

[25] Dejin-Karlsson E, Hanson BS, Ostergren PO, Ranstam J, Isacson SO, Sjoberg NO. Psychosocial resources and persistent smoking in early pregnancy - A population study of women in their first pregnancy in Sweden. *J Epidemiol Community Health*. 1996;50(1):33-9.

[26] Cheng D, Schwarz EB, Douglas E, Horon I. Unintended pregnancy and associated maternal preconception, prenatal and postpartum behaviors. *Contraception*. 2009;79(3):194-8.

[27] Andler R, Cogordan C, Pasquereau A, Buyck JF, Nguyen-Thanh V. The practices of French general practitioners regarding screening and counselling pregnant women for tobacco smoking and alcohol drinking. *Int J Public Health*. 2018;63(5):631-40.

[28] Dietz PM, Homa D, England LJ, Burley K, Tong VT, Dube SR, et al. Estimates of nondisclosure of cigarette smoking among pregnant and nonpregnant women of reproductive age in the United States. *Am J Epidemiol*. 2011;173(3):355-9.

[29] Dumas A. Tabac, grossesse et allaitement : exposition, connaissances et perceptions des risques. *Bull Epidemiol Hebd*. 2015;(17-18):301-7. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV12570

[30] Beck F, Richard JB, Dumas A, Simmat-Durand L, Vandentorren S. Enquête sur la consommation de substances psychoactives des femmes enceintes. *La Santé en action*. 2013;(423):5-7. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/DOC00000864

Citer cet article

Demiguel V, Blondel B, Bonnet C, Andler R, Saurel-Cubizolles MJ, Regnault N. Évolution de la consommation de tabac à l'occasion d'une grossesse en France en 2016. *Bull Epidemiol Hebd*. 2018;(35-36):694-703. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/35-36/2018_35-36_2.html

> ARTICLE // Article

CONNAISSANCE DE LA BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE (BPCO) EN FRANCE : BAROMÈTRE SANTÉ 2017

// AWARENESS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD) IN FRANCE: 2017 HEALTH BAROMETER

Marie-Christine Delmas¹ (marie-christine.delmas@santepubliquefrance.fr), Anne Pasquereau¹, Nicolas Roche², Raphaël Andler¹, Jean-Baptiste Richard¹ et le groupe Baromètre santé 2017*

¹ Santé publique France, Saint-Maurice, France

² Hôpital Cochin, Université Paris Descartes, Paris, France

* Le groupe Baromètre santé 2017 : Raphaël Andler, Chloé Cogordan, Romain Guignard, Christophe Léon, Viêt Nguyen-Thanh, Anne Pasquereau, Jean-Baptiste Richard, Maëlle Robert.

Soumis le 23.05.2018 // Date of submission: 05.23.2018

Résumé // Abstract

Introduction – Malgré son coût élevé en matière de morbidité et de mortalité, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie méconnue. L'objectif était d'étudier les connaissances de la BPCO dans la population française en 2017.

Méthodes – L'enquête Baromètre santé 2017 a été réalisée par téléphone auprès d'un échantillon tiré au sort de personnes âgées de 15 à 75 ans résidant en France métropolitaine. Les personnes ayant déjà entendu parler de la BPCO et citant spontanément le tabac comme en étant le principal facteur de risque ont été considérées comme connaissant la BPCO.

Résultats – Au total, 22,1% des personnes enquêtées ont répondu avoir déjà entendu parler de la BPCO, parmi lesquelles 32,3% (7,1% de la population enquêtée) ont cité le tabac comme principale cause. Ces chiffres étaient similaires quel que soit le statut tabagique. La proportion de personnes connaissant la BPCO était plus faible chez les plus jeunes, chez les hommes et chez les personnes de faible niveau socioéconomique.

Discussion – Il est nécessaire d'améliorer les connaissances de la population sur les risques liés au tabagisme afin de favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé. De plus, l'amélioration des connaissances sur la BPCO pourrait permettre à un plus grand nombre de personnes à risque de BPCO de bénéficier d'un diagnostic précoce de la maladie.

Introduction – Despite its high morbidity and mortality burden, awareness of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in the French population remains poor. The objective of the analysis presented in this article was to study COPD awareness in France in 2017.

Methods – The 2017 Health Barometer study was conducted by telephone interview in a random sample of people aged 15-75 years living in mainland France. Those who had already heard about COPD and spontaneously cited tobacco exposure as the main risk factor of COPD were considered aware of COPD.

Results – In all, 22.1% of the study sample reported having already heard about COPD, among whom 32.3% (7.1% of the total sample) cited tobacco use as the main cause. These figures were similar irrespective of tobacco use. COPD awareness was lower in young people, males and those of low socioeconomic status.

Discussion – There is a need to improve the public's knowledge of the risks associated with smoking in order to promote the adoption of healthy behaviours. In addition, improving COPD awareness could allow more people at risk for COPD to benefit from an early diagnosis of the disease.

Mots-clés : Bronchopneumopathie chronique obstructive, Risque, Connaissance, France
// **Keywords** : Chronic obstructive pulmonary disease, Risk, Knowledge, France

Introduction

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie inflammatoire des bronches qui se traduit par une réduction chronique et non complètement réversible des débits aériens. Elle peut s'aggraver progressivement et évoluer vers une insuffisance respiratoire chronique. L'évolution progressive peut également être marquée par des exacerbations (épisodes d'aggravation des symptômes). Son principal facteur de risque est le tabagisme. Selon l'Organisation mondiale de la santé, la BPCO est la 6^e cause de décès dans le monde et devrait en être la 3^e cause en 2020¹. En France, les données sur la prévalence de la maladie sont rares. Les données les plus récentes montrent une prévalence d'environ 10% chez l'adulte d'âge moyen². En 2015, le nombre de séjours hospitaliers pour exacerbation de BPCO chez des adultes âgés d'au moins 25 ans se situait entre 100 000 et 160 000 selon l'indicateur utilisé³.

Malgré son coût élevé en matière de morbidité et de mortalité, cette maladie reste méconnue. En France comme dans les autres pays, le sous-diagnostic est très élevé et le diagnostic est souvent porté à un stade avancé⁴. Afin de détecter la BPCO le plus précocement possible, il est recommandé de réaliser une mesure de la fonction ventilatoire chez toute personne à risque de BPCO (âge >40 ans, tabagisme actuel ou passé >10 paquets-années, avec présence de symptômes respiratoires)^{5,6}. L'amélioration des connaissances de la population sur la BPCO pourrait être un levier pour accroître son adhésion à la détection précoce de la maladie. Il a été montré que peu de personnes, y compris parmi celles qui sont à risque, connaissaient le terme de BPCO et étaient capables d'en décrire les symptômes et les facteurs de risque^{7,8}. En France, dans une étude effectuée en 2004, seules 8% des personnes à risque de BPCO connaissaient ce terme⁷.

L'objectif du travail présenté ici était d'étudier les connaissances de la BPCO dans la population française en 2017.

Méthodes

Le Baromètre santé 2017

Les enquêtes Baromètre santé sont des enquêtes transversales répétées, portant sur les connaissances, les attitudes, les croyances et les comportements de la population française face à la santé.

En 2017, l'enquête a été conduite par téléphone auprès de 25 319 personnes âgées de 18 à 75 ans, résidant en France métropolitaine et parlant français⁹. L'échantillon enquêté était issu d'un sondage à deux degrés : après génération aléatoire de numéros de téléphone (fixes et mobiles), un individu a été tiré au sort parmi l'ensemble des personnes éligibles du ménage pour les appels sur ligne fixe. Pour les appels sur les mobiles, la personne décrochant était directement sélectionnée pour participer à l'enquête.

Les données recueillies au cours de l'entretien téléphonique comprenaient plusieurs volets, dont un sur les caractéristiques démographiques et socio-économiques des personnes enquêtées et un sur leur consommation de tabac. Dans un sous-échantillon de 6 347 personnes, deux questions portant sur la connaissance de la BPCO étaient également posées : « Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée BPCO ou bronchopneumopathie chronique obstructive ? » ; et si oui, en question ouverte « Quelle est selon vous la principale cause de cette maladie ? ».

Analyse des données

Les personnes ayant déjà entendu parler de la BPCO et citant spontanément le tabac comme étant le principal facteur de risque de cette maladie ont été considérées comme connaissant la BPCO. La proportion de personnes connaissant la BPCO a été analysée en fonction des caractéristiques démographiques et socioéconomiques des personnes enquêtées (sexe, âge, niveau de diplôme, niveau de revenus par unité de consommation du ménage, structure du ménage...) et en fonction du statut tabagique. L'analyse multivariée a été conduite selon une procédure pas-à-pas ascendante de sélection des variables, à l'aide de modèles de régression de Poisson à variance robuste permettant de calculer des ratios de prévalence ajustés et leurs intervalles de confiance (IC) à 95%. Les estimations présentées (pourcentages, moyennes...) sont des estimations pondérées qui prennent en compte le plan de sondage et le redressement de l'échantillon corrigeant la non-participation à l'enquête. Les effectifs présentés sont ceux de l'échantillon.

Résultats

Parmi les 6 347 personnes interrogées sur leur connaissance de la BPCO, 1 656 (22,1%) ont répondu avoir déjà entendu parler de cette maladie. Parmi ces 1 656 personnes, 1 235 (73,4%) ont précisé ce qu'ils pensaient en être la principale

cause (le quart restant ayant déclaré ne pas savoir) : 573 (32,3%, soit 7,1% de la population enquêtée) ont cité le tabac, 317 (19,3%) la pollution de l'air, 224 (13,6%) les infections respiratoires, 29 (2,0%) une origine génétique ou congénitale, 28 (2,2%) ont répondu qu'il s'agissait d'une maladie respiratoire sans en donner la principale cause. Les autres causes citées incluaient le froid, le mauvais temps ou l'humidité (n=13), une mauvaise hygiène de vie ou un manque d'activité physique (n=10), l'allergie (n=10), l'environnement au travail (n=7) et l'âge (n=7).

La proportion de personnes connaissant la BPCO différait significativement selon le sexe, l'âge, le niveau de diplôme, le niveau de revenus et la catégorie socioprofessionnelle (tableau 1). Le modèle multivarié final est présenté dans le tableau 2 : après ajustement, la probabilité de connaître la BPCO était plus élevée chez les femmes, chez les personnes de catégorie socioprofessionnelle supérieure ou intermédiaire et chez les fumeurs. Elle augmentait avec l'âge (selon une échelle non linéaire, avec une augmentation plus forte chez les jeunes que chez les personnes plus âgées) et avec le niveau de diplômes. Elle était plus faible chez les personnes vivant dans des familles monoparentales.

Un modèle multivarié a également été construit avec les données des seuls fumeurs quotidiens. Après ajustement sur le sexe, l'âge, le niveau de diplôme et la catégorie socioprofessionnelle, l'augmentation de la probabilité de connaître la BPCO avec le nombre moyen de cigarettes/cigares/cigarillos fumés par jour n'était pas statistiquement significative : comparé aux fumeurs de moins de 5 cigarettes par jour, les ratios de prévalence ajustés étaient, respectivement chez les fumeurs de 5-9, 10-19 et au moins 20 cigarettes par jour, de 1,63 [0,84-3,16], 1,74 [0,91-3,31] et 1,90 [0,94-3,83].

Discussion

Notre étude montre qu'en 2017, au sein de la population française, seule une personne sur cinq connaissait le terme de bronchopneumopathie chronique obstructive (ou BPCO) et qu'un tiers des personnes le connaissant nommaient le tabac comme en étant la principale cause. Ces chiffres étaient identiques quel que soit le statut tabagique.

La proportion de personnes connaissant le terme BPCO ne peut être directement rapprochée de celle estimée en France en 2004 par l'enquête Ibis (Information sur la BPCO pour un impact sanitaire). Lors de cette enquête effectuée chez des personnes âgées de 40 ans ou plus, seules celles à risque de BPCO (déclarant avoir soit une BPCO, soit des symptômes de bronchite chronique, soit une consommation cumulée de cigarettes d'au moins 15 paquets-années) avaient été interrogées sur leur connaissance de la BPCO⁷. Dans l'enquête Baromètre santé 2017, aucune information sur les symptômes respiratoires n'était disponible et la consommation cumulée de tabac n'était connue que pour les personnes âgées de moins

de 45 ans. Dans l'enquête Ibis, 8% des personnes interrogées avaient entendu le terme BPCO, contre 22% dans notre étude (25% chez les 40 ans ou plus). Nos résultats pourraient témoigner d'une amélioration de la connaissance du terme BPCO au sein de la population française au cours des 10 à 15 dernières années. En Espagne, un doublement de la proportion de personnes âgées de 40 ans ou plus disant savoir ce qu'était la BPCO a été observé entre 2002 et 2011 (de 8,6% à 17,0%)⁸.

Il a été montré que les termes « bronchite chronique » et « emphysème » étaient bien plus fréquemment connus que « BPCO »^{7,10,11}. Ainsi, chez les personnes à risque de BPCO interrogées dans l'enquête Ibis, 93% connaissaient le terme de bronchite chronique et 69% celui d'emphysème, contre seulement 8% pour le terme BPCO⁷. Au Canada, 87% des personnes à risque de BPCO (symptômes, exposition au tabac ou expositions professionnelles) avaient connaissance du terme BPCO, et ce chiffre dépassait les 99% si on faisait référence à la BPCO, l'emphysème ou la bronchite chronique¹⁰. Au Brésil, 75% des consultants de centres de soins primaires connaissaient le terme emphysème, contre seulement 9% pour le terme BPCO¹¹. Il doit être souligné cependant que ces trois termes (BPCO, bronchite chronique et emphysème) ne sont pas équivalents. Le diagnostic de BPCO, qui suppose l'existence d'une obstruction bronchique permanente associée à des symptômes respiratoires chroniques, ne peut être porté sans mesure de la fonction respiratoire. La bronchite chronique se définit de manière purement clinique par la présence d'une toux et d'une expectoration chroniques évoluant pendant plus de trois mois chaque année. Elle est fréquente chez le fumeur et peut être le premier signe d'une BPCO. Toutefois, en l'absence de trouble ventilatoire obstructif, elle n'entre pas dans la définition de cette dernière et, inversement, l'absence de bronchite chronique n'exclut pas l'existence d'une BPCO. La BPCO s'accompagne souvent d'un élargissement des alvéoles pulmonaires avec destruction de leurs parois (emphysème) mais ces deux conditions ne coexistent pas systématiquement.

Dans notre étude, seul un tiers des personnes connaissant le terme BPCO identifiait le tabac comme étant la cause principale de cette maladie. Il a été montré que le rôle du tabac était moins fréquemment connu de la population en ce qui concerne la BPCO que pour les autres maladies liées au tabac (maladies cardiovasculaires et cancer du poumon)^{7,10}. Dans une enquête canadienne, 39% de la population à risque de BPCO disaient connaître un peu ou beaucoup les causes et symptômes de la BPCO/bronchite chronique/emphysème, contre 72% de la population à risque de cancer du poumon disant connaître les causes et symptômes de ce cancer. Dans l'enquête Ibis, 78% des personnes à risque de BPCO associaient cette dernière avec le tabac, contre plus de 90% pour le cancer du poumon et les maladies cardiovasculaires. L'enquête *International Tobacco Control* menée en France en 2012 a également montré que presque tous les fumeurs et ex-fumeurs savaient que le tabagisme pouvait provoquer un cancer du poumon (99%),

Tableau 1

Proportion de personnes connaissant la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) selon les caractéristiques démographiques et socioéconomiques, Baromètre santé 2017

	N	n	%	p
Sexe				
Hommes	2 926	184	5,1	<0,001
Femmes	3 421	389	9,0	
Âge (ans)				
18-24	589	28	4,6	p<0,01
25-34	938	84	11,4	
35-44	1 130	108	10,7	
45-54	1 248	113	11,2	
55-64	1 297	134	9,0	
65-75	1 148	106	7,7	
Type de ménage				
Ménage d'une seule personne	1 454	153	8,3	0,09
Famille monoparentale	566	38	4,5	
Couple sans enfants	1 894	172	7,3	
Couple avec enfants	2 314	196	7,0	
Autre situation	119	14	10,1	
Taille d'unité urbaine				
Commune rurale	1 693	144	7,1	0,12
Unité urbaine <20 000 habitants	1 054	81	6,0	
20 000 – 199 999 habitants	1 174	117	7,0	
200 000 habitants – 2 millions habitants	1 469	160	8,6	
Unité urbaine de Paris	938	70	6,2	
Non renseigné	19	1		
Niveau de diplôme				
Sans diplôme	416	10	2,4	<0,001
<Bac	1 962	99	4,4	
Bac ou équivalent	1 362	112	7,2	
Bac +2	855	72	8,0	
Bac +3/+4	941	168	16,5	
Bac +5 ou plus	793	111	14,6	
Non renseigné	18	1		
Revenus mensuels¹				
1 ^{er} tercile	1 874	114	4,7	<0,001
2 ^e tercile	2 050	214	8,6	
3 ^e tercile	2 124	230	9,6	
Non renseigné	299	15		
Situation vis-à-vis de l'emploi				
Emploi	3 617	348	7,7	0,35
Apprenti, étudiant, lycéen	386	26	5,8	
Chômage	505	33	5,8	
Retraité/préretraité	1 489	139	7,3	
Autre	350	27	5,5	
Catégorie socioprofessionnelle				
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs entreprise	487	16	2,9	<0,001
Cadres, profession intellectuelle supérieure	1 148	133	11,5	
Profession intermédiaire	1 876	243	9,7	
Employés	1 726	142	7,2	
Ouvriers	1 110	39	2,7	
Statut tabagique				
Fumeur	1 858	191	7,2	0,33
Ex-fumeur	2 110	201	7,8	
Non-fumeur	2 379	181	6,5	
Total	6 347	573	7,1	

¹ Revenus mensuels par unité de consommation du ménage.

Tableau 2

Facteurs associés à la connaissance de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), analyse multivariée, Baromètre santé 2017

	RPa ¹	IC ² 95%	p
Sexe			
Hommes	1		<0,001
Femmes	1,61	[1,29-2,02]	
Âge³			
30 ans vs 20 ans	1,86	[1,43-2,42]	<0,001
40 ans vs 30 ans	1,24	[1,13-1,36]	
50 ans vs 40 ans	1,11	[1,06-1,15]	
60 ans vs 50 ans	1,06	[1,03-1,08]	
70 ans vs 60 ans	1,03	[1,02-1,05]	
Type de ménage			
Ménage d'une seule personne	1		0,03
Famille monoparentale	0,56	[0,37-0,84]	
Couple sans enfants	0,86	[0,67-1,10]	
Couple avec enfants	0,81	[0,64-1,04]	
Autre situation	1,48	[0,67-3,26]	
Niveau de diplôme			
<Bac	1		<0,001
Bac	1,97	[1,45-2,67]	
>Bac+2 ou plus	2,70	[2,06-3,52]	
Catégorie socioprofessionnelle			
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs entreprise	0,84	[0,42-1,68]	<0,001
Cadres, profession intellectuelle supérieure	2,20	[1,39-3,48]	
Profession intermédiaire	2,08	[1,34-3,22]	
Employés	1,87	[1,19-2,96]	
Ouvriers	1		
Statut tabagique			
Fumeur	1,37	[1,07-1,76]	<0,05
Ex-fumeur	1,17	[0,92-1,49]	
Non-fumeur	1		

¹ Ratio de prévalence ajusté. ² Intervalle de confiance. ³ Âge introduit dans le modèle en variable continue (polynôme fractionnaire).

un cancer de la bouche et de la gorge (98%) et des maladies coronariennes (97%) ; la question n'était pas posée pour la BPCO¹². En France, les campagnes de communication portant sur les risques pour la santé liés au tabagisme et les avertissements sanitaires sur les paquets de cigarettes portent principalement sur les risques de cancer et de maladies cardiovasculaires qui, en 2013, représentaient respectivement 62% et 23% des 73 000 décès attribuables au tabac, les maladies respiratoires non cancéreuses dont la BPCO représentant 15%¹³. La perception du risque de BPCO pourrait cependant être un levier permettant d'amener des fumeurs à arrêter de fumer. Une étude française conduite en 2016 a montré que la nocivité perçue du tabagisme et la peur de ses conséquences sur la santé étaient associés au succès des tentatives d'arrêt du tabac¹⁴.

Le sous-diagnostic de la BPCO est très élevé (>70%) et le diagnostic est le plus souvent porté lorsque la maladie est à un stade avancé¹⁵. Les symptômes de bronchite chronique sont souvent banalisés par les fumeurs et par le corps médical

(toux du fumeur) et la dyspnée s'installant insidieusement, les personnes adaptent progressivement leurs activités. La question du dépistage de la BPCO dans la population générale a été largement débattue et il n'est pas à ce jour recommandé d'effectuer une spirométrie chez des personnes asymptomatiques¹⁶. En revanche, une étude a montré que la réalisation d'une spirométrie chez les fumeurs était accompagnée d'une augmentation du taux d'arrêt du tabac, que la spirométrie ait ou non mis en évidence une obstruction bronchique¹⁷. À l'heure actuelle, il est recommandé d'effectuer une spirométrie chez les personnes symptomatiques (symptômes de bronchite chronique ou dyspnée) ayant une exposition cumulée au tabac d'au moins 10 paquets-années. La place des médecins généralistes dans la détection précoce de la BPCO reste toutefois débattue, et une expérimentation reposant sur une mesure de la fonction respiratoire chez les personnes à risque de BPCO par des médecins généralistes est actuellement menée par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés dans trois territoires français.

Notre étude montre que la connaissance de la BPCO et du rôle du tabac dans la survenue de cette maladie était moindre chez les plus jeunes, chez les hommes et chez les personnes de faible niveau socioéconomique, en accord avec les résultats des études s'étant intéressées à d'autres risques pour la santé (maladies cardiaques, accident vasculaire cérébral...) ¹⁸. Ces trois facteurs sont également associés à une plus grande consommation de tabac ¹⁹. Les personnes de faible niveau socioéconomique cumulent ainsi une plus grande exposition au principal facteur de risque de la BPCO et une moindre connaissance de la maladie.

En conclusion, le faible niveau de connaissance de la BPCO et de son lien avec le tabagisme par la population française est particulièrement préoccupant au regard de la prévalence et du fardeau élevé de cette maladie. Il est nécessaire d'améliorer les connaissances de la population sur les risques liés au tabagisme afin de favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé. De plus, l'amélioration des connaissances sur la BPCO, de ses symptômes et facteurs de risque, pourrait permettre à un plus grand nombre de personnes à risque de BPCO de bénéficier d'un diagnostic précoce de la maladie. ■

Remerciements

Les auteurs remercient Romain Guignard pour sa relecture de l'article.

Déclaration de conflits d'intérêts potentiels

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en rapport avec cet article.

Références

- [1] World Health Organization. Burden of COPD. WHO 2018. [Internet] <http://www.who.int/respiratory/copd/burden/en/>
- [2] Quach A, Giovannelli J, Cherot-Kornobis N, Ciuchete A, Clement G, Matran R, *et al.* Prevalence and underdiagnosis of airway obstruction among middle-aged adults in northern France: The ELISABET study 2011-2013. *Respir Med.* 2015;109(12):1553-61.
- [3] Santé publique France. Broncho-pneumopathie chronique obstructive et insuffisance respiratoire chronique. [Internet] <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr../Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Broncho-pneumopathie-chronique-obstructive-et-insuffisance-respiratoire-chronique>
- [4] Buist AS, McBurnie MA, Vollmer WM, Gillespie S, Burney P, Mannino DM, *et al.* International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): A population-based prevalence study. *Lancet.* 2007;370(9589):741-50.
- [5] Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD. GOLD 2017 report. [Internet] <http://goldcopd.org/gold-2017-global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd/>
- [6] Haute Autorité de santé. Guide du parcours de soins. Bronchopneumopathie chronique obstructive. Saint-Denis: HAS, 2014. 63 p. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1242507/fr/guide-parcours-de-soins-bronchopneumopathie-chronique-obstructive
- [7] Roche N, Perez T, Neukirch F, Carré P, Terrioux P, Pouchain D, *et al.* Sujets à risque de BPCO en population générale : disproportion entre la fréquence des symptômes, leur perception et la connaissance de la maladie. *Rev Mal Respir.* 2009;26(5):521-9.

[8] Soriano JB, Calle M, Montemayor T, Alvarez-Sala JL, Ruiz-Manzano J, Miravittles M. The general public's knowledge of chronic obstructive pulmonary disease and its determinants: Current situation and recent changes. *Arch Bronconeumol.* 2012;48(9):308-15.

[9] Richard JB, Andler R, Guignard R, Cogordan C, Léon C, Robert M, *et al.* Objectifs, contexte de mise en place et protocole du Baromètre santé 2017. Saint-Maurice: Santé publique France; 2018. (À paraître).

[10] Walker SL, Saltman DL, Colucci R, Martin L; Canadian Lung Association Advisory Committee. Awareness of risk factors among persons at risk for lung cancer, chronic obstructive pulmonary disease and sleep apnea: A Canadian population-based study. *Can Respir J.* 2010;17(6):287-94.

[11] de Queiroz MC, Moreira MA, Jardim JR, Barbosa MA, Minamisava R, Gondim Hdel C, *et al.* Knowledge about COPD among users of primary health care services. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2014;10:1-6.

[12] International Tobacco Project (ITC) 2015, projet d'évaluation des politiques publiques de lutte antitabac. Rapport national ITC France, Résultats des vagues 1 à 3 de l'enquête (2006-2012). Université de Waterloo, Waterloo, Ontario; Santé publique France, Saint-Maurice; Institut national du cancer (INCa), Boulogne-Billancourt. 96 p. http://inpes.santepubliquefrance.fr/etudes/itc/pdf/ITC_rapport-FR_3.pdf

[13] Bonaldi C, Andriantafika F, Chyderiotis S, Boussac-Zarebska M, Cao B, Benmarhnia T, *et al.* Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013. *Bull Epidémiol Hebd.* 2016;(30-31):528-40. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV13107

[14] El-Khoury Lesueur F, Bolze C, Melchior M. Factors associated with successful vs. unsuccessful smoking cessation: Data from a nationally representative study. *Addict Behav.* 2018;80:110-5.

[15] Lamprecht B, Soriano JB, Studnicka M, Kaiser B, Vanfleteren LE, Gnatiuc L, *et al.* Determinants of underdiagnosis of COPD in national and international surveys. *Chest.* 2015;148(4):971-85.

[16] Guirguis-Blake JM, Senger CA, Webber EM, Mularski RA, Whitlock EP. Screening for chronic obstructive pulmonary disease: Evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 2016;315(13):1378-93.

[17] Parkes G, Greenhalgh T, Griffin M, Dent R. Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age: The Step2quit randomised controlled trial. *BMJ.* 2008;336(7644):598-600.

[18] Siahpush M, McNeill A, Hammond D, Fong GT. Socio-economic and country variations in knowledge of health risks of tobacco smoking and toxic constituents of smoke: Results from the 2002 International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control.* 2006;15 Suppl 3:iii65-70.

[19] Pasquereau A, Gautier A, Andler R, Guignard R, Richard JB, Nguyen-Thanh V; le groupe Baromètre santé 2016. Tabac et e-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du Baromètre santé 2016. *Bull Epidémiol Hebd.* 2017;(12):214-22. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV13372

Citer cet article

Delmas MC, Pasquereau A, Roche N, Andler R, Richard JB, *et al.* le groupe Baromètre santé 2017. Connaissance de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France : Baromètre santé 2017. *Bull Epidémiol Hebd.* 2018;(35-36):703-8. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/35-36/2018_35-36_3.html