



Julien Le Breton^{1,2,3,4}, Clotilde Kowalski⁵,
Émilie Ferrat^{1,2,6}, Etienne Audureau^{2,7},
Eunice Paul⁵, Pascal Clerc^{2,5,8}

1. Département universitaire de médecine générale, Université Paris-Est Créteil.

2. Inserm U955, Université Paris-Est Créteil, Institut Mondor de Recherche Biomédicale, équipe CEpiA (Clinical Epidemiology and Ageing).

3. Société Française de Médecine Générale (SFMG).

4. Centre de santé universitaire Salvador Allende, La Courneuve.

5. Département universitaire de médecine générale, Université Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines.

6. Maison de santé pluri-professionnelle universitaire de Saint-Maur-des-Fossés.

7. Service de Santé Publique, Hôpital Henri-Mondor, Créteil.

8. Maison de santé pluriprofessionnelle Philippe Marze, Les Mureaux.

j.le.breton.com@gmail.com

exercer 2020;163:226-32.

Définition de la maladie chronique : quels enjeux pour la décision médicale ?

Une revue narrative de la littérature

Definition of chronic disease : challenges for medical decision. A narrative review of the literature

INTRODUCTION

La prévalence des maladies chroniques ne fait qu'accroître les enjeux à la fois économiques et sociaux, d'organisation des soins, de qualité des soins et de qualité de vie des patients. La transition épidémiologique liée à la part croissante des maladies chroniques a conduit à une mutation du système de santé en faveur des soins primaires¹. Jusqu'à récemment, la médecine de premier recours prenait en charge essentiellement les maladies aiguës. Or aujourd'hui, le médecin traitant est confronté aux maladies chroniques, devenues les principaux motifs de consultation en médecine générale². Les maladies chroniques induisent une polyprescription pourvoyeuse de morbidités induites par les traitements (par exemple l'hypothyroïdie avec l'amiodarone, constipation avec les neuroleptiques, hyperglycémie avec les diurétiques), nécessitant la mise en place de stratégies de détection, de gestion et de prévention^{3,4}. En France, les consultations pour contrôle ou suivi d'affections chroniques stables donnent lieu, le plus souvent, à la réévaluation d'une prescription d'au moins cinq ou six médicaments⁵.

Le nombre exact de patients atteints de maladies chroniques ne peut être donné, car il n'existe pas de relevé épidémiologique de celles-ci. Seules des estimations peuvent être

calculées à partir de registres de l'assurance maladie (ALD), d'enquêtes épisodiques, ou encore de registres de morbidité. Par exemple, en France, le nombre de personnes atteintes d'au moins une maladie chronique est estimé à 15 millions (23 % de la population) par le Haut Conseil de santé publique (HCSP), 9 millions (14 %) par l'Assurance maladie et 38,8 millions (60 %) par l'enquête nationale en population Handicap-Santé^{6,7}. Derrière ces estimations se cache une imprécision sur la définition de la chronicité de la maladie, avec des répercussions sur l'évaluation des prises en charge médicales⁸⁻¹⁰. Une mauvaise estimation (incidence et prévalence) de la chronicité des maladies dans les études scientifiques et les programmes de santé a pour conséquences une mauvaise estimation des coûts réels de la prise en charge sociale des maladies chroniques, avec un effet en cascade sur l'organisation des soins, la prévention, la recherche en médecine, l'évaluation des besoins de santé¹¹. L'hétérogénéité de la définition de la maladie chronique est le reflet d'une gestion compartimentée, dépendante des acteurs (patient, médecin, assureur, institution gouvernementale). Pourtant, la définition d'une situation est nécessaire pour surveiller l'état de santé de la population, mener des enquêtes cliniques, évaluer les pratiques des professionnels et prendre des décisions en termes de politiques publiques¹¹.

La gestion des maladies chroniques nécessite de faire le point sur la définition même de « maladie chronique » et de ses conséquences. Cette revue de la littérature avait pour objectifs d'identifier les invariants utilisés pour définir la maladie chronique et de faire émerger les questions majeures pour la décision médicale en soins primaires.

MÉTHODE

Une revue narrative de la littérature jusqu'à la date du 30 janvier 2018 a été réalisée par trois investigateurs. Les références en langue française et anglaise sur la maladie chronique ont été incluses. Il n'y avait aucun critère d'exclusion. Les références sur la multimorbidité s'il n'y avait pas d'éléments définissant explicitement la maladie chronique isolée n'ont pas été incluses. Cette revue ne comportait pas de date limite d'ancienneté de publication. Des articles, des rapports d'institutions et des livres ou sections de livres (notamment de malades) ont été inclus. Les bases de données de documents de synthèse consultées ont été les suivantes : Haute Autorité de santé (HAS), *World Health Organization* (WHO), *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (WONCA). Une recherche systématique d'articles originaux publiés a été conduite dans la base de données Medline avec l'équation de recherche suivante : « *chronic disease* » OR « *chronic illness* » OR « *chronic conditions* » AND « *defining* » OR « *definition* » AND « *primary care* » OR « *general practice* » OR « *general practitioner* ». Cette recherche a été complétée en interrogeant la Banque de données de santé publique (BDSP) et le Catalogue et index des sites médicaux de langue française (CISMeF). Les rapports d'études issus de pays dont le niveau de vie et le mode d'accès aux soins sont comparables à ceux de la France (États-Unis, Europe de l'ouest,

Australie) ont été inclus. Les moteurs de recherche de revues traitant des problématiques de médecine générale, ou des revues traitant le thème de la maladie chronique : *exercer*, *La revue du praticien*, *British Journal of General Practice*, *European Journal of General Practice*, *Family Practice*, *Preventing Chronic Disease* ont été utilisés. Google scholar a été utilisé pour compléter la recherche de rapports et de livres. Les citations pertinentes identifiées dans les références des publications sélectionnées ont été incluses dans cette synthèse.

La sélection des sources sur le titre et le résumé a été réalisée par les 3 investigateurs de façon indépendante. Si le sujet principal était la « définition de la maladie chronique », la source était retenue. Pour les documents plus généraux sur la maladie chronique (par exemple, prévention, prise en charge économique de la maladie chronique) ou traitant d'une

maladie chronique particulière (par exemple diabète), l'introduction et la méthode ont été lues afin d'identifier les éléments de définition utilisés par les auteurs. Parmi les sources identifiées comme potentiellement pertinentes, les sources non pertinentes après évaluation collective du texte intégral ont été exclues. Les différents éléments de définition ont été relevés et leurs caractéristiques ont été comparées (similitudes et divergences) afin d'identifier les marqueurs les plus fréquents et les plus robustes (invariants). Les modélisations quand elles étaient présentées n'ont pas été retenues, mais bien les unités élémentaires de définition.

RÉSULTATS

La recherche bibliographique a permis de sélectionner 51 sources (figure), la plus ancienne remontant

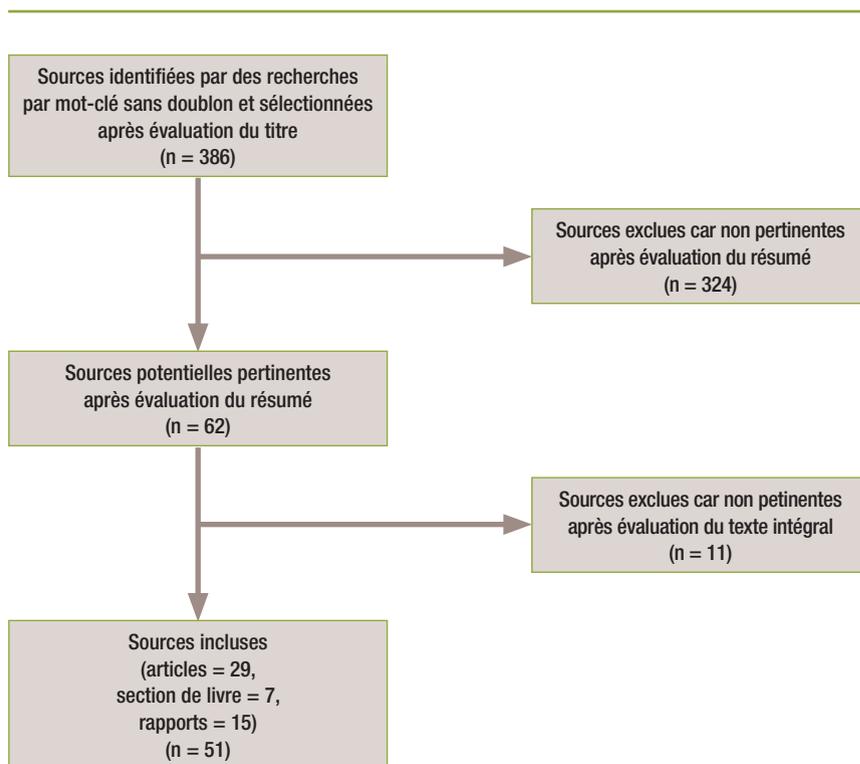


Figure - Diagramme de sélection des sources pour la revue de la littérature sur la définition de la maladie chronique



à 1949, et la plus récente à 2017^{12,13}. Six marqueurs récurrents pour définir la maladie chronique (tableau) ont été retrouvés. Les différentes sources rapportaient la perspective du médecin avec 28 publications, celle du patient avec 17 publications (dont 15 concernaient la qualité de vie et 2 son investissement dans le suivi), et celle du système de soins avec 3 publications qui concernaient la nécessi-

té du suivi, et dont une précisait la vision statistique d'incidence et de prévalence.

La notion de durée était répertoriée dans 22 sources. Elle était variable en fonction du contexte de la publication. Pour 8 sources, cette durée n'était pas clairement définie. Quand elle était définie (12 sources), le choix de cette durée n'était pas argumenté. Les dates « d'entrée » retenues dans la maladie

chronique variaient de 3 à 12 mois, avec un mode d'entrée qualifié de progressif (parfois sur plusieurs années) ou d'insidieux ou de brutal.

La notion de suivi régulier et de traitement au long cours répertoriée dans 23 sources semblait plus robuste.

L'altération de la qualité de vie était répertoriée dans 23 sources. Elle pouvait être nulle (par exemple pour l'hypertension artérielle) ou

Marqueurs de maladie chronique	Caractéristiques	Nombre de sources n (%)
Durée de la maladie	Durée imprécise [7, 23-29]	8 (16)
	Trois mois et plus [30-33]	4 (8)
	Six mois et plus [16, 34]	2 (4)
	Douze mois et plus [11, 35-39]	6 (12)
	Rapport incidence/prévalence [17, 40]	2 (4)
	Non précisée	29 (57)
Suivi	Suivi médical, paramédical régulier [7, 11, 17, 28, 30, 33-36, 39, 41-46]	16 (31)
	Avec éducation, prévention, accompagnement [23, 47]	2 (4)
	Besoin d'équipement, de services, produits médicaux [37]	1 (2)
	Savoir/expérience partagés avec le patient [29]	1 (2)
	Soins médicaux importants [38]	1 (2)
	Traitement incertain [23]	1 (2)
	Non précisé	29 (57)
Altération de la qualité de vie	Limitations fonctionnelles, handicap, dépendance [7, 11, 12, 16, 23, 25, 28, 30, 35-39, 41, 48]	15 (29)
	Prévention, réadaptation, maintenance des fonctions [33, 44, 47, 49, 50]	5 (10)
	Impact individuel, social, économique [42, 45, 51]	3 (6)
	Non précisée	29 (57)
Mode d'entrée	Apparition progressive [25, 28, 29]	3 (6)
	Soudaine ou insidieuse [51, 52]	2 (4)
	Récurrence des symptômes, accalmies, rechutes [16, 27, 45, 48]	4 (8)
	Non précisé	42 (82)
Expression de la maladie	Incurable, permanent [26, 27, 29, 31-33, 41, 48, 50]	9 (18)
	Complications, mauvais pronostic, maladies sérieuses [16, 42, 45]	3 (6)
	Complexe [25]	1 (2)
	Atteintes anatomiques, maladies mentales [28]	1 (2)
	Non précisée	37 (73)
Étiologie	Multifactorielle [25, 27, 52]	3 (6)
	Affections non transmissibles [26, 28, 48]	3 (6)
	Organique ou psychologique ou cognitive [7, 23, 30]	3 (6)
	Non précisée	42 (82)

Tableau 1 - Marqueurs récurrents de la maladie chronique issus de la revue de la littérature

très importante (par exemple pour la migraine). Elle était pour beaucoup d'auteurs un marqueur majeur de la maladie chronique. L'importance du handicap se posait systématiquement, de la limitation fonctionnelle à la dépendance, ainsi que son retentissement sur l'environnement familial et social, préoccupation partagée par les patients bien avant l'allongement de la durée de vie. L'impact sur la qualité de vie pouvait prendre plusieurs modalités, liées à la maladie et à la charge de travail « imposée » par l'équipe de soins¹⁴.

Le mode d'entrée dans la maladie chronique était répertorié dans 9 sources avec 4 modalités différentes non exclusives : une longue période de latence asymptomatique avant l'apparition des signes, une alternance de périodes symptomatiques et asymptomatiques, une apparition brutale et soudaine, une conséquence ou séquelle d'une maladie aiguë.

Le retentissement psychique du caractère incurable de la maladie, l'expression fluctuante de la maladie, avec des phases d'accalmies, de latence ou de rechute étaient considérées par beaucoup d'auteurs comme des questions majeures. L'absence de guérison était répertoriée dans 9 sources.

L'étiologie était répertoriée dans 9 sources avec 3 modalités différentes non exclusives : une étiologie plurifactorielle, le caractère transmissible ou non, une étiologie liée au mode de vie.

Des listes de maladies chroniques *a priori* étaient utilisées dans 22 sources. L'origine des données était variée : bases de données médico-administratives, registre de causes de décès, maladies chroniques faisant l'objet de recommandations de pratique, bases de données de médecins généralistes, données bibliographiques. En fonction du projet de recherche, le choix portait sur les maladies les plus fréquentes en pratique réelle, dans la littérature, ou dans les recomman-

dations de pratique. À noter que les études plus récentes en médecine générale font appel à l'expérience du médecin généraliste dans le choix des maladies chroniques (« *Utilisez vos propres connaissances, les connaissances des patients et les données enregistrées dans vos dossiers médicaux* »)¹⁵.

DISCUSSION

Trois marqueurs principaux de la maladie chronique

Bien que les maladies chroniques soient un sujet d'étude important dans la production scientifique mondiale, aucune définition univoque n'a été retrouvée¹⁶. Les critères de définition variaient selon les études et leurs contextes. Pour certains auteurs, la définition était implicite, laissant suggérer une définition bien établie et partagée par la communauté médicale. Pour d'autres, ayant conscience de la difficulté à définir leur objet d'étude, le choix se portait sur des listes *a priori* de maladies chroniques. Les critères de choix restaient implicites, et semblaient privilégier les maladies considérées comme graves, coûteuses ou dont la physiopathologie intéressait les chercheurs^{15,17,18}. Cependant, lorsqu'une définition était utilisée, trois critères étaient fréquemment retrouvés : une maladie qui dure, un suivi régulier avec un traitement au long cours et une altération de la qualité de vie. L'expression de la maladie pouvait être très variée, stable ou pas, sévère ou pas, avec des épisodes ou pas, et d'étiologie plurifactorielle. Il semblait impossible de définir une durée à partir de laquelle une maladie pouvait être considérée comme chronique.

Importance du point de vue

Il semble impossible de dégager une définition univoque de la maladie chronique. Elle dépend des points de vue et des centres d'intérêt des individus. Ceci a été identifié

dans les études reflétant les visions « patient », « médecin » et « système de soins » qui ne se recouvraient jamais complètement. Face au médecin, le patient peut exprimer des demandes et des besoins différents des objectifs strictement biomédicaux : gestion de sa douleur physique ou morale, et du handicap pour les gestes de la vie quotidienne. Pour le patient, l'arthrose est souvent plus invalidante qu'une insuffisance coronaire¹⁹. Quant au médecin, il va demander au patient un investissement important dans la gestion de sa maladie. Par exemple pour le diabète : se peser, faire sa glycémie capillaire, penser à ce qu'il va manger sans excès, faire quarante-cinq minutes d'activité physique, adapter la dose d'insuline, passer chez le pharmacien, prendre des rendez-vous chez le cardiologue et l'ophtalmologue²⁰... Les Anglo-Saxons, en distinguant « *condition* » (vision patient), « *sickness* » (vision système de soins), « *illness* » (vision médecin) pour nommer la maladie, mettent en exergue la nécessité de bien identifier les points de vue complémentaires sur la maladie et notamment sur la maladie chronique. Si l'effort de contextualisation n'est pas effectué, le risque de biais d'analyse et d'incompréhension est majeur.

Pour la recherche, nous préconisons une méthode qui consiste à définir un champ, puis une définition adaptée de la maladie chronique tenant compte du contexte et de l'objectif de l'étude. Cette définition devra préciser les unités élémentaires sur lesquelles elle se fonde et celles qu'elle ne prend pas en compte, parmi les six marqueurs de la maladie chronique identifiés.

Parallèlement, des travaux devraient s'engager pour identifier et comprendre les discordances et proposer des solutions pour le clinicien, à l'intersection des besoins et des acteurs. Sans cela, la proposition d'une définition univoque pour le médecin, le patient ou le système de soins sera toujours médiocre.



Enjeux pour la décision médicale

Définir une maladie comme chronique n'est pas sans poser de problèmes. Trois types de problèmes ont été identifiés.

Le premier est le choix réducteur, souvent centré sur des maladies à forts impacts médico-économiques et de santé publique. Cette réduction néglige notamment les symptômes chroniques dont l'impact pour le patient peut être important et dont la gestion médicale n'est pas évidente²¹. Par exemple, une constipation, une céphalée ou une insomnie chronique peuvent être l'indice d'une souffrance psychologique, d'une iatrogénie médicamenteuse, d'une décompensation d'une autre maladie chronique ou le signe d'une nouvelle maladie. Or, identifier ces symptômes, régulièrement pris en charge en médecine générale, notamment par la recherche du rapport prévalence/incidence, et les analyser dans un contexte le plus souvent multimorbide est d'un intérêt majeur pour la décision médicale et pour la qualité de vie du patient¹⁷.

Le deuxième est une vision trop générique de la maladie chronique qui n'aide pas le praticien dans sa prise de décision, comme le montre le non-respect des recommandations de pratique. Or chaque maladie chronique peut prendre des formes différentes par le degré de sévérité clinique (au sens des symptômes ressentis par le patient), le type et l'importance du handicap, et le contexte multimorbide¹⁹. Tous ces éléments doivent être considérés dans la décision médicale. L'identification et l'analyse des situations les plus fréquentes en pratique réelle, prenant en compte la sévérité clinique, le handicap et le contexte multimorbide du patient, à partir de typologies de patients atteints d'une maladie chronique, pourront mieux orienter les pratiques et les recommandations. C'est un premier pas vers une prise en charge en situation multimorbide complexe : modéliser la complexité sans la sim-

plifier. Ces analyses descriptives multidimensionnelles peuvent prendre en compte de nombreuses variables (au mieux, tous les éléments de santé). L'objectif est d'aider le praticien dans son raisonnement clinique, par l'identification des situations les plus courantes (reconnaissance de formes). Ce raisonnement prend en compte l'expression individuelle de la maladie, le retentissement sur la vie quotidienne du patient et son contexte clinique : une « clinique centrée patient » et non centrée maladie. Bien sûr, en plus du raisonnement clinique, l'approche globale, l'approche centrée sur la personne restent à mettre en œuvre, mais ceci sera d'autant plus facile que la complexité aura déjà été identifiée dès le raisonnement clinique du praticien. Ainsi, le processus de décision partagée pourra débiter par un diagnostic de situation partagée.

Le troisième problème est la frontière entre maladie aiguë et chronique qui n'est pas toujours évidente. Pour le diabète de type 2 ou la polyarthrite rhumatoïde, la question ne se pose pas, il y a bien un suivi avec le médecin traitant et un traitement régulier. Mais pour quantité d'autres, leur consommation de soins est plus erratique : lombalgie aiguë ou chronique ? Cystite simple ou récidivante ? Terrain anxieux, anxiété réactionnelle ou anxiété chronique ? Cette question est d'importance car elle peut impacter la décision médicale : faut-il prendre en charge cette maladie au long cours ou ne traiter que les crises ? Quelle est la balance bénéfices-risques des deux attitudes ? Y compris en termes de conséquences psychosociales et de morbidité pour le patient (récidives, séquelles), et en termes médico-économiques (plus d'exams, plus de médicaments)²³. Dans ces conditions, il n'est pas rare que le médecin soit face à des contradictions : la nécessité de partager la décision avec le patient, alors que l'incertitude sur la meilleure attitude reste grande ; l'injonction paradoxale de ne pas chroniquer une pathologie et, en même

temps, assurer un suivi au long cours pour en prévenir la chronicisation : « *Y penser tout le temps pour que ça n'arrive jamais !* ». Or c'est bien la réflexion du médecin qui viendra guider la prise en charge avec pour les maladies caractérisées comme « aiguës » une réponse immédiate, plutôt de type biomédical, et pour les maladies caractérisées comme « chroniques », des démarches de dépistage, de prévention, d'organisation du suivi, d'explorations des conséquences psychosociales, et d'éducation thérapeutique.

CONCLUSION

La revue de la littérature ne permet pas de trouver une définition univoque, homogène de la maladie chronique, et cela reste probablement une illusion. Cependant, une maladie qui dure, avec un suivi régulier, un traitement au long cours et une altération de la qualité de vie peuvent être considérés comme les principaux marqueurs de la chronicité. Derrière le caractère intellectuel de la réflexion, il existe de forts enjeux de prise en charge dans un contexte où la multimorbidité est prédominante. Pour éclairer au mieux la décision médicale des médecins généralistes, il est impératif de considérer à la fois les éléments cliniques, biomédicaux, le handicap physique et psychique du patient, le retentissement social et économique pour le patient et la collectivité. Enfin, la recherche clinique devrait proposer des typologies de patients atteints de maladie chronique tenant compte de ces différents éléments, s'intéresser aux symptômes chroniques et évaluer la pertinence de chroniciser ou non certaines maladies. ♦

Liens et conflits d'intérêts : les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en relation avec le contenu de cet article. Les liens d'intérêts éventuels de chacun des auteurs sont disponibles sur le site : www.transparence.sante.gov.fr

Résumé

Contexte. Les définitions de la maladie chronique apparaissent comme hétérogènes, et le reflet d'une gestion compartimentée, dépendante des acteurs (patient, médecin, assureur, institution gouvernementale). Pourtant, la définition d'une situation est nécessaire pour surveiller l'état de santé de la population, mener des enquêtes cliniques, évaluer les pratiques des professionnels et prendre des décisions en termes de politiques publiques.

Objectifs. Nos objectifs étaient d'identifier les invariants utilisés pour définir la maladie chronique et de faire émerger les questions majeures pour la décision médicale en soins primaires.

Méthode. Une revue narrative de la littérature jusqu'à la date du 30 janvier 2018 a été réalisée. Une recherche systématique d'articles originaux publiés a été conduite dans la base de données Medline avec l'équation de recherche suivante : « *chronic disease* » OR « *chronic illness* » OR « *chronic conditions* » AND « *defining* » OR « *definition* » AND « *primary care* » OR « *general practice* » OR « *general practitioner* ».

Résultats. Six marqueurs différents pour définir la maladie chronique ont été retrouvés. Trois critères étaient fréquemment retrouvés : une maladie qui dure, un suivi régulier avec un traitement au long cours et une altération de la qualité de vie. L'expression de la maladie pouvait être très variée, stable ou pas, sévère ou pas, avec des épisodes ou pas, et d'étiologie plurifactorielle. Il semble définitivement impossible de dégager une définition univoque de la maladie chronique. La définition de la maladie chronique dépendait des points de vue et trois visions ont été identifiées « patient », « médecin » et « système de soins » qui ne se recouvraient jamais complètement.

Conclusion. La revue de la littérature ne permet pas de trouver une définition univoque, homogène de la maladie chronique, et cela reste une illusion. Derrière le caractère intellectuel de la réflexion, il existe de forts enjeux de prise en charge dans un contexte où la multimorbidité est prédominante. La décision médicale doit mieux prendre en compte la sévérité clinique, le handicap et le contexte multimorbide du patient atteint de maladie chronique. Ces éléments dessinent un agenda de recherche sur les maladies chroniques et la multimorbidité.

→ **Mots-clés :** maladie chronique ; multimorbidité ; pratique professionnelle ; médecine générale ; soins primaires ; revue de la littérature.

Summary

Background. The definition of chronic disease appears heterogeneous and a reflection of compartmentalized management, dependent on the actors (patient, doctor, insurer, government institution). The definition of a situation is necessary to monitor the health status of the population, conduct clinical investigations, evaluate professionals practices and make decisions in terms of public policies.

Objectives. Our aim was to identify invariants used to define chronic disease, and to discuss major issues for medical decision in primary care.

Methods. We conducted a review of the literature until the date of January 30, 2018. A systematic search for published original articles was conducted in the Medline database with the following search equation: "chronic disease" or "chronic illness" or "chronic conditions" and "defining" or "definition" and "primary care" or "general practice" or "general practitioner".

Results. We found 6 different elements to define chronic disease. Three criteria were frequently found: a disease that lasts, a regular follow-up with long-term treatment, an impairment in quality of life. Disease's expression could be very varied, stable or not, severe or not, with episodes or not, and multifactorial etiology. Definition of chronic disease depended on the viewpoints and we identified three visions of "patient", "physician" and "care system" that never overlapped completely.

Conclusions. The literature review does not allow a unique, homogeneous definition of chronic disease to be found, and it remains an illusion. Behind the intellectual nature of reflection, there are strong issues of care in a context where multimorbidity is predominant. Medical decision must better take into account clinical severity, disability and multimorbidity context of patient with chronic disease. These factors draw a research agenda on chronic diseases and multimorbidity.

→ **Keywords:** chronic disease; multimorbidity; medical practice; general practice; primary care; narrative review.

Références

- Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. *Br J Gen Pract* 2002;52:526-7.
- Fleming DM, Elliot AJ. Changing disease incidence: the consulting room perspective. *Br J Gen Pract* 2006;56:820-4.
- Mallet L, Spinewine A, Huang A. The challenge of managing drug interactions in elderly people. *Lancet* 2007;370:185-91.
- Clerc P, Le Breton J, Mousquès J, Hebbrecht G, De Pourville G. Drug-prescription management in patients with multiple chronic conditions. results of the experimental polychrome study. *Question d'économie de la santé* 2010;156:8.
- Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes : un essai de typologie. *Études et résultats*. 2004;315:8.
- Haut Conseil de la santé publique. La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique. Paris : HCSP, 2009.
- Palazzo C, Ravaud JF, Trinquart L, Dalichampt M, Ravaud P, Poiradeau S. Respective contribution of chronic conditions to disability in France: results from the national Disability-Health Survey. *PLoS One* 2012;7:e44994.
- De Lepeleire J, Heyrman J. Is everyone with a chronic disease also chronically ill? *Arch Public Health* 2003;61:161-76.
- Fahey T. Assessing health needs in primary care. Chronic diseases need to have standard definitions. *BMJ* 1995;310:1535.
- Martin CM. Chronic disease and illness care: adding principles of family medicine to address ongoing health system redesign. *Can Fam Physician* 2007;53:2086-91.
- Goodman RA, Posner SF, Huang ES, Parekh AK, Koh HK. Defining and measuring chronic conditions: imperatives for research, policy, program, and practice. *Prev Chronic Dis* 2013;10:E66.
- Atwater RM. Commission on chronic illness. *Am J Public Health Nations Health* 1949;39:1343-4.
- Harris MF, Parker SM, Litt J et al. An Australian general practice based strategy to improve chronic disease prevention, and its impact on patient reported outcomes: evaluation of the preventive evidence into practice cluster randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res* 2017;17:637.
- Goncalves A.V., Jácome CI, Demain SH, Hunt KJ, Marques AS. Burden of treatment in the light of the international classification of functioning, disability and health: a "best fit" framework synthesis. *Disabil Rehabil* 2017;39:1253-61.
- Harrison C, Britt H, Miller G, Henderson J. Prevalence of chronic conditions in Australia. *PLoS One* 2013;8:e67494.
- O'Halloran J, Miller GC, Britt H. Defining chronic conditions for primary care with ICPC-2. *Fam Pract* 2004;21:381-6.
- Soler JK, Okkes I, Oskam S et al. Revisiting the concept of 'chronic disease' from the perspective of the episode of care model. Does the ratio of incidence to prevalence rate help us to define a problem as chronic? *Inform Prim Care* 2012;20:13-23.
- Moth G, Vestergaard M, Vedsted P. Chronic care management in Danish general practice - a cross-sectional study of workload and multimorbidity. *BMC Fam Pract* 2012;13:52.
- Tinetti ME, McAvay G, Chang SS et al. Effect of chronic disease-related symptoms and impairments on universal health outcomes in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:1618-27.
- Rosbach M, Andersen JS. Patient-experienced burden of treatment in patients with multimorbidity - A systematic review of qualitative data. *PLoS One* 2017;12:e0179916.
- Willadsen TG, Bebe A, Køster-Rasmussen R, et al. The role of diseases, risk factors and symptoms in the definition of multimorbidity - a systematic review. *Scand J Prim Health Care* 2016; 34:112-21.



22. Bedson J, McCarney R, Croft P. Labelling chronic illness in primary care: a good or a bad thing? *Br J Gen Pract* 2004;54:932-8.
23. Ministère de la santé de la jeunesse et des sports et de la vie associative. Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Paris : MSJSVA, 2007.
24. Haute Autorité de santé. L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques. Enquêtes descriptives : Les modalités de l'éducation thérapeutique dans le secteur des soins de ville. Paris : HAS, 2008.
25. Australian institute of health and welfare. Risk factors contributing to chronic disease. Canberra : AIHW, 2012.
26. National center for chronic disease prevention and health promotion. Chronic diseases. The power to prevent, the call to control. Atlanta : NC-CDPHP, 2009.
27. Bonino S. Vivre la maladie. Ces liens qui me rattachent à la vie. Bruxelles : De Boeck, 2008.
28. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva : WHO, 2005.
29. National public health service for wales. A profile of long-term and chronic conditions in Wales. Cardiff : NPHS, 2006.
30. Perrin EC, Newacheck P, Pless IB et al. Issues involved in the definition and classification of chronic health conditions. *Pediatrics* 1993;91:787-93.
31. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2010: with special feature on death and dying. Hyattsville : NCHS, 2011.
32. Mokkink LB, van der Lee JH, Grootenhuys MA, Offringa M, Heymans HS; Dutch national consensus committee chronic diseases and health conditions in childhood. Defining chronic diseases and health conditions in childhood (0-18 years of age): national consensus in the Netherlands. *Eur J Pediatr* 2008;167:1441-7.
33. Roberts DW. The commission on chronic illness. *Public Health Rep* 1954;69:295-9.
34. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions. Geneva : WHO, 2002.
35. Hwang W, Weller W, Ireys H, Anderson G. Out-of-pocket medical spending for care of chronic conditions. *Health Affairs* 2001;20:267-78.
36. Warshaw G. Introduction: advances and challenges in care of older people with chronic illness. *Generations* 2006;30:5-10.
37. Friedman B, Jiang HJ, Elixhauser A. Costly hospital readmissions and complex chronic illness. *Inq J Med Care Organ Provis Financ* 2008;45:408-21.
38. Anderson G. Chronic care: making the case for ongoing care. Princeton : Robert Wood Johnson Foundation, 2010.
39. U.S. Department of health and human services. Multiple chronic conditions: a strategic framework optimum health and quality of life for individuals with multiple chronic conditions. Washington DC : HHS, 2010.
40. Bancroft JG, Watts CA. A survey of patients with chronic illness in a general practice. *J Coll Gen Pract Res Newsl* 1959;2:338-45.
41. Bernstein AB, Hing E, Moss AJ, Allen KF, Siller AB, Tiggler RB. Health care in America: trends in utilization. Hyattsville : National Center for Health Statistics, 2003.
42. Feldman DJ. Chronic disabling illness: a holistic view. *J Chronic Dis* 1974;27:287-91.
43. Cluff LE. Chronic disease, function and the quality of care. *J Chronic Dis* 1981;34:299-304.
44. Curti M, Lubkin I. What is chronicity?, in Chronic illness: Impact and interventions. Sudbury : Lubkin, 1995.
45. Markos S. Developing a shared definition of chronic illness: The implications and benefits for general practice. Victoria : Health Issues Centre, 2002.
46. St Sauver JL, Warner DO, Yawn BP et al. Why patients visit their doctors: assessing the most prevalent conditions in a defined American population. *Mayo Clin Proc* 2013;88:56-67.
47. Ordre National des Infirmiers. Maladies chroniques: expertises infirmières. In : Contribution des organisations infirmières françaises à la journée internationale de l'infirmière 2010. Paris : ONI, 2010.
48. Remington PL, Brownson RC, Wegner MV. Chronic disease epidemiology and control, ed. 3. Washington, DC : APHA Press, 2010.
49. Haute Autorité en santé. Note méthodologique et de synthèse documentaire, Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. Saint-Denis : HAS, 2015.
50. Anderson R. Living with chronic illness: the experience of patients and their families. London : Routledge, 1988.
51. Larsen PD. Chronicity, in impact of chronic illness. Burlington : Jones and Bartlett, 2009.
52. Larsen PD, Morof Lubkin I. Chronic illness: impact and intervention, 6th ed. Burlington: Jones and Bartlett, 2009.