



# UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025

## THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Enquête de pratique sur l'évaluation de la qualité de vie des  
patients atteints de maladies chroniques par les médecins  
généralistes des Hauts-de-France**

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 28 février 2025 à 16h00  
au Pôle Formation  
par **Nathan GABET**

---

### JURY

**Président :**

**Monsieur le Professeur Etienne ALLART**

**Assesseur :**

**Madame le Docteur Isabelle BODEIN**

**Directeur de thèse :**

**Madame le Docteur Alissa SEBBAH**

---

## **AVERTISSEMENT**

**L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**



## Remerciements

## Table des matières

<i>Liste des abréviations</i> .....	6
<b>I. Introduction</b> .....	7
1. Qualité de vie .....	7
2. Mesure de la qualité de vie .....	7
3. Maladie chronique, espérance de vie et affection longue durée .....	8
4. Intérêt d'évaluer la qualité de vie .....	10
<b>II. Matériel et méthodes</b> .....	11
1. Type d'étude.....	11
2. Population cible.....	11
3. Création du questionnaire .....	11
4. Diffusion et recueil des données.....	12
5. Analyse statistique .....	13
6. Cadre réglementaire .....	13
<b>III. Résultats</b> .....	14
1. Caractéristiques de l'échantillon .....	14
2. Méthodes d'évaluation la qualité de vie par les médecins généralistes .....	15
3. Rythme d'évaluation de la qualité de vie .....	17
4. Connaissances en lien avec la qualité de vie .....	19
5. Dimensions de la qualité de vie .....	20
6. Limites à l'évaluation de la qualité de vie .....	21
7. Perspectives d'évaluation de la qualité de vie .....	22
<b>IV. Discussion</b> .....	23
1. Résultats principaux .....	23
a. Intérêt pour l'évaluation de la qualité de vie .....	23
b. Fréquence d'évaluation de la qualité de vie .....	24
c. Limites et perspectives pour l'évaluation de la qualité de vie .....	25
2. Validité interne.....	26
a. Faiblesse de l'étude .....	26
b. Force de l'étude .....	28
3. Validité externe .....	29
a. Représentativité de la population cible.....	29
b. Utilisation des questions ouvertes .....	30
c. Évaluation de la qualité de vie .....	31
4. Perspectives.....	32
<b>Conclusion</b> .....	33
<b>Bibliographie</b> .....	34
<b>Annexes</b> .....	36

## **Liste des abréviations**

ALD	Affection Longue Durée
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
CPP	Comité de Protection des Personnes
CPTS	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CNAM	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
DPO	Délégué Protection
QdV	Qualité de Vie
QdVLS	Qualité de Vie Liée aux Soins
MC	Maladies Chroniques
MG	Médecins Généralistes
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelles
MSU	Maitre de Stage des Universités
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

## **I. Introduction**

### **1. Qualité de vie**

La qualité de vie (QdV) est définie par l’OMS en 1993 comme « *la perception qu’un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C’est donc un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d’indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement* ». (1)

Cette définition de l’OMS souligne l’importance des perceptions personnelles et des contextes socioculturels dans l’évaluation de la qualité de vie, mettant en évidence sa nature multidimensionnelle et subjective.

La QdV étant un concept large pouvant impliquer l’ensemble des aspects de la vie.

Il a de ce fait été défini une autre notion, la qualité de vie liée aux soins (QdVLS) faisant référence aux aspects de la qualité de vie qui sont directement ou indirectement influencés par l’état de santé. La mesure de cette qualité de vie permet d’évaluer l’évolution du patient en fonction des interventions mises en place. (2)

### **2. Mesure de la qualité de vie**

Il existe différentes approches pour évaluer la qualité de vie. L’évaluation quantitative se base sur des échelles ou des questionnaires de QdV, elle est fréquemment utilisée en raison de sa facilité d’utilisation et de la standardisation possible entre les études. L’évaluation qualitative par entretien psychologique permet, quant à elle, une

évaluation globale du patient, mais cette méthode est longue, coûteuse et difficile à standardiser. (3).

De nombreux questionnaires sont décrits dans la littérature, généralement classés en outils génériques ou spécifiques :

- Le questionnaire générique s'intéresse à la QdV du patient de manière globale sans cibler une maladie donnée. On peut citer parmi les questionnaires les plus répandus le SF-36 évaluant 8 dimensions de la qualité de vie (4). Ou encore le questionnaire Duke Health Profil, couvrant 10 domaines de la qualité de vie (5).
- Le questionnaire spécifique s'intéresse lui à une pathologie donnée, comme le questionnaire AQLQ pour la qualité de vie des patients asthmatiques ou le PDQ-8 pour les patients atteints de la maladie de Parkinson (6,7).

### **3. Maladie chronique, espérance de vie et affection longue durée**

La maladie chronique (MC) n'a pas de définition unique, on peut toutefois la décrire comme une maladie qui dure dans le temps, nécessitant un suivi et un traitement régulier et entraînant une altération de la qualité de vie (8). Le Haut Conseil de la Santé Publique définit quant à lui la maladie chronique comme « *un état pathologique physique psychologique ou cognitif ayant une durée minimale de 3 mois avec un retentissement sur la vie quotidienne. Le retentissement doit comporter au moins un élément parmi :*

- *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.* » (9).

Ces définitions soulignent l'impact des maladies chroniques dans la vie quotidienne et le retentissement qu'elles peuvent avoir dans les différents domaines de la QdV.

En 2023, l'INSEE rapportait que l'espérance de vie en France était de 85,7 ans pour les femmes et 80,0 ans pour les hommes (10). Toutefois, l'espérance de vie en bonne santé, qui correspond au nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre sans être atteinte d'incapacité altérant son quotidien, était de 64,2 ans pour les femmes et 63,6 ans pour les hommes (11).

La prévalence des maladies chroniques dans la population française augmente progressivement notamment avec l'âge, avec une nette augmentation chez les hommes à partir de 50 ans et après 70 ans. Toujours selon l'INSEE, en 2017, environ 40 % des Français de plus de 16 ans déclaraient au moins un problème de santé chronique et en cas de pauvreté ou exclusion sociale cette prévalence montait à 45 % (12).

Les patients atteints de maladies chroniques ont la possibilité de faire reconnaître leur pathologie comme une Affection Longue Durée (ALD). En 2022, la Caisse Nationale des Assurances Maladies (CNAM) comptabilisait 12 344 220 déclarations d'ALD. Ce registre permet d'évaluer le nombre de maladies chroniques, bien que cette estimation ne soit pas exhaustive. En effet, un patient peut bénéficier de plusieurs ALD et toutes

les maladies chroniques ne sont pas couvertes par ce dispositif. Par exemple, l'hypertension artérielle est reconnue uniquement à partir du stade sévère en ALD (13).

#### **4. Intérêt d'évaluer la qualité de vie**

Dans une revue de littérature portant sur 30 études en soins primaires menée par Fortin and al., il a été observé que la QdV des patients diminuait proportionnellement avec le nombre de comorbidités (14). De plus, la qualité de vie avait un impact sur la mortalité. En effet, il a également été retrouvé en soins primaires une association entre la diminution de la QdV et l'augmentation de la mortalité toutes causes confondues (15). Par exemple, chez des patients atteints d'insuffisance cardiaque, le risque d'hospitalisation et de décès en lien avec l'insuffisance cardiaque était corrélé à la QdV, indépendamment des données médicales ou biologiques du patient (16).

Compte tenu de la prévalence des MC dans la population, de leur impact sur la QdV et sur la mortalité, il apparaît pertinent d'évaluer la QdV.

Cependant, la littérature sur l'évaluation de la QdV des patients atteints de maladies chroniques par les médecins généralistes (MG) en France reste limitée. C'est pourquoi, cette étude a pour objectif de décrire les pratiques d'évaluation de la QdV par les médecins généralistes des Hauts-de-France.

## **II. Matériel et méthodes**

### **1. Type d'étude**

Une étude quantitative, observationnelle, transversale et descriptive a été réalisée par diffusion d'un questionnaire anonymisé via LimeSurvey.

### **2. Population cible**

La population étudiée était les médecins généralistes des Hauts-de-France installés en ambulatoire, avec une activité libérale, salariale ou mixte.

Les critères d'inclusion étaient :

- Être médecin généraliste installé
- Exercer dans les Hauts-de-France
- Suivre au moins un patient en ALD

Les critères d'exclusion étaient :

- Ne pas suivre de patient en ALD
- Être médecin remplaçant

### **3. Création du questionnaire**

Un questionnaire en 3 parties a été élaboré (Annexe 1) :

- La première partie, consacrée aux critères démographiques, comportait 12 questions obligatoires ainsi que 2 questions optionnelles portant sur le mode d'exercice et le nombre de visites à domicile réalisées par semaine.
- La seconde partie s'intéressait à l'évaluation de la qualité de vie par les médecins généralistes. Elle comptait 3 questions fermées, 4 échelles de Likert

et un test de connaissance avec des réponses VRAI/FAUX. Une question ouverte optionnelle permettait aux répondants de mentionner les noms des questionnaires de QdV qu'ils utilisaient.

Les 10 dimensions de la QdV mentionnées à la question 8 ont été extraites du questionnaire Duke, et la 11<sup>e</sup> dimension la santé sexuelle était présente dans le questionnaire de qualité de vie WHOQOL-BREF.

- La troisième partie se consacrait aux limites et aux possibles perspectives envisagées quant à l'évaluation de la qualité de vie en médecine générale. Cette partie était constituée de 2 échelles de Likert.

Avant la diffusion, le questionnaire a été testé auprès de 3 médecins généralistes dont 2 étaient MSU.

#### **4. Diffusion et recueil des données**

Le questionnaire a été diffusé de décembre 2023 à juin 2024 avec deux relances au cours de la période. La diffusion du questionnaire a été faite par envoi d'un courriel explicatif avec le lien du questionnaire via LimeSurvey.

Le questionnaire a été envoyé aux MSU de la faculté de Lille et de l'Université de Picardie, aux 59 CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) des Hauts-de-France et aux centres de santé des médecins salariés de FILIERIS. Il a également été diffusé sur les réseaux sociaux via 4 groupes de médecins généralistes ( « AIMGL – Thèses », « Jeunes Médecins des Hauts-de-France » « Les remplaçants boiteux » « PICARGJIR » ).

Les données ont été recueillies de manière anonyme.

## **5. Analyse statistique**

Les réponses aux questionnaires ont été extraites de LIMESURVEY et consignées dans un tableau Excel afin de réaliser les analyses statistiques. Les réponses incomplètes aux questionnaires ont été exclues de l'analyse.

Parmi les réponses complètes, en cas de valeur aberrante à une réponse ouverte, celle-ci était exclue de l'analyse.

Afin de répondre à l'objectif principal de cette étude, les données quantitatives ont été présentées en moyenne ou médiane et les paramètres qualitatifs en effectif et pourcentage. Les échelles de Likert en 4 niveaux ont été regroupées en 2 catégories pour l'analyse statistique. Ainsi, les MG ont été considérés comme étant en accord avec la question posée s'ils avaient répondu « d'accord » / « partiellement d'accord » ou « pertinent » / « assez pertinent ».

## **6. Cadre réglementaire**

L'étude a été déclarée auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) de la faculté de Lille le 23 août 2023. Un accord du protocole n°1148 a été obtenu auprès du DPO le 30 août 2023.

### III. Résultats

166 réponses aux questionnaires ont été recueillies, dont 128 étaient complètes.

Les 38 réponses incomplètes ont été exclues de l'analyse.

#### 1. Caractéristiques de l'échantillon

**Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon**

Caractéristiques	Effectif total (n=128)
<b>Sexe :</b>	
Masculin (%)	69 (54 %)
Féminin (%)	59 (46 %)
Age en année (moyenne $\pm$ écart-type) *	47 $\pm$ 10,8
Maitre de Stage des Université (%)	104 (81 %)
<b>Type d'activité (%) :</b>	
- Libéral	119 (93 %)
- Mixte	8 (6 %)
- Salarié	1 (< 1 %)
<b>Structure d'exercice (%) :</b>	
- Cabinet seul	22 (17 %)
- Cabinet de groupe	44 (34 %)
- Maison de Santé Pluriprofessionnelle	61 (48%)
- Non disponible **	1 (1 %)
<b>Lieu d'exercice (%) :</b>	
- Rural	26 (20 %)
- Semi-rural	48 (38 %)
- Urbain	54 (42 %)
<b>Département d'exercice (%) :</b>	
- Nord	57 (45 %)
- Pas-de-Calais	28 (22 %)
- Oise	16 (12,5 %)
- Somme	16 (12,5 %)
- Aisne	11 (9%)

\*n=127 (une donnée aberrante exclue)

\*\* correspond au salarié qui n'a pas accès à cette sous-question

On constate que notre échantillon était plutôt équilibré entre les hommes (54 %) et les femmes (46 %), les médecins généralistes avaient un âge moyen de 47 ans. Il s'agissait pour une majorité de MSU (83 %) et l'activité libérale était prédominante (93 %).

Pour la plus grande partie, ils exerçaient dans des cabinets à plusieurs 82 % (cabinet de groupe ou Maison de Santé Pluriprofessionnelles MSP) et dans un milieu plutôt urbain (42 %) ou semi-rural (38 %).

**Tableau 2 : Caractéristiques des pratiques médicales de l'échantillon**

<b>Caractéristiques</b>	<b>Effectif total (n=128)</b>
Durée d'installation en années (moyenne ± écart-type)	13 ± 11,2
Durée moyenne des consultations en minutes (moyenne ± écart-type)	16,6 ± 3,8
Nombre de patients déclarés (moyenne ± écart-type) *	1256 ± 501
Nombre de praticiens suivants des patients atteints de maladie chronique (%)	128 (100 %)
Nombre de praticiens réalisant des visites à domicile (%)	123 (96%)
Nombre de visites à domicile par semaine :	
- Moins de 1	9 (7 %)
- 1 à 3	20 (16 %)
- 4 à 6	26 (21 %)
- 7 à 9	34 (28 %)
- Plus de 10	34 (28 %)

\*n=127 (une donnée aberrante exclue)

Tous les médecins généralistes de notre population suivaient des patients atteints de maladies chroniques. Ils étaient en moyenne installés depuis 13 ans et font en moyenne des consultations de 16,6 min.

Quasiment tous faisaient des visites à domicile et plus de la moitié (56 %) en faisaient plus de 7 par semaine.

## **2. Méthodes d'évaluation la qualité de vie par les médecins généralistes**

Sur notre étude, 126 MG (98 %) déclaraient s'intéresser à la QdV de leurs patients atteints de maladies chroniques. Il y avait 4 MG qui évaluaient la QdV à l'aide de questionnaires :

- Le 1<sup>er</sup> utilisait le PDQ-39 pour la maladie de Parkinson.

- Le 2<sup>nd</sup> s'appuyait sur le QLQ-C30, EQVPA, SF-36, SF-12, ADDQOL en fonction de la situation.
- Le 3<sup>e</sup> se servait de la Grille AGGIR et du certificat médical MDPH.
- Le 4<sup>e</sup> n'a pas précisé les outils qu'il utilisait.

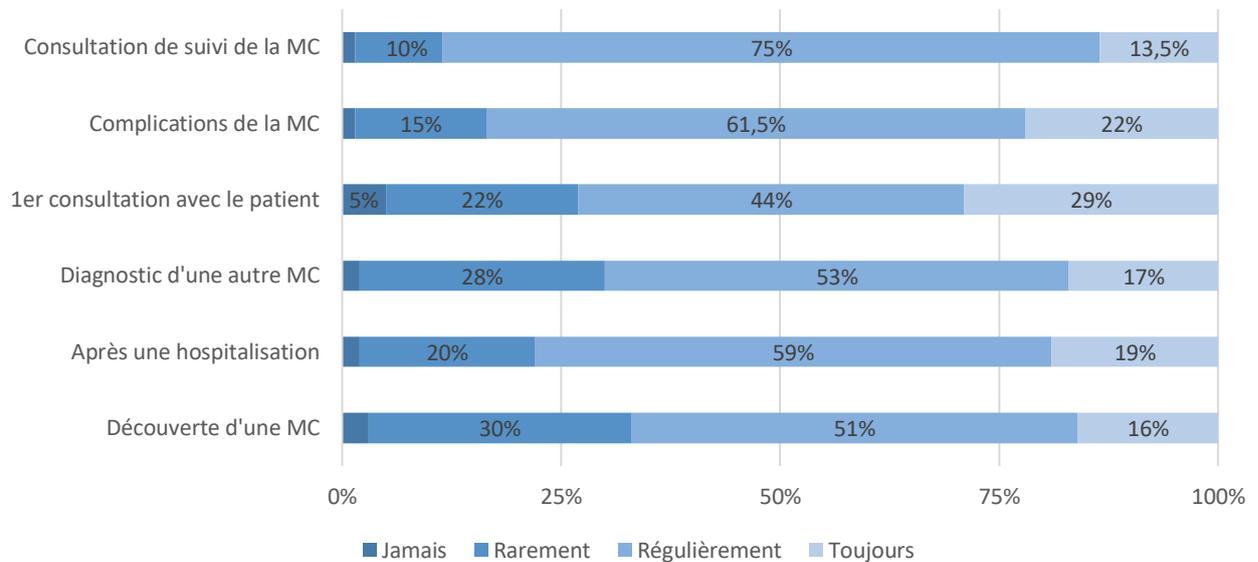
**Tableau 3 : Pertinence des questions ouvertes**

<b>Questions ouvertes</b>	<b>Répartition des MG évaluant pertinent ces questions (Effectif total n = 128)</b>
Dans l'ensemble que pensez-vous de votre santé ?	99 (77 %)
Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?	115 (90 %)
Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?	113 (88 %)
Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état de santé, physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie ou vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?	104 (81 %)
Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?	99 (77 %)

Parmi ces 5 questions ouvertes issues de questionnaires de QdV, on observait un taux moyen de MG trouvant ces questions pertinentes de 83 %. L'ensemble des questions ouvertes étaient évaluées comme pertinente par plus de 3/4 des MG.

72 médecins généralistes sur 128 déclaraient utiliser ce type de questions ouvertes, soit 56 % des médecins de notre étude.

### 3. Rythme d'évaluation de la qualité de vie

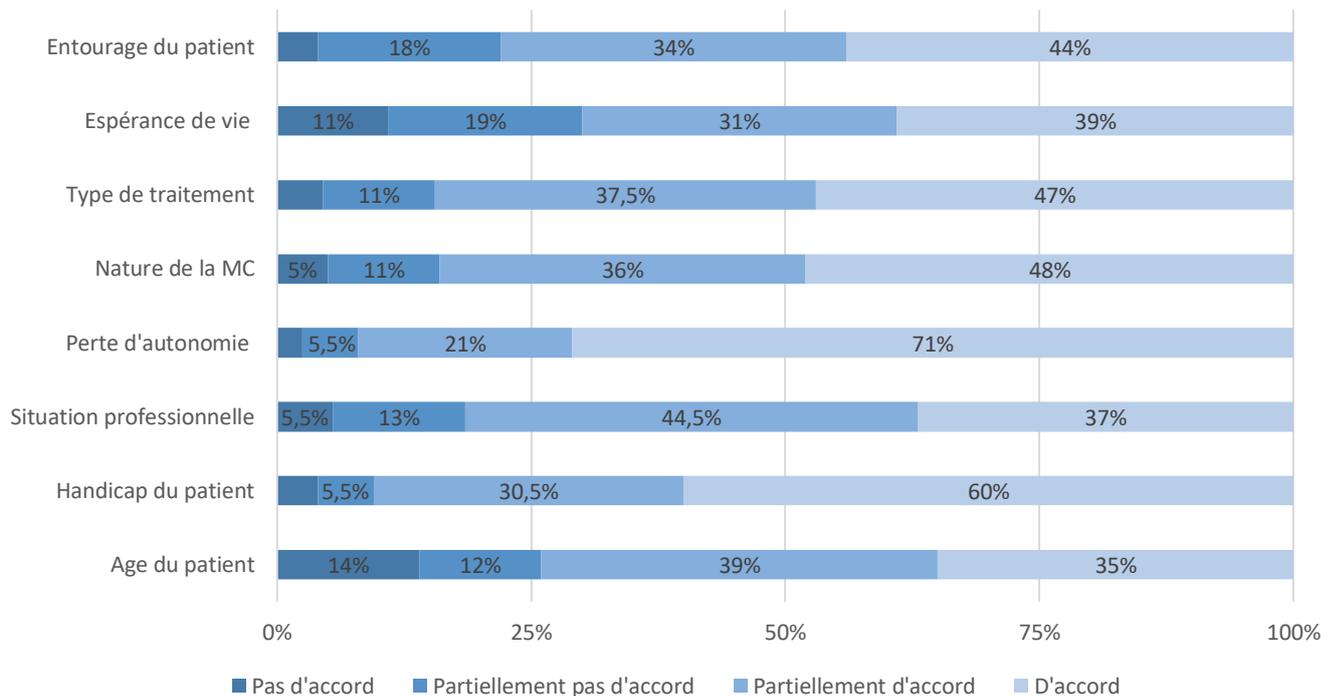


*Figure 1 : Fréquence d'évaluation de la QdV des patients atteints de maladies chroniques par les MG selon différents contextes cliniques*

Plus de  $\frac{3}{4}$  des médecins généralistes souhaiteraient évaluer au moins régulièrement la QdV de leurs patients à la suite d'une hospitalisation, après l'apparition de complications ou lors d'une consultation de suivi en lien avec la maladie chronique.

Concernant les 3 autres situations cliniques (1<sup>ère</sup> consultation avec le patient, diagnostic d'une autre MC, découverte d'une MC), on peut noter que plus d'1/4 des MG ne souhaiteraient pas ou rarement évaluer la QdV dans ces situations.

Lors d'une consultation de suivi de maladies chroniques, la majorité des médecins généralistes (75 %) évaluaient régulièrement la QdV et 13,5 % le faisaient régulièrement.



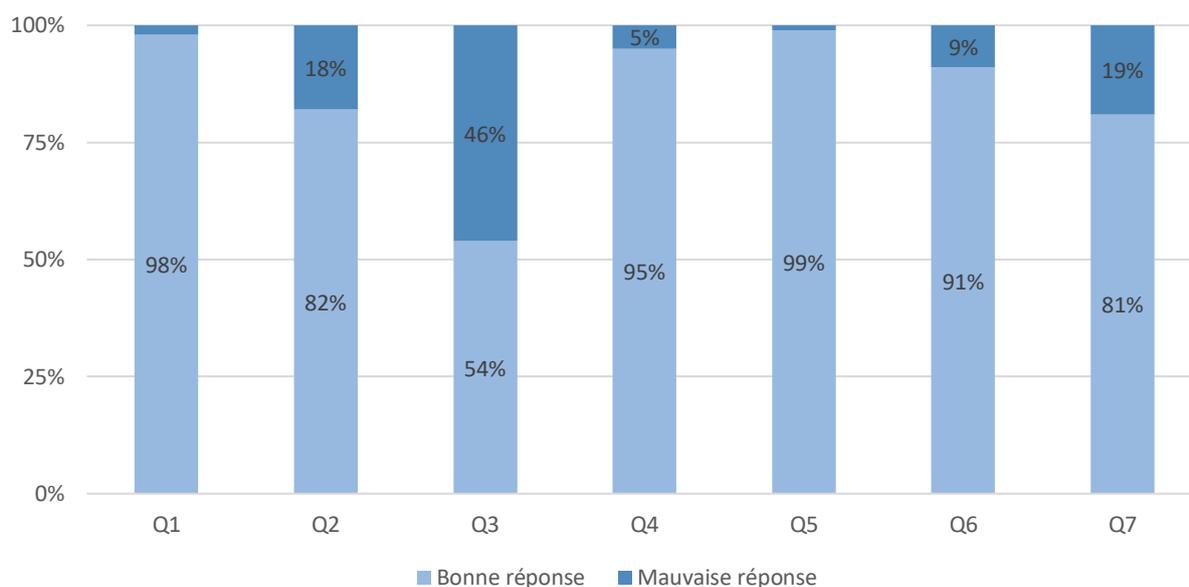
*Figure 2 : Répartition des facteurs influençant le rythme d'évaluation de la QdV*

Les 3 facteurs principaux influençant le rythme d'évaluation de la qualité de vie étaient le handicap du patient, la perte d'autonomie, le type de traitement et la nature de la maladie chronique.

En prenant en compte les réponses d'accord et partiellement d'accord, les 2 facteurs influençant le plus le rythme d'évaluation étaient la nature de la MC et le type de traitement.

Plus d'1/4 des MG n'étaient pas d'accord ou partiellement pas d'accord pour modifier le rythme d'évaluation de la QdV en fonction de l'âge du patient ou de son espérance de vie.

#### 4. Connaissances en lien avec la qualité de vie

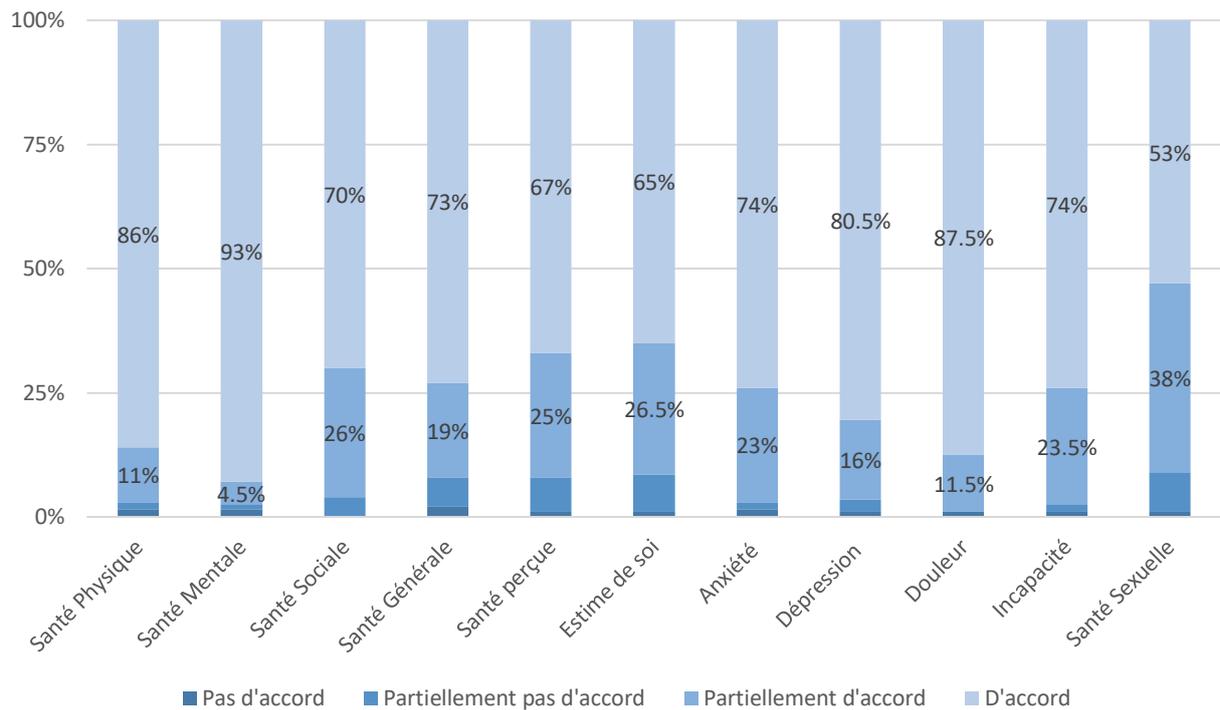


*Figure 3 : Évaluation des connaissances des médecins généralistes sur la qualité de vie : répartition des bonnes et mauvaises réponses*

Les réponses au test de connaissance étaient bonnes à plus de 90 % de réponses pour la 1<sup>ère</sup>, 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> question. Le taux de bonne réponse total aux questionnaires était de 86 %.

Concernant la question 3 dont l'affirmation était vraie : « La qualité de vie est un facteur pronostic indépendant dans les cancers gastro-œsophagiens ». Il y avait 46 % d'échec.

## 5. Dimensions de la qualité de vie



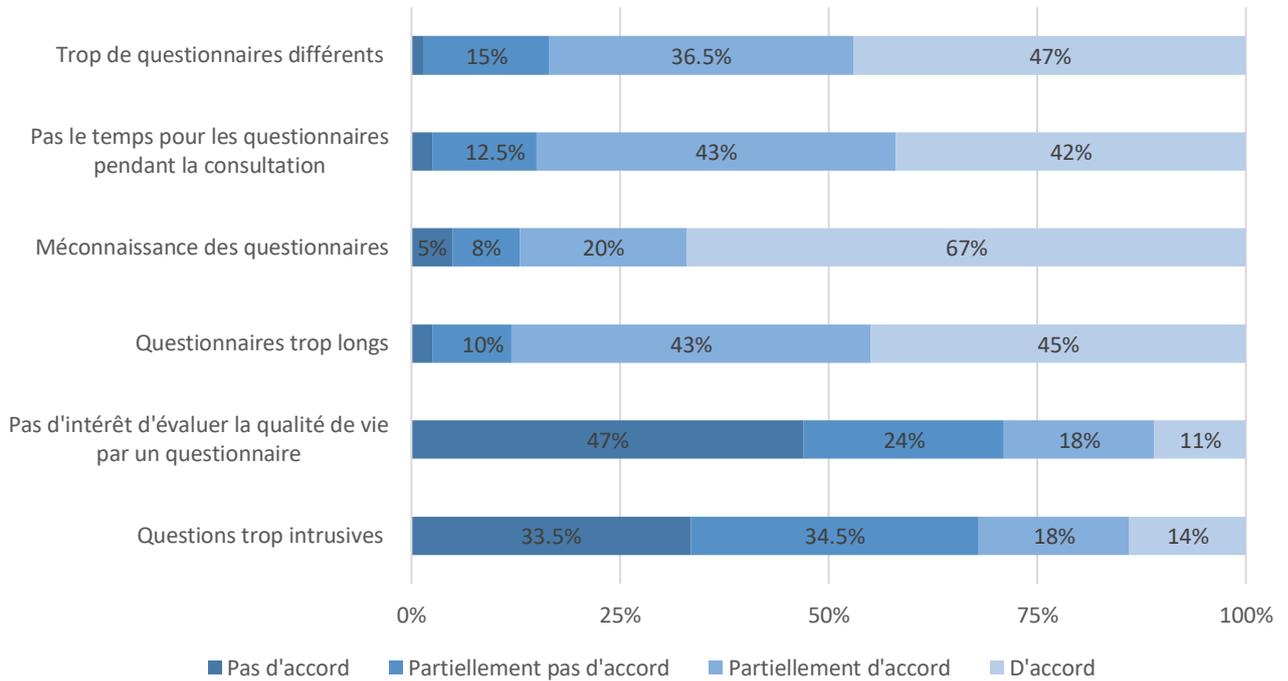
**Figure 4 : Pertinence de l'évaluation des différentes dimensions de la QdV par les MG**

Les médecins généralistes étaient d'accord à plus de 75 % pour évaluer la santé physique, mentale, la dépression, la douleur.

En revanche, les deux dimensions qui retrouvaient le moins de MG d'accord étaient la santé sexuelle (53 %) et l'estime de soi (65 %).

Si l'on prend en compte les réponses « D'accord » et « Partiellement d'accord » ils étaient plus de 90 % à trouver nécessaire d'évaluer ces 11 dimensions de la qualité de vie.

## 6. Limites à l'évaluation de la qualité de vie

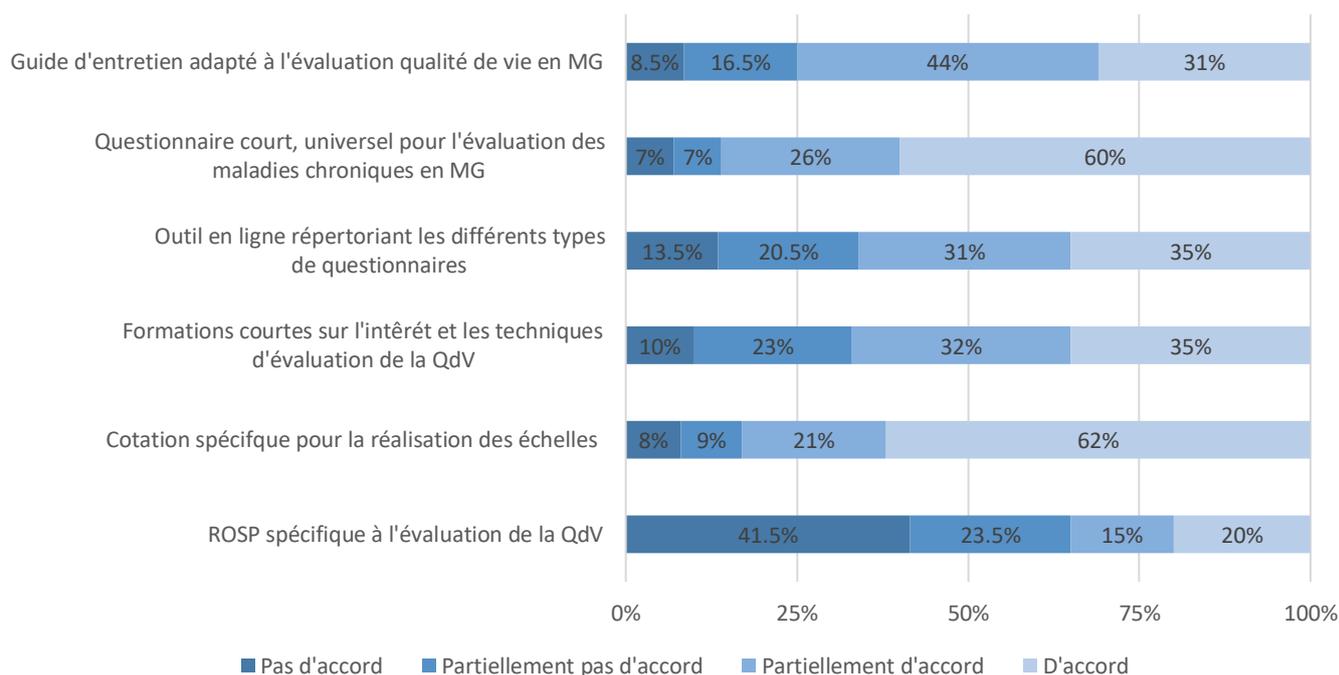


*Figure 5 : Limites à l'évaluation de la qualité de vie par les médecins généralistes*

La principale limite à l'évaluation de la QdV était la méconnaissance des questionnaires disponibles, où 87 % des médecins généralistes étaient d'accord ou partiellement d'accord.

De plus, plus de  $\frac{3}{4}$  des MG se disaient globalement d'accord ou partiellement d'accord pour considérer que les questionnaires étaient trop longs, trop nombreux, ou que le manque de temps empêchait une évaluation de la QdV.

## 7. Perspectives d'évaluation de la qualité de vie



*Figure 6 : Perspectives d'amélioration de l'évaluation de la qualité de vie par les médecins généralistes*

Plus de  $\frac{3}{4}$  des MG seraient incités à évaluer la QdV s'il existait un guide d'entretien adapté à la médecine générale, ou un questionnaire court, universel pour les MC en soins primaires.

En revanche, plus d' $\frac{1}{4}$  n'étaient pas en faveur d'un outil en ligne répertoriant les différents types de questionnaires ou la création de formations courtes sur la QdV.

Enfin, on observe que plus de la moitié des répondants ne soutenaient pas la création d'une ROSP spécifique à la QdV, mais plutôt en faveur d'une cotation spécifique pour la réalisation des échelles.

## **IV. Discussion**

### **1. Résultats principaux**

Cette étude avait pour objectif de décrire les pratiques d'évaluation de la qualité de vie chez les patients atteints de maladies chroniques par les médecins généralistes des Hauts-de-France.

#### **a. Intérêt pour l'évaluation de la qualité de vie**

Dans notre étude, 98 % des répondants se disaient intéressés à la qualité de vie de leurs patients atteints de maladies chroniques. Cependant, seuls 4 médecins généralistes intégraient une évaluation par des questionnaires de qualité de vie. Parmi ces questionnaires, on retrouve le PDQ-39 spécifique à la maladie de Parkinson, l'EQVPA dédié à la qualité de vie des personnes âgées, ainsi que la SF-36 et sa version abrégée la SF-12 utilisée dans l'évaluation globale de la qualité de vie.

Ces résultats soulignent un écart entre l'intérêt déclaré pour la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques et le faible recours à des outils d'évaluation standardisés. En effet, les questionnaires étaient rarement utilisés dans notre étude et 30 % des médecins interrogés étaient d'accord avec le fait qu'il n'y a pas d'intérêt à utiliser des questionnaires de QdV.

Ce faible recours à l'évaluation standardisée ne semble pas lié à une méconnaissance du sujet. Les médecins interrogés ont montré une bonne maîtrise des concepts de qualité de vie et d'espérance de vie, avec un taux de réponse moyen de 86 % sur les questions évaluant leurs connaissances dans ces domaines.

## **b. Fréquence d'évaluation de la qualité de vie**

La fréquence d'évaluation de la QdV variait en fonction des contextes cliniques et des étapes du parcours de soins. Les consultations de suivi apparaissaient comme le moment privilégié pour aborder la QdV chez les patients atteints de MC. Il y avait également une attention marquée à la QdV après l'apparition de complications ou à la suite d'une hospitalisation. Ces événements marquants dans l'évolution de la MC peuvent avoir un impact significatif sur le bien-être du patient.

En effet, dans l'étude de Albuquerque de Almeida et al., portant sur l'impact d'une hospitalisation sur la QdV chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique, il est retrouvé que la QdV, mesurée avant et après l'hospitalisation, se modifie en fonction du type d'hospitalisation (17). Une hospitalisation en lien avec une fibrillation atriale chez ces patients diminue la QdV. Tandis qu'après une hospitalisation pour une infection respiratoire, la QdV s'améliore. Il y a également de nombreuses données dans la littérature retrouvant une altération de la QdV à la suite de complications médicales. Par exemple, la qualité de vie diminue lors de l'apparition d'anémie chez les patients âgés traités par chimiothérapie (18).

En revanche, lors du diagnostic d'une première MC ou de l'apparition d'une nouvelle MC, l'évaluation de la QdV était moins systématique dans notre étude. Au cours de ces consultations, les MG semblent accorder davantage d'importance aux données cliniques et biologiques, tandis que la QdV est plus souvent abordée lors des consultations de suivi ou de gestions des complications.

Pourtant, il serait pertinent d'évaluer la QdV dès le diagnostic d'une MC, car elle diminue avec l'augmentation du nombre de comorbidités. Et une baisse de la QdV est associée à une hausse de la mortalité (14,15).

### **c. Limites et perspectives pour l'évaluation de la qualité de vie**

Concernant les limites à l'évaluation de la QdV, plus de  $\frac{3}{4}$  des MG estimaient qu'il existait trop de questionnaires, rendant difficile le choix de l'outil le plus adapté. En effet, une revue de littérature de 2024 sur l'utilisation des échelles génériques et spécifiques en soins primaires a recensé 13 échelles génériques et 35 spécifiques utilisées pour évaluer la QdV (19)(20).

Les questionnaires étaient également jugés trop longs à réaliser pour 88 % des répondants. Cependant, il existe des versions abrégées et validées pour certains questionnaires comme le SF-12 pour le SF-36, ou encore pour la maladie de Parkinson le PDQ-8 reprenant les 8 questions principales du PDQ-39 (6).

Ces résultats soulignent une fois de plus le manque d'outils adaptés à la pratique de la médecine générale. Bien que la majorité des médecins interrogés manifestaient un intérêt pour la QdV et maîtrisaient globalement les concepts et l'importance de la QdV, ils n'intégraient pas dans leur pratique quotidienne son évaluation.

Les principaux obstacles identifiés étant le manque de temps, la méconnaissance des questionnaires et la perception que ces questionnaires étaient trop longs pour une consultation en moyenne de 16,6 min dans notre échantillon.

Pour répondre à ces difficultés, nous avons proposé dans notre enquête, quatre pistes d'amélioration visant à faciliter l'évaluation future de la QdV. La solution la plus plébiscitée par les répondants était la création d'un questionnaire court et universel, spécifiquement conçu pour l'évaluation des maladies chroniques en soins primaires. Cette proposition répond à la demande de simplification et de réduction de la longueur des nombreux questionnaires actuellement disponibles.

La piste la moins souhaitée par les MG interrogés était la création d'un outil en ligne répertoriant les différents types de questionnaires, risquant de multiplier les questionnaires disponibles sans forcément simplifier leur accès ou leur utilisation.

## **2. Validité interne**

### **a. Faiblesse de l'étude**

#### **i. Biais de sélection**

L'étude présentait des biais de sélection lors du recrutement. En effet, parmi les MG interrogés, 104 étaient MSU, soit 81 % des répondants. Or, dans les Hauts-de-France, en 2022, on comptabilisait 415 MSU parmi les 4 596 médecins généralistes libéraux, soit 9 % (21,22). Bien que nous ayons contacté les 59 CPTS des Hauts-de-France afin d'obtenir des réponses de MG en dehors des MSU, seulement 4 ont répondu positivement à la demande de diffusion du questionnaire.

Concernant le type d'activité, un seul médecin salarié a participé à notre étude. Alors que dans le Nord ou le Pas-de-Calais en 2015 selon l'Ordre des Médecins, on retrouve une proportion d'activité salariale chez les médecins généralistes de 33,6 % et 32,6 % respectivement (23).

Pour tenter de diminuer ce biais, nous avons réalisé des relances par courriel à 2 reprises afin de maximiser les réponses.

## **ii. Biais de classement**

Lors de l'analyse des réponses, nous avons constaté qu'une des propositions dans la question sur les perspectives d'évaluation de la QdV pouvait prêter à confusion. En effet, répondre « pas d'accord » à la proposition « Je ne vois pas l'intérêt d'évaluer la qualité de vie par un questionnaire » introduisait une double négation, ce qui risquait de biaiser l'interprétation des résultats. Pour l'analyse de cette proposition, nous avons considéré que les réponses « d'accord » signifiaient que les MG ne souhaitaient pas utiliser de questionnaire pour évaluer la QdV.

Concernant les questionnaires utilisés par les MG, un des répondants rapportait utiliser la grille AGGIR et le certificat MDPH. Or, ce ne sont pas des questionnaires validés pour évaluer la qualité de vie. La grille AGGIR est un questionnaire évaluant l'autonomie des patients de plus de 65 ans afin de demander une allocation personnalisée d'autonomie (APA) (24). Le certificat MDPH sert lui à évaluer les limitations et le retentissement d'un handicap afin de demander des aides ou prestations adaptées à la situation du patient (25).

## **iii. Biais d'observation**

Étant donné que notre étude se basait sur des réponses à un questionnaire rempli de manière volontaire, il est possible que les résultats aient été influencés par un biais d'observation ou effet Hawthorne.

Les répondants, potentiellement plus sensibles ou intéressés par le sujet de la qualité de vie, pourraient avoir tendance à donner des réponses plus favorables, conscients de leur participation à une étude médicale sur leur pratique quotidienne (26).

## **b. Force de l'étude**

### **i. Recrutement des médecins généralistes**

Notre population cible comprenait les MG installés dans les Hauts-de-France et prenant en charge des patients en ALD. Dans notre échantillon, tous les répondants réalisaient le suivi de patients atteints de maladies chroniques et une large majorité (96 %) effectuait également des visites à domicile.

Les MG de notre échantillon exerçaient dans des contextes variés, allant de zones rurales à urbaines, et travaillaient dans des structures diverses, allant du cabinet individuel aux MSP.

Enfin, le nombre de MG ayant répondu à notre étude est similaire aux autres thèses lilloises portant sur l'évaluation d'une pratique en médecine générale.

### **ii. Création du questionnaire**

Notre questionnaire a été créé en se basant sur des questionnaires validés de QdV avec notamment l'utilisation des questions ouvertes issues de ces échelles. Le test VRAI/FAUX du questionnaire s'est basé sur les recherches bibliographiques.

Le questionnaire a été préalablement testé par 3 MG, dont 2 MSU, afin d'en améliorer la clarté et de modifier ou d'éliminer les questions jugées difficiles à comprendre ou à répondre.

### **iii. Gestions des données manquantes**

Lors de l'analyse, nous avons exclu les réponses incomplètes afin de ne pas biaiser les résultats. Nous sommes alors passés de 166 réponses à 128 réponses complètes. Ensuite, parmi les réponses complètes, nous avons décidé d'écarter les données aberrantes issues des questions ouvertes, afin d'avoir une analyse statistique plus fiable. Il y a eu seulement 2 données aberrantes exclues.

## **3. Validité externe**

### **a. Représentativité de la population cible**

Notre échantillon était composé à 54 % d'hommes et l'âge moyen était de 47 ans. En comparaison avec les chiffres de 2022 de l'INSEE, sur les 4 596 médecins généralistes libéraux des Hauts-de-France, la proportion d'hommes était de 63,4 % et l'âge moyen était de 51 ans (21).

Nous avons donc un échantillon relativement plus jeune et plus féminin en comparaison avec la démographie médicale des Hauts-de-France. Cela est tout de même en adéquation avec la féminisation de la profession constatée depuis 2010 sur le territoire français. En effet, on retrouve entre 2010 et 2020 une part de femmes en activité régulière de MG de 50,4 % (27).

Concernant le lieu d'exercice, nous avons obtenu une répartition géographique des MG cohérente avec la répartition de la population des Hauts-de-France (28).

**Tableau 4 : Répartition du lieu d'activité des MG de notre étude en comparaison à la population du territoire des Hauts-de-France**

	Lieu d'exercice des MG de notre étude (effectif, %)	Effectif des populations des Hauts-de-France (effectif, %)
Nord	57 (45 %)	2 611 292 (43,5 %)
Pas-de-Calais	28 (22 %)	1 461 441 (24,5 %)
Oise	16 (12,5 %)	566 525 (9,4 %)
Somme	16 (12,5 %)	527 460 (8,8 %)
Aisne	11 (9 %)	828 838 (13,8 %)

Cependant, la validité externe est limitée par le biais de sélection principale de notre étude qui est la proportion importante de MSU dans notre échantillon. Cette surreprésentation des MSU peut s'expliquer par leur plus grande accessibilité via les adresses mails disponibles sur le site de l'ARS.

#### **b. Utilisation des questions ouvertes**

Les questions ouvertes jouent un rôle clé lors des entretiens avec les patients, et on en trouve de nombreuses dans les questionnaires de QdV. Elles permettent d'obtenir des réponses plus développées, susceptibles d'être plus précises et moins influencées par les suggestions du médecin, y compris chez les enfants (29).

Dans notre échantillon, 83 % des MG considéraient l'utilisation de questions ouvertes comme pertinente et 56 % les utilisaient déjà.

Pour intégrer la QdV dans les consultations, il est préférable de ne pas débiter l'entretien par une question fermée, car celle-ci limite la discussion au problème de santé motivant la consultation. Ainsi, commencer la consultation par une question

ouverte invite le patient à aborder librement tout sujet lié à sa santé. Cela fait partie des compétences en communication pour la prise en charge centrée sur le patient (30).

Dans la formation des étudiants en médecine, on retrouve notamment des cours de communication où l'on aborde l'intérêt des questions ouvertes pour encourager les questionnements des patients et améliorer la compréhension du discours médical (31). De plus, il a été démontré que cette relation centrée sur le patient, passant notamment par l'utilisation de ces questions ouvertes, améliore la santé et l'efficacité des soins en réduisant le recours aux tests diagnostiques et aux consultations spécialisées (32).

### **c. Évaluation de la qualité de vie**

Nous n'avons pas retrouvé de données dans la littérature sur comment et quand les MG évaluent la QdV des patients atteints de MC. C'est pour cela, notamment, que nous avons réalisé notre étude afin d'en savoir plus sur ce sujet.

Cependant, il existe de nombreuses études rapportant l'importance de l'évaluation de la qualité de vie en soins primaires. On retrouve par exemple l'étude de Fortin et al. (14) qui s'intéressait à la relation entre multimorbidité et qualité de vie dans une population de soins primaires. Cette étude mettait en évidence que la qualité de vie des patients diminuait proportionnellement à l'augmentation du nombre de comorbidités. Ou encore une méta-analyse de Phyo et al. de 2020, comprenant 43 études, retrouvait une association entre une meilleure QdV et un plus faible risque de décès (15). Tout cela souligne l'importance d'une prise en charge globale et centrée sur le patient dans ce contexte de maladie chronique.

#### **4. Perspectives**

Notre étude a donc exploré l'évaluation par les MG de la QdV des patients atteints de maladies chroniques en soins primaires. Les résultats ont montré que les outils actuellement disponibles pour évaluer la QdV ne sont pas toujours adaptés à la pratique des MG. Ces outils étaient souvent jugés trop longs, trop nombreux limitant leur utilisation en soins primaires.

Pour pallier cette difficulté, il serait pertinent, dans les recherches futures, de développer un questionnaire générique plus adapté aux soins primaires. Cet outil devrait avoir une durée de passation courte, une simplicité d'utilisation, et être applicable à l'ensemble des maladies chroniques. Une fois élaboré, ce questionnaire devrait être testé auprès des MG afin d'évaluer sa faisabilité dans la pratique quotidienne, puis validé en comparaison à un outil standardisé existant.

Par ailleurs, un guide d'entretien adapté à l'évaluation de la QdV en médecine générale pourrait également être conçu. Ce format permettrait d'éviter l'aspect formel des questionnaires et favoriser un dialogue plus naturel avec les patients. De plus, cette approche répondrait aux attentes des 30 % des répondants qui ne percevaient pas l'intérêt d'utiliser des questionnaires standardisés, en leur offrant une alternative plus flexible et adaptée à leur pratique.

Enfin, des études futures devront évaluer l'impact de ces outils dans le suivi et la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. A terme, il serait également pertinent d'intégrer la QdV dans les recommandations de traitement pour ces patients.

## **Conclusion**

Les maladies chroniques impactent la vie quotidienne des patients dans différents domaines de la qualité de vie. La qualité de vie diminue proportionnellement au nombre de comorbidités présentes chez un patient, et un lien a été établi entre la diminution de la qualité de vie et l'augmentation de la mortalité toutes causes confondues. Il apparaît donc pertinent de suivre ce paramètre en médecine générale, compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie et de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques.

Notre étude montre que les médecins répondants connaissaient le concept de qualité de vie et s'y intéressaient majoritairement. Cependant, ils étaient peu nombreux à l'évaluer dans leur pratique quotidienne, en raison d'un manque de temps, d'une méconnaissance des outils disponibles ou de la présence d'un trop grand nombre de questionnaires.

Pour encourager une évaluation plus fréquente et efficace de la qualité de vie en médecine générale, il serait utile de développer un questionnaire court, universel, ou un guide d'entretien spécifiquement conçu pour cette pratique.

## **Bibliographie**

1. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res.* avr 1993;2(2):153-9.
2. Hand C. Measuring health-related quality of life in adults with chronic conditions in primary care settings. *Can Fam Physician.* juill 2016;62(7):e375-83.
3. Mercier M, Schraub S. Qualité de vie : quels outils de mesure ? In: SFSPM SF de S et de PM, éditeur. 27<sup>e</sup> Journées de la Société française de sénologie et de pathologie mammaire (SFSPM), Deauville, 2005 Dogmes et doutes [Internet]. Deauville, France: Datebe SAS; 2005 [cité 31 juill 2024]. p. 418-23. Disponible sur: <https://hal.science/hal-03574948>
4. Leplège A, Ecosse E, Verdier A, Perneger TV. The French SF-36 Health Survey. *Journal of Clinical Epidemiology.* nov 1998;51(11):1013-23.
5. Parkerson GR, Broadhead WE, Tse CKJ. The Duke Health Profile: A 17-Item Measure of Health and Dysfunction. *Medical Care.* nov 1990;28(11):1056-72.
6. Tan LCS, Lau PN, Au WL, Luo N. Validation of PDQ-8 as an independent instrument in English and Chinese. *Journal of the Neurological Sciences.* avr 2007;255(1-2):77-80.
7. Juniper EF, Svensson K, Mörk AC, Ståhl E. Modification of the asthma quality of life questionnaire (standardised) for patients 12 years and older. *Health and Quality of Life Outcomes.* 2005;3:58.
8. Le Breton J, Kowalski C, Ferrat E, Audureau E, Paul E, Clerc P. Définition de la maladie chronique : quels enjeux pour la décision médicale ? *EXE.* 1 mai 2020;31(163):226-32.
9. Agrinier N. Quelles définitions pour la maladie chronique ? *Revue ADSP.* 2010;72:12-14
10. Décès – Mortalité – Espérance de vie - France - TABLEAU DE BORD DE L'ÉCONOMIE FRANÇAISE [Internet]. [cité 10 sept 2024]. Disponible sur: [https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/tableau/20\\_DEM/23\\_DME](https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/tableau/20_DEM/23_DME)
11. Espérance de vie en bonne santé - France - TABLEAU DE BORD DE L'ÉCONOMIE FRANÇAISE [Internet]. [cité 13 janv 2025]. Disponible sur: [https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/details/90\\_DDE/92\\_DEV/92D\\_Figure4](https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/details/90_DDE/92_DEV/92D_Figure4)
12. État de santé de la population – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 16 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238405?sommaire=4238781>
13. Effectif, prévalence et caractéristiques des bénéficiaires d'une ALD - 2008 à 2022 | L'Assurance Maladie [Internet]. 2023 [cité 11 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/prevalence-beneficiaires-ald>
14. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes.* 20 sept 2004;2:51.
15. Phyo AZZ, Freak-Poli R, Craig H, Gasevic D, Stocks NP, Gonzalez-Chica DA, et al. Quality of life and mortality in the general population: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 6 nov 2020;20(1):1596.
16. Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillón P, Pascual CR, Otero CM, Montes AO, García AN, et al. Health-related quality of life as a predictor of hospital readmission and death among patients with heart failure. *Arch Intern Med.* 13 juin 2005;165(11):1274-9.
17. Albuquerque de Almeida F, Al MJ, Koymans R, Riistama J, Pauws S, Severens JL.

Impact of hospitalisation on health-related quality of life in patients with chronic heart failure. *Health Qual Life Outcomes*. 3 août 2020;18:262.

18. Doni L, Perin A, Manzione L, Gebbia V, Mattioli R, Speranza GB, et al. The impact of anemia on quality of life and hospitalisation in elderly cancer patients undergoing chemotherapy. *Crit Rev Oncol Hematol*. janv 2011;77(1):70-7.
19. Hutin M. Utilisation des échelles de qualité de vie spécifiques chez les patients ayant une maladie chronique en médecine générale : une revue systématique de la littérature. [thèse de doctorat en médecine]. Lille : Université de Lille ; 2024.
20. Denié M. Utilisation d'échelles génériques de qualité de vie chez les patients ayant une maladie chronique en médecine générale : une revue systématique de la littérature. [thèse de doctorat en médecine]. Lille : Université de Lille ; 2024.
21. Effectif de professionnels de santé libéraux par âge et sexe et par région - 2016 à 2022 | L'Assurance Maladie [Internet]. 2024 [cité 14 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/age-sexe-professionnels-sante-liberaux-region>
22. Services Agréés [Internet]. [cité 4 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/services-agrees>
23. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale région Nord-Pas-de-Calais, édition 2015 [Internet]. 2015 [cité le 13 janvier 2025]. Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1ullddeg/atlas\\_nord-pas\\_de\\_calais\\_2015.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1ullddeg/atlas_nord-pas_de_calais_2015.pdf)
24. Apa : qu'est-ce que le Gir 1, 2, 3 ou 4 de la grille Aggir ? [Internet]. [cité 14 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>
25. Dépôt du dossier et traitement demande MDPH | Mon Parcours Handicap [Internet]. [cité 14 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/aides/le-depot-du-dossier-et-le-traitement-de-la-demande-par-la-maison-departementale-des-personnes>
26. Nguyen VN, Miller C, Sunderland J, McGuinness W. Understanding the Hawthorne effect in wound research—A scoping review. *Int Wound J*. 22 août 2018;15(6):1010-24.
27. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France - Tome 1, édition 2020 [Internet]. 2020 [cité le 13 janvier 2025]. Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1grhel2/cnom\\_atlas\\_demographie\\_medicale\\_2020\\_tome1.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf)
28. Insee - Statistiques locales - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 4 déc 2024]. Disponible sur: [https://statistiques-locales.insee.fr/#c=indicator&i=pop\\_legales.popmun&i2=evolpop.tx\\_var\\_pop&s=2021&s2=2015-2021&t=A01&t2=A01&view=map2](https://statistiques-locales.insee.fr/#c=indicator&i=pop_legales.popmun&i2=evolpop.tx_var_pop&s=2021&s2=2015-2021&t=A01&t2=A01&view=map2)
29. Canning HS, Peterson C. Encouraging more open-ended recall in child interviews. *Psychiatr Psychol Law*. 10 févr 2020;27(1):81-94.
30. Patient-Centered Communication: Basic Skills | AAFP [Internet]. [cité 15 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2017/0101/p29.html>
31. Coleman C, Salcido-Torres F, Cantone RE. "What Questions Do You Have?": Teaching Medical Students to Use an Open-Ended Phrase for Eliciting Patients' Questions. *Health Lit Res Pract*. 6(1):e12-6.
32. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000 Sep;49(9):796-804. PMID: 11032203.

# Annexes

## Annexe 1 : Questionnaires de thèse Caractéristiques démographiques

### 1. Vous vous définissez comme : \*

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Masculin
- Féminin
- Non genré

### 2. Vous êtes né en quelle année : \*

❶ Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.  
Veuillez écrire votre réponse ici :

### 3. Êtes-vous Maître de Stage des Universités ? \*

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

### 4. Vous exercez en tant que médecin généraliste : \*

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Libéral
- Salarié
- Mixte

### 4b. Dans quelles structures exercez-vous ?

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Cabinet seul
- Cabinet de groupe
- Maison de Santé Pluridisciplinaire

### 5. Vous exercez en milieu : \*

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

### 6. Dans quel département exercez-vous ? \*

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Aisne - 02
- Nord - 59
- Oise - 60
- Pas-de-Calais - 62
- Somme - 80

**7. Vous êtes installé depuis : \***

❶ Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :

Année d'installation

**8. Quelle est la durée moyenne de vos consultations : \***

❶ Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :

Durée moyenne en minutes

**9. Combien de consultations faites vous par jour en moyenne ? \***

❶ Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :

**10. Suivez-vous des patients atteints de maladies chroniques ? \***

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Non

**11. Combien de patients avez-vous environ déclaré en tant que médecin traitant ? \***

❶ Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :

**12. Faites-vous des visites à domicile : \***

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Non

**12b. Combien de visites à domicile faites-vous par semaine en moyenne ?**

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins de 1  
 1 à 3  
 4 à 6  
 7 à 9  
 Plus de 10

## Evaluation de la qualité de vie

### 1. Lors de vos consultations, vous intéressez-vous à la qualité de vie de vos patients ayant une maladie chronique ? \*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Non

### 2. Évaluez-vous la qualité de vie des patients atteints de maladie chronique par le biais d'un questionnaire ? \*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Non

### 2b. Quel(s) questionnaire(s) utilisez-vous ?

Veillez écrire votre réponse ici :

### 3. Que pensez-vous de l'utilisation des questions ouvertes suivantes pour évaluer la qualité de vie d'un patient atteint d'une maladie de chronique? \*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pertinente	Assez pertinente	Peu pertinente	Non pertinente
Dans l'ensemble que pensez vous de votre santé ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état de santé, physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie ou vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Les propositions suivantes ont été tirées de questionnaires de qualité de vie validés

#### 4. Est-ce que vous utilisiez déjà ce type questions ouvertes ? \*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Non

### Evaluation de la qualité de vie

#### 1. Si vous deviez évaluer la qualité de vie de votre patient, à quel moment le feriez-vous ? \*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Rarement	Régulièrement	Toujours
Lors de la découverte d'une maladie chronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A la suite d'une hospitalisation en lien ou non avec la maladie chronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lors d'un diagnostic d'une autre maladie chronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Au moment de la 1ere rencontre avec un patient atteint d'une maladie chronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lors de l'apparition de complications en lien avec la maladie chronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lors d'une consultation de suivi en lien avec la maladie chronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 2. Parmi les variables suivantes lesquelles vous feraient modifier le rythme d'évaluation de la qualité de vie ?

En fonction :

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas d'accord	Partiellement pas d'accord	Partiellement d'accord	D'accord
De l'âge du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Du handicap dû à la maladie chronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De la situation professionnelle (étudiant, en activité, retraité, invalidité ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De la perte d'autonomie en lien avec la maladie chronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De la nature de la maladie chronique (neurodégénérative, auto-immune, inflammatoire...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Du type de traitement (médicament, injection, hospitalisation fréquente, suivis répétés...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De l'espérance de vie du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De l'entourage présent ou non du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Evaluation de la qualité de vie

#### 1. Parmi les propositions suivantes portant sur la qualité de vie des patients, selon vous lesquelles sont vraies ?

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	VRAI	FAUX
En soins primaires, il existe une association entre qualité de vie et mortalité toutes causes confondues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dans le cancer du sein, une meilleure qualité de vie sociale ne modifie pas la récurrence de cancer ou la mortalité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La qualité de vie est un facteur pronostic indépendant dans les cancers gastro-oesophagiens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le risque de décès et d'hospitalisation dans l'insuffisance cardiaque n'est pas corrélé à la qualité de vie du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'activité physique est associée à une amélioration de la qualité de vie tout âges confondus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les patients atteints de douleurs chroniques avec une moins bonne qualité de vie ont un risque de décès plus important	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le régime FODMAP améliore la qualité de vie des patients atteints du syndrome de l'intestin irritable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 2. Parmi les différentes dimensions de la qualité de vie lesquelles pensez-vous indispensables à évaluer : \*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas d'accord	Partiellement pas d'accord	Partiellement d'accord	D'accord
La santé physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La santé mentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La santé sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La santé générale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La santé perçue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'estime de soi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'anxiété	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La dépression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'incapacité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La santé sexuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Limites et perspectives à l'évaluation de la qualité de vie

### 1. Les propositions suivantes portent sur les possibles limites à l'évaluation de la qualité de vie en consultation : \*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas d'accord	Partiellement pas d'accord	Partiellement d'accord	D'accord
Je trouve que les questionnaires de qualité de vie sont trop longs à réaliser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je ne sais pas quel questionnaire utiliser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je n'ai pas le temps de réaliser ces questionnaires lors de la consultation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il existe trop de questionnaires différents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je trouve que les questions sont trop intrusives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je ne vois pas l'intérêt d'évaluer la qualité de vie par un questionnaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je préfère prendre du temps pour faire autre chose (prévention, mise à jour du dossier, vérification statut vaccinal ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 2. Les propositions suivantes portent sur les possibles perspectives qui vous inciteraient à évaluer la qualité de vie : \*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas d'accord	Partiellement pas d'accord	Partiellement d'accord	D'accord
Avoir un guide d'entretien adapté à l'évaluation de la qualité de vie en médecine générale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoir un questionnaire court, universel, évaluant la qualité de vie des patients atteints d'une maladie chronique en médecine générale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoir un outil en ligne répertoriant les différents types de questionnaires en fonction du patient et de sa maladie chronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoir une cotation spécifique lors de la réalisation de ces échelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoir des formations courtes sur l'intérêt et les différentes techniques d'évaluation de la qualité de vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoir une ROSP spécifique à l'évaluation de la qualité de vie chez les patients atteints de maladie chronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**AUTEUR : Nom : GABET**

**Prénom : Nathan**

**Date de soutenance : 28 février 2025**

**Titre de la thèse : Enquête de pratique sur l'évaluation de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques par les médecins généralistes des Hauts-de-France.**

**Thèse - Médecine - Lille 2025**

**Cadre de classement : Médecine**

**DES + FST/option : Médecine Générale**

**Mots-clés : qualité de vie, maladies chroniques, évaluation, soins primaires**

**Résumé :**

**Contexte :** Les maladies chroniques impactent la vie quotidienne des patients dans différents domaines de la qualité de vie. La prévalence des maladies chroniques augmente progressivement avec l'allongement de l'espérance de vie et est estimée à environ 12 millions de patients selon le registre ALD. La qualité de vie diminue proportionnellement au nombre de comorbidités présentes chez le patient. Il existe également un lien entre la diminution de la qualité de vie et l'augmentation de la mortalité toutes causes confondues. Ce facteur représente un paramètre intéressant à évaluer en médecine générale compte tenu de la proportion croissante des maladies chroniques dans la population générale.

**Matériels et méthodes :** Une étude quantitative, observationnelle, transversale, descriptive a été réalisée. Un questionnaire en 3 parties a été conçu afin de décrire les pratiques d'évaluation de la qualité de vie par les médecins généralistes installés dans les Hauts-de-France. Il a été diffusé via LimeSurvey de décembre 2023 à juin 2024 avec deux relances. L'étude a été déclarée au délégué à la protection de données.

**Résultats :** 128 réponses complètes ont été recueillies. La majorité des répondants étaient des maîtres de stage exerçant en libéral et en maison de santé pluridisciplinaire. 98 % déclaraient s'intéresser à la qualité de vie, et 4 rapportaient utiliser des questionnaires de qualité de vie. Les questions ouvertes visant à évaluer la qualité de vie ont été jugées pertinentes par 83 % des répondants, et 56 % ont déclaré les utiliser en pratique. Les notions de qualité de vie étaient connues des médecins interrogés avec un taux de bonnes réponses à plus de 90 % au test de connaissance. Plus de ¾ des médecins jugeaient les questionnaires trop longs, trop nombreux ou manquaient de temps pour les réaliser.

**Discussion :** Les médecins de notre étude portaient un intérêt à la qualité de vie, mais l'évaluaient peu par des outils standardisés. La fréquence de l'évaluation de la qualité de vie variait en fonction des contextes cliniques, les consultations de suivi apparaissent comme le moment privilégié pour l'évaluer. Selon les répondants, les principales limites à l'évaluation de la qualité de vie étaient la longueur et la multiplicité des questionnaires. Ces résultats soulignent le manque d'outils adaptés à la pratique de la médecine générale. Pour répondre à ces difficultés, il serait intéressant de créer un questionnaire court universel ou un guide d'entretien pour évaluer la qualité de vie adaptée à la médecine générale.

**Composition du Jury :**

**Président : Pr ALLART Etienne**

**Assesseur : Dr BODEIN Isabelle**

**Directeur de thèse : Dr SEBBAH Alissa**