HAL
archives-ouvertes.fr

La multimorbidité : les différences entre la théorie et le vécu des médecins généralistes

Tudor Daraban

▶ **To cite this version:**

Tudor Daraban. La multimorbidité : les différences entre la théorie et le vécu des médecins généralistes. Human health and pathology. 2014. <dumas-01114291>

HAL Id: dumas-01114291

http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01114291

Submitted on 9 Feb 2015

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.

UNIVERSITE DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de Médecine & des Sciences de la Santé

****

ANNÉE 2014 **N°**

THÈSE D'EXERCICE

Pour le

DOCTORAT DE MÉDECINE

DE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

Mr DARABAN Tudor

Née le 15 février 1985, à Bistrita - ROUMANIE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

Jeudi 20 Février 2014

La multimorbidité - les différences entre la théorie et le vécu des médecins généralistes

---

Présidence : Pr Le Reste Jean-Yves

Membres du Jury : Dr Nabbe Patrice

Dr Derrienic Jérémy

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE

FACULTE DE MÉDECINE ET

DES SCIENCES DE LA SANTÉ DE BREST

DOYENS HONORAIRES:	Professeur H. H. FLOCH
	Professeur G. LE MENN (†)
	Professeur B. SENECAIL
	Professeur J. M. BOLES
	Professeur Y. BIZAIS (†)
	Professeur M. DE BRAEKELEER
DOYEN :	Professeur C. BERTHOU

PROFESSEURS EMÉRITES

Professeur BARRA Jean-Aubert	Chirurgie Thoracique & Cardiovasculaire
Professeur LAZARTIGUES Alain	Pédopsychiatrie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS EN SURNOMBRE

Professeur BLANC Jean-Jacques	Cardiologie
Professeur CENAC Arnaud	Médecine Interne

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

BOLES Jean-Michel	Réanimation Médicale
FEREC Claude	Génétique
GARRE Michel	Maladies Infectieuses - Maladies tropicales
MOTTIER Dominique	Thérapeutique

ABGRALL Jean-François	Hématologie - Transfusion
BOSCHAT Jacques	Cardiologie & Maladies Vasculaires
BRESSOLLETTE Luc	Médecine Vasculaire
COCHENER - LAMARD Béatrice	Ophtalmologie
COLLET Michel	Gynécologie - Obstétrique
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DE BRAEKELEER Marc	Génétique
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine & Santé au Travail
FENOLL Bertrand	Chirurgie Infantile
GOUNY Pierre	Chirurgie Vasculaire
JOUQUAN Jean	Médecine Interne
KERLAN Véronique	Endocrinologie, Diabète & maladies métaboliques
LEFEVRE Christian	Anatomie
LEJEUNE Benoist	Epidémiologie, Economie de la santé & de la prévention
LEHN Pierre	Biologie Cellulaire
LEROYER Christophe	Pneumologie
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
LOZAC'H Patrick	Chirurgie Digestive
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
OZIER Yves	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
REMY-NERIS Olivier	Médecine Physique et Réadaptation
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie - Hépatologie

SENECAIL Bernard	Anatomie
SIZUN Jacques	Pédiatrie
TILLY - GENTRIC Armelle	Gériatrie & biologie du vieillissement

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2ème CLASSE

BAIL Jean-Pierre	Chirurgie Digestive
BERTHOU Christian	Hématologie – Transfusion
BEZON Eric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BOTBOL Michel	Psychiatrie Infantile
CARRE Jean-Luc	Biochimie et Biologie moléculaire
COUTURAUD Francis	Pneumologie
DAM HIEU Phong	Neurochirurgie
DEHNI Nidal	Chirurgie Générale
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
DUBRANA Frédéric	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
FOURNIER Georges	Urologie
GILARD Martine	Cardiologie
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HU Weigo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
LACUT Karine	Thérapeutique
LE GAL Grégoire	Médecine interne
LE MARECHAL Cédric	Génétique
L'HER Erwan	Réanimation Médicale

MARIANOWSKI Rémi	Oto. Rhino. Laryngologie
MISERY Laurent	Dermatologie - Vénérologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie et Mycologie
NONENT Michel	Radiologie & Imagerie médicale
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie - Hépatologie
PAYAN Christopher	Bactériologie – Virologie; Hygiène
PRADIER Olivier	Cancérologie - Radiothérapie
RENAUDINEAU Yves	Immunologie
RICHE Christian	Pharmacologie fondamentale
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et Médecine Nucléaire
SARAUX Alain	Rhumatologie
STINDEL Eric	Bio-statistiques, Informatique Médicale et technologies de communication
TIMSIT Serge	Neurologie
VALERI Antoine	Urologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'Adultes

PROFESSEURS des Universités – praticien Libéral

LE RESTE Jean Yves	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIÉS

LE FLOC'H Bernard	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS HORS CLASSE

ABALAIN-COLLOC Marie Louise	Bactériologie – Virologie ; Hygiène
AMET Yolande	Biochimie et Biologie moléculaire

LE MEVEL Jean Claude	Physiologie
LUCAS Danièle	Biochimie et Biologie moléculaire
RATANASAVANH Damrong	Pharmacologie fondamentale
SEBERT Philippe	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1ère CLASSE

ABALAIN Jean-Hervé	Biochimie et Biologie moléculaire
AMICE Jean	Cytologie et Histologie
CHEZE-LE REST Catherine	Biophysique et Médecine nucléaire
DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
JAMIN Christophe	Immunologie
MIALON Philippe	Physiologie
MOREL Frédéric	Médecine & biologie du développement et de la reproduction
PERSON Hervé	Anatomie
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
UGO Valérie	Hématologie, transfusion
VALLET Sophie	Bactériologie – Virologie ; Hygiène
VOLANT Alain	Anatomie et Cytologie Pathologiques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2ère CLASSE

DELLUC Aurélien	Médecine interne
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
HILLION Sophie	Immunologie
LE BERRE Rozenn	Maladies infectieuses-Maladies tropicales

LE GAC Gérald	Génétique
LODDE Brice	Médecine et santé au travail
QUERELLOU Solène	Biophysique et Médecine nucléaire
SEIZEUR Romuald	Anatomie-Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES - CHAIRE INSERM

MIGNEN Olivier	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

AMOUROUX Rémy	Psychologie
HAXAIRE Claudie	Sociologie - Démographie
LANCIEN Frédéric	Physiologie
LE CORRE Rozenn	Biologie cellulaire
MONTIER Tristan	Biochimie et biologie moléculaire
MORIN Vincent	Electronique et Informatique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES MI-TEMPS

BARRAINE Pierre	Médecine Générale
NABBE Patrice	Médecine Générale
CHIRON Benoît	Médecine Générale

AGREGES DU SECOND DEGRE

MONOT Alain	Français
RIOU Morgan	Anglais

Remerciements

Je remercie les membres de mon jury :

Monsieur le Professeur LE RESTE Jean Yves

Médecin Généraliste à Lanmeur

Maitre de stage

Professeur des universités à la faculté de médecine de Brest

Pour m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse et pour tout le soutien qu'il m'a offert au long du travail de recherche réalisé.

Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Docteur NABBE Patrice

Médecin Généraliste à Plounéour-Trez

Maître de stage

Maître de conférences associé à la faculté de médecine de Brest

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être membre du jury pour cette thèse

Soyez assuré de ma reconnaissance et de tout mon respect.

Monsieur le Chef de Clinique des Universités DERRIENIC Jérémy

Chef de clinique Assistant auprès de DUMG de la faculté de médecine de Brest

Pour m'avoir fait l'honneur de juger cette thèse.

Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Merci à ma femme de m'avoir épaulé et soutenu ces dernières années

Merci à mon fils d'être un petit garçon très sage et d'avoir permis à son papa de travailler dans de bonnes conditions

Merci au groupe de thèse pour l'aide apportée à la réalisation de cette thèse.

Merci à ma famille et particulièrement à mes parents pour avoir investi beaucoup d'énergie et de ressources tout au long de mes études

A tous mes amis pour leurs soutiens et leurs encouragements.

Sommaire

Résumé……9

Abstract……10

Introduction……11

Méthode……13

Résultats ……16

Discussions……31

Conclusion……36

Bibliographie……37

Autorisation d'imprimer……39

Résumé :

Introduction : L'organisation mondiale de la santé définie la multimorbidité par l'association d'au moins deux conditions médicales chroniques chez un même individu. L'European General Practice Research Network (EGPRN) propose une nouvelle définition après une revue de la littérature de spécialité réalisée en 2012. Cette nouvelle définition exhaustive intègre 11 thèmes et leurs sous thèmes. L'objectif de cette étude était de comparer la nouvelle définition aux critères reconnus par les médecins généraliste libéraux.

Méthode : Analyse secondaire de triangulation selon une approche inductive de deux études secondaires. Chaque étude était aussi une analyse secondaire de trois études qualitatives analysant des entretiens individuels semi-dirigés ou des focus groupes. Un codage ouvert puis un codage axial et thématique a été réalisé par les études précédentes. Le travail actuel reprenait le codage axial et thématique. Une carte heuristique devait être réalisée pour présenter les liens entres les thèmes définis par les médecins généralistes.

Résultats : Analyse de 6895 codes ressortis de 36 entretiens individuels et 8 focus groupes. Tous les thèmes définis par la définition proposée par l'EGPRN ont été retrouvés. Le sexe n'a pas été identifié comme facteur de risque de la multimorbidité comme la définition proposée par l'EGPN l'indiquait. Deux nouveaux thèmes centrés autour du médecin généraliste était identifiés : l'expertise du médecin généraliste et les relations du médecin généraliste avec le patient multi morbide.

Discussion : Les 11 thèmes définis par l'EGPRN ont bien leur place dans la définition. Les deux nouveaux sous thèmes identifiés place le médecin généraliste comme un acteur principal, comme un expert de la prise en charge de la mutimorbidité. Aucun outil de dépistage ou grille d'évaluation de la mutimorbidité n'ont pas été identifiés. Des recherches dans cette direction serraient utiles.

Abstract :

Introduction: The World Health Organization has defined multimorbidity as the association of two or more chronic conditions for the same patient. The European General Practice Research Network (EGPRN) propose a new definition after a systematic review of relevant literature. The new definition included 11 themes and their subthemes. The purpose of this study is to compare the criteria of multimorbidity of the new definition to the criteria recognized by the general practioners (GP).

Method: 6 research qualitative studies following an inductive and open approach of GPs' semi-structures interviews and focus groups were conducted. Secondary triangulation analysis was done in two separated research studies. This study is a secondary study analyzing all the data's. An opening, axial and thematic coding was done in order to identify the criteria of mulimorbidity of GP. Those criteria's were compared to the criteria's of the definition proposed by the EGPRN.

Results: 36 interviews and 8 focus groups conducted to 6895 codes. All the themes proposed by the EGPRN's definition were identified. The sex was not identified as a risk factor for the multimorbidity. Two new themes regarding the GP were identified: *GP-expertise* and *GP - patient relationship.*

Discussions: The 11 themes identified by the EGPRN were confirmed by the GPs. Two new themes are placing the GP as an expert of the multimorbidity management. There were no evaluation scale or detecting tools identified by the GPs. New research regarding this subject's wood be useful for a better management of multimorbidity.

Introduction :

Les progrès de la médecine augmentent de plus en plus et ont pour corollaire l'augmentation de l'espérance de vie des patients. Les professionnels de santé se retrouvent ainsi confrontés à des patients de plus en plus âgés et porteurs de multiples pathologies. Dans les années « soixante » un concept s'est développé, *la comorbidité* – qui associe à une pathologie principale d'autres problèmes de santé secondaires qui vont modifier la pathologie principale(1).

Les années « quatre-vingt-dix » ont été marquées par l'apparition du concept de *Multimorbidité* qui représentait l'association de plusieurs pathologies sans pathologie centrale(2). Le terme fut utilisé avec facilité par toutes les spécialités dans la littérature. Les « définitions » de la multimorbidité se multipliaient et le sens devennait de plus en plus vague.

Le médecin généraliste (MG) est souvent le premier contact du patient avec le système de santé. Les patients âgés porteurs de multiples pathologies représentent une grande partie de son activité professionnelle.

Selon la WONCA (World Organization of National Colleges) le rôle du médecin généraliste est défini sous la forme de six compétences fondamentales : la gestion des soins de santé primaire, les soins centrés sur la personne, l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes, l'approche globale, l'orientation communautaire, l'adoption d'un modèle holistique (3).

Un groupe de chercheurs universitaires sous l'égide de l'EGPRN (European General Practicioners research Network) a effectué une revue systématique de la littérature de spécialité. Ils ont retrouvé 132 définitions avec 1631 critères de définition. Après un codage sélectif onze thèmes principaux se démarquèrent et intégrèrent les 132 définitions. Une nouvelle définition exhaustive fut proposée: *" Multimorbidity is difined as any*

combination of chronic disease with at least one other disease (acute or chronic), bio-physical factor (associated or not) or somatic risk factor. Any biophysical factor, any risk factor, the social network, the burden of diseases, the health care consumption and the patient's coping trategies may function as modifiers. Multimorbidity may modify the health outcomes and lead to an increased disability or a decreased quality of life or frailty" (4).

Sa traduction validée en français par une méthode de consensus Delphi (5) fut celle-ci *« La multimorbidité est définie comme toute combinaison d'une maladie chronique avec au moins : une autre maladie (aiguë ou chronique) ou un facteur biopsychosocial (associé ou non) ou un facteur de risque somatique. Les effets de la multi-morbidité peuvent être modifiés par : tout facteur biopsychosocial, tout facteur de risque somatique, le réseau social, le poids des maladies, la consommation de soins de santé et les stratégies adaptatives du patient. La multimorbidité peut modifier les résultats de santé et mener à une augmentation du handicap ou à une diminution de la qualité de vie ou à la fragilité »*

La forte prévalence de la multimorbidité(6) obligeant le médecin généraliste à s'informer régulièrement sur la prise en charge idéale de ce type de patient, faire le point sur la signification du terme multimorbidité s'imposait.

Ce travail se proposait de répondre à la question suivante : Existe-t-il une différence entre la définition théorique de la multimorbidité et le vécu des médecins généralistes sur le terrain ?

Méthode :

Entre 2010 et 2013 six internes de médecine générale ont réalisé quatre études qualitatives par entretiens individuels semi-dirigé(7),(8),(9),(10) et deux études qualitatives par focus groupe sur les critères de la multimorbidité(11),(12),(13). Les données recueillies ont été reprises par deux groupes de deux internes en médecine générale pour un travail qualitatif de triangulation avec mise en commun des résultats, par équipe, à la fin de l'étude(14),(15). L'étude actuelle regroupait toutes les données recueillies dans une étude qualitative secondaire de triangulation qui portait sur les critères de définition de la mutimorbidité des médecins généralistes installés. Toutes les études étaient dirigées par deux médecins généralistes chercheurs et font partie d'un projet de recherche européen conduit par l'EGPRN.

Le travail des premières six études a consisté à réaliser les entretiens, transcrire les verbatim et réaliser un codage ouvert des critères de la multimorbidité. Les deux suivantes études ont réalisé un codage ouvert, axial et thématique avec l'objectif de comparer si les critères de définition de la multimorbidité de médecins généralistes correspondaient aux critères de la définition élaboré par l'EGPRN.

La perspective de recherche était phénoménologique(16). Les chercheurs ont utilisé une méthode en théorie fondée pour le recueil et l'analyse des données. Les études avec recueil de données respectaient les critères de variation maximale des échantillons et de saturation des données.

Deux grilles (tableau 1 et 2) d'entretien ont été utilisées pour les entretiens semi-dirigés et pour les focus groupes réalisés dans le cadre de six premières études. Ces grilles ont été réalisées à l'avance dans le cadre d'un groupe de thèse par 8 chercheurs (2 séniors et 6 internes).

Tableau 1 : guide d'entretien pour première étude

Question 1	Pourriez-vous décrire le cas d'un patient particulièrement « fragile » ?
Question 2	Ces patients nécessitent-ils une prise en charge particulière ?
Question 3	Comment parvenez-vous à reconnaitre ces patients ?
Question 4	Comment « ressentez-vous » ces patients ?
Question 5	Ces patients sont difficiles à repérer. Par quels moyens additionnels seriez-vous aidé ?

Tableau 2 : Guide d'entretien pour les cinq études suivantes

Question 1	Pouvez-vous nous parler d'un patient présentant plusieurs conditions médicales qui vous a particulièrement marqué?
Question 2	Qu'est ce qui dans son profil vous semble à risque?
Question 3	Quelles autres situations sont susceptibles de le faire s'aggraver?
Question 4	Comment qualifiez-vous ce type de patient?
Question 5	Pourriez-vous imaginer un outil pour dépister ce type de patient?

Les médecins généralistes interviewés ont été choisis dans les cabinets médicaux du Finistère. Pour avoir un échantillon raisonné de médecins généralistes, les critères retenus étaient : le sexe, le mode d'exercice (seul ou en groupe), le lieu d'exercice (rural, semi-rural ou urbain) et la durée depuis l'installation (inférieur ou supérieur à 20 ans). Les

participants ont été informés qu'il s'agissait d'un entretien ou d'un groupe de focus enregistré et anonyme dans le cadre d'un travail de recherche pour une thèse de Doctorat en médecine. Un formulaire de consentement a été signé par chaque médecin participant. Les entretiens et groupes de focus ont été retranscrits intégralement en verbatim. Les personnes interviewées ont pu relire leurs verbatim et valider les propos. Leurs propos ont ensuite été rendus anonymes.

Le codage a exploré ligne par ligne, les textes d'interview, selon une approche ouverte et inductive. Le codage ouvert repérait, à l'aide du thème étudié, les sous-ensembles dans le texte en les soulignant. Ce sont les sous-catégories qui correspondent à des idées de base. Ensuite le chercheur comparait et regroupait les sous-catégories qui apparaissaient liées et qui ainsi formaient le codage axial. Enfin les catégories qui étaient apparues faisaient l'objet d'un codage spécifique sélectif dont l'objectif était de faire ressortir les idées centrales et les liens entre elles(17),(18).

Cette étude analysait les données à travers un codage axial à partir de sous-catégories. Les passages verbatim étaient gardés pour avoir l'approche sémantique correcte. Les thèmes et sous thèmes retrouvés était comparés à ceux proposés par la définition de la littérature de la multimorbidité. Les nouveaux sous thèmes et thèmes sont retenus pour proposer une nouvelle définition. La langue utilisée pour les thèmes et sous thèmes étaient l'anglais. Le logiciel utilisé pour la réalisation des codages était Microsoft Excel.

Pour une meilleure compréhension de la définition et des rapports entre les sous-thèmes et les thèmes une carte heuristique devait être réalisée(19). Le logiciel utilisé pour la réalisation de la carte heuristique était *Cmap tools*.

L'EGPRN a élaboré un guide d'aide pour le codage des thèmes et sous thèmes. Ce guide appelé *Cooding book* intégrait tous les nouveaux thèmes et sous thèmes de tous les

pays participants à ce projet de recherche. Ce guide a été utilisé pour orienter la recherche de nouveaux thèmes et sous thèmes.

Résultats :

83 médecins ont été interviewés lors de 36 entretiens individuels et les huit focus groupes réalisés. Le principe de variation maximale de l'échantillon a été respecté pour chaque étude préliminaire selon le tableau 3 (synthèse) et le tableau 4 (en détail).

Tableau 3 – Echantillon des médecins interview - synthèse

	Sexe		**Exercice**		**Lieu d'exercice**			**Durée d'exercice**	
Médecin	**Homme**	**Femme**	**Seul**	**Groupe**	**Urbain**	**Semi Rural**	**Rural**	**<20ans**	**≥20ans**
83	51	32	21	62	40	20	23	33	50

Tableau 4 – Echantillon des médecins interviewés – en détail

		Sexe		**Exercice**		**Lieu d'exercice**			**Durée d'exercice**	
Verbatim	**Médecin**	**Homme**	**Femme**	**Seul**	**Groupe**	**Urbain**	**Semi Rural**	**Rural**	**<20ans**	**≥20ans**
V1	1	●		●				●	●	
V2	2	●		●			●		●	
V3	3		●	●		●				●
V4	4	●		●		●				●
V5	5	●		●		●			●	
V6	6	●			●			●		●
V7	7		●		●			●	●	
V8	8		●		●	●				●
V9	9	●			●	●			●	
V10	10		●		●			●	●	
V11	11	●			●	●				●
	12		●		●	●			●	
	13	●		●		●				●
	14	●			●	●			●	
	15	●			●	●			●	
V12	16		●		●			●	●	
	17	●			●			●		●
	18	●			●			●		●
	19		●		●			●		●
V13	20	●			●		●		●	
	21	●		●				●		●
	22		●		●		●			●
	23	●			●		●			●
	24	●			●		●			●

V14	25	●			●		●			●
	26	●			●			●		●
	27	●		●			●			●
	28	●			●			●		●
	29		●		●			●	●	
	30	●		●			●			●
V21	31	●			●		●			●
	32	●			●			●		●
	33	●		●				●		●
	34	●		●				●		●
	35		●		●	●				●
	36	●		●			●			●
V22	37	●			●	●				●
	38	●			●	●				●
	39	●			●	●				●
	40		●		●		●		●	
	41		●		●	●				●
V23	42		●		●		●		●	
	43		●		●	●			●	
	44		●		●	●			●	
	45		●		●	●			●	
	46	●			●	●			●	
	47		●		●		●		●	
V24	48	●		●		●			●	
	49		●		●	●			●	
	50	●			●			●		●
	51		●	●			●			●
	52	●		●		●				●
	53	●			●	●				●
	54	●			●			●		●
	55		●		●	●			●	
	56	●			●	●			●	
	57	●			●	●			●	
I1	58	●			●			●		●
I2	59		●		●			●		●
I3	60	●			●			●	●	
I4	61	●		●				●	●	
I5	62		●	●				●	●	
I6	63		●	●		●				●
I7	64	●		●		●				●
L1	65	●			●		●			●
L2	66	●			●	●				●
L3	67		●		●		●			●
L4	68		●		●		●		●	
L5	69	●			●	●				●
L6	70		●	●		●				●
L7	71		●		●	●			●	
L8	72	●			●		●			●
L9	73	●			●	●				●
M1	74		●		●	●			●	
M2	75	●			●	●			●	
M3	76		●		●	●				●
M4	77	●		●		●				●
M5	78	●			●	●				●
M6	79		●		●	●				●
M7	80	●			●	●				●
M8	81		●		●		●		●	
M9	82		●		●		●		●	
M10	83	●			●			●		●

Les 44 verbatim ont permis l'extraction de 6895 codes. 6241 codes ont été attribués aux 11 thèmes retrouvés par la définition de la multimorbidité suite à la revue de la littérature – Tableau 5. Tous les thèmes de la définition théorique ont été retrouvés dans les verbatim.

Tableau 5 – Thèmes et sous thèmes de la définition de la multimorbidité

Themes	Sub Themes
Chronic disease	Chronic condition
	Chronic diseases
	Psycho-somatic diseases/psychical implications
	Complexity characteristics of chronic disease
Acute disease	Acute conditions
	Acute disease
	Reaction to severe stress and adjustment disorders
	Complexity characteristics of acute disease
Bio psycho social factors and somatic risk factors	Somatic risk factors
	Psychological risk factors
	Psycho-social risk factors
	Lifestyle
	Demography: age, sex…
	Psychological distress
	Socio-demographic characteristics
	Aging
	Patients beliefs /expectations
	Physiology
	Physiopathology
Coping	Patients coping strategies
Burden of diseases	Disease complication
	Disease morbidity
Health care consumption	Use of carers
	Treatment or medication
	Management
	Disease management
	Medical procedure
	Malpractice
	Healthcare services
	Healthcare
	Healthcare policy
	Medical history
	Family history
	Assessment
	Prevention
	Pain
	Health services / setting / treatment
	Symptoms/signs/complaints
	Cost of care
	Poly-pharmacy

Disability	Handicap
	Functional impairments
Quality of life	Quality of life
	Health status
	Impairment
	Morbidity implications
Frailty	Frailty
Social network	Social network
Health outcomes	Mortality
	Indicator
	Outcome
	Medical research epidemiology / Instruments / Level of multimorbidity
	Classification of morbidity statistics

Huit sous thèmes ne sont pas retrouvés dans les verbatim : psychological distress, aging, physiology, family history, assessment, morbidity implications, indicator, classification of morbidity statistics. Cinq nouveaux sous thèmes ont été identifiés dans le cadre des thèmes reconnues par la définition de la multimorbidité après revue de la littérature : patients basic compliance, dependence on the network, family coping strategies, social isolation, support from the network. Ces sous thèmes ont été reconnus aussi par L'EGPRN dans le guide de codage.

655 codes ont été attribués à deux nouveaux thèmes avec leurs sous thèmes et leurs codes - tableau 6. Entre les nouveaux sous thèmes *Core competencies of General Practicion(GP), GP and patients experience, intuition/gut feeling et GP – patient communication chalenge* ont été identifiés dont le guide de codage proposé par l'EGPRN

Tableau 6 – Nouveaux thèmes et sous thèmes

Thèmes	***Sous Thèmes***	***Codes***
GP Expertise	Core compentencies of GP	Comprehensive approach
		Holistic approach
		Person centred care
		Primary care management
		Specific probleme solving skills
	GP – patients practice experience	Complexité de la prise en charge
		Remise en cause du médecin
		Prise en charge cronophage

	GP as a lonely expert of multimorbidity	
	GP expertise	
	Intuition/gut feeling	
GP – patient relation	GP – patient communication	
	GP – patient emotional experience	Risque de burnout syndrome
		Aggacement du médecin
		Appréhension
		implication
		satisfaction
		Insatisfaction
		Manque de reconnaissance
		stress
		culpabilité
		impuissance
		Stimulation intellectuelle

Tous les thèmes et les sous thèmes proposés par la définition théorique de la multimorbidité et les nouveaux thèmes et sous thèmes retrouvés par cette étude sont présentés en détail ci-dessous.

1. **Maladies chroniques (Chronic disease) :**

Condition chronique (Chronic condition): Dans les verbatim ont été citées les différentes addictions « *lui ce qui rejoint tout ça c'est le profil addictif et le profil tabagique,… enfin le toxique, le profil toxique* L8-334 », « *consommation excessive d'alcool* M2-25 », les conditions chroniques somatiques « *Il a un syndrome métabolique* 21,127 », « *Une thyroïde multi nodulaire, de découverte récente* M6-24 » ou les problèmes de surpoids « *Il a un syndrome métabolique* 21,127 ».

Maladie chronique (Chronic disease): Elles ont été retrouvées aux niveaux de tous les appareils et systèmes de l'organisme. Le cancer représentait une grande partie des codes « *deux cancers à deux ans à suivre* L9-59 », « *Je l'avais vu lundi d'avant, c'est une dame qui a un cancer du foie* 13,229 » mais aussi les maladies cardiovasculaires « *il a un angor, il a une sténose à 95% qui est traitée médicalement* L8-29 », « *cardiopathie* L6-10 » les maladies respiratoires « *Ils ont une surinfection de BPCO, ils ont une bronchite, ils fument*

toujours, ils savent que c'est pas bon mais ils continuent 12,452 » et les maladies psychiatriques « Là on est dans la dépression du sujet fragile, pas dans la grosse déprime 13,109 ».

Maladie psychosomatique/maladie somatique avec symptômes psychiques (Psycho-somatic disease/psychical implications): Le coté psychosomatique cité dans les verbatim a montré que les situations sont souvent plus difficiles « *C'est compliqué de savoir si les plaintes et les symptômes pour lesquels elle vient… Symptômes divers et variés… Et entre autres les symptômes neurologiques, quand elle se plaignait de vertiges, de fatigue… Est-ce que c'est vrai ou est-ce que c'est psy ? Voilà. Donc psychologique ou somatique. Faire la part des choses entre les deux, c'est pas simple. Donc c'est ça qui est difficile chez cette patiente-là. Toujours le doute de se dire… Est-ce qu'elle amplifie pas les symptômes ?....* M8-86 ».

Caractéristiques complexes des maladies chroniques (Complexity characteristics of chronic disease): Dans ce sous thèmes ont été inclus les pathologies chroniques avec un risque important de complication, décompensation ou rechute « *c'est une personne qui à mon avis peut craquer du jour au lendemain et décompenser complètement* I2-49 ».

2. Maladies aiguës (Acute disease) :

Condition aigüe (Acute condition): Elles étaient représentées par les symptômes, les plaintes et les conditions médicales aigues « *qu'elle était très fatiguée* M9-14 », « *Donc là elle tombe une 1ère fois, elle se fracture un métacarpe de la main et bon, elle va à l'hôpital* 12,58 », « *Et puis je l'ai vu hier pour des crachats hémoptoïques* L8-38 ».

Maladie aigüe (Acute disease): Elles ont été définies par les maladies cardio-vasculaires « *il est venu avec son infarctus* L8-294 », les maladies infectieuses « *A un moment il a eu un problème de pied, une infection au niveau du pied* L3-122 », *les maladies ostéo-articulaires « Et puis un jour, ça a commencé par une première nécrose de hanche*

21,219 » ou les passages aux urgences « *Alors il y a eu un truc récemment : aux urgences on lui trouve une hypoxie ….* L7-458 ».

Trouble de l'adaptation à un stress (Reaction to severe stress and adjustment disorders): Les passages à l'acte suicidaire et la détresse psychologique étaient les plus souvent cités « *Et lui dernièrement alors qu'il était hospitalisé à Kerfriden, en weekend end à la maison il se tire une balle dans le poumon, il avait essayé de viser son cœur, il a tapé là à coté, il s'en est sorti* 14,77 », « *Et puis on voit des patients qui s'effondrent clairement pendant la consultation. Ce qui revient souvent pour des motifs un peu injustifiés, on se dit qu'il y a peut-être un souci* I5-46 ».

Caractéristiques complexes des maladies aigues (Complexity characteristics of acute disease): Elle correspondait aux maladies aigues avec des complications importantes « *... Patiente hospitalisée en cardiologie le 16 janvier pour IDM antérieur vu tardivement, compliqué d'un passage en fibrillation auriculaire rapide M5-22* ».

3. **Facteurs de risques somatiques et biopsychosociaux (Biopsychosocial factors and somatic risk factors) :**

Facteurs de risques somatiques (Somatic risk factors): Les facteurs de risques cardiovasculaires, les antécédents médicaux familiaux étaient considérés comme facteurs de risques somatiques « *hyperlipidémie* L7-51 », « *pour une HTA, risque cardio-vasculaire, obésité* L3-27 », « *Elle a des antécédents familiaux d'HNPCC avec quatre frères et sœurs dont deux sont déjà décédés…* L4-41 ».

Facteurs de risques psychologiques (Psychological risk factors): La maltraitance, le risque de dépression et le risque suicidaire représentaient la grande partie des facteurs de risques psychologiques « *Elle m'a expliqué qu'elle s'était faite frapper par son mari….* 3,124 », « *c'est à dire que moi ce qui me fait le plus peur chez ce monsieur, c'est le jour où il fait*

un petit peu trop de stress et qu'il nous fait une déprime M4-89 », « *C'est plutôt le mal être, et le risque qu'elle est un ras-le-bol général avec passage à l'acte, en fait* M8-101 ».

Facteurs de risques psycho-sociaux (Psycho-social risk factors): Les difficultés professionnelles, familiales et financières étaient largement retrouvées « *C'est un patient d'une soixantaine d'années tabagique, alcoolique, qui vit seul, qui est divorcé, qui ne voit plus sa fille parce qu'il s'est fâché avec elle* 2,9», « *Sa femme ne va pas bien, il a une petite dont il faut qu'il s'occupe, son boulot,… c'est plus possible* 3,21-22 » , « *les gens qui bénéficient de la CMU qui ont un statut particulier* I5-58 ».

Mode de vie (Lifestyle): Il était défini principalement par l'hygiène de vie et les habitudes alimentaires qui pouvaient avoir un effet bénéfique ou aggravant « *Elle continue à avoir une activité physique* L4-210 », « *Elle ne s'est plus occupée d'elle, elle a pris son traitement n'importe comment* 23,335 ».

Facteurs de risques démographiques – âge, sexe (Demography - age, genre…): Dans ce sous thèmes les données démographiques, comme les extrémités d'âge avec un impact négatif ont été retenu «*Le prématuré est fragile* 1,28 », « *Pour moi c'est déjà une personne âgée, pour la fragilité physique* 13,37 ».

Détresse psychologique (Psychological distress): Ce sous thème n'a pas été retrouvé.

Caractéristiques sociodémographiques (Socio-demographic characteristics): Elles ont été définies par des caractéristiques sans impact majeur pour la multimorbidité « *elle arrivait dans la région* L4-251 », « *Il a 50 ans* M2-19 », « *marié avec une allemande* L3-48 ».

Vieillissement (Aging): Ce sous thème n'a pas été retrouvé.

Croyances, attentes des patients (Patients beliefs /expectations): Les aspects culturels, le type de personnalité ou les demandes des patients ont été inclues « *il espère reprendre son travail dans le bâtiment et ce n'est pas gagné* L9-57 », «*Ils sont dans l'attente* 2,34», «*C'est un monsieur extrêmement désagréable* 23,227 ».

Physiologie (Physiology): Ce sous thème n'a pas été retrouvé.

Physiopathologie (Physiopathology): Le vieillissement avec ses différentes formes a été le plus cité «*il y a très peu de personnes âgées qui vieillissent bien* L1-92 ».

4. **Adaptation du patient (Coping) :**

Stratégies adaptatives du patient (Patients coping strategies): Elles ont été représentées par attitudes et les actions des patients face à une situation donnée «*elle ne veut pas assumer* I3-172 », « *Comme il est très sensible, je pense à mes conseils, il a vraiment tout fait ce qu'il fallait : il a arrêté de fumer, il s'est mis à faire du sport, à marcher avec sa femme, il boit moins,… il est mignon,… il fait tout,…* L3-66». L'effet sur la santé du patient était positif ou négatif.

L'adhérence de base du patient (Patient's basic compliance) : Ce nouveau sous thèmes a été défini par une acceptation des soins avec une bonne observance des traitements ou au contraire par un refus des soins et du traitement « *Mais, il faut que les gens soient décidés à les accepter [les soins]* 3,47 », « *Il n'a pas pris ses médicaments* 3,14 ».

5. **Poids des maladies (Burden of diseases) :**

Complications des maladies (Disease complication): « *Il fait de l'asthme. Dès qu'il commence à tousser, ça siffle* 22,81 », «*La tumeur s'est révélée maligne et en même temps, il avait des métastases pulmonaires* 21,78 ».

Morbidité des maladies (Disease morbidity): Les troubles locomoteurs, l'imposibilité de subir une opération et le caractère rapproche de l'apparition des maladies ont été les plus citées «*elle est inopérable, elle a été récusée par les chirurgiens, par les cardiologues aussi vu le terrain, sur le plan cérébral,…voilà… c'est une urgence un peu gériatrique* L1-26 », « *Le diabète c'est... j'dirais ça va faire 2 ans, été 2010, et puis l'infarctus c'était en 2008.* M1-35 ».

6. **Consommation des soins (Healthcare consumption) :**

Utilisation des soignants (Use of carers): Elle a été définie par les consultations auprès des médecins et auprès d'autres professionnels de santé « *Il est suivi par un néphrologue* 22,71 », « *Ma prise en charge ça va être le kiné, le médecin qui passe, des trucs comme ça.* 13,184 »

Traitements et médicaments (Treatment or medication): Tous les types de traitements cités ont été inclues « *on lui a fait des transfusions* M5-46 », « *moi je fais pas mal de psychothérapies de soutien* I5-17 », « *avec un début d'artérite, qu'il a fallu opérer* L7-30 ».

Management (Management):Il a été représenté par le besoin d'une coordination et les difficultés afférentes à la gestion des patients multimorbides « *Avec lui, c'est du travail de longue haleine* 2,16 », «*Là, je suis aidé des confrères qui nous appellent en nous disant ce qu'ils ont constaté* 9,77 ».

Management de la maladie (Disease management): Les difficultés de soigner une maladie à cause des autres comorbidités et l'impasse thérapeutique ont défini le sous thème « *Nous reportons cette intervention qui devait être prévue ce mois-ci, à plus tard* M6-80 », « *c'est une patiente pour laquelle on est allé au bout des médicaments, au bout de la prise en charge* L6-112 »

Procédure médicale (Medical procedure): Elle a été représentée par les examens complémentaires « *Je le fais voir au cardiologue qui fait un coroscan le 19 aout* 23,247 » et le temps nécessaire pour réfléchir à leur utilité « *Y a les aides des bilans sanguins qui peuvent aider sur le plan organique mais le reste...* 13,455 ».

Pratiques de mauvaise qualité (Malpractice): L'erreur médicale et la négligence envers les patients ont été mises on avance « *On s'en est pas très bien occupé, je trouve, car il avait une grosse fracture, ils l'ont laissé comme ça.* 14,30 »

Services de santé (Healthcare services): Elles ont été définies principalement par les services d'aide à domicile « *Si c'est à domicile, ça va être forcément tout un réseau avec*

des infirmières, des aides-soignantes s'il y a besoin, le portage des repas, enfin un entourage familial; 13,175 »

Système de santé (Healthcare): Les hospitalisations ont été le plus citées « *Donc le lendemain elle ne pouvait plus se lever, donc hospitalisation avec le SAMU* 13,234 ».

Politique du système de santé (Healthcare policy): elle a été représentée par le manque de reconnaissance du médecin généraliste « *Oh du temps ! Du temps et des consultations approfondies, rémunérées digne de ce nom. Ça c'est,… là c'est vraiment là que ça manque* L3-71 », « *Malgré tous nos efforts, on n'aura pas la reconnaissance du travail accompli.* 13,306 ».

Antécédents médicaux (Medical history): « *les stents sont arrivés… On l'a opéré, et il marche deux fois mieux, bon. Réglé pour un problème* M10-10 ».

Histoire familiale (Family history): Ce sous thème n'a pas été retrouvé.

Évaluation (Assessment): Ce sous thème n'a pas été retrouvé.

Prévention/éducation/dépistage (Prevention/education/detection): « *Il a eu un bilan cardio-vasculaire avec une épreuve d'effort qui pour l'instant est considéré comme normal.* 22,27 ».

Douleur (Pain): La douleur, la gestion et les traitements de la douleur ont été citées « *Il y a des douleurs plus ou moins bien tolérées* 8,125 », « *Sur la gestion de la douleur, on est déjà au maximum de tout, je ne vois pas trop ce qu'on peut faire de plus* L7-256 ».

Services de santé, localisation et traitements (Health services/setting/treatment): Ce sous thème a intégré les différentes structures hospitaliers, le matériel médical et l'aménagement du domicile des patients « *parce qu'elle a déjà parlé de maison de retraite: on a fait la demande de maison de retraite…* 12,66 », « *On a mis une petite rampe donc pour que le*

fauteuil électrique puisse rentrer dans la maison 12,159 », « *je crois qu'elle a aussi une téléalarme, un bracelet…* M5-77 ».

Symptômes, signes et plaintes (Symptoms/signs/complaints): Le comportement plaintif répétitif a été cité « *Elle m'inonde d'informations sur ses douleurs qui remontent...* 24,244 ».

Coût des soins (Cost of care): La surconsommation médicale avec ses différentes formes « *Surveiller un peu tout sans être trop… sans trop la surmédicamenter* M9-56 ».

Polymédication (Poly-pharmacy): « *Je pense qu'il a 15 médicaments* 22,145 », « *des traitements agressifs et qui peuvent entrainer ben des problèmes de vigilance et autres, chez quelqu'un qui chute tout le temps, qui a une polyarthralgie… Ca a son impact quand même* M8-214 »

7. **Incapacités (Disability) :**

Handicap (handicap): Le handicap et l'invalidité ont été cités « *Au tout départ c'est adapter la maison au handicap* 12,159 », « *Il a été mis en invalidité car il accumule les problèmes médicaux: il a un diabète, il a fait un infarctus, il a une artériopathie, il a des genoux arthrosiques, donc il a du mal à bouger* 14,56 »

Déficits fonctionnels (Functional impairments): Ils ont été définis par les difficultés pour les actes de la vie quotidienne, l'incapacité à travailler ou la perte d'autonomie « *Du coup manger toute seule c'est difficile et faire le chèque: elle peut juste signer donc on va vers de gros soucis, très rapidement 12,139* », « *Elle ne peut plus travailler, elle est très fatiguée* 21,170 ».

8. **Qualité de vie (Quality of life) :**

Qualité de vie (Quality of life): Elle a été définie principalement par la conservation de l'autonomie « *il est autonome, il est capable de faire ce qu'il à faire* L5-71 ».

État de santé (Health status): Il a été représenté par l'appréciation de l'état de santé par le patient lui-même ou par le médecin « *Elle n'était pas pire que d'habitude, elle était très amaigrie, très mal, elle mangeait de moins en moins, mais elle marchait encore, elle parlait encore, elle vivait encore presque normalement* ».

Restriction/ limitation dans la vie (Impairment implications): La dépendance a été cité « *plusieurs pathologies intriquées, associées, qui aggravent la dépendance* L1-89».

Implications morbides (Morbidity implications): Ce sous thème n'a pas été retrouvé.

9. Fragilité (Frailty) :

Fragilité (Frailty): Différentes formes de fragilité ont été identifiées : la fragilité médicale « *C'est un patient qui est médicalement fragilisé* 1,12 », psychologique « *La fragilité psychologique, ça ne se voit pas immédiatement.* 3,52» ou sociale « *Il est aussi socialement fragile.* 8,23 ».

10. Réseau social (Social network) :

Réseau social (Social network): Ce sous thème n'a pas été retrouvé. Il a été développé selon les suivant sous thèmes.

Stratégies adaptatives de la famille (family coping strategies): Elles pouvaient être positives « *Il est quand même bien entouré puisqu'il a sa fille qui s'occupe de lui* 9,13 » ou négatives « *Si tu sais qu'il y a un environnement familial un peu limite, tu vas le revoir systématiquement au bout d'une semaine pour vérifier que ça évolue bien…* 11,285 ».

Isolement social (social isolation): « *il est tout seul toute la journée M3-37* », « *Moi je pensais à un patient, patient d'origine suisse, n'ayant pas de famille du tout dans le secteur, sa femme étant décédée il y a 4-5 ans.* 11,26 ».

Soutien du réseau (support from the network): Il est défini par le support de l'entourage autre que la famille «*Ce qui a, c'est qu'elle est très bien entourée par ses voisins aussi, ce qui lui permet au moins de rester chez elle, avec lit médicalisé… M5-52* ».

Dépendance de réseau (dependance on the network): Les verbatim retenus ont décrit des situations ou l'absence du réseau amenait une augmentation du poids des maladies « *Tu peux solliciter l'entourage pour faire des demandes de placement en maison de retraite.* 13,422 ».

11. Résultats de santé (Health outcomes) :

Mortalité (Mortality): Le décès a été mis en avant « *Je pense aussi à une patiente que vous avez connu tous les 2, qui est décédée lundi dernier;* 13,228 ».

Indicateur (Indicator): Ce sous thème n'a pas été retrouvé.

Résultats de santé (Outcome): Ils ont été representés principalement par le retentissement professionnel « *comorbidité qui a entraîné... qui a entraîné une interruption de travail prolongée de plusieurs mois, et une remise en question du patient sur son avenir autant personnel que professionnel* M2-21 »

Résultats issus de la recherche, outils, grade de multimorbidité (Medical research epidemiology / Instruments / Level of Multimorbidity): Seule la notion d'épidémiologie a été retrouvée « *une situation épidémique… Soit des gastroentérites, dans l'établissement, y en avec des rotavirus et des choses comme ça. Vous vous retrouvez avec un état, une personne qui va se retrouver brutalement en peu de temps en altération, dénutrie, déshydratée rapidement avec une agression virale. 91 ans, euh…* M7-252 »

Statistiques de la multimorbidité (Classification of morbidity statistics): Ce sous thème n'a pas été retrouvé.

12. L'expertise du MG (General practicien (GP) expetise) :

L'expérience pratique du MG avec les patients (GP and patients practice experience): Plusieurs types de prise en charges ont été décrits – chronophage « *Pour tout ce qui est psychique ou psychiatrique, ça implique beaucoup de temps* 11,214 », difficile « *c'est pas forcément facile* L8-88 ».

L'expertise du MG (GP expertise): Elle a été définie comme une qualité du MG qui fait de lui un expert dans le dépistage et la gestion des patients multimorbides « *pour en avoir traité plusieurs comme ça, ce n'est pas une situation qui me met en difficulté* I1-120 ».

L'intuition (Gut feeling): Elle a été représenté comme un sentiment irrationnel qui aide les MG dans leur pratique quotidienne « *c'est une question de feeling* I7-38 », « *Il y a aussi une certaine intuition qui dit : « tiens là, cherchons ça. » Hein ?* M6-146 ».

Les compétences fondamentales du médecin généraliste (Core competenceie of GP) ont été souvent retrouvées dans les verbatim. Parmi les six compétences définies par le WONCA 5 ont été retrouvées : la gestion des soins de santé primaire « *Donc moi, c'est plutôt le côté réévaluation médicale, regroupement des courriers des cardio, néphro, pneumo et psychiatre* 9,34», les soins centrés sur la personne « *C'est très variable, c'est variable d'un patient à l'autre* 6,72 », l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes « *... on est plus dans un état de veille sur ces personnes-là, si on a un appel ou si la famille nous signale quelque chose* 11,146», l'approche globale « *il faut donner une importance à toutes les plaintes* I2-99 » et l'adoption d'un modèle holistique « *mais la démarche holistique et centrée sur la personne nous pousse à ça* L3-197 ».

Relations MG – patient (GP – patient relations) :

Communication MG – patient (GP-patient communication): « *On peut toujours parler, « alors vous allez rester chez vous ? », je vais poser la question quoi, parce que à 84 ans euh… dans un an qu'est-ce que ça va donner hein ?* M5-89 ».

Relation MG – patient (GP – patient relationship): Les relations de confiance, de bonne entente ou conflictuelle ont été citées « *L'important, je pense, c'est la relation de confiance.* 6,79 », « *et il y a un lien qui se crée* L4-242 », « *Parce que pour le coup vraiment, j'étais très embêtée, … c'était pas faute d'avoir échangé avec elle,… donc un relationnel plutôt bien et puis ça c'est tendu,…* L4-178 ».

L'expérience émotionnelle du MG et du patient (GP – patient emotional experience) : Elle regroupait les réactions émotionnelles positives ou négatives des médecins face au patients multimorbides : le risque de syndrome de burnout « « *ce sont des patients qui me tirent beaucoup d'énergie. Qui me demandent beaucoup beaucoup d'énergie* I4-76 », l'implication « *Ce n'était pas de la politesse quand je lui ai demandé comment cela allait mais de l'inquiétude.* 23,147 », la satisfaction « *Ce sont des petits trucs mais c'est gratifiant. Une fois qu'on commence à s'investir,c'est gratifiant* 2,116 » ou la stimulation intellectuelle « *Tu peux trouver du plaisir dans les situations difficiles. Je l'ai transféré en challenge.* 24,305-306 ».

Discussion :

Résumé des résultats :

L'étude se proposait de répondre à la question « *Existe-t-il une différence entre la définition théorique de la multimorbidité et le vécu des médecins généralistes sur le terrain ?* ». L'étude est une analyse secondaire de triangulation de deux études qualitatives indépendantes. Ces deux études sont aussi des travaux secondaires de triangulation qui portent chacune sur trois études qualitatives par entretien individuel semi-structuré ou par focus groupe.

Les onze thèmes identifiés par la revue de la littérature ont été retrouves par l'étude. Deux nouveaux thèmes ont été identifiés autour du MG.

Limites de l'étude :

Biais de sélection

L'échantillon de médecins interviewés a respecté le critère de variation maximale ce qui élimine la possibilité d'avoir un biais de sélection.

Biais d'information

Les verbatim ont été validés par les médecins interviewés. Le codage libre puis axial et thématique a été réalisé individuellement par deux chercheurs avec mise en commun de résultats par groupe. Tous les chercheurs ont participé à des groupes de thèse. Ces groupes de thèse ont été conduits par un membre de l'EGPRN. Toutes ces mesures ont limités les biais d'information.

Facteurs de confusion

Les thèmes et sous thèmes choisis comme référence était en anglais. Le codage axial et thématique de cette étude a été réalisé en anglais avec présentation des résultats en français. Ce choix a été fait parce que l'étude fait partie d'un grand travail de recherche qui est porté au niveau européen. Certaines traductions pourraient être imparfaites.

Caractéristiques de l'échantillon

Les critères sexe, type d'exercice, lieu d'exercice et durée depuis l'installation ont été retenus pour assurer une variation maximale de l'échantillon. Tous les médecins interviewés devaient être installés en libéral avec une activité de soins primaires.

Quoi de neuf ?

Dans le cadre des thèmes définis par la littérature plusieurs sous thèmes n'étaient pas identifiés et des nouveaux sous thèmes surgissaient. Un des nouveaux sous thèmes se rapportaient au niveau d'adhérence aux soins du patient « l'adhérence de base du patient ». Le sous thème «réseau social» était remplacé par « stratégies adaptatives de la famille »,

« isolement social », « soutien du réseau » et « dépendance de réseau ». Les sous thèmes définit par la revue de littérature non retrouvés étaient intégrés dans le cadre des autres sous thèmes (exemple : le vieillissement a été inclus dans facteurs de risque démographique ou dans la physiopathologie) où ils n'ont pas été identifiés. Le sexe n'a pas été identifié comme un facteur de risque pour la multimorbidité ce qui correspond aux données de la littérature(20). Les médecins n'ont pas identifié d'indicateur de multimorbidité et ils n'ont pas mentionnés non plus de statistiques de morbidité. Cette découverte est intéressante parce qu'elle nous montre qu'actuellement le MG ne dispose d'aucun outil adapté pour identifier les patients multi morbides.

Certains sous thèmes ont évolué à travers le guide de codage de l'EGPRN et à travers cette étude. Par exemple *Demography* et *prevention* définis par la définition théorique sont devenus *Demographic risk factors* et respectivement *Prevention/education/detection*. Les sous thème *GP- patient experience* proposé par le guide de Codage a été divisé en *GP- patient practice experience* et *GP – patient emotional experience*.

Les différences retrouvées dans le cadre des onze thèmes décrits par la définition théorique de la multimorbidité ne changent pas la définition en elle-même.

Deux nouveaux thèmes et leurs sous thèmes ont été identifiés suite à cette analyse secondaire. Certains thèmes et sous thèmes étaient déjà identifiés dans les deux études secondaires précédentes ou dans le guide de codage mais leurs organisation étaient différentes.

L'expertise du MG: c'est un concept qui commence à être présent dans la littérature de spécialité(21). Le MG doit prendre des décisions difficiles dans sa pratique en tenant compte des pathologies du patient, de son traitement, des facteurs biopsychosociaux et de la personnalité du patient. Dans des situations similaires deux médecins n'ont pas la même attitude. Avec le temps et l'expérience, les MG apprennent à dépister ou à soigner

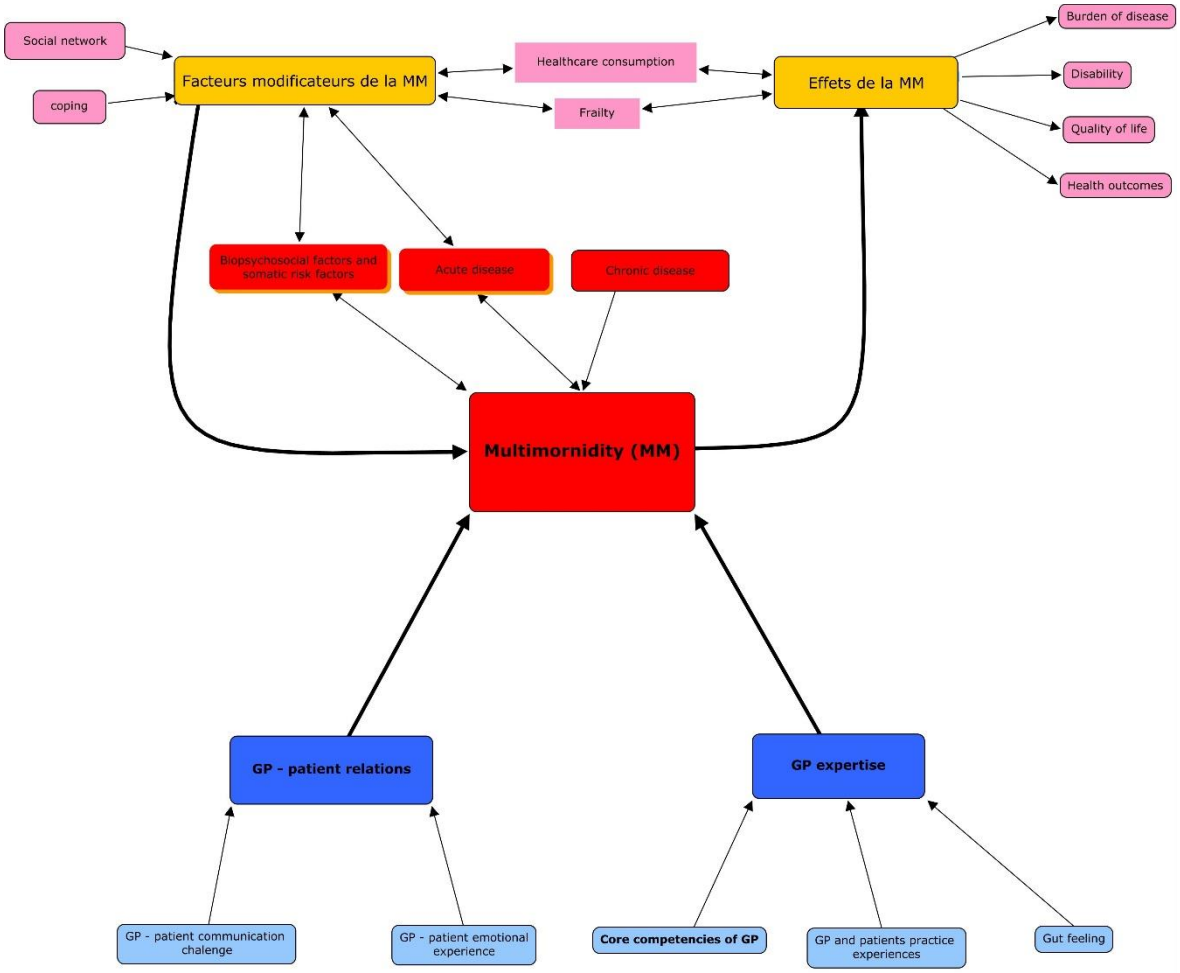
plus facilement. Ils arrivent à construire leurs propres chemins décisionnels en tenant compte de tous les facteurs environnementaux du patient. C'est ainsi qu'ils deviennent les manageurs des patients multi morbides. Les verbatim identifiaient clairement l'avantage de l'âge et de l'expérience des médecins plus âgés. L'intuition (gut feeling) du MG est complémentaire à ses arbres décisionnels. Le gut feeling a été défini dans la littérature sous la forme de deux sentiments subjectifs « ça colle » - sentiment de réassurance et « ça cloche » - sentiment d'alerte devant une situation donnée(22)(23)(24).

Il semblait normal de vérifier si les compétences fondamentales du MG telles qu'elles sont définies par le WONCA(3) sont nécessaires dans la prise en charge des patients multi morbides. La gestion des soins de santé primaire, les soins centrés sur la personne, l'aptitude spécifique à la résolution des problèmes, l'approche globale et l'adoption d'un modèle holistique ont été souvent évoquées par les médecins interviewés. L'orientation communautaire n'a pas été mentionnée ce qui n'est pas surprenant étant donné que le sujet de recherche porte sur le patient multi morbide. Les compétences fondamentales du MG sont à la base de son raisonnement d'expert.

Relations médecin généraliste – patient: elles étaient représentées par la communication entre les deux acteurs et l'expérience émotionnelle du médecin et du patient. Ces relations influencent directement la mutimorbidité et peuvent soutenir ou limiter la prise en charge du patient.

Une représentation des thèmes et sous thèmes et de leurs articulations est présentée dans la Figure 1 selon un modèle de carte heuristique(19).

Carte 1 – carte heuristique des rapports entres les thèmes et sous thèmes de la définition



Ce que l'on peut remarquer sur la carte, c'est qu'un « cercle vicieux » peut être identifié. Un patient qui a une pathologie chronique « X» et la présence de un ou plusieurs facteurs modificateurs va développer une multimorbidité. Celle-ci va entrainer une consommation de soins et une fragilité. Ces deux dernières sont en même temps des facteurs modificateurs ce qui peut conduire à une augmentation de la multimorbidité et ainsi le cycle recommence. Avoir une échelle de gravité de la multimorbidité serait utile pour suivre l'évolution des patients de ce point de vue. Un outil de dépistage des patients multi morbides serait utile pour identifier le plus tôt possible ces patients.

Les nouveaux thèmes et sous thèmes retrouvés pourrait être intégrés dans la définition de la multimorbidité.

Conclusion :

L'étude a retrouvé les onze thèmes définis par la définition de la multimorbidité suite à la revue de la littérature. Le sexe n'a pas été reconnu comme un facteur de risque pour la multimorbidité.

Deux nouveaux thèmes autour du MG ont été identifiés : L'expertise du MG et Les relations MG – patient.

La nouvelle définition de la multimorbidité pourrait être : *« La multimorbidité est définie comme toute combinaison d'une maladie chronique avec au moins : une autre maladie (aiguë ou chronique) ou un facteur biopsychosocial (associé ou non) ou un facteur de risque somatique. Les effets de la multi-morbidité peuvent être modifiés par : tout facteur biopsychosocial, tout facteur de risque somatique, le réseau social, le poids des maladies, la consommation de soins de santé et les stratégies adaptatives du patient* ***mais aussi par l'expertise du médecin généraliste et ses relations avec le patient****. La multimorbidité peut modifier les résultats de santé et mener à une augmentation du handicap ou à une diminution de la qualité de vie ou à la fragilité »*

L'étude montre aussi que le médecin généraliste a un rôle particulier en tant qu'expert de la multimorbidité.

Actuellement les médecins généralistes en France ne disposent pas d'un outil pour dépister les patients multi morbides.

Bibliographie :

1. Linn B, Linn M, Gurel L. Cumulative illness rating scale. J Am Geriatr Soc 1968;16(5):622–6.

2. Brandlmeier P. Multimorbidity among elderly patients in an urban general practice. ZFA 1976;52:1269–75.

3. WONCA EUROPE. LA DEFINITION EUROPEENNE DE LA MEDECINE GENERALE - MEDECINE DE FAMILLE WONCA EUROPE. 2002. disponible à http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA definition French version.pdf cosulté le 08/12/2013.

4. Le Reste J, Nabbe P, Manceau B, et al. The European General Practice Research Network presents a comprehensive definition of Multimorbidity in Family Medicine and Long-Term Care, following a systematic review of relevant literature. J Am Med Dir Assoc 2013;14(5):319-25.

5. De Villiers M, De Villiers P, Kent A. The Delphi technique in health sciences education research. Med Teach 2005;27(7):639–43.

6. Glynn L, Valderas J, Healy P, et al. The prevalence of multimorbidity in primary care and its effect on health care utilization and cost. Fam Pract 2011;28(5):516–23.

7. Le Mao Y. Critères de définition de la multi-morbidité en médecine générale. thèse de médecine, Brest, 2012.

8. Vince L. quels sont les critères de définition de la multi-morbidité pour les médecins généralistes. thèse de médecine, Brest, 2013.

9. Hemidy M. Quels sont les critères de définition de la multi-morbidité pour les médecins généralistes. thèse de médecine, Brest, 2013.

10. Bodin B. Critères de définition de la multi morbidité en médecine générale : étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés avec les maîtres de stage des universités brestois. thèse de médecine, Brest, 2011.

11. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d ' initiation à la recherche. Exercer 2009;20(87):74–9.

12. Blanchet A, Gotman A L'enquête et ses méthodes. L'entretien. 2-ème édition Paris: Nathan université 2007.

13. Moreau A, Terra J. S ' approprier la méthode du focus group. La revue du praticien 2004;18:382-84.

14. Franck L. Quels sont les critères de multimorbidité reconnus par les médecins généralistes ? Diffèrent-ils de la littérature ? thèse de médecine, Brest, 2013.

15. Derrienic J. Quels sont les critères de multi-morbidité reconnus par les médecins généralistes ? Diffèrent-ils de la littérature ? thèse de médecine, Brest, 2013.

16. Aubin-auger I, Mercier A, Baumann L, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Recherche 2009;19:142–5.

17. Sbaraini A, Carter S, Evans R, Blinkhorn A. How to do a grounded theory study: a worked example of a study of dental practices. BMC Med Res Methodol 2011;11(1):128.

18. Elliott N, Course L. HOW TO RECOGNISE A " QUALITY " GROUNDED THEORY RESEARCH STUDY Background : Aim : Conclusion : Aust J Adv Nurs 2005;22(3):48–52.

19. Novak J, Cañas N, Cañas A. The Theory Underlying Concept Maps and How to Construct and Use Them. Technical Report IHMC CmapTools 2006-01 Rev 01-2008. Florida Institute for Human and Machine Cognition 2008;1–36.

20. Rizza A, Kaplan V, Senn O, Rosemann T, Bhend H, Tandjung R. Age- and gender-related prevalence of multimorbidity in primary care: the Swiss FIRE project. BMC Fam Pract 2012; 13:113.

21. Smith S. GPs' and pharmacists' experiences of managing multimorbidity: 2010;285–94.

22. Stolper E, Van de Wiel M, Van Royen P, Van Bokhoven M, Van der Weijden T, Dinant G. Gut feelings as a third track in general practitioners' diagnostic reasoning. J Gen Intern Med 2011; 26(2):197–203.

23. Stolper E, van Bokhoven M, Houben P, et al. The diagnostic role of gut feelings in general practice. A focus group study of the concept and its determinants. BMC Fam Pract 2009; 10:17.

24. Coppens M, Barraine P, Barais M, et al. L ' intuition en médecine générale : validation française du consensus néerlandais « gut feelings ». Exercer 2011;22(95):16–20.

25. Smith S. GPs' and pharmacists' experiences of managing multimorbidity. 2010;285–94.

26. Fung C, Setodji C, Kung F, et al. The relationship between multimorbidity and patients' ratings of communication. J Gen Intern Med 2008;23(6):788–93.

Faculté de Médecine & des Sciences de la Santé

*****

AUTORISATION D'IMPRIMER

****

Présentée par M le Professeur

Titre de la thèse :

La multimorbidité - les différences entre la théorie et le vécu des médecins généralistes

ACCORD DU PRESIDENT DU JURY DE THESE SUR L'IMPRESSION DE LA THESE

En foi de quoi la présente autorisation d'imprimer sa thèse est délivrée à

Monsieur DARABAN Tudor, interne en médecine générale.

Fait à BREST, le

VISA du Doyen de la faculté

A BREST, le

Le Doyen,

Professeur C. BERTHOU

Le Président du Jury de Thèse,

DARABAN (Tudor) - La multimorbidité - les différences entre la théorie et le vécu des médecins généralistes

Th. : Méd. : Brest 2014

Abstract/Résumé

Introduction: The World Health Organization has defined multimorbidity as the association of two or more chronic conditions for the same patient. The European General Practice Research Network (EGPRN) propose a new definition after a systematic review of relevant literature. The new definition included 11 themes and their subthemes. The purpose of this study is to compare the criteria of multimorbidity of the new definition to the criteria recognized by the general practioners (GP).

Method*:* 6 research qualitative studies following an inductive and open approach of GPs' semi-structures interviews and focus groups were conducted. Secondary triangulation analysis was done in two separated research studies. This study is a secondary study analyzing all the data's. An opening, axial and thematic coding was done in order to identify the criteria of mulimorbidity of GP. Those criteria's were compared to the criteria's of the definition proposed by the EGPRN.

Results*:* 36 interviews and 8 focus groups conducted to 6895 codes. All the themes proposed by the EGPRN's definition were identified. The sex was not identified as a risk factor for the multimorbidity. Two new themes regarding the GP were identified: *GP- expertise* and *GP - patient relationship.*

Discussions: The 11 themes identified by the EGPRN were confirmed by the GPs. Two new themes are placing the GP as an expert of the multimorbidity management. There were no evaluation scale or detecting tools identified by the GPs. New research regarding this subject's wood be useful for a better management of multimorbidity.

MOTS CLES : MULTIMORBIDITE, MEDECIN GENERALISTE, DEFINITION,

JURY : Président : M. LE RESTE

Membres : M. NABBE

M. DERRIENIC

DATE DE SOUTENANCE : Jeudi 20 Février 2014

ADRESSE DE L'AUTEUR :

2 bis Rue des Châtaigniers 22970 PLOUMAGOAR