ça à quoi vous prêtez attention... qu'est ce qui se passe à ce moment-là ?

P25 : ... ben je me dis... oui... je prête pas forcément attention à quelque chose... mais je me dis ben oui ça ne m'étonne pas que je n'arrivais plus à faire mes activités normales.

I26 : Et quand vous dites que ça ne vous étonne pas qu'est-ce qui vous fait dire ça ?

P26 : Ben que je n'arrivais pas au quotidien... dès que je faisais un petit effort je n'arrivais pas à adapter ma respiration à l'effort que je faisais.

I27 : Ok donc là vous avez soufflé dans l'appareil Mr L vous annonce les résultats et qu'est-ce qu'il se passe ensuite ?

P27 : Alors pour voir, il voulait s'assurer si c'était de l'asthme, enfin dû à l'asthme ou uniquement les bronches donc il m'a fait faire injecter une... je trouve pas le nom... un médicament en vaporisateur... et normalement d'après lui si ça devait... si c'était de l'asthme... ça devait modifier le résultats donc j'ai re soufflé dans son appareil, inspiré et expiré et la lecture était la même.

I28 : Ok donc là il vous fait prendre le spray et qu'est ce vous faites à ce moment-là ?

P28 : Et bien au moment où je prends le spray donc il me fait inspirer, il m'injecte... non c'est moi qui le fait... je mets le spray en inspiration et après... après avoir bien inspiré je me remets sur son appareil pour expirer à travers son appareil.

I29 : Ok donc là vous avez inspiré le spray vous allez prendre l'appareil pour souffler et qu'est ce qui se passe à ce moment-là ?

P29 : Ben je sens un léger mieux mais... une petite meilleure facilité pour souffler.

I30 : Et quand vous dites qu'il y a un mieux qu'est-ce qui vous fait dire ça ?

P30 : Ben c'est une impression... parce qu'en capacité ça n'avait rien changé...

I31 : Ok donc là vous avez une impression de mieux avec le spray vous allez souffler et qu'est-ce que vous faites à ce moment-là ?

P31 : ... euh donc après avoir... euh... donc... soufflé... il me dit que... il me dit que c'est pas de l'asthme... enfin c'est pas dû à l'asthme donc là ben euh je me rappelle plus si j'ai un... s'il m'a fait injecter un produit ou... qui permette de dégager les bronches parce qu'il m'expliquait que les bronches étaient rétrécies.

I32 : D'accord et qu'est-ce que vous vous dites, vous à ce moment-là ?

P32 : Ben je me dis que ben oui... je me dis que c'était pas une bonne nouvelle...

I33 : D'accord et quand vous dites que ce n'était pas une bonne nouvelle qu'est-ce qui vous fait dire ça ?

P33 : Et ben par la constatation que j'avais du mal à... à expulser beaucoup d'air... l'intérieur ne se remplissait pas suffisamment...

I34 : Ok donc là vous avez inspiré et expiré avec le spray pour la deuxième fois et qu'est-ce qu'il se passe ensuite ?

P34 : ... bah à ce moment-là je ne me rappelle plus il m'a donné un médicament, c'est terrible ça... il m'a fait re souffler... il me semble et quand j'ai refait une expiration avec euh je pense que c'est un produit quand même et apparemment c'était un petit peu... la capacité avait un petit peu augmentée.

I35 : Ok et quand vous dites que la capacité a augmentée qu'est-ce qui vous fait dire ça ?

P35 : Ben c'est par son appareil...

I36 : Ok qu'est-ce qui vous dit à ce moment-là Monsieur L ?

P36 : ... eh bien il me dit... il me dit il va falloir que vous ayez un médicament pour améliorer la capacité des bronches à respirer enfin à insp... à laisser passer l'air...

I37 : Ok donc là il vous annonce après la troisième fois où vous soufflez que finalement ce n'est pas de l'asthme et qu'est ce qui se passe ensuite ?

P37 : Ben euh il se passe que bah... j'avais senti une petite amélioration avec son médicament... donc ce qui se passe pour moi c'est que ben... un petit... quelque part ça me rassure.

I38 : Ok et quand vous dites que ça vous rassure qu'est-ce qui vous fait dire que ça vous rassure ?

P38 : Ben ce qui me fait dire ça c'est... par le comment donc... par la meilleure facilité d'inspiration et d'expiration... parce que je sentais mes bronches qui me serraient... ça c'est pas facile pour moi à expliquer mais c'était un ressenti...

I39 : Ok donc là vous avez cette sensation d'amélioration avec le traitement et qu'est-ce qui se passe ensuite ?

P39 : ... ben ce qui se passe c'est qu'au niveau du traitement... au niveau de la consultation ça en reste là parce qu'il me prescrit se médicament donc euh bon après que j'ai pris... enfin que je prends tous les jours...

I40 : Ok donc là Mr L vous a fait souffler trois fois vous vous avez senti une amélioration avec le traitement il commence à vous faire l'ordonnance avec le traitement qu'est-ce qu'il se passe ensuite ?

P40 : Ben je dis... je dis... ben ce qu'il se passe pour moi je me dis que je vais le prendre parce qu'il fallait bien que j'arrive à respirer.

I41 : Et quand vous dites que vous allez le prendre qu'est-ce qui vous fait dire ça ?

P41 : Ben par le besoin de se sentir mieux à ce niveau-là et de pouvoir vivre à peu près normalement...

I42 : Ok donc va revenir si vous en êtes d'accord (oui de la tête) à la première fois où vous soufflez, vous êtes situé face à Mr L vers son appareil vous allez prendre l'appareil, qu'est-ce qui se passe à ce moment-là ?

P42 : Ben ce qui se passe donc...j'inspire...j'inspire comme...je suis un peu ses directives, j'inspire le plus possible bon je marque un petit temps et bon après il me dit prenez l'appareil et soufflez dedans...

I43 : Et quand vous soufflez à ce moment-là qu'est-ce qui se passe ?

P43 : Ben je souffle je souffle je jette tout ce que je peux...je souffle jusqu'à sentir que je ne peux plus rien souffler.

I44 : Et quand vous êtes à ce moment là où vous pouvez plus rien souffler qu'est-ce qu'il se passe ?

P44 : ... ah bah je repose l'appareil et je reprends mon souffle...je reprends l'air plus normalement disons...

I45 : Donc là vous avez soufflé cette première fois vous reprenez votre souffle qu'est-ce qu'il se passe ensuite ?

P45 : Ben ce qui se passe ensuite pour moi il me semble pas... pas grand-chose d'important disons que le rythme respiratoire... comme je suis assis j'ai pas besoin de beaucoup de demande d'air donc je reprends... je respire normalement... je reprends une respiration normale.

I46 : Ok donc là vous êtes situé toujours face à Mr L après ce premier épisode où vous soufflez, vous reprenez votre respiration et qu'est-ce qui se passe ensuite ?

P46 : ... alors ben c'est là qu'il intervient en me disant qu'on va essayer le produit que je retrouve pas le nom... euh... pourtant je le connais... donc il me dit...il m'explique qu'il va m'injecter ce produit et après finalement il me passe l'aérosol et c'est moi qui me fait l'injection en inspirant... en inspirant et après je... dès que j'ai bien fini d'inspirer il me fait... il me présente son appareil et me demande de souffler dedans.

I47 : Ok donc là vous allez souffler, comment est l'appareil ?

P47 : Alors l'appareil il est...c'est un ustensile qu'il adapte avec son... il me semble que c'est son téléphone portable...

I48 : Ok donc là vous allez prendre l'appareil vous allez souffler et qu'est-ce qui se passe à ce moment-là ?

P48 : Ben ce qui se passe c'est que j'entends le docteur qui me dit soufflez soufflez et moi je souffle je souffle tout ce que je peux.

I49 : Ok et qu'est-ce que vous faites à ce moment-là ?

P49 : ... je souffle je souffle je souffle toujours le plus possible ben au début c'est rapide mais après y'a plus beaucoup de débit c'est de l'air... de l'air atténué.

I50 : Ok donc là vous avez expiré vous allez finir ce deuxième épisode et qu'est-ce qu'il se passe ensuite ?

P50 : ... alors ensuite... bon c'était... il me dit avec... c'est la Ventoline le produit... donc il me dit avec ce produit vous n'avez pas d'asthme... il en conclut que je n'ai pas d'asthme.

I51 : Et quand il dit que vous n'avez pas d'asthme qu'est-ce qu'il se passe à ce moment-là ?

P51 : ... ben il me dit que... moi quelque part ça me rassure parce que j'ai le souvenir que mon père en faisait un peu... mais est-ce que c'était nerveux ou pas...

I52 : Et quand vous dites que ça vous rassure... (coupe)

P52 : Bah dans le sens que je n'ai pas d'asthme... donc moi c'est lié à mes maladies chroniques.

I53 : Ok donc là vous êtes rassuré parce que Mr L vous dit que vous n'avez pas d'asthme et qu'est-ce qu'il se passe ensuite ?

P53 : Donc ben après il me fait souffler... je n'arrive plus à revoir s'il m'a injecté... s'il m'a donné un autre produit... il me semble qu'il m'a donné un autre produit parce que j'ai senti un léger mieux... donc il m'a fait inspirer avec... avec... quelque chose parce qu'il y avait à la lecture de l'appareil il y avait une amélioration... en capacité... en capacité...

I54 : Et au moment où il vous dit qu'il y a une amélioration qu'est-ce que vous faites à ce moment-là ?

P54 : ... ben... ce qui se passe c'est qu'il me refait souffler une autre fois pour voir... et une autre inspiration et expiration avec son appareil... bon il constate que c'est un peu mieux

I55 : Ok donc il constate que c'est un peu mieux et qu'est-ce qu'il vous dit à ce moment-là Mr L ?

P55 : ... ben il me dit que... ben... il me dit que... va falloir prendre un médicament... moi j'étais pas habitué du tout à ça... il me dit va falloir prendre un médicament je vous le donne pour un mois on se revoit et on verra ce qu'il en sera par rapport aux précédentes inspirations et expirations...

I56 : Et qu'est-ce qui vous dit d'autre monsieur L ?

P56 : ...

I57 : A quoi vous prêtez attention à ce moment-là ?

P57 : ... bah je prête attention à... pas grand-chose... parce que je me dis que... ben... le traitement ben je vais le faire parce que je savais que je pouvais pas rester comme ça... parce que moi j'allais marcher un petit peu et dès que ça montait un peu... (tire la langue) je trouvais pas l'air donc je dis ben... on va le faire... et je le fais tout le temps (rires)...

I58 : Ok... on va revenir si vous en êtes d'accord au début de cette consultation...

P58 : Oui...

I59 : Vous allez rentrer dans la salle de consultation et qu'est-ce qu'il se passe à ce moment-là ?

P59 : ... ben ce qu'il se passe c'est que j'étais avec ma femme qui rentre en premier... je sais pas pourquoi et je lui explique ce qui m'amenaient donc... ben je lui dis que ça fait plusieurs fois que je fais des... que j'attrape des coups de froid et puis c'est le rhume et ça descend sur les bronches... et donc là j'en étais à... depuis l'année précédente j'en étais à combien... euh 5 ou 6 fois des petites bronchites mais pas toujours bien soignées apparemment notamment la dernière fois j'avais été voir... j'étais venu en consultation ici le médecin m'a soigné que pour le rhume... mais comme la bronchite arrive après bien que je lui ai dit et c'est marqué dans mon dossier, le médecin il m'a donné des médicaments trop légers... donc ce qu'il fait que j'ai rechuté après surtout ça ne s'est pas arrêté.

I60 : Ok donc là vous êtes avec votre femme face à Mr L vous lui expliquez votre situation et qu'est-ce qui se passe à ce moment-là ?

P60 : ... ben ce qui se passe c'est que lui le docteur il était au courant de tous mes antécédents... donc ben sa question ça a été pour l'histoire du tabac mais je lui dis vous savez il y a longtemps... y'a longtemps que j'ai arrêté...

I61 : Ok et qu'est-ce qu'il vous dit à ce moment-là ?

P61 : Lui à ce moment-là il pensait pas... je ne suis pas tout seul... il pensait pas que j'avais arrêté depuis si longtemps quoi... mais il dit peut-être que c'est un peu les méfaits du tabac... pourtant les années précédentes... parce qu'il y a longtemps que je le connais... il m'avait dit que j'étais... disons... pas guéri mais tiré d'affaire concernant les méfaits du tabac

I62 : Ok donc là il vous pose la question sur le tabac, vous lui annoncez que vous avez arrêté de fumer et qu'est-ce qu'il se passe ensuite ?

P62 : bah il le savait... je... il le savait mais il pensait pas... ah bah il me dit que c'est peut-être dû au tabac ou à l'environnement... ben je dis... ben ça j'en sais rien, l'environnement... c'est sûr je n'ai pas travaillé sur l'amiante mais indirectement peut-être...

I63 : Ok qu'est-ce qui se passe ensuite ?

P63 : Ben ensuite il dit... on va tester la capacité respiratoire...

I64 : Ok et qu'est-ce que vous vous dites vous ce moment-là ?

P64 : Je dis oui allons-y moi j'étais d'accord je savais ce que c'était... de faire ça...

I65 : Ok donc vous dites que vous êtes d'accord et qu'est-ce qu'il se passe ensuite ?

P65 : Bah ensuite euh ... il prend donc sa... il installe son appareil d'ailleurs en bout... en bout du téléphone et... parce qu'il devait avoir l'application sur le téléphone et donc il m'explique on va... il... on va prendre... je... qu'il allait me donner un médicament avant d'inspirer et après je vais le restituer dans son appareil... donc c'est ce qu'on a fait donc à l'inspiration il m'a fait inspirer la Ventoline... enfin je crois que c'est moi qui l'ai faite et après à l'expiration ... on regarde l'appareil...

I66 : Ok et quand vous regardez l'appareil qu'est-ce qu'il se passe à ce moment-là ?

P66 : ... ben l'appareil... il fait pas grand-chose c'est lui qui lit et moi aussi... bon c'est surtout lui ...qui a connaissance (coupe)

I67 : Et quand vous lisez qu'est-ce qui se passe à ce moment-là ?

P67 : Ben moi ce que je vois ça me disait pas grand-chose... j'étais pas habitué à faire... ce... ces tests là...voilà... bon (baisse le ton)...

I68 : Ok on va revenir si vous en êtes d'accord à la fin de la consultation au moment où il vous annonce que vous allez devoir prendre ce traitement et qu'il refera le point dans un mois (oui de la tête) vous êtes situé où à ce moment-là ?

P68 : ... ben je suis situé où que... ben... il... faut que je trouve quelque chose qui puisse me guérir de ça...

I69 : Ok Mr L est face à vous il vous annonce que vous allez prendre ce traitement vous vous en êtes d'accord et qu'est-ce qu'il se passe ensuite ?

P69 : ... bah ce qui se passe ensuite... ben euh pour moi... je je suis partie prenante parce que de toute façon au point où j'en étais je dis, je ne risquai pas grand-chose... de la prendre

I70 : Et quand vous dites que vous ne risquez pas grand-chose qu'est-ce qui vous fait dire ça ?

P70 : Ben parce que... ben je... quand on se déplace et qu'on arrive plus reprendre son souffle... ben c'est problématique... ce qu'il y a c'est que après au bout d'un mois je me sentais rajeunir... je faisais de l'exercice tout ça... j'avais... j'ai mal aux jambes... j'avais beaucoup moins mal aux jambes tout ça je lui en ai parlé... il m'a dit ça vient de ça c'était le sang qui était mal aussi oxygéné...

I71 : Ok...on va revenir juste à la période, si vous en êtes d'accord (oui de tête), juste à la période où il va vous faire souffler Mr L, il vous installe devant l'appareil qu'est-ce qu'il se passe à ce moment-là ?

P71 : Ben comme je vous ai dit... j'étais sur le côté, il m'installe euh il me fait prendre mon inspiration avec le... alors la première fois c'est sans produit... après avec la Ventoline... c'était avec le produit ce qui avait un petit peu amélioré c'est pour ça que je fais confusion

avec l'autre après... euh donc à la deuxième inspiration, c'est là que je me rends compte que je rejette, je rejette mieux... plus facilement l'air... un petit peu... très léger par rapport à maintenant.

I78 : Ok on va revenir à la troisième fois où vous avez soufflé au moment où Mr L vous annonce les résultats, qu'est-ce qu'il vous dit Mr L ?

P78 : Ben il me dit que ma capacité respiratoire est très faible, il me dit que c'est... il me dit... qu'il comprend que c'est... ça ne le surprend pas que je n'arrive pas à respirer quand je fais un petit effort très léger...

I79 : Et qu'est-ce que vous vous dites à ce moment-là ?

P79 : ... ben je me dis que... oui... ça... je le comprends... puisque moi je le... je le ressentais... je le ressentais comme ça (huuuuh huuuh avec sa bouche) à ne pas pouvoir arriver à absorber de l'air...

I80 : Ok donc là il vous a fait souffler pour la troisième fois il vous annonce votre faible capacité respiratoire ce que vous comprenez (dit oui) parce que vous le ressentez il vous donne le traitement que vous allez prendre... comment se passe la fin de la consultation ?

P80 : Ben la fin de consultation le reste avait beaucoup moins d'importance pour moi...

I81 : (coupe) Et quand vous dites que ça avait moins d'importance qu'est-ce qui vous fait (coupe)

P81 : Ben rapport à ce qu'on venait de faire... par rapport à ce qu'on venait de faire... moi après il fallait que je lui demande pour le vaccin je crois et puis des petites bricoles qui étaient moins importantes que ça pour moi.

I82 : Ok donc là il y a un peu moins d'importance pour vous qu'est ce qui se passe ensuite, comment ça se termine ?

P82 : ... ben ça se termine qu'il établit son... son ordonnance... et puis... en me disant que j'allais prendre ce médicament... c'est alors c'est ULTIBRO hein... et que j'allais le prendre tous les matins parce que ça jouait... si je le prenais le soir ça jouait sur l'énervement et sur le... ben donc le sommeil... un petit peu

I83 : Ok bon ben on a fait un peu le panel de toute la consultation.

P83 (rires) : Ben j'espère que ça ira...

I84 : Non mais comme je vous avait dit c'est un peu répétitif.

P84 : Oui c'est un peu répétitif et puis j'avais le sentiment que vous vouliez me faire dire quelque chose ben que je ne voyais pas...

I85 : Non justement c'est un entretien qui est un peu particulier, moi j'induis rien je vous demande précisément, ce qu'il se passe à ce moment là parce que s'il y a des choses qui doivent sortir c'est vous qui devez les faire sortir et pas moi qui doit vous les induire parce que la Ventoline je le savais mais j'allais pas vous l'induire parce qu'après derrière on fausse un petit peu tout l'entretien on introduit des biais donc là effectivement vous vous en êtes pas rendu compte mais vous étiez bien dans le... dans le le... la consultation.

P85 : Effectivement parce que je ne l'ai pas eu entre les mains... la Ventoline je l'ai reconnue parce que j'en ai eu précédemment.

ETUDE VECU SPIROMETRIE

Repérage de la BPCO en soins primaires

Dans le cadre d'une thèse d'exercice de médecine, nous réalisons une étude qui s'intéresse au vécu des patients diagnostiqués de la BPCO en médecine générale

En effet la BPCO est un problème de santé publique actuellement sous diagnostiquée et qui sera en 2030 la 4^{ème} cause de mortalité.

Il n'existe pas de traitement étiologique en dehors de l'arrêt du tabac et d'un changement de comportement durable qui permettent de diminuer le handicap fonctionnel majeur de la BPCO.

Le médecin généraliste occupe une place centrale dans le repérage et le suivi et la coordination des soins de ces patients BPCO.

Objectif de notre étude

Lorsque l'on dépiste les patients, plus de 30 % d'entre ne consulte pas un spécialiste ou ne s'engage pas dans une démarche de soins avec un changement de comportement durable. Nous cherchons à savoir si le couple spirométrie-consultation annonce serait un moment propice à l'émergence d'une prise de conscience de l'état de santé en vue d'un changement de comportement chez des patients ayant bénéficié d'un diagnostic de BPCO en médecine générale par spirométrie.

Méthode

Pour recueillir le vécu des patients et mettre en évidence une prise de conscience, nous avons choisi d'utiliser une technique d'entretien particulière. Cette technique s'appelle l'entretien d'explicitation. Elle est issue de la psychologie et vise à faire décrire de façon détaillée et non inductive une action passée, c'est à dire la rendre verbalement explicite. Chaque entretien dure entre 15 et 45 minutes et se déroule dans le lieu choisi par le patient.

Inclusion des patients

A qui s'adresse notre étude ?

Tous patients fumeurs pour lesquels vous avez suspectés la BCPO et pour lesquels vous souhaitez réaliser une spirométrie. Vous pouvez également vous aider du questionnaire HAS pour repérer les patients suspects de BPCO.

On exclut les patients ayant un antécédent d'asthme ou over laps syndrome, ou ayant une insuffisance cardiaque pour lesquels un avis spécialisé est nécessaire.

Comment proposer ?

Pour chaque patient ayant bénéficié d'une spirométrie positive avec annonce de la maladie, vous pouvez proposer de participer notre étude en leur remettant le formulaire de consentement qui sert également de lettre d'explication de l'étude. Les patients doivent remplir leurs coordonnées et vous laisser la feuille de consentement. Nous recontactons dans un second temps les patients après avoir récupéré les feuilles de consentement avec leurs coordonnées afin d'organiser l'entretien.

Nous vous solliciterons régulièrement pour récupérer les feuilles de consentement.

L'analyse des données ?

Chaque entretien est enregistré de manière anonyme par un enregistreur audio. Les données sont ensuite retranscrites et analysées.

Suivi

Les patients qui participent à notre étude ne bénéficieront pas de suivi particulier et il n'y aura aucun impact sur leur suivi médical habituel.

Nous restons à dispositions pour toutes informations supplémentaires.

Anthony BERTHELOT
email: anthony.berthelot@me.com

Matthieu BREMOND
email: coordinateur@lespacedusouffle.fr

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Dans le cadre d'un travail de recherche pour une thèse de médecine générale, nous réalisons une étude afin d'explorer le vécu des patients bénéficiant d'une mesure du souffle dans le cadre de l'annonce de leur maladie respiratoire appelée BPCO (Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive). La mesure du souffle est un examen indolore permettant de quantifier votre limitation respiratoire en soufflant en un capteur appelé spiromètre.

Pour cela nous réalisons une enquête par entretien. Ces entretiens durent environ de 15 à 45 minutes, dans un lieu qui vous convient. Ils seront enregistrés pour être retranscrits mot à mot en rendant anonyme tout ce qui permettrait de vous identifier, puis analysés secondairement. Vous pouvez refuser de participer à cette étude ou retirer votre autorisation à tout moment. Votre refus n'aura aucune conséquence sur votre suivi ou sur les relations avec votre médecin.

Nous vous remercions de votre participation.

Je soussigné(e) Monsieur / Madame :

Certifie avoir compris les informations ci-dessus et accepte de participer à l'étude

Date : / / 20..

Signature

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Coordonnées de la personne

NOM : _____

PRENOM _____

SEXE : HOMME / FEMME

DATE DE NAISSANCE : _____

TELEPHONE _____

ADRESSE _____

MEDECIN TRAITANT _____

Annexe 8 : Avis Comité éthique



**GROUPE ETHIQUE D'AIDE A LA RECHERCHE CLINIQUE POUR LES PROTOCOLES DE
RECHERCHE NON SOUMIS AU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES
ETHICS COMMITTEE IN HUMAN RESEARCH**

AVIS

Responsable de la recherche : Dr Anthony BERTHELOT

**Titre du projet de recherche : Exploration du ressenti des patients bénéficiant d'un
dépistage de la Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) en médecine
générale par spirométrie**

N° du projet : 2017 047

Le groupe éthique d'aide à la recherche clinique donne un avis

☒ **FAVORABLE**

☐ **DÉFAVORABLE**

☐ **SURSIS A STATUER**

☐ **DÉCLARATION D'INCOMPÉTENCE**

au projet de recherche n° 2017 047

A Tours, le

**Dr Béatrice Birmelé
Directrice ERERC**

Annexe 9 : Déclaration CNIL



RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration

2057086 v 0

du 25 avril 2017

Monsieur BERTHELOT Anthony
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS
DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE
GENERALE
10 BOULEVARD TONNELLE
37032 TOURS CEDEX 1

À LIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr

Organisme déclarant

Nom : FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Service : DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE

Adresse : 10 BOULEVARD TONNELLE

Code postal : 37032

Ville : TOURS CEDEX 1

N° SIREN ou SIRET :

193708005 00288

Code NAF ou APE :

8542Z

Tél. : 0611802624

Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : THÈSE D'EXERCICE DE MÉDECINE DONT LE SUJET PORTE SUR L'EXPLORATION DU RESSENTI DES PATIENTS QUI SONT DÉPISTÉS PAR LEUR MÉDECIN TRAITANT D'UNE MALADIE PULMONAIRE CHRONIQUE APPELÉE BPCO PAR LE BIAIS D'UNE SPIROMÉTRIE. LES PATIENTS SONT INVITÉS PAR LEUR MÉDECIN TRAITANT À PARTICIPER À UN ENTRETIEN POUR EXPLORER LEUR VÉCU DE CE DÉPISTAGE ET REMPLISSENT LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT. LES ENTRETIENS SONT RÉALISÉS SELON LA MÉTHODE DE L'ENTRETIEN D'EXPLICITATION, C'EST À DIRE QUE LE PATIENT VERBALISE...

Fait à Paris, le 25 avril 2017
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

Vu, le Directeur de Thèse

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

Berthelot Anthony

47 Pages – 4 Tableaux

Résumé :

Introduction : La spirométrie permet de faire le diagnostic de Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO). La prise en charge de la BPCO en soins primaires nécessite une appropriation de la maladie de la part des patients. L'objectif de cette étude est de déterminer si la réalisation d'une spirométrie et l'annonce de la BPCO au cours d'une consultation en soins premiers, permet aux patients de prendre conscience de leur état de santé et de s'approprier la maladie.

Méthode : Cette étude qualitative a exploré le vécu des patients ayant bénéficié d'une spirométrie permettant le diagnostic de BPCO par l'intermédiaire d'entretien d'explicitation. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits et analysés selon la méthode de l'analyse phénoménologique interprétative.

Résultats : 10 entretiens de 20 à 37 minutes ont été réalisés entre Juin 2017 et Juillet 2018 en France (région Centre Val de Loire). La découverte de la spirométrie par les patients était vécue comme un acte insolite qui donnait du sens aux symptômes quotidiens ressentis. Les patients avaient un désir de performance sur le test comme une volonté de confronter leur état de santé. A l'issue de la spirométrie et de l'annonce des résultats, on observait une évolution des éléments cognitifs et corporels du vécu avec une rupture avec l'état antérieur. Cette rupture permettait une prise de conscience de l'état de santé et une appropriation de la maladie.

Discussion : Au-delà de l'intérêt diagnostique, le temps de la spirométrie est un moment permettant aux patients de prendre conscience de leur propre état de santé et de leurs limites et ainsi commencer à s'approprier la maladie. Ces résultats renforcent l'intérêt de réaliser des spirométries auprès des patients reçus en consultation en soins premiers.

Mots clés : *Spirométrie ; BPCO ; Soins premiers ; Analyse phénoménologie interprétative ; Entretien d'explicitation*

Jury :

Président du Jury : Professeur Patrice DIOT

Directeur de thèse : Docteur Maxime PAUTRAT

Membres du Jury : Professeur Laurent PLANTIER
Professeur Emmanuel RUSCH

Date de soutenance : 18 Janvier 2019