



HAL
open science

Conception et gestion de la maladie : étude exploratoire par focus groups auprès de médecins généralistes

Marion Le Chapellier

► **To cite this version:**

Marion Le Chapellier. Conception et gestion de la maladie : étude exploratoire par focus groups auprès de médecins généralistes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02418279

HAL Id: dumas-02418279

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02418279>

Submitted on 5 Feb 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



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

UNIVERSITE PARIS EST CRETEIL
FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

ANNEE 2018

N°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE
DOCTEUR EN MEDECINE
Discipline : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le :
à : CRETEIL (PARIS EST CRETEIL)

Par Marion LE CHAPELLIER

Née le à

**TITRE : CONCEPTION ET GESTION DE LA MALADIE : ETUDE EXPLORATOIRE PAR
FOCUS GROUPS AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES**

DIRECTEUR DE THESE :
M. Julien LE BRETON

LE CONSERVATEUR DE LA
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE

Signature du
Directeur de thèse

Cachet de la bibliothèque
universitaire

REMERCIEMENTS

Cette thèse est le résultat de nombreuses heures de travail. Aussi je souhaite remercier en préambule les personnes qui ont participé et qui m'ont aidé tout au long de ce parcours.

Merci au Docteur Julien LE BRETON, qui m'a proposé cette thèse et qui l'a dirigé. Il m'a permis avec le Docteur Pascal CLERC, chercheur à la SFMG, que je remercie également, de découvrir ce vaste et inépuisable champ de la recherche en médecine générale.

Merci à la Société française de Médecine Générale pour sa collaboration dans ce projet, notamment pour l'importante aide logistique, les locaux mis à disposition et le recrutement des médecins généralistes.

Merci à l'ensemble du Département de médecine générale de l'Université Paris-Est Créteil pour leur participation et leur investissement dans ce projet.

Merci aux 33 médecins généralistes de la région poitevine et d'Ile de France qui ont accepté de participer avec enthousiasme et dans la convivialité aux entretiens : Francis ABRAMOVIKI, Omid AMID MOAZAMI, Sandrine BERCIER, Maxime BERTHONNEAU, Philippe BOISNAULT, Ségolène BOUCLY, Sébastien DAWIDOWICZ, , Adrian CHABOCHE, Julie CHOUILLY, Jacques-Claude CITTEE, Lucie DESSAINT, Christian DUMAY, Pierre ETERSTEIN, Emilie FERRAT, Pierre FERRU, Constance FOURCART, Gilles GABILLARD, Cécile HUMMEL, Olivier KANDEL, Odile KIEUSSEIAN, Paul KIEUSSEIAN, Didier LE VAGUERES, Patrick MACHIN, Anne-Laure MARTINETZOL, Michel MEDIONI, Bénédicte MIGNOT, Marie REBETEZ, Mardoche SEBBAG, Christian VERNIER, Lucien SMADJA, Anas TAHA, Yann THOMAS DESESSART, Frédéric VILLEBRUN.

Merci à ma tutrice Docteur Sandrine BERCIER pour m'avoir guidé et aidé avec bienveillance tout au long de ce parcours du 3^e cycle des études de médecine générale.

Enfin je tiens à remercier ceux qui me sont chers. Merci à ma famille et amis qui ont toujours été présents et qui m'ont soutenu chacun à leurs manières toutes ses années. Merci à Mikhail pour son attention de tous les instants et ses encouragements et à Nina, notre petit bonheur arrivé parmi nous au terme de ce travail...

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIERES	3
LISTE DES TABLEAUX	5
ABBREVIATIONS	6
INTRODUCTION	8
Contexte	8
Problématique.....	10
Objectifs	15
METHODE	16
Schéma d'étude.....	16
Population	16
Recueil des données.....	16
Analyse des données.....	20
RESULTATS.....	22
Echantillon des médecins généralistes	22
Analyse thématique	23
Conception de la maladie.....	23
Gestion de la maladie.....	31
DISCUSSION	52
Principaux résultats et implications majeures	52
Forces et limites	56
CONCLUSION	58
BIBLIOGRAPHIE.....	60

ANNEXES.....	64
Annexe 1 : Chapitres et exemples CIM-10 (version 2008).....	64
Annexe 2 : Liste des ALD	67
Annexe 3 : Invitations envoyées aux médecins généralistes.....	68
Annexe 4 : Questionnaire de présentation des médecins généralistes	69
Annexe 5 : Diaporama de présentation de l'étude	70
Annexe 6 : Guide d'entretien	73
Annexe 6: Arbres thématiques des pathologies aiguës étudiées	76
Annexe 7 : Arbres thématiques des pathologies chroniques étudiées	79
Annexe 8 : Arbres thématiques des pathologies discordantes étudiées.....	81
RESUMES	90

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Maladies les plus déclarées en 2012 par les 15 ans et plus parmi les 14 maladies chroniques proposées dans l'Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS)

Tableau 2 : Pathologies utilisées dans les entretiens

Tableau 3 : Caractéristiques des médecins participants à l'étude

Tableau 4 : Analyse matricielle pour la partie « gestion de la maladie »

Tableau 5 : Arbre thématique pour cystite aiguë

Tableau 6 : Arbre thématique pour diarrhée aiguë

Tableau 7 : Arbre thématique pour insuffisance cardiaque chronique

Tableau 8 : Arbre thématique pour hypertension artérielle

Tableau 9: Arbre thématique pour lombalgie

Tableau 10: Arbre thématique pour dépression

ABBREVIATIONS

ALD : Affection(s) longue(s) durée(s)

BDSP : Banque de données en santé publique

BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive

CDC : *Centers for disease prevention and control*

CéPiDC : centre épidémiologique des causes de décès

CIF : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé

CIM-10 : Classification internationale des maladies, 10^{ème} révision

CNGE : Collège national des généralistes enseignants

DGS : Direction générale de la santé

DMG : Département de médecine générale

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de la santé

DRC : Dictionnaire des résultats de consultation

FG : Focus group

HAS : Haute autorité de santé

HCSP : Haut conseil de santé publique

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

MG : Médecin(s) généraliste(s)

OMG : Observatoire de médecine générale

OMS : Organisation mondiale de la santé

RC : Résultat de consultation

RGO : Reflux gastro-œsophagiens

SFMG : Société Française de Médecine Générale

TMS : troubles musculo-squelettiques

UPEC : Université Paris Est Créteil

WONCA: *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*

INTRODUCTION

Contexte

Les maladies chroniques prennent une place de plus en plus importante en France et dans le monde. Ce phénomène est aisément explicable par les progrès thérapeutiques qui ont permis de traiter des maladies autrefois mortelles (infections, cancers) et l'allongement de l'espérance de vie. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les maladies chroniques étaient responsables de 68% des décès dans le monde en 2012, contre 60% en 2000. Dans les pays européens, près de 90% des décès font suite à une maladie chronique (32). Nous ne pouvons affirmer à ce jour le nombre exact de patients atteints de maladies chroniques car il n'existe pas de relevé épidémiologique des maladies chroniques. Seules des estimations peuvent être calculées à partir de registres de l'assurance maladie (affections longue durée (ALD)), d'enquêtes épisodiques, du centre épidémiologique des causes de décès (CépiDC) de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) ou encore de registres de morbidité. Dans le plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, la Direction Générale de la santé (DGS) retient le nombre de 15 millions de personnes atteintes de maladies chroniques, soit 20% de la population. Certains sont atteints de plusieurs maladies à la fois (34). Environ 10 millions des patients atteints de maladies chroniques sont déclarés en ALD. Les trois quarts des pathologies concernent les affections cardio-vasculaires (3,7 millions), le diabète (2,3 millions), les cancers (2 millions), les pathologies psychiatriques (1,6 millions) et les insuffisances respiratoires graves (380 000) (2). Par ailleurs, 28 millions de patients reçoivent des traitements au long cours, de manière répétée (au moins 6 fois par an) pour une même pathologie (24). Tandis que dans l'enquête nationale en population Handicap-Santé, 38,8 millions de personnes se déclarent atteinte de maladie chronique (32). Derrière ces estimations se cache une imprécision sur la définition de la chronicité de la maladie, avec des répercussions majeures sur l'évaluation des prises en charge médicales. Une mauvaise estimation (incidence et prévalence) de la chronicité des maladies dans les études scientifiques et les programmes de santé, a pour conséquences une sous-estimation du nombre de patients atteints de maladies chroniques. Ce qui a un effet en cascade sur la prise en charge sociale des maladies (mauvaise estimation des coûts réels des maladies

chroniques, estimation des arrêts maladies), sur l'organisation des soins, la prévention, la recherche en médecine, le développement des prises en charges non médicamenteuses, l'adhésion des patients aux prises en charge...

Par leur nombre et leur constante augmentation, les maladies chroniques présentent des enjeux majeurs de santé publique, en termes de coût, de qualité de vie des patients atteints de ces maladies, mais aussi d'organisation des soins. D'un point de vue économique, les statistiques de la sécurité sociale des patients pris en charge en ALD permettent d'avoir un aperçu des dépenses liées à certaines maladies chroniques. En 2009, la prise en charge de ces patients représentait un coût total de 65 milliards d'euros. Les pathologies les plus coûteuses étaient les cancers (13 milliards d'euros), les affections psychiatriques graves (9 milliards d'euros), les diabètes de type 1 et 2 (8 milliards d'euros), l'hypertension artérielle sévère et la maladie coronaire (environ 8 milliards d'euros chacune) et l'insuffisance cardiaque grave (environ 3 milliards d'euros) (4). Les ALD représentaient aussi un coût important du fait du retentissement sur le travail. L'altération de la qualité de vie des patients s'avère être aussi une conséquence majeure des maladies chroniques. Selon le rapport de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de la santé (DREES) de 2017 « *Etat de santé de la population* », 24 à 36% des personnes interrogées déclaraient avoir un problème de santé chronique et 11 à 30% des personnes interrogées déclaraient avoir une limitation d'activité liée à leur état de santé (25). Les maladies chroniques, de durées longues et évolutives, sont souvent associées à une invalidité et à la menace d'une complication grave. Ses retentissements sur la vie quotidienne sont considérables : entre incapacité et handicap, traitement contraignant, difficultés personnelles, familiales, professionnelles et sociales importantes. En 2005, l'OMS en faisait une priorité. La Loi de Santé Publique du 9 août 2004 commandait un plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques pour faciliter la vie quotidienne des malades et mieux comprendre les conséquences de leur maladie sur leur qualité de vie. En France, le système de soins actuel est encore principalement axé sur une gestion de maladies aiguës. Le système de rémunération à l'acte correspond à la gestion d'un problème unique, auquel les médecins répondent par un traitement court, à un instant t , et qui n'est pas censé se répéter dans le temps (21). Au contraire la prise en charge des maladies chroniques nécessite le développement de

stratégies de santé publique avec prévention primaire, dépistage, suivi au long cours, éducation thérapeutique et prise en charge globale. A cela s'ajoute la fréquence des associations de maladies chroniques (multimorbidité) qui nécessite prévention de la iatrogénie et prise en charge pluriprofessionnelle (39).

Problématique

La gestion des maladies chroniques nécessite de faire le point sur la définition même de « maladie chronique » et de ses conséquences. En effet, la définition d'une situation est nécessaire pour surveiller l'état de santé de la population, mener des enquêtes cliniques, évaluer les pratiques des professionnels et prendre des décisions en terme de politiques publiques (14). Dans la littérature internationale, il existe une diversité d'approche pour définir la maladie chronique. Selon l'OMS, les maladies chroniques sont des « affections » de longue durée qui en règle générale évoluent lentement (29). En 2009, les *Centers for disease Prevention and Control* (CDC) aux États-Unis, définissent les maladies chroniques comme des « affections non transmissibles, de longues durées, qui ne guérissent pas spontanément une fois acquises, et sont rarement curables ». Dans le dictionnaire international pour la médecine générale de la *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (WONCA), le terme de « maladie chronique » n'est pas utilisé. C'est l'« épisode de traitement », définissant la période entre le premier contact du médecin avec le problème de santé nécessitant un soin et le dernier contact pour ce même problème, qui est pris en compte (40). Il s'agit ici d'une approche nosographique de la maladie, selon un modèle biomédical. L'entrée de la maladie se fait grâce à un diagnostic, l'étiologie est connue. A la différence de ces définitions, Perrin et al. (33) utilisent une définition qui reprend les termes de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Ils prennent en compte les conséquences de la maladie, en plus des critères retrouvés dans les définitions précédentes : présence d'un substratum organique, psychologique ou cognitif, d'une ancienneté d'au moins 3 mois à un an, ou supposée telle, accompagnée d'un retentissement sur la vie quotidienne des personnes atteintes de maladie chronique, pouvant induire une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation, une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime,

d'une technologie médicale, d'un appareillage, ou d'une assistance personnelle, et nécessitant des soins médicaux ou paramédicaux, d'aide psychologique ou d'adaptation. La Haute Autorité de Santé (HAS) reprend la définition de la Banque de Données en Santé Publique (BDSP) pour définir la maladie chronique : « Maladie qui évolue à long terme, souvent associée à une invalidité ou à la menace de complications sérieuses, et susceptible de réduire la qualité de vie du patient » (5). Dans le rapport sur la prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique (24), le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) a choisi d'utiliser une définition transversale de la maladie chronique, proposée par le Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique (34) et l'a défini comme : « un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer, d'une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle, avec un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants : une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale, une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle, la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social ». Ici, nous sommes devant une approche centrée sur les conséquences pour le patient, permettant une vision plus globale, selon un modèle biopsychosocial (11).

Les critères permettant de définir la maladie chronique varient considérablement. Nous ne possédons pas de définition univoque, avec des notions précises (14). Une revue de la littérature internationale sur la définition de la maladie chronique a mis en évidence 25 éléments de définition de la maladie chronique différents (31). Ces éléments de définition variaient selon les études et les contextes : la durée, la nécessité d'un suivi et d'un traitement, les conséquences sur la qualité de vie, la probabilité de guérison, la nature non contagieuse, la présence de facteurs de risques. Ceci contraste fortement avec la définition des maladies infectieuses qui répondent à des critères uniformes, validés et utilisés en Santé Publique. Ainsi, les définitions de la maladie chronique ne répondent pas toutes aux mêmes critères, elles n'ont pas toutes la même approche et la prise en charge qui en résulte varie fortement. Toutefois, on peut retenir trois critères qui sont mis en avant de manière récurrente pour caractériser au mieux une maladie chronique :

- une maladie qui dure
- un suivi médical régulier et un traitement au long cours
- une altération de la qualité de vie

L'expression de la maladie était en réalité très ouverte, stable ou pas, sévère ou pas, avec des épisodes ou pas, et d'étiologie plurifactorielle.

A partir de ces différents éléments de définition, de ces différents points de vue, on retrouve dans la littérature des « listes de maladies chroniques » construites *a priori* et qui varient en fonction des acteurs concernés (patients, médecins, assureurs) ou des domaines de gestion (économie, qualité de vie des patients, biomédecine). Pour les médecins, l'approche de ces maladies chroniques s'établit souvent à partir d'une classification par diagnostic et par appareil. La « classification internationale des maladies de l'OMS, 10^{ème} révision » ou CIM-10, dont les chapitres et exemples se trouvent en annexe (annexe 1), est la plus fréquemment utilisée (28). Le dispositif médico-administratif des ALD propose une liste restrictive d'affections supposées de longue durée et coûteuses (annexe 2). Des études sur la qualité de vie des patients ont permis d'établir des listes de maladie chronique différentes (tableau 1).

Tableau 1 : Maladies les plus déclarées en 2012 par les 15 ans et plus parmi les 14 maladies chroniques proposées dans l'Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) (12)

Maladies chroniques	%
Lombalgies et autres atteintes chroniques du dos	19,2
Arthrose, hors colonne vertébrale	14,3
Cervicalgies et autres atteintes cervicales chroniques	14,2
Allergies	13,8
Hypertension artérielle	13,1
Diabète	8,5
Asthme	7,1
Dépression	5,9
Bronchite chronique, broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), emphysème	5,8
Incontinence urinaire, fuites urinaires, problème de contrôle de la vessie	4,9
Maladies des artères coronaires, angine de poitrine, angor	2
Accident vasculaire cérébral, attaque cérébrale	1
Infarctus du myocarde	0,7
Cirrhose du foie	0,1

L'établissement d'une liste restrictive, souvent créée à partir de la cause de la maladie, varie donc en fonction du point de vue : celui du professionnel de santé, celui de l'assurance maladie, celui du patient... Elle ne permet pas de prendre en compte qu'une même maladie peut avoir des conséquences différentes avec une grande variabilité individuelle. Elle ne permet pas non plus d'avoir une approche globale des personnes atteintes de multimorbidité (plusieurs maladies chroniques concomitantes). Les affections sont gérées individuellement, comme avec le système des ALD où sont gérées médicalement et financièrement, de façon standardisée, 30 affections chroniques, négligeant la prise en charge de personnes atteintes d'affection chronique non listée. L'hétérogénéité de la définition de la maladie chronique n'apparaît en fait que comme le reflet d'une gestion compartimentée, dépendante des acteurs, et dont les listes qui en résultent, diffèrent en fonction du référentiel dans lequel nous nous positionnons. La conséquence de ses listes formées *a priori* est une prise en charge, qu'elle soit sociale, médicale, ou économique du problème de santé, dépendante de sa présence, ou non, sur cette « liste », tombant comme un couperet distinguant sans équivoque les maladies dites « chroniques » des autres affections (dites « aiguës » ?).

La prévalence des maladies chroniques ne fait qu'accroître les enjeux à la fois économique, d'organisation des soins, de qualité des soins et de qualité de vie des patients. Lors des deux dernières décennies, le rôle des soins primaires et la place du médecin généraliste ont été revalorisés. La transition épidémiologique liée à la part croissante des maladies chroniques a conduit à une mutation du système de santé en faveur des soins primaires (1) (7) (30). En France, la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) a intégré les soins de premiers recours dans le schéma régional de l'offre de soins, en précisant les missions des médecins généralistes (26). Le médecin généraliste est désormais reconnu dans les recommandations pour la pratique clinique comme « coordonnateur de la prise en charge » qui « doit être globale, pluri et interprofessionnelle » (17). La médecine générale est la spécialité clinique orientée vers les soins primaires. Elle développe une approche globale, centrée sur le patient, dans une dimension biopsychosociale. Les médecins généralistes contribuent à cette offre de soins ambulatoires et assurent pour les patients la prévention, le dépistage, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Ils participent à la

continuité des soins, à l'orientation du patient dans le système de soins et à la coordination des soins nécessaires au patient (26).

Une étude réalisée sur des données de l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG), recueillies entre 2007 et 2011, a permis de caractériser la gestion des maladies dans la réalité de la pratique quotidienne des médecins généralistes (31). Une analyse de *clustering* a été réalisée pour 253 pathologies différentes pris en charge par 72 MG en fonction de 3 variables : le rapport « cas persistant »/ « cas nouveaux », la durée médiane d'un épisode de soin et le taux de récurrence des nouveaux cas. Ces variables représentaient les critères principaux permettant de définir la maladie chronique : une maladie qui dure, un suivi médical régulier et un le traitement au long cours. L'altération de la qualité de vie du patient n'a pas été prise en compte dans ce travail sur la gestion par le MG. Ce travail a mis en évidence 7 classes de maladies selon le type de gestion des MG :

1. Pas de suivi, pas de récurrence
2. Pas de suivi, récurrences
3. Suivi court, pas de récurrence
4. Suivi court, récurrences
5. Suivi au long cours, espacé, pas de crise-récurrence
6. Suivi au long cours, rapproché, pas de crise-récurrence
7. Suivi au long cours, crises-récurrences

S'il existe une séparation nette entre la gestion de maladies typiquement aiguës (ex : angine, panaris, pyélonéphrite) et la gestion de maladies typiquement chroniques (ex : HTA, diabète, insuffisance cardiaque), il existe aussi une zone intermédiaire, un continuum, qui incluent nombre de pathologies. Ce travail remet en cause la dichotomie stricte aiguë/chronique dans la gestion des maladies par le MG. Cette étude a montré également nombre de discordances avec un profil de gestion aiguë pour des pathologies reconnues comme chroniques par la communauté scientifique et médicale (ex : asthme, obésité, dépression). En Médecine Générale, la différence entre maladie aiguë et chronique n'est pas toujours évidente : lombalgie aiguë ou chronique ? Cystite simple ou récurrente ? Terrain anxieux, anxiété réactionnelle ou anxiété chronique ? Cette question est d'importance car elle peut impacter la décision médicale : faut-il prendre en charge cette maladie au long cours ou ne

traiter que les crises ? Quelle est la balance bénéfices-risques des deux attitudes ? Y compris en termes de conséquences psychosociales et de morbidité pour le patient (récidives, séquelles), et en termes médico-économiques (plus d'examens, plus de médicaments). Dans ces conditions, Il n'est pas rare que le médecin soit face à des contradictions : la nécessité de partager la décision avec le patient, alors que l'incertitude sur la meilleure attitude reste grande ; l'injonction paradoxale de ne pas chroniciser une pathologie et, en même temps, assurer un suivi au long cours pour en prévenir la chronicisation : « y penser tout le temps pour que ça n'arrive jamais ! ». Or c'est bien la réflexion du médecin qui viendra guider la prise en charge avec pour les maladies caractérisées comme « aiguës » une réponse immédiate, plutôt de type biomédicale, et pour les maladies caractérisées comme « chroniques », des démarches de dépistage, de prévention, d'organisation du suivi, d'explorations des conséquences psychosociales, et d'éducation thérapeutique. La revue de la littérature ne permet pas de trouver une définition univoque, homogène de la maladie chronique. Et cela reste une illusion. Cependant, derrière le caractère intellectuel de la réflexion, il y a de forts enjeux de prise en charge notamment pour ces maladies « intermédiaires », entre aiguë et chronique, dans un contexte où la multimorbidité est prédominante.

Objectifs

Pour prolonger ce travail, nous avons réalisé une analyse approfondie du sujet en médecine générale pour mieux comprendre le point de vue des médecins généralistes sur la gestion au quotidien des maladies et identifier des caractéristiques de prise en charge en médecine générale. Afin d'identifier des leviers d'amélioration de pratique, nous avons analysé particulièrement la prise en charge de certaines de ces maladies chroniques identifiées avec un profil de gestion aiguë.

METHODE

Schéma d'étude

L'enquête qualitative s'est imposée dans cette étude où nous cherchions à comprendre les opinions, les motivations et les comportements des médecins généralistes dans la gestion de certaines maladies chroniques. La méthode du *focus group* (FG), particulièrement adapté aux études exploratoires, permettait de recueillir l'opinion de plusieurs médecins généralistes en même temps, de tester des hypothèses mais aussi de faire émerger des idées nouvelles. Cette méthode permettait de tirer profit de la dynamique de groupe : l'interaction entre les participants stimulait l'analyse et la confrontation des informations. Lors de ces entretiens, chaque participant exprimait son point de vue, la discussion et les échanges entre médecins permettaient d'approfondir les opinions, de clarifier certaines notions et d'appuyer les critiques qui pouvaient être avancées (10).

Population

L'étude a été réalisée en Ile-de-France et dans l'agglomération pontoise entre janvier et décembre 2016. La population était constituée de médecins généralistes installés ou remplaçants. La participation s'est faite sur la base du volontariat et le recrutement a eu lieu jusqu'à saturation des données. Une sélection raisonnée a permis d'inclure une diversité de profils (âge, sexe, expérience professionnelle, lieu d'exercice, activité universitaire, réseau de société savante). Ces caractéristiques étaient déclarées par les participants via un questionnaire distribué avant le début de l'entretien.

Recueil des données

La méthode des *focus groups* implique la réalisation d'entretiens semi-dirigés, orientés par un animateur à l'aide d'un guide d'entretien, mais laissant une grande liberté dans la discussion. Des questions et relances ont été préparées au préalable, afin d'échanger méthodiquement.

Nous avons réalisé 5 *focus groups* de janvier à décembre 2016. Les entretiens ont été arrêtés à saturation des données. Chaque groupe était composé de 6 à 8 médecins, qui ont répondu présents à l'invitation envoyées par mail (annexe 3). Le premier entretien a eu lieu dans une maison médicale à Poitiers en janvier 2016 ; les deux suivants ont eu lieux au DMG de la faculté de médecine de Créteil en juin 2016 ; les deux derniers ont eu lieux dans les locaux de la SFMG d'Issy-les-Moulineaux en novembre et décembre 2016. Chaque entretien a duré environ deux heures. Une indemnisation de 100 euros par participant a été prévue. Les réunions ont été enregistrées avec l'accord des participants, et animées par un chercheur, en présence d'un observateur prenant des notes sur les attitudes non verbales des participants. Avant chaque réunion, les médecins étaient invités à remplir un questionnaire court afin de mieux les connaître (annexe 4). Les entretiens collectifs étaient suivis d'une période de retranscription des données et d'analyse afin d'apporter des modifications du guide d'entretien dans le but d'améliorer et d'approfondir les *focus groups* suivants. Les entretiens ont tous débuté par l'accueil des participants, la présentation de l'étude et de ses objectifs, ainsi que la présentation des investigateurs, de l'animateur et de l'observateur. Puis l'entretien était mené en 3 temps :

1. Une présentation de 10 minutes par le biais d'un diaporama a permis de décrire les résultats de la typologie réalisée lors de l'étude descriptive dont le but était d'analyser la gestion des maladies en soins primaires selon la pratique quotidienne des médecins généralistes (annexe 5). Le but de cette présentation était de donner un état des lieux des pratiques en médecine générale. Elle a permis aux médecins de situer leurs pratiques par rapport aux résultats. Nous souhaitons ici que les médecins puissent s'identifier à notre problématique par les correspondances avec leur pratique et pointer les discordances entre la théorie et leur réalité quotidienne.
2. Une discussion autour d'une maladie aiguë « typique » et d'une maladie chronique « typique » a permis de recueillir les verbatim qui les caractérisent, afin de les comparer aux verbatim des pathologies discordantes lors de l'analyse. Cette partie de l'entretien correspondait à environ la moitié du temps destiné au *focus group*, soit environ une heure.

3. Une discussion autour de pathologies discordantes représentait la principale étape de l'entretien. Deux à trois pathologies discordantes ont été abordées dans chaque groupe, pendant environ une heure au total.

Les pathologies retenues étaient celles issues de l'étude sur la gestion des maladies en soins primaires (31) et sont détaillées dans le tableau 2. Elles ont été choisies selon leur prévalence en médecine générale, les définitions biomédicales de la maladie chronique, les maladies considérées comme chroniques par les patients lors des enquêtes et des hypothèses issues de l'expérience clinique des chercheurs cliniciens.

Catégorie	Pathologie	Taux de chronicité nb de cas persistants / nb de nouveaux cas	Réurrence nb moyen de nouveaux cas sur 5 ans	Durée moyenne de l'épisode (jours)	Point de vue science médicale	ALD	Point de vue patients	FG
Aiguë	ANGINE	0,11	6,2	13	aiguë	-	-	1
	COLIQUE NEPHRETIQUE	1,01	1,1	87	aiguë	-	-	2
	CYSTITE	1,33	3,4	6	aiguë/récurrente (15)	-	-	5
	DIARRHÉE	0,61	1,1	70	aiguë	-	-	2;3
	PANARIS	0,35	2,1	20	aiguë	-	-	4
Chronique	CANCER	18,04	2,4	675	chronique (HAS)	30	-	2
	DIABÈTE DE TYPE 2	34,84	3,6	985	chronique (HAS)	8	chronique (12)	1;5
	HTA	23,48	3,8	772	chronique (HAS)	-	chronique (12) (38)	4
	INSUFFISANCE CARDIAQUE	24,51	4,8	639	chronique (HAS)	5 si grave	-	2;3
	INTERMÉDIAIRE	10,24	2,4	450	"suivi" si conséquences ou alcool-dépendance (36)	-	-	5
	ANXIÉTÉ	4,26	3,5	296	chronique si grave (20)	23 si > 1 an	-	2
	BRONCHITE CHRONIQUE	14,85	2,4	554	chronique (HAS)	14 si grave	chronique (12)	3;4
	CATARACTE	14,23	1	324	-	-	-	1
	DEPRESSION	10,6	2,3	450	chronique si > 2 ans (3)	23 si > 1 an	chronique (12)	1
	HYPERTHYROIDIE	6,59	1,2	332	-	-	-	5
Intermédiaire	LOMBALGIE	1,43	3,8	116	chronique si > 3 mois (18)	-	chronique (12) (38)	1;3
	MIGRAINE	4,74	1,2	413	maladie à crises récurrentes (23)	-	chronique (38)	3
	OBESITÉ	10,23	1,1	460	chronique (19)	-	-	4
	PSORIASIS	6,5	1,1	426	chronique (22)	-	-	4
	RGO	5,74	2,3	398	-	-	-	2

Tableau 2 : Pathologies utilisées dans les entretiens

Le guide d'entretien a été construit à partir des déterminants de la pratique du médecin dans le soin (13) :

- les recommandations de pratique
- les facteurs liés au médecin
- les facteurs liés au patient
- les interactions professionnelles
- les incitations et les ressources
- la capacité d'organisation personnelle
- les facteurs sociétaux

Le guide d'entretien comportait 4 relances principales allant du plus général au plus précis :

- Comment cela se passe en pratique pour gérer un patient qui vient pour (*maladie*) ?
- Quelles sont les circonstances/situations/raisons pour lesquelles vous n'effectuez pas de suivi pour (*maladie*) ?
- Quels sont les difficultés et obstacles pour prendre en charge (*maladie*) que vous avez rencontrés personnellement ?
- Quels seraient vos besoins, en tant que médecin généraliste pour pouvoir mieux appréhender (*maladie*) ?

Ensuite, en fonction du déroulement de l'entretien et des thèmes abordés, nous pouvions poser une deuxième série de relances plus précises, se focalisant davantage sur les déterminants de gestion décrits dans le précédent paragraphe (annexe 6). En parallèle, des relances neutres à type de reformulation ont été réalisées au cours des entretiens. Elles avaient pour but de vérifier la compréhension du discours produit.

Analyse des données

Chaque *focus group* a été suivi d'une période d'environ 4 mois de retranscription des données, d'analyse des occurrences et verbatim correspondants puis codification à l'aide du logiciel NVIVO. Les séances d'entretien collectif ont toutes été enregistrées sur dictaphone puis retranscrites fidèlement sur support informatique. Les aspects non verbaux ont été observés lors des entretiens. Neuf heures d'enregistrements ont été effectués.

Analyse thématique

Tout d'abord, des analyses intermédiaires ont été réalisées entre le premier et les focus groups 2 et 3, puis entre les deux dernières paires d'entretien. À partir des verbatim obtenus, les catégories ont été identifiées par lecture et relecture des entretiens. Après les entretiens, trois chercheurs (2 séniors et un junior) ont travaillé indépendamment, identifiant et nommant les dimensions dans les discours. Suite à ces primo-analyses, nous nous sommes à chaque fois réunis et avons chacun proposé une liste de catégories thématiques. Après discussion, nous avons trouvé un accord quant à ces dimensions. Lors de ces analyses, nous avons procédé à une réorganisation des données en catégories et sous-catégories afin d'inclure tous les concepts rapportés par les participants (6). Ces analyses intermédiaires étaient primordiales puisqu'elle permettait en fonction des premiers résultats d'améliorer le guide d'entretien pour mieux orienter et approfondir les entretiens suivants, dans le but d'obtenir une information la plus exhaustive possible.

Analyse matricielle

À la suite de l'entretien avec le cinquième groupe de médecins généralistes, nous avons entrepris une analyse approfondie des résultats. Le but était d'interpréter les discours, en faisant une lecture « entre les lignes » des informations émises par les médecins généralistes. Cette stratégie consistait à construire des matrices qui contiennent des informations réduites. Le processus de réduction consiste à extraire le sens d'un résultat et à l'exprimer de manière plus compacte. La condition sine qua non est que la réduction conserve le sens du résultat. Nous avons ainsi recherché des corrélations entre les concepts ou les déterminants de gestion exprimés par les MG et les pathologies utilisées lors des entretiens, en fonction de leur appartenance au groupe « aiguë », « chronique » ou « intermédiaire ». Cette partie de l'analyse a été réalisée à l'aide de requêtes avec le logiciel d'analyse NVIVO.

RESULTATS

Echantillon des médecins généralistes

Un échantillonnage raisonné a permis d'inclure une diversité de médecin généraliste. Au total 33 médecins généralistes ont participé à l'étude, répartis en 5 groupes. Le premier groupe était composé de médecins investigateurs de la Société française de Médecine Générale (SFMG) de Poitiers; les deuxième et troisième groupes étaient composés de médecins généralistes du Département de Médecine Générale (DMG) de l'Université Paris Est Créteil (UPEC), et les quatrième et cinquième groupes étaient composés de médecins généralistes d'Ile-de-France non impliqués dans des activités de recherche ou d'enseignement. Les caractéristiques des médecins participants sont renseignées dans le tableau 3.

Tableau 3 : Caractéristiques des médecins participants à l'étude

Caractéristiques	Valeurs
Age : extrêmes/moyenne (années)	[28 - 71]/ 49
Sexe : femmes/hommes (%)	33/ 67
Expérience : extrêmes/moyenne (années)	[0 – 45] / 18
Mode d'exercice : seul/cabinet de groupe/centre pluripro (%)	22 / 39 / 39
Zone activité : urbain/rural (%)	94 / 6
Consultations : rdv/libres et rdv (%)	76 / 24
Secrétariat : oui/non (%)	76 / 24
Conventionnement : I/II/NC (%)	88 / 9 / 3
Nombre patients MT : extrêmes/moyenne	[46 – 3000] / 880
Nombre actes/an : extrêmes/moyenne	[70 – 5500] / 3557
Activité d'enseignement : MSU/enseignant/aucune (%)	67 / 52 / 21
Activité de recherche : investigateur/chercheur/aucune (%)	42 / 30 / 45

Analyse thématique

L'analyse des cinq entretiens a permis de mettre en évidence deux aspects dans les échanges entre médecins généralistes, la conception de la maladie et la gestion de la maladie. D'un côté, les médecins ont spontanément exprimé les raisons pour lesquelles ils pensaient qu'une pathologie était plutôt aiguë, chronique ou « intermédiaire », et parallèlement, ces derniers ont décrit leur pratique quotidienne, en expliquant de manière plus concrète leur gestion de ces pathologies.

Conception de la maladie

La conception de la maladie concerne la position, presque *a priori* du médecin, concernant la maladie.

La représentation du médecin

Les MG s'étaient parfois positionnés facilement pour classer une maladie, avec des idées bien arrêtées : « *moi malgré quelques cas tels que tu décris, pour moi c'est dans ma tête tout de même une pathologie aiguë. Ça veut dire que ... euh... il y en a bien quelques-uns qui rentrent pas dans le cadre mais je gère comme une pathologie aiguë, quand même, dans ma tête* » (M32, homme, 54 ans, Magny-en-Vexin (95), MSU, activités d'enseignement et de recherche, investigateur SFMG).

Pour certains, il ne s'agissait pas d'une maladie, mais d'une anomalie, d'un état hors-norme, ou d'un handicap : « *c'est quand même un peu dérangent... L'obésité... peut être un facteur de risque, un problème esthétique ou autre mais euh... c'est quand même un peu compliqué de le mettre comme maladie chronique, on est tenté de ce dire que... ça correspond à une caractéristique de la personne* » (M20, homme, 39 ans, Saint-Denis (93), MSU, activité de recherche)

ou d'un facteur de risque : « *Alors que pour moi l'alcool est un facteur à risque pour tellement de choses que j'ai l'impression que je l'ai étiqueté avec ce facteur de risque, à chaque fois... Mais c'est pas un abord de maladie chronique* » (M27, homme, 62, Cergy (95), MSU).

Dans d'autres cas, la position des médecins paraissait un peu flou : « mais une chronicité... j'ai un peu... moi j'sais pas c'est pas clair dans ma tête ça... » (M27, homme, 62, Cergy (95), MSU).

Les MG ont affirmé que le médecin était le principal acteur dans le choix de la conception et de la gestion de la maladie : « *on l'a bien vu sur la discussion autour de l'alcool, c'est-à-dire que... en fonction de notre représentation de l'alcool, il est probable qu'on, que le même patient, on le classera en aigu ou en chronique et cetera et que ça aura une conséquence sur sa prise en charge* » (M32, homme, 54 ans, Magny-en-Vexin (95), MSU, activité d'enseignement et de recherche, investigateur SFMG).

Avec une volonté de ne pas faire entrer le patient dans la maladie chronique : « *j pense pas que quelqu'un qui vient pour une lombalgie, faut d'emblée lui dire que c'est chronique quoi* » (M15, homme, 66 ans, Saint-Maur-des-Fossés (94), MSU, activité d'enseignement, investigateur).

« *oué voilà, nan mais attends, j'suis un peu comme Michel, je m'engouffre pas d'emblée parce que y'a des gens qui adorent ça... alors après ils rentrent euh... et tous les jours, on peut jamais les guérir mais ils viennent pour exprimer une plainte. Moi je rentre pas trop dans la chronicité justement, parce que y'a ce genre de patient, mais... et voilà j'attends un peu, j'me laisse le temps* » (M15, femme, 35 ans, Saint-Maur-des-Fossés (94), MSU, activités d'enseignement et de recherche).

Les MG se sont prononcés sur ce qu'était selon eux le rôle du patient dans leurs représentations de la maladie : « *C'est-à-dire que quand le patient est prêt à parler de chronicité de la maladie même si...euh... on est sur un versant de prise en charge différent de la médicalisation, c'est un impact aussi sur les représentations du médecin sur le fait que ce soit une maladie chronique* » (M19, femme, Bagnoux-sur-Loing (77), activités d'enseignement et de recherche, investigateur).

« *sauf quand c'est pareil, quand c'est la fréquence de consultation et la gêne ressentie par le patient qui va me...En fait c'est souvent ça qui va me faire dire si je suis dans le chronique ou pas. C'est souvent la gêne ressentie* » (M16, femme, 35 ans, Saint-Maur-des-Fossés (94), MSU, activités d'enseignement et de recherche).

Les MG se sont référés à la gestion dans le temps des maladies pour les définir : « *Et si tu veux, cette femme que je vais traiter 3 à 6 mois, pour moi je reste quand même dans l'aigu euh* » (M1, 59 ans, Poitiers (86), MSU).

« *mais sur 2/3 épisodes, mais je, si ça se chronicise.., on est plus dans la lombalgie, fin...* » (M5, homme, 30 ans, Poitiers (86), tuteur).

Selon eux, la conception de la maladie dépendait aussi de l'expérience du médecin : « *Donc on voit bien que malgré tout on change un petit peu nos principes de la première fois, la deuxième, la troisième* » (M2, homme, 69 ans, Gencay (86), investigateur SFMG).

La caractérisation de la maladie

Les MG ont exprimé déterminer la maladie en fonction de son traitement : « *c'est vrai que pour moi la migraine c'est une pathologie chronique... si les épisodes se répètent, et que j'identifie comme chronique parce que je savais qu'il existait quand même un traitement de fond* » (M14, femme, 28 ans, Sucy-en-Brie (94), MSU et activité d'enseignement).

« *Le psoriasis a priori c'est chronique. C'est chronique parce qu'il faut traiter...* » (M25, homme, 71 ans, Paris (75), MSU).

Les MG considéraient certaines maladies comme étant simples : « *le médecin est plus rasséréiné, est plus... est plus solide pratiquement que dans une cystite ou c'est que du... c'est, c'est une pathologie simple mais où c'est quand même que des symptômes, y'a peu de signes. Là on a des signes d'observation.* » (M1, homme, 59 ans, Poitiers (85), MSU).

« *Mais si on parle de l'adulte, c'est une pathologie qui ne nous pose guère à nous généralistes de, de... gros problèmes. Dans 95% des cas voir 98% c'est des gens qu'on ne revoit pas pour la même cause* » (M10, homme, 64 ans, Pontault-Combault (77), MSU, activité d'enseignement).

« *Il y a une sémiologie assez simple* » (M5, homme, 30 ans, Poitiers (86), tuteur).

Les MG n'ont pas seulement considéré la maladie de manière isolée, mais abordé la notion de multimorbidité : « *Et il se trouve que la consultation c'est jamais que l'insuffisance*

cardiaque. Y'a un temps qui est très important pour le reste en fait. Parce que souvent c'est des patients qui ont des poly morbidités, et que je peux pas passer toute la consultation à ne m'occuper que de l'insuffisance cardiaque » (M18, homme, 30 ans, Sucy-en-Brie (94), MSU, activités d'enseignement et de recherche).

« Lui il est insuffisant cardiaque mais il est, les insuffisants cardiaques qu'on voit c'est parce qu'il est obèse, hypertendu depuis toujours, il est insuffisant coronarien, il a pas juste l'insuffisance cardiaque, il a déjà quatre maladies chroniques... Donc avec une maladie chronique, à part le Crohn, j'en connais pas beaucoup. Les mecs, ils viennent avec trois ou quatre maladies chroniques. Donc déjà, c'est... on n'a pas de patients avec une maladie chronique, la plupart de mes patients ont trois, quatre pathologies chroniques » (M7, homme, 61 ans, Boussy-Saint-Antoine (91), MSU).

La part psychique de la maladie a été décrite comme étant un facteur pour la caractériser : « on arrive à faire penser au patient qu'il a peut-être une dépression, exprimer les choses, bah ça a peut-être régler son problème, de ce... somatique » (M5, homme, 30 ans, Poitiers (86), tuteur).

Les MG ont exprimé qu'il existait dans certaines situations une période d'incertitude : « en fait le problème c'est que c'est comme le lait sur le feu, c'est ce que je dis toujours et surtout les petits vieux, je me dis, qu'est-ce qui va se passer. Des fois, je les vois tous les mois, ou des fois tous les 15 jours, après je ré espace, quand je sens que c'est mieux, je ré espace. Mais c'est toujours l'incertitude, j'me dis il va leur arriver une merde » (M16, femme, 35 ans, Saint-Maur-des-Fossés (94), MSU, activités d'enseignement et de recherche).

Les MG exprimaient l'importance de la clinique pour caractériser une maladie : « alors que le patient, qui, dont on sait bien qu'il a des problèmes qui persistent et souvent des problèmes lourds, celui, quoiqu'il arrive, même s'il vient pour un truc... finalement son motif, c'est un motif léger, a priori, bin on c'est que c'est un patient chronique, on sera obligé de regarder d'autre truc, on sait que c'est un patient chronique » (M11, homme, 50 ans, L'Hay-les-Roses (94), MSU, activités d'enseignement et de recherche).

Dans la clinique, le niveau de certitude diagnostique était prépondérant pour caractériser certaines maladies : « c'est un peu comme pour la MAPA et la tension artérielle, il y a les EFR.

On peut toujours préciser, hin, on l'a chopé, il va peut-être pas les faire. Lui il veut une radio pulmonaire, en général elle montre rien du tout, mais on lui fait faire des EFR. Alors là, on a des chiffres, c'est chiffré, on a des VEMS, tout ça. Alors pour nous on va savoir quel est son stade de BPCO, c'est pas compliqué » (M25, homme, 71 ans, Paris (75), MSU).

« On n'a pas l'impression qu'il se cache quelque chose, qu'il va se produire un truc extraordinaire » [Angine] (M3, homme, 59 ans, Poitiers (86), MSU, investigateur SFMG et activité de recherche).

« Absolument. Parce que tu peux passer facilement à côté d'un diagnostic, d'un état de fatigue et cetera, d'un patient qui... ou d'un... d'un... musculaire... que tu ... parce que à cette âge-là, quand on est fatigué, qu'on a plusieurs pathologies... Est-ce que c'est le cœur, est ce que c'est autre chose ? Et donc c'est souvent un tout petit peu difficile... Et... donc, voilà, j'trouve que... faire une synthèse globale, c'est nécessaire, mais c'est pas toujours simple » (M13, homme, 59 ans, Joinville-le-Pont (94), MSU, activités d'enseignement et de recherches).

Pour les MG, certains états étaient considérés comme sous-diagnostiqués : *« déjà y'a un problème de sous-diagnostic, la BPCO. C'est souvent, y'a rarement BPCO dans le dossier » (M16, femme, 35 ans, Saint-Maur-des-Fossés (94), MSU, activités d'enseignement et recherche).*

D'autres maladies présentaient des critères sémiologiques subjectifs : *« l'anxiété, c'est subjectif » (M8, femme, 34 ans, Sucy-en-Brie (94), MSU, activité d'enseignement, investigateur).*

« Alors que la migraine, bon, là à la rigueur on va vérifier s'il a eu une imagerie mais, on va être plus avec la patiente ou le patient, euh et voir sa gêne. On n'est pas dans la même démarche parce que euh... y'a moins de choses qui interagisse aussi. Et y'a moins de biomédical en quelque sorte » (M14, femme, 28 ans, Sucy-en-Brie (94), MSU, activité d'enseignement).

Les MG se sont référés à l'étiologie et à la physiopathologie pour caractériser la maladie. La présence d'une cause externe a été mise en avant : *« c'est psychosomatique, pareil... Ils ont*

des problèmes au boulot. Ou alors ils sont maçons, c'est des maçons portugais, enfin... tu vois c'est compliqué » (M16, femme, 35 ans, Saint-Maur-des-Fossés (94), MSU, activité d'enseignement et de recherche).

Parmi les causes externes, les médecins ont décrit de manière récurrente :

- les origines psychiques de la maladie : *« il y a le facteur psychologique qu'on ne sait pas bien appréhender, qui lui est criant, qui est patent. »* (M21, homme, 61 ans, Cachan (94), MSU, activité d'enseignement).
- les contraintes professionnelles : *« ceux qui bossent à l'usine, ils se plaignent tous à partir de 10 ans de boîte, de leurs conditions de travail., de de, leur vie est complètement dégradé ! Euh... par leurs conditions de travail ! Vraiment ! »* (M5, homme, 30 ans, Poitiers (86), tuteur).
- les comportements à risque : *« prenons l'exemple du tabagique qui n'arrête pas de fumer, il a une bronchique chronique tabagique »* (M21, homme, 61 ans, Cachan (94), MSU, activité d'enseignement).

Ces causes externes ont été identifiées quelques fois comme aiguës : *« le cas le plus fréquent qu'on voit c'est le médecin qui arrive « j'ai mal au dos, docteur, j'ai déménagé ce weekend end... j'ai porté un piano. » J'en sais rien, et qui a mal, et on le soigne par le traitement classique de la lombalgie aiguë commune. Et on le revoit plus. »* (M5, homme, 30 ans, Poitiers (86), tuteur).

Certaines maladies étaient caractérisées selon les MG par l'absence d'étiologie ou de physiopathologie connue : *« on connaît pas vraiment la physiopath... »* (M24, homme, 37 ans, Marcoussis (91), investigateur).

Les MG ont considéré qu'une histoire de la maladie connue caractérisait aussi la maladie : *« mais moi c'est le sens qui compte pour moi. Dans l'insuffisance cardiaque moi je donne du sens. Là, il y a une altération de... du myocarde. Avec tout un ensemble de pathologie qu'on peut identifier, c'est connu, c'est accepté... euh... c'est dit et redit, donc euh... je suis là-dedans et ça me va. »* (M11, homme, 50 ans, l'Hay-les-Roses (94), MSU, activité d'enseignement et de recherche).

Enfin, les MG se référaient aussi à l'évolution de la maladie pour la caractériser et ont exprimé les facteurs suivants :

- Existence d'une guérison, quel que soit la durée de l'épisode : « *juste un truc, je pensais aux cystites récidivantes où on met un traitement de fond ou autre, pour moi c'est toujours de l'aigu même si je traite pendant 3 mois ou 6 mois. Et je me demandais, pourquoi c'est de l'aigu ? Pourquoi est-ce que j'estime que c'est de l'aigu ? Et à mon avis, c'est uniquement parce que je sais que dans un délai relativement bref, à quelques années près, on va retourner à un état antérieur. C'est-à-dire que ça va s'arrêter* » (M1, homme, 51 ans, Poitiers (86), MSU).
- Absence de guérison : « *une correction qui fait qu'ils sortent de cette pathologie considérée comme chronique donc non guérissable, qu'on soigne mais qu'on ne guérit pas* » (M21, homme, 61 ans, Cachan (94), MSU, activité d'enseignement).
- Absence de risque vital : « *et puis y'a pas de risques mortelles dans le psoriasis. Il peut y avoir des risques de rhumatismes psoriasiques mais t'es pas dans l'urgence d'une, d'une urgence hypertensive à 24* » (M22, femme, 59 ans, Paris (75), activité d'enseignement).
- Aggravation des épisodes aigus : « *après deux épisodes ils ont plus mal* » (M3, homme, 59ans, Poitiers (86), MSU, investigateur SFMG, activité de recherche).
- Evolution naturelle : « *je suis assez d'accord avec ce que dit Yann effectivement sur l'histoire naturelle des maladies, qui pourrait être un marqueur de chronicité ou pas... Indépendamment qu'il faille les traiter ou pas, y'en a qui sont des maladies qui vont soit...perdurer toute la vie, soit laisser des empruntes suffisamment importante que, euh... on les classe maladie chronique. Et d'autres, même si elles durent plusieurs mois, voire des années, euh... elles finissent par guérir* » (M32, homme, 54 ans, Magny-en-Vexin (95), MSU, activités d'enseignement et de recherche, investigateur SFMG).

L'existence d'épisode aigu ou de récurrence

Les MG ont exprimé la notion de maladie récidivante, avec espaces de vie saine : « *un potentiel de récurrence et c'est la fréquence des récurrences, quoi que le chiffre ne soit pas à mon*

sens défini, qui nous fait rentrer dans une pathologie chronique, mais qui là est quelque chose d'autre quoi » (M28, homme, 56 ans, Le Pecq (78), MSU).

Les MG ont caractérisé certaines maladies comme étant des maladies à épisodes : *« puis il y a des gens qui ont un fond anxieux chroniques et qui de temps en temps ont une exacerbation de leur anxiété qui font qu'ils ont un épisode aigu. Qui nécessite une prise en charge adaptée à ce moment-là*» (M10, homme, 64 ans, Pontault-Combault (77), MSU, activité d'enseignement).

« oui c'est la surinfection, il y a des épisodes aigus au cours de la bronchite chronique » (M25, homme, ans, Paris (75), MSU).

Les MG ont aussi décrit l'entité de symptômes répétés : *« à partir du moment où il y a un symptôme qui se répète, euh... en dehors éventuellement d'une période d'épidémie, faut se reposer des questions je crois en fait... ça me semble évident »* (M15, homme, 66 ans, Saint-Maur-des-Fossés (94), MSU, activité d'enseignement, investigateur).

Les MG ont distingué les périodes de stabilité des périodes d'instabilité, avec décompensation : *« il y a deux choses : il y a le suivi de la maladie chronique, quand tout est stable. Et il y a quand y'a la décompensation, l'instabilité. Euh que il y a ces deux choses... »* (M16, femme, 35 ans, Saint-Maur-des-Fossés, MSU, activité d'enseignement et de recherche).

Les facteurs sociétaux

La conception de la maladie était selon les MG modifiée par l'influence sociétale, le regard extérieur et l'existence de normes : *« Donc on se heurte à un autre problème, qui est le regard des autres et de la société »* (M21, homme, 61 ans, Cachan (94), MSU, activité d'enseignement).

Ils incluait également le rôle de l'entreprise et du travail : *« oui la pression sociale du monde de l'entreprise. Ils se sont intéressés aux TMS... »* (M3, homme, 59 ans, Poitiers (86), MSU, activité de recherche, investigateur SFMG).

Et celui des médias : « *moi j'suis pas trop... j'suis pas trop d'accord sur le fait qu'il y ait que l'aspect esthétique. Avec toutes les émissions télé, de la presse, ils savent que c'est une maladie quand même.* » (M22, femme, 59 ans, Paris (75 ans), activité d'enseignement).

Pour certains MG, cela aurait comme conséquences la création de nouvelles maladies : « *on a créé la fibromyalgie pour chroniciser la lombalgie...* » (M6, femme, 33 ans, Vouneuil-sur-Vienne (86), MSU, activité d'enseignement).

Gestion de la maladie

Nous avons retrouvé parmi les déterminants de gestion de la maladie :

- La gestion du patient
- La gestion du traitement
- La gestion du suivi
- La gestion de la consultation
- La gestion du risque
- Les recommandations médicales
- Le recours au système de soins

La gestion du patient

Pour les MG, la gestion médicale dépendait beaucoup des conséquences de maladie. Il s'agissait des conséquences sur la qualité de vie du patient : « *là c'est du handicap ressenti par le patient, parce que en fait, le handicap ressenti par le patient en fait, c'est ça qui va faire que tu vas être plus ou moins... entreprenant entre guillemets sur les thérapeutiques, ou sur les propositions ou sur les prises en charges* » (M15, homme, 66 ans, Saint-Maur-des-Fossés (94), MSU, activité d'enseignement), ou de conséquences sociales, sur le travail ou la famille : « *quelqu'un qui est dans une consommation excessive, avec des conséquences sur son travail, sur sa vie de famille, sur machin... on va être déjà dans un truc complètement différent en terme de lourdeur, de chronicité* » (M32, homme, 54 ans, Magny-en-Vexin, MSU, activités d'enseignement et de recherche, investigateur SFMG).

Les MG ont mis l'accent sur l'existence d'une dissociation entre l'attente du patient et la leur : « *ma difficulté c'est, justement, la dissociation entre la prise en charge réelle au quotidien, et puis, l'attente des patients, qui pour le coup, et souvent une attente, euh... magique* » (M13, homme, 59 ans, Joinville-le-Pont (94), MSU, activités d'enseignement et de recherche).

Le patient était décrit comme imposant la consultation et son contenu : « *moi je considère comme une maladie et je considère comme maladie quand mon patient il me dit qu'il en est malade* » (M12, femme, 42 ans, Coulommiers (77), MSU, activités d'enseignement et de recherche).

Le patient pouvait être au contraire considéré comme insuffisamment impliqué, passif : « *Donc, sauf que il est pas très acteur de son traitement puisque de toute façon il continue à fumer, il est pas très participatif* » (M21, homme, 61, Cachan (94), MSU et activité d'enseignement), avec un défaut d'observance : « *c'est pas nous qui décidons s'il est inobservant* » (M21, homme, 61, Cachan (94), MSU et activité d'enseignement).

Mais le patient a aussi été décrit d'un point de vue plus positif par le médecin comme acteur de sa santé ou de sa maladie : « *le patient, il est acteur de sa prise en charge, et donc on fera pas sans lui et on fera pas sans s'adapter à son rythme* » (M13, homme, 59 ans, Joinville-le-Pont (94), MSU, activités d'enseignement et de recherche).

Les MG se sont dit malgré tout dans un rôle où ils devaient imposer des contraintes aux patients : « *il va y avoir une surveillance qui va être plus... carrée dans le sens ou... t'as les effets aussi... du traitement c'est vrai que ça induit parfois des surveillances contraintes* » (M16, femme, 35 ans, Saint-Maur-des-Fossés (94), MSU, activités d'enseignement et de recherche).

Les MG ont évoqué l'importance de la négociation avec le patient : « *la maladie c'est toujours de la négociation avec les patients* » (M30, femme, 53 ans, Levallois-Perret (92)), avec la recherche de la compréhension, de l'adhésion du patient : « *moi je leur demande des fois de reformuler : qu'est-ce que vous avez retenu de cette entretien ?* » (M22, femme, 59 ans, Pars (75), activité d'enseignement), ainsi que la place de la décision partagée : « *la –*

décision thérapeutique, dans ce domaine-là est franchement partagée » (M15, homme 66 ans, Saint-Maur-des-Fossés (94), MSU, activité d'enseignement).

La gestion du traitement

Les MG ont évoqués pour certaines maladies l'absence de traitement efficace : *« certains médecins [...] s'interdisent de dire qu'il y a un traitement de fond parce qu'il est tellement peu efficace » (M18, homme, 30 ans, Sucy-en-Brie (94), MSU, activité d'enseignement).*

Les MG ont dit à de nombreuses reprises utiliser des traitements non médicamenteux : *« avec une plainte qui est récurrente, et une réponse qui est assez... monotypée..., on l'envoie chez le kiné, entre deux il va voir l'ostéopathe... » (M2, homme, 69 ans, Gencay (86), investigateur SFMG), en s'inscrivant souvent dans une démarche d'éducation et de prévention de récurrence : « Et aussi ça leur permet aussi de prendre conscience, de faire de l'éducation thérapeutique pour essayer justement de les sevrer dans leur démarche de tabac, quand ils ont du tabac... » (M13, homme, 59 ans, Joinville-le-Pont (94), MSU, activités d'enseignement et de recherche).*

Les MG avaient recours à l'utilisation de traitement symptomatique répété : *« parce qu'il n'y a pas de traitements de fond je crois au pso, c'est un traitement quand il y a des poussées » (M23, homme, 47 ans, Stains (93)).*

Les MG étaient quelques fois amenés à passer d'un traitement aigu à un traitement de fond : *« le traitement de fond il est fonction de la gêne du patient... et de là, de l'importance de son handicap à cause de ses migraines, et c'est à ce moment-là que tu vas décider ou pas avec lui de mettre en place ce traitement de fond. » (M15, homme, 66 ans, Saint-Maur-des-Fossés (94), MSU, activités d'enseignement).*

Les MG ont affirmé avoir recours à l'optimisation des ordonnances durant la consultation : *« le suivi de la maladie chronique, bon les renouvellements ça demande réflexion, ça demande concentration, ça demande d'ouvrir sur pleins de choses, de vérifier qu'il y a pas trop d'interactions médicamenteuses, qu'on n'est pas délétère sur les autres pathologies. » (M19, femme, 33 ans, Bagnoux-sur-Loing (77), activité d'enseignement et de recherche).*

Enfin, les MG ont évoqué l'automédication comme faisant partie des traitements à prendre en compte : « *y'a aussi l'idée effectivement, y'a les médicaments, en automédication, à la pharmacie... disponible facilement.* » (M8, femme, 34 ans, Sucy-en-Brie (94), MSU, activité d'enseignement).

La gestion du suivi

Les MG ont affirmé réaliser pour certaines maladies un suivi programmé, en établissant un plan de soins avec le patient : « *On peut y aller pas à pas, pour que le patient intègre un certain nombre de choses. Euh... et ... euh... et du coup mettre en place un suivi, des règles...* » (M32, homme, 54 ans, Magny-en-Vexin (95), MSU, activité d'enseignement et de recherche, investigateur SFMG).

Pour certaines maladies, les MG ont déclaré effectuer un suivi au long court : « *il y a tout un ensemble de choses qu'on met en place et ça va durer longtemps, et ça va être...on est sur une perspective de longue durée et de complexité* » (M11, homme, 50 ans, L'Hay-les-Roses (94), MSU, activité d'enseignement et de recherche).

Avec accompagnement du patient : « *c'est vraiment une relation très particulière avec chaque patient, une relation d'explication, une relation d'accompagnement, une relation d'aide qui me semble très riche* » (M26, homme, 67 ans, Lagny-sur-Marne (77), activité d'enseignement, investigateur SFMG).

Pour d'autres, la réévaluation était conditionnelle et rapide, avec un épisode de soin court, un délai court entre deux consultations : « *on informe le patient de revenir, si jamais il y a une persistance des symptômes, en donnant un délai* » (M6, femme, 33 ans, Vouneuil-sur-Vienne (86), MSU, activité d'enseignement).

Pour les MG, ce suivi était vu comme le meilleur moyen de faire de l'éducation thérapeutique au patient : « *disons quand ils viennent pour un renouvellement d'ordonnance, disons par exemple, et qu'ils ont à priori, pas d'autre problème, j'aime bien essayer à ce moment-là de revoir le problème de l'alimentation, le problème du poids, le problème... C'est... de faire un peu ce qu'on appelle, de l'éducation thérapeutique... J'essaye,*

mais c'est pas évident. » (M15, homme, 66 ans, Saint-Maur-des-Fossés, MSU, activité d'enseignement et de recherche).

La gestion de la consultation

Dans certain cas, les MG décrivaient une gestion simple et rapide de la consultation : « *globalement c'est de la consultation où effectivement, comme les autres participants, on se dit ça peut être _rapide_, quand on arrive avec un motif unique* » (M19, femme, 33 ans, Bagneux-sur-Loing (77), activité d'enseignement et de recherche), « *on n'a pas l'impression qu'il se cache quelque chose, qu'il va se produire un truc extraordinaire* » (M3, homme, 59 ans, Poitiers (86), MSU, activité d'enseignement, investigateur SFMG).

Avec des consultations fréquentes pour certaines maladies : « *puis en général, on les voit de façon rapproché, pas forcément pendant 10 ans, pour le coup...* » (M4, femme, 35 ans, Poitiers (86), MSU, activité de recherche).

Au contraire, d'autre type de consultation étaient considérées comme de gestion complexe.

- Sur plan médical : « *la consultation aigue de l'insuffisant cardiaque elle est probablement nettement plus compliquée, la colique néphrétique chez l'insuffisant cardiaque, on va être emmerdé avec les médicaments* » (M9, homme, 29 ans, Sucy-en-Brie (94), activité d'enseignement et de recherche).
- Sur le plan psycho-social : « *on rentre tout de suite dans un truc où faut se poser des questions, sur la représentation du malade... on est déjà sur des choses qui sont plus... plus complexe* » (M32, homme, 54 ans, Magny-en-Vexin (95), MSU, activités d'enseignement et de recherche, investigateur SFMG).
- Impliquant souvent une durée de consultation plus longue : « *c'est assez compliqué, c'est très chronophage* » (M19, femme, 33 ans, Bagneux-sur-Loing (77), activités d'enseignement et de recherche).

Certaines consultations ont été décrites par les MG comme un fardeau pour le médecin, du fait de la lourdeur de la prise en charge médicale : « *là ça devient aussi compliqué, parce que ça devient aussi compliqué psychologiquement pour nous quoi* » (M19, femme, 33 ans, Bagneux-sur-Loing (77), activités d'enseignement et de recherche).

La gestion du risque

Les MG étaient souvent confrontés à la gestion du risque, prenant différente forme :

- Recherche d'un risque aigu, avec nécessité d'éliminer les urgences : « *effectivement, il y a le plan de l'urgence, et des étiologies graves et urgences, rapides* » (M17, homme, 32 ans, Paris (75), activité d'enseignement et de recherche).
- Et notamment une complication d'une pathologie chronique : « *mais l'épisode aigu, c'est quand même, surtout chez les cardiaques, la décompensation, on la traque à chaque fois* » (M12, femme, 42 ans, Coulommiers (77 ans), MSU, activités d'enseignement et de recherche).
- La prévention et l'anticipation du risque : « *c'est prévention du risque vital. T'espères que ton patient ne va pas faire de nouveau un infarctus, il en a déjà fait un, que le diabétique n'en fera pas, peut-être il a plus de chances d'en faire, et cetera et cetera... Tu fais plutôt dans la prévention* » (M33, homme, 66 ans, Issy-les-Moulineaux (92)).
- La recherche d'une maladie grave : « *l'angine elle n'est pas comme d'habitude, parce qu'elle est pas belle, parce qu'on se dit tiens, c'est bizarre, c'est peut être un cancer* » (M4, femme, 35 ans, Poitiers (86), MSU, activité de recherche).

Cependant, pour les MG, certaine situation ne présentait pas ou peu de risque : « *c'est assez cadré, on ne prend pas vraiment de risque* » (M5, homme, 30 ans, Poitiers (86)).

La gestion du risque dépendait du terrain : « *panaris... tout dépend de la localisation...du stade, du terrain, de la personne ! S'il a un diabète, une maladie, une maladie euh chronique déjà sous-jacente, qui fait que la personne va décompenser euh...telle ou telle infection euh... cutanée* » (M24, homme, 37 ans, Marcoussis (91), investigateur SFMG).

Si nécessaire, les médecins avaient recours à des examens complémentaires à visée diagnostique pour préciser ce risque : « *faire un bilan aussi... Bon, pareil, faire un bilan écho... voir un petit peu ce qu'il se passe quoi. Depuis quand ? Grossesse, pas grossesse ? Fin et cetera. Fin j'pense que quand ça se répète comme ça... euh... on peut la soulager mais faut aussi aller un peu plus loin quoi* » (M29, femme, 66 ans, Issy-les-Moulineaux (92)).

Les recommandations médicales

Les MG ont affirmé l'intérêt de certaines recommandations, ou protocoles. Dans certaines situations, les MG disaient appliquer les protocoles de prise en charge : « *j'trouve que dans cette pathologie, tout est tellement codifié... que ... on est un peu systématique. Et les patients sont souvent sur le système SOFIA, dans lequel on les appelle, reconvoquent, enfin, où le suivi est assez codifié aussi* » (M30, femme, 53 ans, Levallois-Perret (92)).

Pour d'autres, ils affirmaient s'en servir mais les adapter : « *parce que c'est des déviations par rapport au protocole, ou des adaptations par rapport au protocole mais y'a quand même une ligne générale qui reste et dans laquelle je vais beaucoup adapter, de façon vraiment importante* » (M26, homme, 67 ans, Lagny-sur-Marne (77), activité d'enseignement, investigateur SFMG), car elles n'étaient pas à l'état brut applicable à la réalité des MG : « *mais ce qui me gêne là, c'est qu'on s'occupe pas du patient, on s'occupe du diabète* » (M3, homme, 59 ans, Poitiers (86), MSU, activité de recherche, investigateur SFMG).

Enfin, les MG ont trouvé que certaines recommandations étaient non applicables.

Le recours au système de soins

Les MG ont dit avoir recours au spécialiste dans certaines maladies, avec qui ils travaillaient en binôme : « *c'est des patients, on est vraiment en binômes avec le cardiologue, assez facilement* » (M16, femme, 35 ans, Saint-Maur-des-Fossés (94), MSU, activités d'enseignement et de recherche).

Ils ont aussi affirmé avoir fréquemment recours aux paramédicaux : « *on peut être amené à ... travailler avec l'infirmière* » (M14, femme, 28 ans, Sucy-en-Brie (94), MSU, activité d'enseignement).

Toutefois, les MG ont notifié que le spécialiste pouvait avoir un rôle délétère dans la gestion de certaines maladies : « *le risque, la chronicité elle vient de la prise en charge par le rhumatologue...* » (M2, homme, 69 ans, Gencay (86), investigateur SFMG).

Enfin, la gestion par un spécialiste de certaines maladies était responsable selon les médecins d'une rupture du parcours de soins : « *mais quand il est en psychothérapie, tu le*

vois plus pendant 3 ans ! Moi j'ai des patients que j'ai vu très régulièrement, et hop ! » (M3, homme, 59 ans, Poitiers (86), MSU, activité de recherche, investigateur SFMG).

Résultats de l'analyse matricielle

Le tableau 3 représente les pathologies citées dans les *focus groups*, classées par catégorie « aiguë », « chronique » ou « intermédiaire », avec les principaux déterminants retrouvés lors de l'analyse thématique, classés par thème.

La couleur verte caractérise les déterminants spécifiques des pathologies aiguës. En jaune sont représentés les déterminants spécifiques des pathologies intermédiaires, par leur présence ou leur absence pour les caractériser. En rouge sont représentés les déterminants caractéristiques des pathologies chroniques. Enfin, l'absence de couleur désigne les déterminants non spécifiques.

	ANGINE	CYSTITE	COLIQUE	NEPH	PANARIS	DIARRHE	AIGUË	DIABETE	CANCER	HTA	INSUFFISANCE	CARDIAQUE	BPCO	HYPERTHYROIDIE	DÉPRESSION	LOMBALGIE	OBESITE	ADDICTION	OHMIGRAINE	RGO	CATARACTE	PSORIASIS	ANXIETE		
	Conséquences sur la qualité de vie – confort (57)	x	x			x		x		x		x			x	x		x	x		x		x	x	
	Conséquences sociales – travail- famille (21)														x	x		x	x				x	x	
	Patient qui impose la consultation et son contenu (23)	x	x		x	x			x	x					x	x					x			x	
	Dissociation attentes patient – attentes médecin (22)	x				x		x					x		x	x	x	x	x					x	
	Patient non suffisamment impliqué – passif (21)				x			x		x			x						x						
Gestion du patient	Problème d'observance (4)									x			x												
	Le médecin impose des contraintes au patient (12)				x			x		x		x													
	Médecin non suffisamment impliqué (11)	x						x					x		x							x		x	
	Patient acteur de sa santé – de sa maladie (20)							x		x		x			x									x	
	Négociation avec le patient (17)	x	x					x		x		x													
	Compréhension – adhésion du patient (7)	x						x		x															
	Décision partagée avec le patient (8)							x		x							x		x		x				
	Gestion simple, rapide de la consultation (25)	x	x	x			x	x	x	x														x	
	Fardeau du médecin – lourdeur de la prise en charge (24)							x		x		x							x		x			x	
	Episode de soins court- délai court entre deux Cs (15)	x	x	x			x																		
Gestion de la consultation	Durée longue de consultation (15)							x		x		x													
	Gestion complexe – bio psycho social (13)							x		x		x				x	x	x						x	
	Gestion complexe médicale (8)											x													
	Consultations fréquentes (3)														x		x								
	Éliminer l'urgence – risque aigu (20)	x			x		x	x		x		x													
	Recours aux examens complémentaires (14)	x	x	x			x						x												
	Anticiper – prévenir le risque (11)							x	x	x		x													
Gestion du risque	Absence de risque – risque peu élevé (9)	x	x		x		x														x			x	
	Complication d'une pathologie chronique (7)	x	x				x			x		x									x				
	Risque en fonction du terrain (5)						x		x																
	Éliminer une maladie grave (5)	x	x																						
	Traitement non médicamenteux (28)																							x	x
	Pas de traitement efficace (27)												x								x			x	x
	Traitement symptomatique répété (9)												x								x			x	
	Prévention des récurrences – éducation –non médicamenteux (9)											x	x								x				
Gestion du traitement	Optimisation de l'ordonnance (7)							x				x													
	Traitement difficile à équilibrer (4)																								
	Passage d'un traitement aigu à un traitement de fond (4)		x																					x	
	Traitement alternatif (4)		x							x														x	
	Auto médication (3)																							x	x
	Plan de soins – soins programmés – travail pluriprofessionnel (29)							x	x	x		x												x	
Gestion du suivi	Patients suivis au long court – accompagnement (16)							x	x	x		x												x	
	Place de l'éducation thérapeutique (13)	x						x		x		x													
	Réévaluation possible et rapide du patient (7)	x						x		x															
	Adaptation – déviation des protocoles (11)							x																	
	Intérêts des protocoles (9)							x		x															
	Critique de l'enseignement (7)												x												
Recommandations	Application de protocoles (6)							x																	
	Référentiels peu clairs (6)							x		x															
	Absence de références – difficulté de prise en charge (3)		x																						
	Mauvaise connaissance des recommandations (3)																								
	Rôle délétère du spécialiste – absence (24)																								
Recours au système de soin	Rupture du parcours de soins (18)									x															
	Spécialiste binôme du médecin traitant (9)							x																	
	Rôle des para médicaux (8)																								

Tableau 4 : Analyse matricielle pour la partie « gestion de la maladie »

Ce tableau nous a permis de mieux discriminer les déterminants pour chaque catégorie de pathologies étudiées :

Les pathologies aiguës

La gestion des pathologies aiguës ne représentait pas de difficultés particulières pour les MG interrogés. La gestion du patient, de la consultation, la gestion du risque et le suivi étaient les quatre catégories principales qui ont caractérisé la gestion des pathologies aiguës par les MG.

Concernant la gestion du patient, il s'agissait surtout pour les MG de la gestion d'une maladie ayant des conséquences sur la qualité de vie. Les MG ont manifesté des difficultés dans la gestion du patient. Il s'agissait du fait que le patient impose la consultation et son contenu, la dissociation entre les attentes du patient et les attentes du médecin et le fait que le médecin n'était pas suffisamment impliqué. Cependant, la gestion du patient impliquait aussi pour les médecins l'occasion de négocier avec le patient, dans le but notamment de rechercher sa compréhension et son adhésion.

Concernant la gestion de la consultation, la gestion des pathologies était perçue comme une gestion simple et rapide, d'un épisode de soins court, dont le délai était court entre deux consultations.

Les MG se sont beaucoup exprimés sur la gestion du risque. Les pathologies aiguës étaient majoritairement considérées comme n'ayant pas ou peu de risque. Cependant, les MG restaient attentifs au terrain et cherchaient fréquemment à éliminer une urgence ou un risque aigu, ou une complication d'une maladie chronique, notamment par le recours aux examens complémentaires si nécessaire.

Dans les pathologies aiguës, le suivi incluait de l'éducation thérapeutique et se caractérisait par une réévaluation conditionnelle et rapide du patient.

Exemples

Les tableaux 5 et 6 représentent la répartition des déterminants exprimés par les MG dans le cadre des pathologies aiguës « typiques » cystite et diarrhée. D'autres exemples sont en annexe (annexe 6).

Tableau 5 : Arbre thématique pour cystite

Gestion du patient	<p>Conséquences sur la qualité de vie – confort</p> <p>Conséquences sociales – travail- famille</p> <p>Patient qui impose la consultation et son contenu</p> <p>Dissociation attentes patient – attentes médecin</p> <p>Patient non suffisamment impliqué – passif</p> <p>Problème d’observance</p> <p>Le médecin impose des contraintes au patient</p> <p>Médecin non suffisamment impliqué</p> <p>Patient acteur de sa santé – de sa maladie</p> <p>Négociation avec le patient</p> <p>Compréhension – adhésion du patient</p> <p>Décision partagée avec le patient</p>
Gestion de la consultation	<p>Gestion simple, rapide de la consultation</p> <p>Fardeau du médecin – lourdeur de la prise en charge</p> <p>Episode de soins court- délai court entre deux Cs</p> <p>Durée longue de consultation</p> <p>Gestion complexe – bio psycho social</p> <p>Gestion complexe médicale</p> <p>Consultations fréquentes</p>
Gestion du risque	<p>Éliminer l’urgence – risque aigu</p> <p>Recours aux examens complémentaires</p> <p>Anticiper – prévenir le risque</p> <p>Absence de risque – risque peu élevé</p> <p>Complication d’une pathologie chronique</p> <p>Risque en fonction du terrain</p> <p>Éliminer une maladie grave</p>
Gestion du traitement	<p>Traitement non médicamenteux</p> <p>Pas de traitement efficace</p> <p>Traitement symptomatique répété</p> <p>Prévention des récurrences/éducation/non médic.</p> <p>Optimisation de l’ordonnance</p> <p>Traitement difficile à équilibrer</p> <p>Passage d’un traitement aigu à un traitement de fond</p> <p>Traitement alternatif</p> <p>Auto médication</p>
Gestion du suivi	<p>Plan de soins – soins programmés – travail pluripro.</p> <p>Patients suivis au long court– accompagnement</p> <p>Place de l’éducation thérapeutique</p> <p>Réévaluation possible et rapide du patient</p>
Les recommandations	<p>Adaptation – déviation des protocoles</p> <p>Intérêts des protocoles</p> <p>Critique de l’enseignement</p> <p>Application de protocoles</p> <p>Référentiels peu clairs</p> <p>Absence de références – difficulté de prise en charge</p> <p>Mauvaise connaissance des recommandations</p>
Le recours au système de soins	<p>Rôle délétère du spécialiste – absence</p> <p>Rupture du parcours de soins</p> <p>Spécialiste binôme du médecin traitant</p> <p>Rôle des paramédicaux</p>

Tableau 6 : Arbre thématique pour diarrhée

Gestion du patient	<p>Conséquences sur la qualité de vie – confort</p> <p>Conséquences sociales – travail- famille</p> <p>Patient qui impose la consultation et son contenu</p> <p>Dissociation attentes patient – attentes médecin</p> <p>Patient non suffisamment impliqué – passif</p> <p>Problème d’observance</p> <p>Le médecin impose des contraintes au patient</p> <p>Médecin non suffisamment impliqué</p> <p>Patient acteur de sa santé – de sa maladie</p> <p>Négociation avec le patient</p> <p>Compréhension – adhésion du patient</p> <p>Décision partagée avec le patient</p>
Gestion de la consultation	<p>Gestion simple, rapide de la consultation</p> <p>Fardeau du médecin – lourdeur de la prise en charge</p> <p>Episode de soins court- délai court entre deux Cs</p> <p>Durée longue de consultation</p> <p>Gestion complexe – bio psycho social</p> <p>Gestion complexe médicale</p> <p>Consultations fréquentes</p>
Gestion du risque	<p>Eliminer l’urgence – risque aigu</p> <p>Recours aux examens complémentaires</p> <p>Anticiper – prévenir le risque</p> <p>Absence de risque – risque peu élevé</p> <p>Complication d’une pathologie chronique</p> <p>Risque en fonction du terrain</p> <p>Eliminer une maladie grave</p>
Gestion du traitement	<p>Traitement non médicamenteux</p> <p>Pas de traitement efficace</p> <p>Traitement symptomatique répété</p> <p>Prévention des récurrences/éducation/non médic.</p> <p>Optimisation de l’ordonnance</p> <p>Traitement difficile à équilibrer</p> <p>Passage d’un traitement aigu à un traitement de fond</p> <p>Traitement alternatif</p> <p>Auto médication</p>
Gestion du suivi	<p>Plan de soins – soins programmés – travail pluripro.</p> <p>Patients suivis au long court – accompagnement</p> <p>Place de l’éducation thérapeutique</p> <p>Réévaluation possible et rapide du patient</p>
Les recommandations	<p>Adaptation – déviation des protocoles</p> <p>Intérêts des protocoles</p> <p>Critique de l’enseignement</p> <p>Application de protocoles</p> <p>Référentiels peu clairs</p> <p>Absence de références – difficulté de prise en charge</p> <p>Mauvaise connaissance des recommandations</p>
Le recours au système de soins	<p>Rôle délétère du spécialiste – absence</p> <p>Rupture du parcours de soins</p> <p>Spécialiste binôme du médecin traitant</p> <p>Rôle des paramédicaux</p>

Les pathologies chroniques

Les MG se sont exprimés dans les sept catégories, mais de façon moindre sur la gestion du risque et du traitement.

Concernant la gestion du patient, il s'agissait, tout comme les pathologies aiguës et intermédiaires, de maladies ayant des conséquences sur la qualité de vie et le confort du patient. Les difficultés ou facteurs négatifs rencontrés par les MG étaient la gestion d'un patient non suffisamment impliqué, passif, et avec des problèmes d'observance. A contrario, les MG pouvaient aussi être face à un patient acteur de sa santé. Les techniques de décision partagée et de négociation avec le patient étaient utilisées par les MG afin de rechercher compréhension et adhésion du patient.

Concernant la gestion de la consultation, les médecins étaient unanimes pour dire qu'il s'agissait le plus souvent de consultations longues, complexes, faisant intervenir des compétences à la fois biomédicales et psychosociales. Elles étaient vécues quelques fois comme un fardeau pour le médecin.

La gestion du risque concernait essentiellement la notion de prévention et d'anticipation du risque, thème qui n'apparaît pas dans la gestion des pathologies aiguës. Les MG ont toutefois exprimé la nécessité d'éliminer l'urgence et le risque aigu, notions également retrouvées pour les pathologies aiguës.

Concernant la gestion du traitement, les médecins n'ont pas manifesté de freins ou de difficultés particulières. La notion d'optimisation du traitement a par contre été fréquemment citée.

Le thème de la gestion du suivi était très présent dans la gestion des maladies chroniques, et était caractérisée par un suivi programmé, l'utilisation d'un plan de soin qui dure dans le temps.

La place des recommandations et des protocoles est apparue importante pour la gestion des maladies chroniques. Les protocoles et référentiels de prise en charge étaient perçus comme ayant un intérêt. Les MG les appliquaient pour la plupart ou bien les adaptaient. Pour certains médecins, les référentiels n'étaient que rarement applicables.

Enfin, le recours au système de soins était perçu de manière positive par les médecins, qui citaient le spécialiste comme binôme du médecin traitant, et mettaient en avant le rôle des paramédicaux.

Exemples

Les tableaux 7 et 8 représentent la répartition des déterminants exprimés par les MG dans le cadre de pathologies chroniques « typiques » : insuffisance cardiaque et hypertension artérielle. D'autres exemples sont présentés en annexe (annexe 7).

Tableau 7 : Arbre thématique pour insuffisance cardiaque

Gestion du patient	<p>Conséquences sur la qualité de vie – confort</p> <p>Conséquences sociales – travail- famille</p> <p>Patient qui impose la consultation et son contenu</p> <p>Dissociation attentes patient – attentes médecin</p> <p>Patient non suffisamment impliqué – passif</p> <p>Problème d’observance</p> <p>Le médecin impose des contraintes au patient</p> <p>Médecin non suffisamment impliqué</p> <p>Patient acteur de sa santé – de sa maladie</p> <p>Négociation avec le patient</p> <p>Compréhension – adhésion du patient</p> <p>Décision partagée avec le patient</p>
Gestion de la consultation	<p>Gestion simple, rapide de la consultation</p> <p>Fardeau du médecin – lourdeur de la prise en charge</p> <p>Episode de soins court- délai court entre deux Cs</p> <p>Durée longue de consultation</p> <p>Gestion complexe – bio psycho social</p> <p>Gestion complexe médicale</p> <p>Consultations fréquentes</p>
Gestion du risque	<p>Eliminer l’urgence – risque aigu</p> <p>Recours aux examens complémentaires</p> <p>Anticiper – prévenir le risque</p> <p>Absence de risque – risque peu élevé</p> <p>Complication d’une pathologie chronique</p> <p>Risque en fonction du terrain</p> <p>Eliminer une maladie grave</p>
Gestion du traitement	<p>Traitement non médicamenteux</p> <p>Pas de traitement efficace</p> <p>Traitement symptomatique répété</p> <p>Prévention des récurrences – éducation –non médic.</p> <p>Optimisation de l’ordonnance</p> <p>Traitement difficile à équilibrer</p> <p>Passage d’un traitement aigu à un traitement de fond</p> <p>Traitement alternatif</p> <p>Auto médication</p>
Gestion du suivi	<p>Plan de soins – soins programmés – travail pluripro.</p> <p>Patients suivis au long court – accompagnement</p> <p>Place de l’éducation thérapeutique</p> <p>Réévaluation possible et rapide du patient</p>
Les recommandations	<p>Adaptation – déviation des protocoles</p> <p>Intérêts des protocoles</p> <p>Critique de l’enseignement</p> <p>Application de protocoles</p> <p>Référentiels peu clairs</p> <p>Absence de références – difficulté de prise en charge</p> <p>Mauvaise connaissance des recommandations</p>
Le recours au système de soins	<p>Rôle délétère du spécialiste – absence</p> <p>Rupture du parcours de soins</p> <p>Spécialiste binôme du médecin traitant</p> <p>Rôle des paramédicaux</p>

Tableau 8 : Arbre thématique pour hypertension artérielle

Gestion du patient	<p>Conséquences sur la qualité de vie – confort</p> <p>Conséquences sociales – travail- famille</p> <p>Patient qui impose la consultation et son contenu</p> <p>Dissociation attentes patient – attentes médecin</p> <p>Patient non suffisamment impliqué – passif</p> <p>Problème d’observance</p> <p>Le médecin impose des contraintes au patient</p> <p>Médecin non suffisamment impliqué</p> <p>Patient acteur de sa santé – de sa maladie</p> <p>Négociation avec le patient</p> <p>Compréhension – adhésion du patient</p> <p>Décision partagée avec le patient</p>
Gestion de la consultation	<p>Gestion simple, rapide de la consultation</p> <p>Fardeau du médecin – lourdeur de la prise en charge</p> <p>Episode de soins court- délai court entre deux Cs</p> <p>Durée longue de consultation</p> <p>Gestion complexe – bio psycho social</p> <p>Gestion complexe médicale</p> <p>Consultations fréquentes</p>
Gestion du risque	<p>Éliminer l’urgence – risque aigu</p> <p>Recours aux examens complémentaires</p> <p>Anticiper – prévenir le risque</p> <p>Absence de risque – risque peu élevé</p> <p>Complication d’une pathologie chronique</p> <p>Risque en fonction du terrain</p> <p>Éliminer une maladie grave</p>
Gestion du traitement	<p>Traitement non médicamenteux</p> <p>Pas de traitement efficace</p> <p>Traitement symptomatique répété</p> <p>Prévention des récives – éducation –non médic.</p> <p>Optimisation de l’ordonnance</p> <p>Traitement difficile à équilibrer</p> <p>Passage d’un traitement aigu à un traitement de fond</p> <p>Traitement alternatif</p> <p>Auto médication</p>
Gestion du suivi	<p>Plan de soins – soins programmés – travail pluripro.</p> <p>Patients suivis au long court – accompagnement</p> <p>Place de l’éducation thérapeutique</p> <p>Réévaluation possible et rapide du patient</p>
Les recommandations	<p>Adaptation – déviation des protocoles</p> <p>Intérêts des protocoles</p> <p>Critique de l’enseignement</p> <p>Application de protocoles</p> <p>Référentiels peu clairs</p> <p>Absence de références – difficulté de prise en charge</p> <p>Mauvaise connaissance des recommandations</p>
Le recours au système de soins	<p>Rôle délétère du spécialiste – absence</p> <p>Rupture du parcours de soins</p> <p>Spécialiste binôme du médecin traitant</p> <p>Rôle des paramédicaux</p>

Les pathologies intermédiaires

Tout comme les pathologies aiguës et chroniques, les conséquences sur la qualité de vie et le confort du patient semblaient influencer la gestion du patient par les MG. Mais dans ce type de pathologie, les conséquences sociales, sur le travail et la famille ont été d'avantages mises en avant par les MG. Les principales difficultés rencontrées par les MG dans la gestion du patient étaient le fait que le patient impose la consultation et son contenu, ainsi qu'une dissociation entre les attentes du médecin et du patient. Dans une moindre mesure, les MG ne se sentaient pas impliqués.

Concernant la gestion de la consultation, celle-ci n'a pas été caractérisée par une gestion simple ou complexe, mais davantage par un rythme fréquent de consultation.

La gestion du risque n'est pas apparue comme étant essentielle dans la gestion de ces maladies.

Par contre, la gestion du traitement a beaucoup fait échanger les MG. Ici, les MG considéraient ne pas disposer de traitement efficace. Lorsqu'une thérapeutique était employée, il semblait s'agir surtout de traitements non médicamenteux ou de traitements symptomatiques répétés. Les MG étaient ici plus rapidement dans une optique d'éducation et de prévention des récives.

Le suivi est apparu aléatoire en fonction des pathologies interrogées. Lorsqu'un suivi était exprimé par les MG, il s'agissait d'un suivi au long cours, avec accompagnement du patient.

Les MG se sont beaucoup exprimés sur les recommandations, comme ayant un intérêt dans la prise en charge de ses maladies. Lorsque celles-ci étaient appliquées, elles étaient surtout adaptées à la situation et au patient, de la même manière que pour les maladies chroniques. Par contre, contrairement aux maladies aiguës et chroniques, l'enseignement de ces pathologies a été souvent critiqué comme n'étant pas adapté à leurs réalités pratiques. Pour une des pathologies explorées, les médecins ont dit mal connaître les recommandations, et pour deux autres ne pas posséder de références de prise en charge.

Enfin, ces maladies étaient pour les MG souvent associées au recours au système de soin, mais d'un point de vue plus péjoratif que les maladies chroniques. Le spécialiste était

considéré dans la gestion de certaines pathologies comme ayant un rôle délétère. Le recours à d'autres intervenants impliquait pour les MG une rupture de parcours de soins. Les paramédicaux étaient toutefois considérés comme ayant un rôle pour certaines pathologies.

Exemples

Les tableaux 9 et 10 représentent la répartition des déterminants exprimés par les MG dans le cadre des pathologies intermédiaires lombalgie et dépression. D'autres exemples sont disponibles en annexe (annexe 8).

Tableau 9 : Arbre thématique pour lombalgie

Gestion du patient	<p>Conséquences sur la qualité de vie – confort Conséquences sociales – travail- famille Patient qui impose la consultation et son contenu Dissociation attentes patient – attentes médecin Patient non suffisamment impliqué – passif Problème d’observance Le médecin impose des contraintes au patient Médecin non suffisamment impliqué Patient acteur de sa santé – de sa maladie Négociation avec le patient Compréhension – adhésion du patient Décision partagée avec le patient</p>
Gestion de la consultation	<p>Gestion simple, rapide de la consultation Fardeau du médecin – lourdeur de la prise en charge Episode de soins court- délai court entre deux Cs Durée longue de consultation Gestion complexe – bio psycho social Gestion complexe médicale Consultations fréquentes</p>
Gestion du risque	<p>Éliminer l’urgence – risque aigu Recours aux examens complémentaires Anticiper – prévenir le risque Absence de risque – risque peu élevé Complication d’une pathologie chronique Risque en fonction du terrain Éliminer une maladie grave</p>
Gestion du traitement	<p>Traitement non médicamenteux Pas de traitement efficace Traitement symptomatique répété Prévention des récurrences – éducation –non médic. Optimisation de l’ordonnance Traitement difficile à équilibrer Passage d’un traitement aigu à un traitement de fond Traitement alternatif Auto médication</p>
Gestion du suivi	<p>Plan de soins – soins programmés – travail pluripro. Patients suivis au long court – accompagnement Place de l’éducation thérapeutique Réévaluation possible et rapide du patient</p>
Les recommandations	<p>Adaptation – déviation des protocoles Intérêts des protocoles Critique de l’enseignement Application de protocoles Référentiels peu clairs Absence de références – difficulté de prise en charge Mauvaise connaissance des recommandations</p>
Le recours au système de soins	<p>Rôle délétère du spécialiste – absence Rupture du parcours de soins Spécialiste binôme du médecin traitant Rôle des paramédicaux</p>

Tableau 10: Arbre thématique pour dépression

Gestion du patient	<p>Conséquences sur la qualité de vie – confort Conséquences sociales – travail- famille Patient qui impose la consultation et son contenu Dissociation attentes patient – attentes médecin Patient non suffisamment impliqué – passif Problème d’observance Le médecin impose des contraintes au patient Médecin non suffisamment impliqué Patient acteur de sa santé – de sa maladie Négociation avec le patient Compréhension – adhésion du patient Décision partagée avec le patient</p>
Gestion de la consultation	<p>Gestion simple, rapide de la consultation Fardeau du médecin – lourdeur de la prise en charge Episode de soins court- délai court entre deux Cs Durée longue de consultation Gestion complexe – bio psycho social Gestion complexe médicale Consultations fréquentes</p>
Gestion du risque	<p>Éliminer l’urgence – risque aigu Recours aux examens complémentaires Anticiper – prévenir le risque Absence de risque – risque peu élevé Complication d’une pathologie chronique Risque en fonction du terrain Éliminer une maladie grave</p>
Gestion du traitement	<p>Traitement non médicamenteux Pas de traitement efficace Traitement symptomatique répété Prévention des récurrences – éducation –non médic. Optimisation de l’ordonnance Traitement difficile à équilibrer Passage d’un traitement aigu à un traitement de fond Traitement alternatif Auto médication</p>
Gestion du suivi	<p>Plan de soins – soins programmés – travail pluripro. Patients suivis au long court – accompagnement Place de l’éducation thérapeutique Réévaluation possible et rapide du patient</p>
Les recommandations	<p>Adaptation – déviation des protocoles Intérêts des protocoles Critique de l’enseignement Application de protocoles Référentiels peu clairs Absence de références – difficulté de prise en charge Mauvaise connaissance des recommandations</p>
Le recours au système de soins	<p>Rôle délétère du spécialiste – absence Rupture du parcours de soins Spécialiste binôme du médecin traitant Rôle des paramédicaux</p>

DISCUSSION

Principaux résultats et implications majeures

Les déterminants de conception de la maladie par les MG étaient leur représentation de la maladie, la caractérisation de la maladie, l'existence d'épisodes aigus ou de récurrences et les facteurs sociétaux associés à la maladie. La conception de la maladie par le MG semble conditionner sa prise en charge initiale et sur le long terme. Il existe pour le médecin des critères, relatifs à la maladie en tant qu'entité nosologique ou à sa propre représentation, permettant de définir si une maladie est plutôt aiguë ou chronique. Ces critères ont semblé retentir sur le choix du mode de prise en charge de la maladie et du patient. Toutefois, les MG se sont écartés pour certaines pathologies de la dichotomie stricte aiguë/chronique, en caractérisant une maladie comme étant « récidivante » ou « à épisodes aigus », c'est-à-dire, ni vraiment aiguë ni vraiment chronique. Ils ont également mis en évidence une influence importante de la société (dont l'entreprise, les médias) sur la conception même de la maladie, avec établissement de normes ou « création de nouvelles maladies ». S'écarter de la classification aiguë/chronique de la maladie, notamment lors de la formation initiale des MG, pourrait favoriser la prise en charge globale du patient et la continuité de la prise en charge de l'individu, peu importe la raison initiale de la consultation. Le scindement aigu/chronique semble influencer profondément les décisions médicales des MG.

Les déterminants de gestion de la maladie par le MG étaient la gestion du patient, la gestion de la consultation, la gestion du risque, la gestion du traitement, les recommandations médicales, la gestion du suivi et le recours au système de soins. Ces déterminants étaient exprimés à des degrés variables en fonction des pathologies dites « aiguës », « chroniques » ou « intermédiaires ». Le patient a semblé être au centre des préoccupations des médecins, comme principal « acteur » ou « responsable » de sa santé et de sa prise en charge. La gestion du patient est apparue variable, en fonction des pathologies auxquelles patients et médecins sont confrontés. Même si les médecins ont beaucoup parlé des notions de « patient-acteur », « négociation », « compréhension du patient », « décision partagée », notamment pour les pathologies chroniques, il a aussi été beaucoup question de freins et de barrières avec le patient, une « dissociation entre les attentes du médecin et du patient », avec un « patient qui impose les consultations et leur

contenu », un « patient non suffisamment impliqué et passif » avec des « problèmes d'observance », ou encore un médecin « non suffisamment impliqué », et ce, surtout dans les pathologies aiguës et intermédiaires. Une étude internationale de 2008 sur l'expérience vécue des patients atteints de maladies chroniques montrait que la France était mal placée en terme de communication, qualité de l'information et d'accompagnement des patients (35). Les MG doivent renforcer la qualité de l'information donnée, vérifier la compréhension des patients et renforcer l'accompagnement. Améliorer l'autonomisation du patient dans la gestion de sa maladie, et notamment dans les maladies intermédiaires où sa place n'est pas assez explicite, passe aussi par une meilleure information, meilleure éducation, meilleure prévention en amont des consultations médicales.

La gestion de la consultation présentait des difficultés pour les MG, notamment lorsqu'il s'agissait de maladies chroniques. Ce sont des notions retrouvées aussi dans les pathologies intermédiaires. Les MG ont décrit devoir faire face à des problèmes complexes, biomédicaux et psychosociaux, les consultations étant vécues comme un « fardeau » et chronophages. Ceci confirme que l'organisation du système de soin, la consultation à l'acte, ne sont pas adaptées à l'éventail des situations rencontrées par les MG. Les MG doivent pouvoir renforcer les collaborations directes dans le cadre de structures d'exercice collectif, où ils peuvent facilement s'appuyer sur des acteurs sociaux, des aides paramédicales, psychologiques, infirmiers présents et accessibles rapidement au patient (8).

La gestion du risque est apparue prégnante dans la gestion des maladies aiguës et chroniques ; elle était par contre absente des discussions portant sur les pathologies intermédiaires. Le médecin de premier recours est tenu de garder à l'esprit l'éventualité, souvent faible mais non nulle, d'une évolution grave de la maladie. La difficulté pour le praticien est de tenir compte des éventuels dangers, tout en ne se lançant pas dans une démarche d'investigation systématique qui serait anxiogène, coûteuse, voire iatrogène, avec une forte probabilité de résultats négatifs. Une évaluation du risque dans les pathologies intermédiaires semble pourtant tout autant nécessaire. Sensibiliser et former les MG à la gestion des risques, notamment psychosociaux, pour ces pathologies intermédiaires pourrait représenter un levier important d'amélioration de leur prise en charge.

La gestion du traitement était une difficulté principalement évoquée par les MG lors de la gestion des maladies discordantes. L'absence de traitement efficace, l'existence de traitement non médicamenteux ou l'utilisation de traitement symptomatique répété, a semblé être responsable d'une gestion « aiguë » de certaines pathologies chroniques. L'absence de traitement de fond et l'évolution de la maladie par « crises » ou par « épisodes aigus » apparaissent comme deux contraintes majeures à la prise en charge de ces maladies chroniques. Pourtant la gestion des maladies chroniques ne devrait pas être uniquement dépendante de l'existence d'un traitement médicamenteux. La majorité des recommandations de pratique soulignent les enjeux que représentent les thérapeutiques non médicamenteuses, en particulier dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques (16). Parmi les freins au développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses, on distingue d'une part, les freins structurels liés au rôle socioculturel de la prescription médicamenteuse dans la relation médecin/patient (certification de l'état pathologique, concrétisation de l'acte médical, investissement psychoaffectif), à l'organisation des soins et aux modalités de financement du système de santé (paiement à l'acte, pratiques individuelles mono-disciplinaires, mono-professionnelles et concurrentielles, standards locaux) ; d'autre part, les freins plus spécifiques liés aux limites d'information et d'adhésion des médecins et du grand public sur les thérapeutiques non médicamenteuses recommandées, aux défauts de l'offre de soins en termes de disponibilité et d'accessibilité des professionnels de santé et des professionnels spécialisés chargés d'accompagner les patients dans le suivi de ces thérapeutiques. Concernant les MG, il semble nécessaire d'approfondir formations initiale et continue sur les traitements et prises en charge non médicamenteuses, notamment l'activité physique adaptée, la modification des comportements alimentaires et les traitements psychologiques (soutien psychologique, soutien motivationnel), davantage utiles dans nombre de pathologies chroniques qui ne possèdent pas de traitement médicamenteux.

La gestion du suivi était clairement établie par les MG dans les pathologies chroniques et aiguës, qu'il soit régulier et programmé, ou conditionnel. Mais c'est un thème qui n'était pas évoqué pour la gestion des pathologies intermédiaires. C'est la résultante des problématiques précédemment évoquées concernant ces pathologies intermédiaires : faut-il systématiquement prévoir un suivi programmé, quelle que soit la pathologie prise en

charge ? Les recommandations sont apparues nécessaires pour les MG, qui les utilisent mais les adaptent le plus souvent à leur patient. Certaines sont mal connues, peu claires ou jugées peu utiles pour la pratique, rendant difficiles certaines prises en charge. Pour certaines pathologies, elles sont inexistantes. Les recommandations sont conçues selon les canons de la connaissance scientifique, elles font le point sur l'état des savoirs dans la médecine des preuves (*evidence based medicine*). Dans la mesure où le principe même des recommandations est largement accepté, elles devraient mieux prendre en compte l'état des pratiques des MG pour être plus adaptées, plus utiles, avec une meilleure efficacité sur la pratique des médecins (37). Elles doivent aussi s'étendre à l'ensemble des problèmes de santé rencontrés en médecine générale, en soins primaires. Les MG ont recours au système de soins et ont développé un partenariat avec les spécialistes et les paramédicaux dans la gestion des pathologies chroniques. Cependant cette collaboration était parfois perçue comme délétère pour le patient, lié à l'absence de communication ou quelque fois responsable d'une rupture du parcours de soins. Deux orientations structurelles actuelles ont la faveur des médecins : les structures d'exercice collectif (maisons de santé et centres de santé pluriprofessionnels) et les réseaux de soins centrés sur le patient (et non pas sur la maladie). Dans les deux cas, ce sont les relations avec les professionnels de santé paramédicaux qui sont l'élément facilitant dans le travail auprès des patients. Enfin, les rapports de communication entre médecins dépendent de facteurs organisationnels tels que le développement de messagerie sécurisée, de ligne téléphonique dédiée et du Dossier Médical Partagé.

Nous avons retrouvé des déterminants spécifiques pour chaque catégorie de pathologies. Pour les pathologies aiguës, il s'agissait d'une gestion simple et rapide de la consultation, d'un épisode de soin court avec un délai court entre deux consultations, avec une réévaluation conditionnelle et rapide du patient, et une éducation thérapeutique centrée sur la gestion à court terme. Les pathologies aiguës étaient considérées avec peu ou pas de risque. La gestion du risque passait par l'évaluation du terrain, l'élimination d'une maladie grave et le recours aux examens complémentaires. Pour les pathologies chroniques, il s'agissait d'une gestion complexe de la consultation, de durée longue, avec une grande variabilité des situations biomédicales ou psychosociales. Les principaux enjeux de la consultation étaient l'optimisation de l'ordonnance, l'anticipation et la prévention des

risques, et le suivi programmé pluri-professionnel par un plan de soins au long cours. Pour les pathologies intermédiaires, il s'agissait d'un rythme fréquent de consultations, centrées sur les conséquences sociales, sur le travail et la famille. Les principaux enjeux de la consultation étaient la prévention des récives et l'éducation thérapeutique du patient. Les difficultés étaient liées à l'absence de traitement médicamenteux efficace, à la carence des recommandations et de la formation des MG.

Nous avons aussi retrouvé des contradictions dans la gestion des maladies. Par exemple, dans plusieurs maladies chroniques, comme l'HTA et le diabète, des médecins pouvaient à la fois caractériser la prise en charge comme « simple » et « complexe » : « simple » car les MG connaissaient la maladie, le traitement, étaient confiant dans le suivi et le recours au système de soins ; « complexe » car les MG géraient souvent des pathologies associées et des facteurs psychosociaux affectant le patient et sa prise en charge. Dans la gestion du risque des trois pathologies aiguës explorées (angine, diarrhée et cystite), les MG gardaient en tête la possibilité d'une complication de pathologie chronique ou d'entrée dans une maladie chronique. L'éducation thérapeutique du patient, classiquement réservée à la maladie chronique, est apparue dans la gestion du suivi d'une pathologie aiguë (angine). Les MG ont accordé de l'importance à informer les patients des modalités de suivi, et de la nécessité de reconsulter. Dans la lombalgie, le spécialiste était à la fois considéré comme binôme du médecin traitant, mais pouvant aussi avoir un rôle délétère dans la prise en charge, notamment à cause d'un manque de communication. Le spécialiste était parfois perçu comme responsable d'une chronicisation de la maladie, d'entretenir voire aggraver la maladie.

Forces et limites

Il n'existe pas d'étude de ce type qui explore la gestion de ces maladies chroniques, gérées de manière aiguë par le MG. La compréhension de la pratique quotidienne sur la gestion de ces maladies chroniques par les MG, en tant qu'acteur de soins primaires, est apparue comme essentielle en vue de l'amélioration des soins délivrés aux patients. De nombreux médecins ont participé à l'étude, permettant d'obtenir ainsi des débats riches, le plus souvent poursuivis hors cadre. Les MG ont appréciés ces séances de discussion entre

confrères, sur des sujets le plus souvent problématiques dans leur pratique quotidienne. L'implication de tous les participants dans les débats, ayant duré en moyenne deux heures, sans lassitude, à bâtons rompus, montre l'intérêt important de la discussion menée. En favorisant l'interaction et le dynamisme du groupe, les entretiens collectifs ont permis, en plus d'explorer des idées individuelles, de saisir les prises de position grâce aux interactions entre médecins. Nous avons pu ainsi recueillir et analyser des significations partagées et prendre en compte les désaccords, ce qui n'était pas possible en entretiens individuels. L'analyse a été réalisée par triangulation : trois chercheurs ont travaillé indépendamment les uns des autres pour ensuite confronter leurs résultats et les mettre en commun. Ceci a eu pour effet d'améliorer la validité de l'analyse et des interprétations élaborées par les chercheurs, c'est-à-dire leur crédibilité, leur stabilité et leur fiabilité. Enfin, la réalisation d'une analyse matricielle a été un élément clé pour approfondir les résultats initiaux descriptifs. Cette méthode consiste à organiser les dimensions d'une ou plusieurs variables dans le but d'explorer, décrire et expliquer les résultats des entretiens d'une manière plus globale (27). Ici, la réalisation d'une matrice de condensation des données nous a permis de trouver des corrélations entre nos thèmes et sous-thèmes et les pathologies utilisées lors des entretiens, en fonction de leur appartenance au groupe « aiguë », « chronique » ou « intermédiaire ». Elle a permis d'obtenir une analyse plus poussée et de déterminer une signification conceptuelle de nos conclusions.

Notre étude comportait également quelques limites. L'entretien collectif ne permet pas d'approfondir certaines idées et expériences, certaines personnes ne s'expriment pas ou peu, empêchant de recueillir une information exhaustive (personnes minoritaires ou déviantes par rapport à la norme de groupe) (10). L'idéal aurait été une combinaison entre entretien collectif et entretiens individuels semi-directifs mais la multiplication des entretiens rend l'analyse longue et complexe. Trois groupes sur cinq étaient liés à des activités de recherches ou d'enseignement. Pourtant un échantillonnage raisonné a permis d'inclure une diversité de MG et deux autres groupes étaient composés de MG non impliqués dans des activités de recherche ou d'enseignement, afin d'obtenir un discours le plus varié possible. Notre position en tant que « médecin-chercheur » a pu, lors des entretiens, du codage et de l'analyse du verbatim, engendrer une surinterprétation du discours de nos confrères et laisser trop de place aux implicites. Mais elle nous a aussi

permis de donner une légitimité à pointer les discordances, d'émettre des hypothèses issues de notre propre expérience et de mieux comprendre leurs dires (9). L'idéal aurait été d'effectuer une triangulation avec un « non-médecin », ce qui n'a pas été conçu comme réalisable car il s'agissait d'un sujet technique. Le choix de la triangulation entre les trois chercheurs pour l'analyse a permis de limiter ce biais, car nous avons pu discuter et confronter nos idées autour des thèmes choisis par chacun de nous, afin de rechercher un consensus d'analyse à trois chercheurs. Enfin, dans ce travail, seul le descriptif de l'analyse thématique sur la conception de la maladie a été développé. Ces résultats nécessitent un approfondissement, notamment une analyse matricielle ; mais s'agissant d'une thèse d'exercice, nous avons fait le choix de nous focaliser davantage sur la pratique des MG.

CONCLUSION

Au total, les médecins généralistes doivent manœuvrer entre leur conception de la maladie et l'ensemble des déterminants intervenants concrètement dans la gestion de la maladie telle qu'elle se présente à eux. Les MG ont paru jonglé entre un savoir théorique, existant ou non (la maladie, les recommandations, le traitement), et un savoir pratique (gestion de la consultation, gestion du risque, recours au système de soins), face à un patient demandeur de soins et individu à part entière (gestion du patient), et tout cela dans la durée (gestion du suivi). Il existe bien des déterminants spécifiques de la gestion des maladies chroniques ou aiguës. Mais cette étude montre qu'il existe aussi une zone intermédiaire dans la gestion des maladies empruntant aussi bien aux déterminants de gestion retrouvés dans les maladies aiguës et chroniques, selon des degrés variables. Il semble exister un continuum dans le champ des pathologies pris en charge par les MG avec autant de combinaisons de ces déterminants qu'il existe de pathologies différentes. Entre les deux pôles majeurs « aigu » et « chronique » est apparu pour les MG une zone de flou avec des attitudes différentes de gestion, prenant des outils des pôles « aigu » ou « chronique », ou bien de nouveaux outils spécifiques, pas ou peu utilisés dans les pathologies aiguës et chroniques. Les thèmes et sous-thèmes retrouvés dans cette étude peuvent modifier la prise en charge initiale et dans la durée de ces pathologies, non considérées spécifiquement comme chronique. Bien entendu, dans cette étude exploratoire, les résultats ne sont pas

définitifs, car il serait nécessaire de prolonger le travail en se posant la question précisément pour chaque pathologie : quelle balance bénéfice risque de chaque déterminant de gestion ? Ce travail remet en cause la dichotomie stricte entre pathologie aiguë et pathologie chronique et propose une cinquantaine de déterminants de gestion qui permettent de caractériser l'action du MG et qui devrait faire l'objet de recommandations de pratique pour chacune des pathologies prise en charge en soins primaires, basées sur l'état des pratiques et l'état des connaissances. Elles devraient sans doute s'appuyer également sur des études comparant la balance bénéfices/risques des stratégies de prise en charge dans le contexte des soins primaires. Par exemple, dans la lombalgie, l'anxiété ou la dépression, la consultation émane du patient directement, et les consultations peuvent être fréquentes. Ces pathologies ne sont pas perçues comme des pathologies « à risque » au sens biomédical du terme, mais sont responsables de conséquences sociales néfastes majeures sur le travail et la famille, en plus des conséquences néfastes sur la qualité de vie du patient. Les MG doivent-ils s'écarter d'une démarche opportuniste, à la demande du patient, avec prise en charge des crises par un traitement symptomatique, pour une démarche proactive, avec prévention primaire, dépistage, mise en place d'un suivi régulier, programmé, au long cours et éducation thérapeutique du patient au même titre que les maladies chroniques « typiques » ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. *Br J Gen Pract.* juin 2002;52(479):526.
2. Ameli. Prévalence des ALD en 2014 [Internet]. [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2014.php>
3. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4e édition. (MASSON, HI).
4. Assurance Maladie. ameli.fr - Archives [Internet]. [cité 20 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/archives/cout-des-ald-en-2009.php>
5. BDSP - Glossaire Européen en Santé Publique [Internet]. [cité 11 sept 2017]. Disponible sur: <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/?Scripts/Show.bs?bqRef=328>
6. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale: Description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *ResearchGate* [Internet]. 1 janv 2006 [cité 12 oct 2016];26(2). Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/242085520_L'analyse_inductive_generale_Description_d'une_demarche_visant_a_donner_un_sens_a_des_donnees_brutes
7. Chabot J-M. Vers les soins primaires: une mutation en cours. *Rev Prat.* 2011;61(3):395-6.
8. Clerc P, Duhot D, Breton JL. Restructuration des soins ambulatoires en France : propositions de gestion des patients hypertendus. *Santé Publique.* 26 mars 2015;S1(HS):209-17.
9. Clerc P, Le Breton J. Etudier les polyprescriptions en médecine générale - Focus groups et groupes de pairs pour comprendre les enjeux dans lesquels sont prises ces pratiques. Dans *Les recherches qualitatives en santé*, sous la direction de Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M, éditions Armand Collin, Malakooff, 2016.
10. Duchesne S, Haegel F. L'enquête et ses méthodes : les entretiens collectifs [Internet]. Nathan; 2004 [cité 10 oct 2016]. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00841629/document>
11. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry.* mai 1980;137(5):535-44.
12. Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 - 556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf [Internet]. [cité 3 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf>

13. Flottorp SA, Oxman AD, Krause J, Musila NR, Wensing M, Godycki-Cwirko M, et al. A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implement Sci*. 23 mars 2013;8:35.
14. Goodman RA. Defining and Measuring Chronic Conditions: Imperatives for Research, Policy, Program, and Practice. *Prev Chronic Dis* [Internet]. 2013 [cité 11 sept 2017];10. Disponible sur: https://www.cdc.gov/pcd/issues/2013/12_0239.htm
15. HAS. Cystite aiguë simple, à risque de complication ou récidivante, de la femme. [Internet]. 2016 [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-11/v1-fm_cystite_aigue_cd-151116.pdf
16. HAS. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses. Rapport d'orientation. [Internet]. 2011 avr [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf
17. HAS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge de l'apathie [Internet]. 2014 [cité 19 sept 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1660673/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-diagnostic-et-prise-en-charge-de-l-apatie
18. HAS. Recommandations de bonne pratique. Lombalgie chronique de l'adulte et chirurgie. [Internet]. 2015 [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/arg_pertinence_chir-lombalgie.pdf
19. HAS. Recommandations de bonne pratique. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. [Internet]. 2011 [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011_09_27_surpoids_obesite_adulte_v5_pao.pdf
20. HAS. Troubles psychiatriques de longue durée. Troubles anxieux graves. [Internet]. 2007 [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf
21. Huard P, Schaller P. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques - 1. Problématique. *Prat Organ Soins*. 1 sept 2010;Vol. 41(3):237-45.
22. Kim WB, Jerome D, Yeung J. Diagnostic et prise en charge du psoriasis. *Can Fam Physician*. avr 2017;63(4):e210-8.
23. Lanteri-Minet M, Valade D, Géraud G, Lucas C, Donnet A. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant. *Rev Neurol (Paris)*. 1 janv 2013;169(1):14-29.

24. La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique.pdf [Internet]. [cité 3 oct 2016]. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcsp20091112_prisprotchronique.pdf
25. L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2017 - L'état de santé de la population - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 17 sept 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
26. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo#JORFSCTA000020879964>
27. Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. De Boeck Supérieur; 2003. 630p.
28. OMS. CIM-10 Version:2008 [Internet]. [cité 7 nov 2017]. Disponible sur: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr>
29. OMS. Maladies non transmissibles [Internet]. WHO. [cité 3 oct 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/fr/
30. OMS. Rapport sur la santé dans le monde. Les soins de santé primaires. Maintenant plus que jamais. 2008.
31. PAUL E. Gestion de la maladie chronique en soins primaires [Internet]. [Versailles Saint-Quentin-En-Yvelines]: Faculté de Médecine; 2015 [cité 15 mars 2016]. Disponible sur: http://www.sfm.org/publications/les_theses/gestion_de_la_maladie_chronique_en_soins_primaires.html
32. Palazzo C, Ravaud J, Dalichampt M, Trinquart L, Ravaud P, Poiraudeau S. Contribution des maladies chroniques au handicap en France : résultats de l'enquête nationale Handicap-Santé volet Ménage. [cité 26 févr 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/833613/article/contribution-des-maladies-chroniques-au-handicap-e>
33. Perrin EC, Newacheck P, Pless IB, Drotar D, Gortmaker SL, Leventhal J, et al. Issues involved in the definition and classification of chronic health conditions. *Pediatrics*. avr 1993;91(4):787-93.
34. Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.pdf [Internet]. [cité 27 nov 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf

35. Schoen C, Osborn R, How SKH, Doty MM, Peugh J. In chronic condition: experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2008. *Health Aff Proj Hope*. févr 2009;28(1):w1-16.
36. Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool. Dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. [Internet]. [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>
37. Urfalino P, Bonetti E, Bourgeois I, Hauray B, Dalgalarondo S. Les recommandations à l'aune de la pratique médicale. Les cas de l'asthme et du dépistage du cancer du sein. 2001;54.
38. Van Der Heyden J. Enquête de santé - Maladies chroniques [Internet]. Belgique: Institut scientifique de santé publique; [cité 27 févr 2018]. Disponible sur: https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/MA_FR_2013.pdf
39. Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith SM. Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ*. 20 janv 2015;350:h176.
40. Wonca international dictionary for general/family practice.pdf [Internet]. [cité 16 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000092/0000052.pdf>

ANNEXES

Annexe 1 : Chapitres et exemples CIM-10 (version 2008)

Chapitres	Intitulés	Exemples
I	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Tuberculose Hépatite virale Helminthiases Pédiculose, acariase et autres infestations
II	Tumeurs	Tumeurs malignes (peau, pharynx, voie urinaire, thyroïde, etc.) Tumeurs bénignes
III	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	Anémies hémolytiques Aplasies médullaires et autres anémies Anomalies de la coagulation, purpura et autres affections hémorragiques
IV	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Affections de la glande thyroïde Diabète sucré Obésité et autres excès d'apport
V	Troubles mentaux et du comportement	Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants Troubles de l'humeur [affectifs] Retard mental Démence de la maladie d'Alzheimer
VI	Maladies du système nerveux	Maladies inflammatoires du système nerveux central Maladies démyélinisantes du système nerveux central Polynévrites et autres affections du système nerveux périphérique
VII	Maladies de l'œil et de ses annexes	Affections de la conjonctive Affections du cristallin Troubles de la vision et cécité
VIII	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	Maladies de l'oreille externe Maladies de l'oreille interne
IX	Maladies de l'appareil circulatoire	Rhumatisme articulaire aigu Cardiopathies ischémiques Maladies cérébrovasculaires
X	Maladies de l'appareil respiratoire	Affections aiguës des voies respiratoires supérieures Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures
XI	Maladies de l'appareil digestif	Maladies de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum Hernies

		Entérites et colites non infectieuses
XII	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané Dermatoses et eczémas Urticaire et érythème
XIII	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Arthroses Spondylopathies Myopathies Anomalies de la densité et de la structure osseuse
XIV	Maladies de l'appareil génito-urinaire	Insuffisance rénale Lithiases urinaires Affections du sein
XV	Grossesse, accouchement et puerpéralité	Grossesse se terminant par un avortement Complications du travail et de l'accouchement Accouchement
XVI	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	Traumatismes obstétricaux Affections hémorragiques et hématologiques du fœtus et du nouveau-né
XVII	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Malformations congénitales de l'appareil circulatoire Fente labiale et fente palatine Malformations congénitales de l'appareil urinaire
XVIII	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Symptômes et signes relatifs aux systèmes nerveux et ostéo-musculaire Symptômes et signes relatifs à l'appareil urinaire Résultats anormaux de l'examen du sang, sans diagnostic
XIX	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Lésions traumatiques de la cheville et du pied Intoxications par des médicaments et des substances biologiques
XX	Causes externes de morbidité et de mortalité	Accidents Lésions auto-infligées Agressions
XXI	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Sujets en contact avec les services de santé pour des examens divers Sujets dont la santé peut être menacée par des conditions socio-économiques et psycho-sociales
XXII	Codes d'utilisation particulière	Classement provisoire d'affections

		nouvelles d'étiologie incertaine Agents bactériens résistant aux antibiotiques
--	--	--

Annexe 2 : Liste des ALD

- accident vasculaire cérébral invalidant ;
- insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;
- artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;
- bilharziose compliquée ;
- insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves ;
- maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ;
- déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ;
- diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
- hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
- hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
- maladie coronaire ;
- insuffisance respiratoire chronique grave ;
- maladie d'Alzheimer et autres démences (2)(3) ;
- maladie de Parkinson (3) ;
- maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
- mucoviscidose ;
- néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;
- paraplégie ;
- vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique ;
- polyarthrite rhumatoïde évolutive ;
- affections psychiatriques de longue durée ;
- rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;
- sclérose en plaques (3) ;
- scoliose idiopathique structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne ;
- spondylarthrite grave ;
- suites de transplantation d'organe ;
- tuberculose active, lèpre ;
- tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

Source : article D. 322-1 du Code de la Sécurité sociale, modifié par les décrets n° 2004-1049 du 4 octobre 2004 publié au JO du 5 octobre 2004 et n° 2011-77 du 19 janvier 2011 publié au JO du 21 janvier 2011

Annexe 3 : Invitations envoyées aux médecins généralistes

Invitation

à participer à un Focus Group sur

« La Gestion des Maladies Chroniques par le Médecin Généraliste »

Le projet en quelques lignes...

Une étude quantitative réalisée en 2015, rassemblant les résultats de consultations de plus de 60 médecins généralistes français entre 2007 et 2011, a montré une prise en charge « aiguë » de certaines maladies considérées comme chroniques par la littérature médicale. Le projet fait suite à cette étude quantitative et vise à **identifier les phénomènes explicatifs d'une gestion « aiguë » de ces maladies chroniques** par le médecin généraliste.

Quelles sont l'expérience et l'attitude des médecins généralistes dans la gestion de ces maladies chroniques en ambulatoire ?

Quels peuvent être les explications d'une prise en charge de certaines maladies chroniques comme des pathologies aiguës par le médecin généraliste ?

Nous tenterons de répondre à ces questions lors d'un **focus group, organisé avec des médecins généralistes thésés installés de tous horizons.**

Date :

Heure :

Lieu :

Une indemnité de 100 euros est prévue pour les participants.

Aussi nous espérons que cette dynamique saura recueillir votre enthousiasme.

Veillez confirmer votre présence au préalable à Marion Le Chapellier par courriel à mlc08@hotmail.com.

Salutations cordiales,

Marion LE CHAPELLIER, Thésarde à l'Université Paris-Est Créteil (UPEC)

Julien LE BRETON, Maitre de conférences à l'Université Paris-Est Créteil (UPEC)
Membre titulaire de la Société Française de Médecine Générale
Membre Chercheur de l'équipe labellisée CEPIA EA 7393 (UPEC)

Pascal CLERC, Maitre de conférences à l'Université Versailles Saint Quentin (UVSQ)
Membre titulaire de la Société Française de Médecine Générale
Chercheur de l'équipe labellisée CEPIA EA 7393 (UPEC)

Annexe 4 : Questionnaire de présentation des médecins généralistes

Cochez ou remplir les cases correspondantes

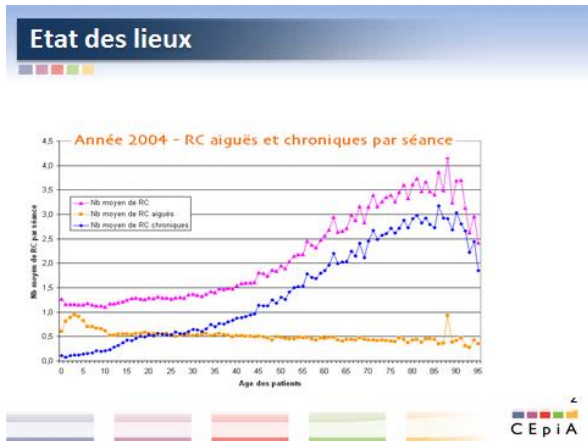
FOCUS GROUP N°...		
NOM Prénom		
Sexe	F	
	M	
Age		
Année installation		
Commune d'exercice		
Mode d'exercice	Seul(e)/libéral	
	Cabinet de groupe de MG	
	Maison pluriprofessionnelle	
	Centre de santé	
Organisation consultations	RDV uniquement	
	Sans RDV uniquement	
	Avec et sans RDV	
Secrétariat/Télé secrétariat	oui	
	non	
Nombre de patients « médecin traitant »		
Nombre moyen d'actes/an		
Activité d'enseignement	Aucune	
	MSU	
	Enseignant(e)	
Activité de recherche	Aucune	
	Investigateur (trice)	
	Chercheur(se)	
Secteur de conventionnement	Non conventionné(e)	
	Secteur 1	
	Secteur 2	

Annexe 5 : Diaporama de présentation de l'étude



Définition de la maladie chronique en médecine générale

Pascal CLERC – Julien LE BRETON – Eunice PAUL



Qu'est ce qu'une maladie chronique?

Revue littérature : 25 définitions différentes

Critères fréquents

- ✓Durée de la maladie (3 mois, 6 mois, 1 an..) -> *Disease*
- ✓Suivi médical régulier
- ✓Traitement au long cours

} *Sickness*

- ✓Altération de la qualité de vie (0 → 100%) -> *Illness*

Etudes basées sur des **listes a priori**

5
C E p i A

Contexte d'étude

Intérêt : gestion médicale par le MG

Etude sur base de données avec infos sur :

- Le traitement
- Le suivi médical
- La durée de la maladie (ou « épisode de soin »)

4
C E p i A

Objectifs de l'étude

Objectif principal
Caractériser la gestion des maladies en soins primaires

Objectif secondaire
Proposer une liste de pathologies chroniques sur critères

5
C E p i A

Méthode (1)

Base de donnée OMG (SFMG)
5 années : 2007-2011

- 72 médecins différents
- 173 372 patients différents
- 1 149 424 actes
- 2 564 867 résultats de consultation (RC) traités

Population d'étude
253 RC retenus
20 RC non pathologiques exclus

6
C E p i A

Méthode (2)

Analyse de clustering

Variabiles actives

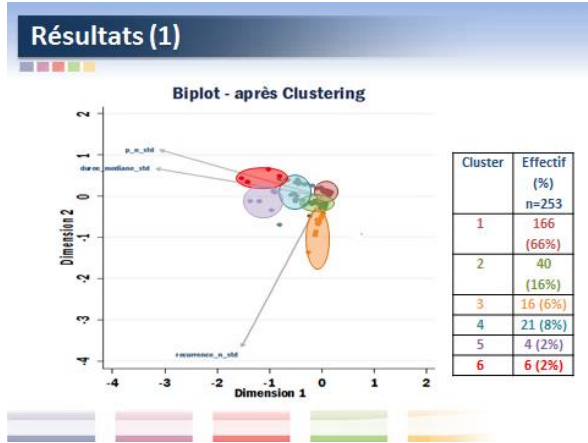
Code suivi « Nouveau » (N) ou « Persistant » (P)

- Taux de chronicité : P/N
- Réurrence des cas nouveaux : nombre d'épisodes N / année
- Durée médiane d'un épisode de soin : N → dernier P

Variabiles illustratives

- Nombre d'actes / patient
- % de patients
- % de visite
- Age moyen
- F/H
- % symptômes

7
C E p i A



Résultats (2)

Chapitre CIM 10	Maladies aiguës peu récurrentes	Maladies évoluant par crises	Maladies aiguës typiques récurrentes
		Symptômes (22%) Dermatologie (15%) Génito-urinaire (9%)	Symptômes (23%) Psychiatrie (18%) Génito-urinaire (13%)
Taux de Chronicité P/N	1,00	1,93	0,52
Durée médiane épisode	0,9	11,4	0
Réurrence des N	1,1	2,3	3,6
Actes/patients	1,72	2,42	1,64
% Patients	0,006	0,05	0,24
% Symptômes	0,50	0,62	0,78
% Visites	0,06	0,05	0,03
F/H	89,3	209,9	1,4
Age Moyen	48,4	51,1	41,6

9
C E p i A

Résultats (3)

Chapitre CIM 10	Maladies chroniques à décompensation urgente	Maladies chroniques stables	Maladies chroniques à déséquilibre fréquent
		Cardiovasculaire (24%) Neurologique (25%) TMS (25%)	Cardiovasculaire (25%) Respiratoire (25%) TMS (23%)
Taux de Chronicité P/N	24,5	57,1	26,1
Durée médiane épisode	171	336	429
Réurrence des N	1,2	1,7	2,9
Actes/patients	7	8,1	8,5
% Patients	0,003	0,012	0,062
% Symptômes	0,29	0,24	0,45
% Visites	0,12	0,13	0,08
F/H	1,4	10,6	1,6
Age Moyen	66,8	71,2	67,8

10
C E p i A

Discussion (1)

Taux de chronicité P/N

- 3 clusters RC à « gestion chronique »
- 3 clusters RC à « gestion aiguë » (2 aigus / 1 intermédiaire)

RC « chroniques » : 31 RC (12% des RC)
Cardiovasculaire (29%), Métabolique (16%), TMS (13%)

RC « aigus » : 222 RC (88% des RC)
Symptômes (23%), Dermatologie (13%), Génito-urinaire (9%)

11
C E p i A

Discussion (2)

Concordances (clusters 4, 5 et 6)
RC à « gestion chronique » et listes *a priori* de la littérature

Discordances (Clusters 1 et 2)
« Gestion aiguë » de certaines pathologies chroniques

- traitées comme succession d'évènements N
- Prise en charge par crise/poussée (ex: alcool, dépression)

13
C E p i A

Discussion (3)

Comparaison à la littérature

Table 3 Frequency of the ten most common chronic conditions in GP face-to-face contacts¹

Chronic conditions	n (%)
Hypertension	871 (22.9)
Type2 diabetes	315 (8.0)
Depression	254 (6.7)
Lipid disorder	175 (4.6)
COPD	165 (4.3)
Isch. heart disease	164 (4.3)
Atrial fibrillation	122 (3.2)
Obesity/Overweight	109 (2.9)
Asthma	95 (2.5)
Dementia	53 (1.4)
All contacts	3,803 (100)

¹ Consultations on prophylactic issues are excluded.
Moth et al. BMC Family Practice 2012, 13:52

Harrison C, Britt H, Miller G, Henderson J (2013) Prevalence of Chronic Conditions in Australia

Condition	Sample prevalence
All health care chronic conditions	66.3 (54.4-68.3)
Cardiovascular	31.3 (29.4-33.3)
Hypertension	26.6 (24.9-28.4)
Ischaemic heart disease	9.2 (7.7-10.8)
Cardiovascular accident	2.9 (2.3-3.5)
Congestive heart failure	2.9 (2.4-3.4)
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	26.5 (24.8-28.2)
Hypertension	14.5 (13.0-16.0)
Diabetes mellitus	9.2 (8.3-10.1)
Type 1	0.9 (0.6-1.2)
Type 2	8.3 (7.5-9.1)
Obesity (BMI > 30)	4.8 (3.6-6.1)
Obesity (BMI > 25)	26.4 (24.8-28.2)
Respiratory system and connective tissues	19.2 (18.1-21.0)
Asthma	1.6 (0.7-3.2)
Chronic obstructive pulmonary disease	17.6 (16.2-19.0)
Obesity and arthritis	2.6 (2.3-2.9)
Back pain	4.4 (3.5-5.2)
Chronic pain	4.8 (4.2-5.5)
Psychological problems	22.1 (20.6-23.7)
Depression	13.7 (12.6-14.7)
Anxiety	8.3 (7.4-9.2)
Sleep disorder	3.0 (2.3-3.8)
Alcohol use disorders	1.0 (0.6-1.4)
Substance use disorders	14.6 (13.4-15.8)
Alcohol	11.4 (10.1-12.6)
Respiratory diseases	13.7 (12.6-14.7)
Asthma	1.6 (0.7-3.2)
Chronic obstructive pulmonary disease	11.1 (10.1-12.1)
Malnutrition/malnutrition	1.6 (1.4-1.7)

Discussion (4)

Comparaison aux patients

Maladies les plus déclarées en 2012 par les 18 ans et plus parmi les 14 maladies chroniques proposées dans l'EPS

Lombalgies et autres affections chroniques du dos	33.3%
Arthrose non colonée vertébrale	14.3%
Corvulgies et autres affections cornéales chroniques	14.2%
Allergies	13.8%
Hypertension artérielle	13.7%
Diabète	11.1%
Asthme	7.1%
Dépresseion	5.0%
Bronchite chronique, broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), emphyseme	4.8%
Incontinence urinaire, fuites urinaires, problèmes de contrôle de la vessie	4.5%
Maladies des autres sensibilités	2%
Angine de poitrine	1%
Accidents vasculaires cérébraux, attaque cérébrale	0.7%
Infarctus du myocarde	0.7%
Cirrhose du foie	0.1%

Source: Enquête santé protection sociale (EPS) 2012. Malnutrition: Index.

Cluster 3
Cluster 2
Cluster 3
Cluster 2
Cluster 2

Conclusions

Comment expliquer ces discordances ?

Annexe 6 : Guide d'entretien

Questionnements

Comment cela se passe en pratique pour gérer un patient qui vient pour (maladie) ?

Quelles sont les circonstances/situations/raisons pour lesquelles vous n'effectuez pas de suivi pour (maladie) ?

Quelles sont les difficultés et obstacles pour prendre en charge (maladie) que vous avez rencontrés personnellement ?

Quels seraient vos besoins, en tant que médecin généraliste pour pouvoir mieux appréhender (maladie) ?

Relances en fonction des réponses déjà émise et des hypothèses initiales (déterminants)

	1 ^{ères} relances :	2 ^{èmes} relances :
Facteur maladie	Comment cette maladie, en tant que symptôme ou syndrome, pose-t-elle problème dans sa gestion ?	<p>. Quel rôle joue la physiopathologie de (maladie) dans sa prise en charge ?</p> <p>. Quels sont, selon vous, les critères qui vous incite à gérer cette pathologie comme une pathologie chronique ? Ou quels sont les critères qui font qu'il ne s'agit pas d'une maladie chronique selon vous ?</p> <p>3^e relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En quoi la possibilité d'une guérison/d'un épisode/d'une crise ou d'une récurrence/ ou la mise en place d'un suivi systématique modifie-t-elle la prise en charge de (maladie) ? <ul style="list-style-type: none"> o Suivi avec et sans traitement de fond/ o traitement aigu ou traitement de fond - Comment interprétez-vous la notion de récurrence ? - Quels sont les critères pour qu'une maladie qui récurrence soit considérée comme chronique ?

		<ul style="list-style-type: none"> - Comment la durée d'un épisode de soin modifie la prise en charge de (maladie) ? Durée entre les récidives ? - Quid du symptôme clinique/plaintes.../syndrome – objectif vs subjectif ?
Facteur MG	Comment le MG en tant qu'individu peut influencer sur la prise en charge de (maladie) ?	<ul style="list-style-type: none"> . Est-ce que vous connaissez le suivi de (maladie) ? Avez-vous les compétences pour prendre en charge au cabinet (maladie) ? . Pour vous, quels sont les critères de suivi de (maladie) ? Suivi conditionnel ? . Quelles sont les limites et obstacles personnels qui peuvent selon vous, vous empêcher d'effectuer un suivi ?
Facteur socio politico légal	Quels peuvent être les impacts de la société dans la gestion de (maladie) ?	<p>Comment la société peut-elle influencer la prise en charge de (maladie) ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médias/familles ?
Facteur patient	Que pensez-vous personnellement du rôle du patient dans la prise en charge de (maladie) ?	Comment le patient peut-il vous influencer dans la prise en charge de (maladie) ?
Intéraction professionnelle	Quelle est votre expérience personnelle concernant les interactions avec d'autres spécialistes pour la gestion de (maladie) ?	<ul style="list-style-type: none"> . Vos confrères, spécialistes ou non, et les organisations professionnelles, participent de quelle manière à la prise en charge de (maladie) ? . Quel rôle joue pour vous le spécialiste dans la prise en charge de (maladie) ?

Facteur recommandations	Quelle est la place des recommandations professionnelles pour (maladie) dans votre pratique quotidienne ?	Comment peut-on vous aider à suivre les RP pour la prise en charge de (maladie) ? Est-ce que le comportement recommandé face à (maladie) est compatible avec votre pratique existante ? Quels sont les obstacles qui empêchent d'adopter le comportement recommandé et nécessaire à la prise en charge de (maladie) ? Dans le contexte de médecine générale et de soins primaires, quelles sont les limites pour la prise en charge de (maladie) selon les recommandations ?
Incitations/ressources	En plus des facteurs cités jusque maintenant, existe-t-il des paramètres rendant le suivi de (maladie) difficile ?	
Capacité changement d'organisation		

Annexe 6: Arbres thématiques des pathologies aiguës étudiées

ANGINE

Gestion du patient	<p>Conséquences sur la qualité de vie – confort</p> <p>Conséquences sociales – travail- famille</p> <p>Patient qui impose la consultation et son contenu</p> <p>Dissociation attentes patient – attentes médecin</p> <p>Patient non suffisamment impliqué – passif</p> <p>Problème d'observance</p> <p>Le médecin impose des contraintes au patient</p> <p>Médecin non suffisamment impliqué</p> <p>Patient acteur de sa santé – de sa maladie</p> <p>Négociation avec le patient</p> <p>Compréhension – adhésion du patient</p> <p>Décision partagée avec le patient</p>
Gestion de la consultation	<p>Gestion simple, rapide de la consultation</p> <p>Fardeau du médecin – lourdeur de la prise en charge</p> <p>Episode de soins court- délai court entre deux Cs</p> <p>Durée longue de consultation</p> <p>Gestion complexe – bio psycho social</p> <p>Gestion complexe médicale</p> <p>Consultations fréquentes</p>
Gestion du risque	<p>Eliminer l'urgence – risque aigu</p> <p>Recours aux examens complémentaires</p> <p>Anticiper – prévenir le risque</p> <p>Absence de risque – risque peu élevé</p> <p>Complication d'une pathologie chronique</p> <p>Risque en fonction du terrain</p> <p>Eliminer une maladie grave</p>
Gestion du traitement	<p>Traitement non médicamenteux</p> <p>Pas de traitement efficace</p> <p>Traitement symptomatique répété</p> <p>Prévention des récurrences/éducation/non médic.</p> <p>Optimisation de l'ordonnance</p> <p>Traitement difficile à équilibrer</p> <p>Passage d'un traitement aigu à un traitement de fond</p> <p>Traitement alternatif</p> <p>Auto médication</p>
Gestion du suivi	<p>Plan de soins – soins programmés – travail pluripro.</p> <p>Patients suivis au long court– accompagnement</p> <p>Place de l'éducation thérapeutique</p> <p>Réévaluation possible et rapide du patient</p>
Les recommandations	<p>Adaptation – déviation des protocoles</p> <p>Intérêts des protocoles</p> <p>Critique de l'enseignement</p> <p>Application de protocoles</p> <p>Référentiels peu claires</p> <p>Absence de références – difficulté de prise en charge</p> <p>Mauvaise connaissance des recommandations</p>
Le recours au système de soins	<p>Rôle délétère du spécialiste – absence</p> <p>Rupture du parcours de soins</p> <p>Spécialiste binôme du médecin traitant</p> <p>Rôle des para médicaux</p>

COLIQUE NEPHRETIQUE

Gestion du patient	<p>Conséquences sur la qualité de vie – confort Conséquences sociales – travail- famille Patient qui impose la consultation et son contenu Dissociation attentes patient – attentes médecin Patient non suffisamment impliqué – passif Problème d’observance Le médecin impose des contraintes au patient Médecin non suffisamment impliqué Patient acteur de sa santé – de sa maladie Négociation avec le patient Compréhension – adhésion du patient Décision partagée avec le patient</p>
Gestion de la consultation	<p>Gestion simple, rapide de la consultation Fardeau du médecin – lourdeur de la prise en charge Episode de soins court- délai court entre deux Cs Durée longue de consultation Gestion complexe – bio psycho social Gestion complexe médicale Consultations fréquentes</p>
Gestion du risque	<p>Eliminer l’urgence – risque aigu Recours aux examens complémentaires Anticiper – prévenir le risque Absence de risque – risque peu élevé Complication d’une pathologie chronique Risque en fonction du terrain Eliminer une maladie grave</p>
Gestion du traitement	<p>Traitement non médicamenteux Pas de traitement efficace Traitement symptomatique répété Prévention des récurrences/éducation/non médic. Optimisation de l’ordonnance Traitement difficile à équilibrer Passage d’un traitement aigu à un traitement de fond Traitement alternatif Auto médication</p>
Gestion du suivi	<p>Plan de soins – soins programmés – travail pluripro. Patients suivis au long court– accompagnement Place de l’éducation thérapeutique Réévaluation possible et rapide du patient</p>
Les recommandations	<p>Adaptation – déviation des protocoles Intérêts des protocoles Critique de l’enseignement Application de protocoles Référentiels peu claire Absence de références – difficulté de prise en charge Mauvaise connaissance des recommandations</p>
Le recours au système de soins	<p>Rôle délétère du spécialiste – absence Rupture du parcours de soins Spécialiste binôme du médecin traitant Rôle des para médicaux</p>

PANARIS

Gestion du patient	<p>Conséquences sur la qualité de vie – confort Conséquences sociales – travail- famille Patient qui impose la consultation et son contenu Dissociation attentes patient – attentes médecin Patient non suffisamment impliqué – passif Problème d’observance Le médecin impose des contraintes au patient Médecin non suffisamment impliqué Patient acteur de sa santé – de sa maladie Négociation avec le patient Compréhension – adhésion du patient Décision partagée avec le patient</p>
Gestion de la consultation	<p>Gestion simple, rapide de la consultation Fardeau du médecin – lourdeur de la prise en charge Episode de soins court- délai court entre deux Cs Durée longue de consultation Gestion complexe – bio psycho social Gestion complexe médicale Consultations fréquentes</p>
Gestion du risque	<p>Eliminer l’urgence – risque aigu Recours aux examens complémentaires Anticiper – prévenir le risque Absence de risque – risque peu élevé Complication d’une pathologie chronique Risque en fonction du terrain Eliminer une maladie grave</p>
Gestion du traitement	<p>Traitement non médicamenteux Pas de traitement efficace Traitement symptomatique répété Prévention des récurrences/éducation/non médic. Optimisation de l’ordonnance Traitement difficile à équilibrer Passage d’un traitement aigu à un traitement de fond Traitement alternatif Auto médication</p>
Gestion du suivi	<p>Plan de soins – soins programmés – travail pluripro. Patients suivis au long court– accompagnement Place de l’éducation thérapeutique Réévaluation possible et rapide du patient</p>
Les recommandations	<p>Adaptation – déviation des protocoles Intérêts des protocoles Critique de l’enseignement Application de protocoles Référentiels peu claire Absence de références – difficulté de prise en charge Mauvaise connaissance des recommandations</p>
Le recours au système de soins	<p>Rôle délétère du spécialiste – absence Rupture du parcours de soins Spécialiste binôme du médecin traitant Rôle des para médicaux</p>

Annexe 7 : Arbres thématiques des pathologies chroniques étudiées

CANCER

Gestion du patient	Conséquences sur la qualité de vie – confort Conséquences sociales – travail- famille Patient qui impose la consultation et son contenu Dissociation attentes patient – attentes médecin Patient non suffisamment impliqué – passif Problème d'observance Le médecin impose des contraintes au patient Médecin non suffisamment impliqué Patient acteur de sa santé – de sa maladie Négociation avec le patient Compréhension – adhésion du patient Décision partagée avec le patient
Gestion de la consultation	Gestion simple, rapide de la consultation Fardeau du médecin – lourdeur de la prise en charge Episode de soins court- délai court entre deux Cs Durée longue de consultation Gestion complexe – bio psycho social Gestion complexe médicale Consultations fréquentes
Gestion du risque	Eliminer l'urgence – risque aigu Recours aux examens complémentaires Anticiper – prévenir le risque Absence de risque – risque peu élevé Complication d'une pathologie chronique Risque en fonction du terrain Eliminer une maladie grave
Gestion du traitement	Traitement non médicamenteux Pas de traitement efficace Traitement symptomatique répété Prévention des récurrences – éducation –non médic. Optimisation de l'ordonnance Traitement difficile à équilibrer Passage d'un traitement aigu à un traitement de fond Traitement alternatif Auto médication
Gestion du suivi	Plan de soins – soins programmés – travail pluripro. Patients suivis au long court – accompagnement Place de l'éducation thérapeutique Réévaluation possible et rapide du patient
Les recommandations	Adaptation – déviation des protocoles Intérêts des protocoles Critique de l'enseignement Application de protocoles Référentiels peu clairs Absence de références – difficulté de prise en charge Mauvaise connaissance des recommandations
Le recours au système de soins	Rôle délétère du spécialiste – absence Rupture du parcours de soins Spécialiste binôme du médecin traitant Rôle des para médicaux

DIABETE

Gestion du patient	<p>Conséquences sur la qualité de vie – confort Conséquences sociales – travail- famille Patient qui impose la consultation et son contenu Dissociation attentes patient – attentes médecin Patient non suffisamment impliqué – passif Problème d’observance Le médecin impose des contraintes au patient Médecin non suffisamment impliqué Patient acteur de sa santé – de sa maladie Négociation avec le patient Compréhension – adhésion du patient Décision partagée avec le patient</p>
Gestion de la consultation	<p>Gestion simple, rapide de la consultation Fardeau du médecin – lourdeur de la prise en charge Episode de soins court- délai court entre deux Cs Durée longue de consultation Gestion complexe – bio psycho social Gestion complexe médicale Consultations fréquentes</p>
Gestion du risque	<p>Eliminer l’urgence – risque aigu Recours aux examens complémentaires Anticiper – prévenir le risque Absence de risque – risque peu élevé Complication d’une pathologie chronique Risque en fonction du terrain Eliminer une maladie grave</p>
Gestion du traitement	<p>Traitement non médicamenteux Pas de traitement efficace Traitement symptomatique répété Prévention des récives – éducation –non médic. Optimisation de l’ordonnance Traitement difficile à équilibrer Passage d’un traitement aigu à un traitement de fond Traitement alternatif Auto médication</p>
Gestion du suivi	<p>Plan de soins – soins programmés – travail pluripro. Patients suivis au long court – accompagnement Place de l’éducation thérapeutique Réévaluation possible et rapide du patient</p>
Les recommandations	<p>Adaptation – déviation des protocoles Intérêts des protocoles Critique de l’enseignement Application de protocoles Référentiels peu clairs Absence de références – difficulté de prise en charge Mauvaise connaissance des recommandations</p>
Le recours au système de soins	<p>Rôle délétère du spécialiste – absence Rupture du parcours de soins Spécialiste binôme du médecin traitant Rôle des para médicaux</p>

Annexe 8 : Arbres thématiques des pathologies discordantes étudiées

ADDICTON OH

Gestion du patient	Conséquences sur la qualité de vie – confort Conséquences sociales – travail- famille Patient qui impose la consultation et son contenu Dissociation attentes patient – attentes médecin Patient non suffisamment impliqué – passif Problème d’observance Le médecin impose des contraintes au patient Médecin non suffisamment impliqué Patient acteur de sa santé – de sa maladie Négociation avec le patient Compréhension – adhésion du patient Décision partagée avec le patient
Gestion de la consultation	Gestion simple, rapide de la consultation Fardeau du médecin – lourdeur de la prise en charge Episode de soins court- délai court entre deux Cs Durée longue de consultation Gestion complexe – bio psycho social Gestion complexe médicale Consultations fréquentes
Gestion du risque	Eliminer l’urgence – risque aigu Recours aux examens complémentaires Anticiper – prévenir le risque Absence de risque – risque peu élevé Complication d’une pathologie chronique Risque en fonction du terrain Eliminer une maladie grave
Gestion du traitement	Traitement non médicamenteux Pas de traitement efficace Traitement symptomatique répété Prévention des récives – éducation –non médic. Optimisation de l’ordonnance Traitement difficile à équilibrer Passage d’un traitement aigu à un traitement de fond Traitement alternatif Auto médication
Gestion du suivi	Plan de soins – soins programmés – travail pluripro. Patients suivis au long court – accompagnement Place de l’éducation thérapeutique Réévaluation possible et rapide du patient
Les recommandations	Adaptation – déviation des protocoles Intérêts des protocoles Critique de l’enseignement Application de protocoles Référentiels peu clairs Absence de références – difficulté de prise en charge Mauvaise connaissance des recommandations
Le recours au système de soins	Rôle délétère du spécialiste – absence Rupture du parcours de soins Spécialiste binôme du médecin traitant Rôle des para médicaux

ANXIETE

Gestion du patient	Conséquences sur la qualité de vie – confort Conséquences sociales – travail- famille Patient qui impose la consultation et son contenu Dissociation attentes patient – attentes médecin Patient non suffisamment impliqué – passif Problème d’observance Le médecin impose des contraintes au patient Médecin non suffisamment impliqué Patient acteur de sa santé – de sa maladie Négociation avec le patient Compréhension – adhésion du patient Décision partagée avec le patient
Gestion de la consultation	Gestion simple, rapide de la consultation Fardeau du médecin – lourdeur de la prise en charge Episode de soins court- délai court entre deux Cs Durée longue de consultation Gestion complexe – bio psycho social Gestion complexe médicale Consultations fréquentes
Gestion du risque	Eliminer l’urgence – risque aigu Recours aux examens complémentaires Anticiper – prévenir le risque Absence de risque – risque peu élevé Complication d’une pathologie chronique Risque en fonction du terrain Eliminer une maladie grave
Gestion du traitement	Traitement non médicamenteux Pas de traitement efficace Traitement symptomatique répété Prévention des récives – éducation –non médic. Optimisation de l’ordonnance Traitement difficile à équilibrer Passage d’un traitement aigu à un traitement de fond Traitement alternatif Auto médication
Gestion du suivi	Plan de soins – soins programmés – travail pluripro. Patients suivis au long court – accompagnement Place de l’éducation thérapeutique Réévaluation possible et rapide du patient
Les recommandations	Adaptation – déviation des protocoles Intérêts des protocoles Critique de l’enseignement Application de protocoles Référentiels peu clairs Absence de références – difficulté de prise en charge Mauvaise connaissance des recommandations
Le recours au système de soins	Rôle délétère du spécialiste – absence Rupture du parcours de soins Spécialiste binôme du médecin traitant Rôle des para médicaux

BPCO

Gestion du patient	<p>Conséquences sur la qualité de vie – confort</p> <p>Conséquences sociales – travail- famille</p> <p>Patient qui impose la consultation et son contenu</p> <p>Dissociation attentes patient – attentes médecin</p> <p>Patient non suffisamment impliqué – passif</p> <p>Problème d’observance</p> <p>Le médecin impose des contraintes au patient</p> <p>Médecin non suffisamment impliqué</p> <p>Patient acteur de sa santé – de sa maladie</p> <p>Négociation avec le patient</p> <p>Compréhension – adhésion du patient</p> <p>Décision partagée avec le patient</p>
Gestion de la consultation	<p>Gestion simple, rapide de la consultation</p> <p>Fardeau du médecin – lourdeur de la prise en charge</p> <p>Episode de soins court- délai court entre deux Cs</p> <p>Durée longue de consultation</p> <p>Gestion complexe – bio psycho social</p> <p>Gestion complexe médicale</p> <p>Consultations fréquentes</p>
Gestion du risque	<p>Eliminer l’urgence – risque aigu</p> <p>Recours aux examens complémentaires</p> <p>Anticiper – prévenir le risque</p> <p>Absence de risque – risque peu élevé</p> <p>Complication d’une pathologie chronique</p> <p>Risque en fonction du terrain</p> <p>Eliminer une maladie grave</p>
Gestion du traitement	<p>Traitement non médicamenteux</p> <p>Pas de traitement efficace</p> <p>Traitement symptomatique répété</p> <p>Prévention des récurrences – éducation –non médic.</p> <p>Optimisation de l’ordonnance</p> <p>Traitement difficile à équilibrer</p> <p>Passage d’un traitement aigu à un traitement de fond</p> <p>Traitement alternatif</p> <p>Auto médication</p>
Gestion du suivi	<p>Plan de soins – soins programmés – travail pluripro.</p> <p>Patients suivis au long court – accompagnement</p> <p>Place de l’éducation thérapeutique</p> <p>Réévaluation possible et rapide du patient</p>
Les recommandations	<p>Adaptation – déviation des protocoles</p> <p>Intérêts des protocoles</p> <p>Critique de l’enseignement</p> <p>Application de protocoles</p> <p>Référentiels peu clairs</p> <p>Absence de références – difficulté de prise en charge</p> <p>Mauvaise connaissance des recommandations</p>
Le recours au système de soins	<p>Rôle délétère du spécialiste – absence</p> <p>Rupture du parcours de soins</p> <p>Spécialiste binôme du médecin traitant</p> <p>Rôle des para médicaux</p>

CATARACTE

Gestion du patient	<p>Conséquences sur la qualité de vie – confort Conséquences sociales – travail- famille Patient qui impose la consultation et son contenu Dissociation attentes patient – attentes médecin Patient non suffisamment impliqué – passif Problème d’observance Le médecin impose des contraintes au patient Médecin non suffisamment impliqué Patient acteur de sa santé – de sa maladie Négociation avec le patient Compréhension – adhésion du patient Décision partagée avec le patient</p>
Gestion de la consultation	<p>Gestion simple, rapide de la consultation Fardeau du médecin – lourdeur de la prise en charge Episode de soins court- délai court entre deux Cs Durée longue de consultation Gestion complexe – bio psycho social Gestion complexe médicale Consultations fréquentes</p>
Gestion du risque	<p>Eliminer l’urgence – risque aigu Recours aux examens complémentaires Anticiper – prévenir le risque Absence de risque – risque peu élevé Complication d’une pathologie chronique Risque en fonction du terrain Eliminer une maladie grave</p>
Gestion du traitement	<p>Traitement non médicamenteux Pas de traitement efficace Traitement symptomatique répété Prévention des récurrences – éducation –non médic. Optimisation de l’ordonnance Traitement difficile à équilibrer Passage d’un traitement aigu à un traitement de fond Traitement alternatif Auto médication</p>
Gestion du suivi	<p>Plan de soins – soins programmés – travail pluripro. Patients suivis au long court – accompagnement Place de l’éducation thérapeutique Réévaluation possible et rapide du patient</p>
Les recommandations	<p>Adaptation – déviation des protocoles Intérêts des protocoles Critique de l’enseignement Application de protocoles Référentiels peu clairs Absence de références – difficulté de prise en charge Mauvaise connaissance des recommandations</p>
Le recours au système de soins	<p>Rôle délétère du spécialiste – absence Rupture du parcours de soins Spécialiste binôme du médecin traitant Rôle des para médicaux</p>

HYPERTHYROIDIE

Gestion du patient	<p>Conséquences sur la qualité de vie – confort Conséquences sociales – travail- famille Patient qui impose la consultation et son contenu Dissociation attentes patient – attentes médecin Patient non suffisamment impliqué – passif Problème d’observance Le médecin impose des contraintes au patient Médecin non suffisamment impliqué Patient acteur de sa santé – de sa maladie Négociation avec le patient Compréhension – adhésion du patient Décision partagée avec le patient</p>
Gestion de la consultation	<p>Gestion simple, rapide de la consultation Fardeau du médecin – lourdeur de la prise en charge Episode de soins court- délai court entre deux Cs Durée longue de consultation Gestion complexe – bio psycho social Gestion complexe médicale Consultations fréquentes</p>
Gestion du risque	<p>Eliminer l’urgence – risque aigu Recours aux examens complémentaires Anticiper – prévenir le risque Absence de risque – risque peu élevé Complication d’une pathologie chronique Risque en fonction du terrain Eliminer une maladie grave</p>
Gestion du traitement	<p>Traitement non médicamenteux Pas de traitement efficace Traitement symptomatique répété Prévention des récives – éducation –non médic. Optimisation de l’ordonnance Traitement difficile à équilibrer Passage d’un traitement aigu à un traitement de fond Traitement alternatif Auto médication</p>
Gestion du suivi	<p>Plan de soins – soins programmés – travail pluripro. Patients suivis au long court – accompagnement Place de l’éducation thérapeutique Réévaluation possible et rapide du patient</p>
Les recommandations	<p>Adaptation – déviation des protocoles Intérêts des protocoles Critique de l’enseignement Application de protocoles Référentiels peu clairs Absence de références – difficulté de prise en charge Mauvaise connaissance des recommandations</p>
Le recours au système de soins	<p>Rôle délétère du spécialiste – absence Rupture du parcours de soins Spécialiste binôme du médecin traitant Rôle des para médicaux</p>

MIGRAINE

Gestion du patient	<p>Conséquences sur la qualité de vie – confort</p> <p>Conséquences sociales – travail- famille</p> <p>Patient qui impose la consultation et son contenu</p> <p>Dissociation attentes patient – attentes médecin</p> <p>Patient non suffisamment impliqué – passif</p> <p>Problème d’observance</p> <p>Le médecin impose des contraintes au patient</p> <p>Médecin non suffisamment impliqué</p> <p>Patient acteur de sa santé – de sa maladie</p> <p>Négociation avec le patient</p> <p>Compréhension – adhésion du patient</p> <p>Décision partagée avec le patient</p>
Gestion de la consultation	<p>Gestion simple, rapide de la consultation</p> <p>Fardeau du médecin – lourdeur de la prise en charge</p> <p>Episode de soins court- délai court entre deux Cs</p> <p>Durée longue de consultation</p> <p>Gestion complexe – bio psycho social</p> <p>Gestion complexe médicale</p> <p>Consultations fréquentes</p>
Gestion du risque	<p>Eliminer l’urgence – risque aigu</p> <p>Recours aux examens complémentaires</p> <p>Anticiper – prévenir le risque</p> <p>Absence de risque – risque peu élevé</p> <p>Complication d’une pathologie chronique</p> <p>Risque en fonction du terrain</p> <p>Eliminer une maladie grave</p>
Gestion du traitement	<p>Traitement non médicamenteux</p> <p>Pas de traitement efficace</p> <p>Traitement symptomatique répété</p> <p>Prévention des récurrences – éducation –non médic.</p> <p>Optimisation de l’ordonnance</p> <p>Traitement difficile à équilibrer</p> <p>Passage d’un traitement aigu à un traitement de fond</p> <p>Traitement alternatif</p> <p>Auto médication</p>
Gestion du suivi	<p>Plan de soins – soins programmés – travail pluripro.</p> <p>Patients suivis au long court – accompagnement</p> <p>Place de l’éducation thérapeutique</p> <p>Réévaluation possible et rapide du patient</p>
Les recommandations	<p>Adaptation – déviation des protocoles</p> <p>Intérêts des protocoles</p> <p>Critique de l’enseignement</p> <p>Application de protocoles</p> <p>Référentiels peu clairs</p> <p>Absence de références – difficulté de prise en charge</p> <p>Mauvaise connaissance des recommandations</p>
Le recours au système de soins	<p>Rôle délétère du spécialiste – absence de communication</p> <p>Rupture du parcours de soins</p> <p>Spécialiste binôme du médecin traitant</p> <p>Rôle des para médicaux</p>

OBESITE

Gestion du patient	<p>Conséquences sur la qualité de vie – confort Conséquences sociales – travail- famille Patient qui impose la consultation et son contenu Dissociation attentes patient – attentes médecin Patient non suffisamment impliqué – passif Problème d’observance Le médecin impose des contraintes au patient Médecin non suffisamment impliqué Patient acteur de sa santé – de sa maladie Négociation avec le patient Compréhension – adhésion du patient Décision partagée avec le patient</p>
Gestion de la consultation	<p>Gestion simple, rapide de la consultation Fardeau du médecin – lourdeur de la prise en charge Episode de soins court- délai court entre deux Cs Durée longue de consultation Gestion complexe – bio psycho social Gestion complexe médicale Consultations fréquentes</p>
Gestion du risque	<p>Eliminer l’urgence – risque aigu Recours aux examens complémentaires Anticiper – prévenir le risque Absence de risque – risque peu élevé Complication d’une pathologie chronique Risque en fonction du terrain Eliminer une maladie grave</p>
Gestion du traitement	<p>Traitement non médicamenteux Pas de traitement efficace Traitement symptomatique répété Prévention des récives – éducation –non médic. Optimisation de l’ordonnance Traitement difficile à équilibrer Passage d’un traitement aigu à un traitement de fond Traitement alternatif Auto médication</p>
Gestion du suivi	<p>Plan de soins – soins programmés – travail pluripro. Patients suivis au long court – accompagnement Place de l’éducation thérapeutique Réévaluation possible et rapide du patient</p>
Les recommandations	<p>Adaptation – déviation des protocoles Intérêts des protocoles Critique de l’enseignement Application de protocoles Référentiels peu clairs Absence de références – difficulté de prise en charge Mauvaise connaissance des recommandations</p>
Le recours au système de soins	<p>Rôle délétère du spécialiste – absence Rupture du parcours de soins Spécialiste binôme du médecin traitant Rôle des para médicaux</p>

PSORIASIS

Gestion du patient	<p>Conséquences sur la qualité de vie – confort</p> <p>Conséquences sociales – travail- famille</p> <p>Patient qui impose la consultation et son contenu</p> <p>Dissociation attentes patient – attentes médecin</p> <p>Patient non suffisamment impliqué – passif</p> <p>Problème d’observance</p> <p>Le médecin impose des contraintes au patient</p> <p>Médecin non suffisamment impliqué</p> <p>Patient acteur de sa santé – de sa maladie</p> <p>Négociation avec le patient</p> <p>Compréhension – adhésion du patient</p> <p>Décision partagée avec le patient</p>
Gestion de la consultation	<p>Gestion simple, rapide de la consultation</p> <p>Fardeau du médecin – lourdeur de la prise en charge</p> <p>Episode de soins court- délai court entre deux Cs</p> <p>Durée longue de consultation</p> <p>Gestion complexe – bio psycho social</p> <p>Gestion complexe médicale</p> <p>Consultations fréquentes</p>
Gestion du risque	<p>Eliminer l’urgence – risque aigu</p> <p>Recours aux examens complémentaires</p> <p>Anticiper – prévenir le risque</p> <p>Absence de risque – risque peu élevé</p> <p>Complication d’une pathologie chronique</p> <p>Risque en fonction du terrain</p> <p>Eliminer une maladie grave</p>
Gestion du traitement	<p>Traitement non médicamenteux</p> <p>Pas de traitement efficace</p> <p>Traitement symptomatique répété</p> <p>Prévention des récurrences – éducation –non médic.</p> <p>Optimisation de l’ordonnance</p> <p>Traitement difficile à équilibrer</p> <p>Passage d’un traitement aigu à un traitement de fond</p> <p>Traitement alternatif</p> <p>Auto médication</p>
Gestion du suivi	<p>Plan de soins – soins programmés – travail pluripro.</p> <p>Patients suivis au long court – accompagnement</p> <p>Place de l’éducation thérapeutique</p> <p>Réévaluation possible et rapide du patient</p>
Les recommandations	<p>Adaptation – déviation des protocoles</p> <p>Intérêts des protocoles</p> <p>Critique de l’enseignement</p> <p>Application de protocoles</p> <p>Référentiels peu clairs</p> <p>Absence de références – difficulté de prise en charge</p> <p>Mauvaise connaissance des recommandations</p>
Le recours au système de soins	<p>Rôle délétère du spécialiste – absence de communication</p> <p>Rupture du parcours de soins</p> <p>Spécialiste binôme du médecin traitant</p> <p>Rôle des para médicaux</p>

RGO

Gestion du patient	<p>Conséquences sur la qualité de vie – confort</p> <p>Conséquences sociales – travail- famille</p> <p>Patient qui impose la consultation et son contenu</p> <p>Dissociation attentes patient – attentes médecin</p> <p>Patient non suffisamment impliqué – passif</p> <p>Problème d’observance</p> <p>Le médecin impose des contraintes au patient</p> <p>Médecin non suffisamment impliqué</p> <p>Patient acteur de sa santé – de sa maladie</p> <p>Négociation avec le patient</p> <p>Compréhension – adhésion du patient</p> <p>Décision partagée avec le patient</p>
Gestion de la consultation	<p>Gestion simple, rapide de la consultation</p> <p>Fardeau du médecin – lourdeur de la prise en charge</p> <p>Episode de soins court- délai court entre deux Cs</p> <p>Durée longue de consultation</p> <p>Gestion complexe – bio psycho social</p> <p>Gestion complexe médicale</p> <p>Consultations fréquentes</p>
Gestion du risque	<p>Eliminer l’urgence – risque aigu</p> <p>Recours aux examens complémentaires</p> <p>Anticiper – prévenir le risque</p> <p>Absence de risque – risque peu élevé</p> <p>Complication d’une pathologie chronique</p> <p>Risque en fonction du terrain</p> <p>Eliminer une maladie grave</p>
Gestion du traitement	<p>Traitement non médicamenteux</p> <p>Pas de traitement efficace</p> <p>Traitement symptomatique répété</p> <p>Prévention des récives – éducation –non médic.</p> <p>Optimisation de l’ordonnance</p> <p>Traitement difficile à équilibrer</p> <p>Passage d’un traitement aigu à un traitement de fond</p> <p>Traitement alternatif</p> <p>Auto médication</p>
Gestion du suivi	<p>Plan de soins – soins programmés – travail pluripro.</p> <p>Patients suivis au long court – accompagnement</p> <p>Place de l’éducation thérapeutique</p> <p>Réévaluation possible et rapide du patient</p>
Les recommandations	<p>Adaptation – déviation des protocoles</p> <p>Intérêts des protocoles</p> <p>Critique de l’enseignement</p> <p>Application de protocoles</p> <p>Référentiels peu clairs</p> <p>Absence de références – difficulté de prise en charge</p> <p>Mauvaise connaissance des recommandations</p>
Le recours au système de soins	<p>Rôle délétère du spécialiste – absence</p> <p>Rupture du parcours de soins</p> <p>Spécialiste binôme du médecin traitant</p> <p>Rôle des para médicaux</p>

RESUMES

YEAR : 2018
AUTHOR NAME : LE CHAPELLIER Marion
THESIS DIRECTOR : Dr. LE BRETON Julien
<p>TITLE : CONCEPTION AND DISEASE MANAGEMENT : A FOCUS GROUP STUDY WITH GENERAL PRACTITIONER (GP)</p> <p>In 2015, a quantitative study of disease's management by GP showed that there was a clear separation between the management of typically acute diseases (eg, angina) and the management of typically chronic diseases (eg diabetes), but also an intermediate zone of chronic conditions for the scientific community, acutely managed by GP (eg, asthma, obesity, addiction). The aim of this study was to explore the point of view of GP on the management of diseases, including this intermediate zone.</p> <p>We made a qualitative study by focus groups between January 2016 and December 2016 and elaborated an interview guide based on hypotheses developed following a study of GPs practices and a review on the determinants of disease management by GP. Discussions were centered on their management of a typical acute disease, typical chronic disease, and intermediate conditions. A variety of GP was included by reasoned sampling. The data saturated after 5 focus groups. Thematic and matrix analysis were conducted with transcript of the contents of the verbatim coding with the NVIVO software.</p> <p>The participants identified determinants of disease conception: disease characterization, recurrence or acute event, physician representation, and societal factors. Determinants of disease management by GP were: patient management, consultation management, treatment management, risk management, follow-up management, guidelines, and use of health care system.</p> <p>Specific management determinants characterize acute or chronic diseases, but we also identified an intermediate continuum in which certain pathologies are located, thus calling into question the acute / chronic dichotomy still used in disease management.</p>
KEYWORDS : chronic disease, disease conception, disease management, medical practice, general practice, focus group
ADDRESS OF THE UFR : 8, Rue du Général SARRAIL 94010 CRETEIL CEDEX

ANNEE : 2018
NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : LE CHAPPELLIER Marion
DIRECTEUR DE THESE : Dr. LE BRETON Julien
TITRE DE LA THESE : CONCEPTION ET GESTION DE LA MALADIE : ETUDE EXPLORATOIRE PAR FOCUS GROUPS AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES <p>Une étude quantitative réalisée en 2015 a montré qu'il existait une nette séparation entre la gestion des maladies typiquement aiguës (ex : angine) et typiquement chroniques (ex : diabète), mais aussi une zone intermédiaire de pathologies, chroniques pour la communauté scientifique, gérées de manière aiguë par les MG (ex : asthme). L'objectif ici était d'explorer le point de vue des MG sur la prise en charge des maladies, notamment ces pathologies « intermédiaires ».</p> <p>Nous avons mené une étude qualitative par focus groups. Un échantillonnage raisonné a permis d'inclure une diversité de MG qui étaient invités à débattre de leur gestion d'une maladie aiguë typique, d'une maladie chronique typique, et de pathologies intermédiaires. La saturation des données a été obtenue après 5 focus groups. Une retranscription intégrale des entretiens a été réalisée puis une analyse thématique et matricielle du contenu des verbatim par codage avec le logiciel NVIVO.</p> <p>Les déterminants de la conception de la maladie étaient la caractérisation de la maladie, l'existence de récurrence ou d'épisodes aigus, la représentation des médecins et les facteurs sociétaux. Les déterminants de gestion de la maladie par le MG étaient la gestion du patient, la gestion de la consultation, la gestion du traitement, la gestion du risque, la gestion du suivi, les recommandations et le recours au système de soins.</p> <p>Cette étude a montré qu'il existait des déterminants de gestion spécifiques caractérisant une maladie aiguë ou chronique, mais aussi un continuum intermédiaire dans laquelle se situe certaines pathologies, remettant ainsi en cause la dichotomie aiguë/chronique encore utilisée dans la gestion des maladies.</p>
MOTS-CLES : maladie chronique, prise en charge de la maladie, médecine générale, groupes focalisés
ADRESSE DE L'UFR : 8, Rue du Général SARRAIL 94010 CRETEIL CEDEX