

Multimorbidité en médecine de famille

Drs SOPHIE EXCOFFIER^a, ANCA PASCHOUD^{a,b}, DAGMAR M. HALLER^a et LILLI HERZIG^c

Rev Med Suisse 2016; 12: 917-21

La multimorbidité, ou co-occurrence de plusieurs maladies chroniques, prend une importance croissante pour les professionnels de santé et l'organisation du système de santé. Elle a d'importantes conséquences pour le patient en termes de qualité de vie et d'impact fonctionnel, pour le médecin de famille en termes de compétences d'accompagnement et d'intégration et pour le système de santé en termes de coûts et d'organisation. Dans cet article, nous introduirons les notions de conditions chroniques, de multimorbidité, ainsi que son impact (fardeau) sur le patient et le médecin de famille, l'importance d'une priorisation des soins et des compétences en santé (*health literacy*) du patient, les conséquences de la polymédication et l'importance d'un réseau professionnel de santé. Ces thèmes seront développés tout au long du présent numéro.

Multimorbidity in family medicine

Multimorbidity, or co-occurrence of several chronic diseases, is of increasing importance for health professionals and the organization of the health care system. It is important for patients, particularly in relation to quality of life and functional status, for family practitioners in relation to support and coordination skills and for the health system in relation to costs and organization. In this article we introduce the concepts of chronic conditions, multimorbidity and its impact (burden) on the patient and the family practitioner, the importance of a prioritization of care and of the patient's health skills (health literacy), the consequences of polypharmacy and the importance of a network of health professionals. These themes will be developed throughout this issue.

INTRODUCTION

La multimorbidité, ou co-occurrence de plusieurs maladies chroniques, est devenue en parallèle avec le vieillissement de la population un enjeu de santé publique. Cet enjeu se reflète dans la quantité croissante d'articles scientifiques traitant du sujet au cours des dix dernières années. La prise en charge de patients multimorbides place le médecin de famille au premier plan, dans un rôle d'accompagnement et de coordination. C'est donc tout naturellement que ce thème a été choisi pour l'élaboration d'un projet de recherche national dans le cadre du programme SAFMed (Swiss Academy of Family

Medicine), qui réunit les cinq instituts/unités universitaires de médecine de famille suisses (Bâle, Berne, Genève, Lausanne et Zurich). A travers six articles, nous aborderons et développerons différents thèmes en relation avec la multimorbidité en médecine de famille.

Pour une personne souffrant de multimorbidité, on peut mesurer un impact sur la qualité de vie par le biais du fardeau de la/des maladie(s) ou du traitement, qui peuvent être perçus différemment par le patient et le médecin. La priorisation des soins et la décision partagée avec le patient (plaçant au centre non seulement les objectifs thérapeutiques mais aussi les souhaits du patient) sont au cœur des enjeux rencontrés par les médecins de famille (MF) dans leur prise en charge des patients multimorbides. La qualité de ces soins va aussi dépendre de la capacité des patients à comprendre et affronter la complexité et la fragmentation des soins et donc de leur compétence en santé (*health literacy*). La mise en place d'un réseau de professionnels de différentes formations avec l'orientation vers une approche intégrative est nécessaire, le médecin traitant assurant le plus souvent le rôle de chef d'orchestre. Finalement, un traitement médicamenteux complexe est souvent responsable de nombreux effets secondaires et interactions qui peuvent être causes d'hospitalisations.

DÉFINITION DE LA MULTIMORBIDITÉ

La multimorbidité peut être définie comme la co-occurrence d'au moins deux, trois ou plus de conditions chroniques, sans que l'une ou l'autre soit prioritaire. Au contraire la comorbidité se réfère à une condition chronique index s'additionnant d'une ou plusieurs autres conditions, et en influençant le déroulement.

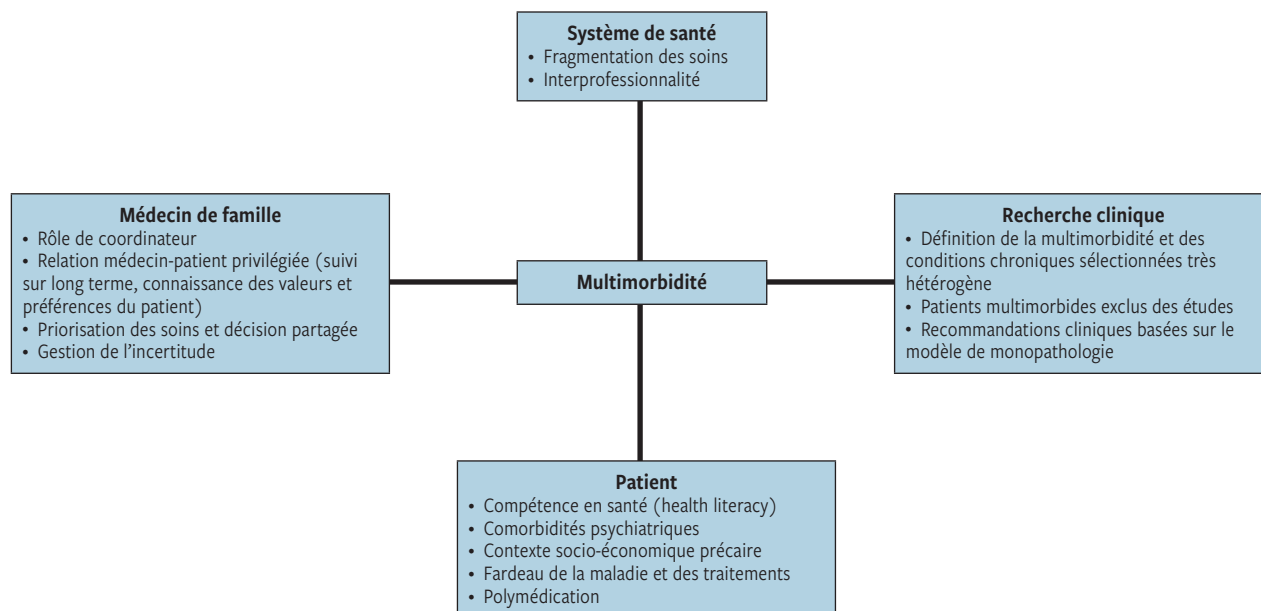
La définition de ce que sont une condition chronique et la multimorbidité semble implicitement évidente, cependant ces deux items comportent des interprétations très variées, selon qui les utilise. Car les enjeux pour les MF, les représentants de la santé publique, les politiciens ou les chercheurs varient. Ainsi, il est important de définir les termes de condition chronique et multimorbidité à l'aide de critères clairs permettant un langage commun et des comparaisons internationales (figure 1).

La définition d'une *condition chronique* qui semble le mieux correspondre aux besoins du MF est tirée d'une étude de référence de O'Halloran et coll., de 2004.¹ Basée sur une recherche de la littérature, les auteurs ont cherché à caractériser ce qui définissait une condition chronique et ils ont identifié les caractéristiques suivantes: durée (plus de six mois), pronostic

^aUnité des internistes généralistes et pédiatres, Faculté de médecine, Université de Genève et Service de médecine de premier recours, HUG, CMU, 1211 Genève 4, ^bRue de la Terrassière 11, 1207 Genève, ^cIUMF Institut Universitaire de médecine de famille, Université de Lausanne, Rue du Bugnon 44, 1011 Lausanne
sophie.excoffier@hcuge.ch | sophie.excoffier@unige.ch
anca.paschoud@unige.ch | dagmar.haller-hester@unige.ch | lilli.herzig@hin.ch

FIG 1

Les différents acteurs impliqués dans la prise en charge de la multimorbidité et les enjeux soulevés par celle-ci



avec un impact sur la durée ou la qualité de vie, évolution à long terme et risque potentiel de provoquer des séquelles. Ces critères ont ensuite été appliqués à l'International Classification of Primary Care (ICPC-2), système de classification tenant compte des problèmes les plus fréquemment rencontrés en médecine de famille, sous forme de symptômes, diagnostics et procédures de soins, et développée par l'Association mondiale des médecins de famille (Wonca).

Comme pour les conditions chroniques, la littérature montre une grande disparité de définitions de la *multimorbidité*, limitant une comparaison entre les études et une estimation du fardeau de celle-ci. Cette disparité est à nouveau en lien avec les besoins différents entre soignants, politiciens, acteurs de la santé publique ou chercheurs.

Le nombre de conditions chroniques à partir duquel on parle de multimorbidité est variable d'une étude à l'autre. La définition la plus communément retenue est celle proposée par l'OMS: de deux conditions chroniques ou plus. Cette définition est un peu restrictive et les MF peinent souvent à parler de multimorbidité sur la seule base du nombre de conditions chroniques. Plusieurs études qualitatives en cours à l'Institut universitaire de médecine de famille de Lausanne (auprès des MF, les patients et les réseaux de soins) montrent en effet que ce sont plus des caractéristiques comme la complexité, la qualité de vie, un renoncement ou un besoin de prioriser certaines prises en charge qui définissent le terme de multimorbidité et que le nombre de pathologies sous-jacentes est très secondaire.

De plus, lors d'une analyse de la littérature, il apparaît que pour les besoins de la recherche, différents chercheurs sur la

multimorbidité ont simplement présélectionné une liste de conditions chroniques selon des critères très différents. Le nombre de conditions retenues dans la liste est également très variable ce qui peut bien faciliter la recherche mais ne correspond nullement au vécu des cliniciens du terrain, et est souvent guidé par les objectifs de l'étude, les prévalences des conditions les plus fréquentes ou les données à disposition.²

Une récente revue de la littérature³ a publié un tableau récapitulatif des différentes listes utilisées dans la littérature. La majorité de celles-ci sont basées sur l'ICPC-2, mais aussi sur l'International Classification of Diseases (ICD-10). Cette dernière a été créée pour permettre une comparaison statistique de registres administratifs médicaux en termes de morbidité-mortalité entre différents pays.

PRÉVALENCE

Bien que la multimorbidité puisse toucher des personnes jeunes, sa prévalence augmente clairement avec l'âge.^{4,5} Lorsque définie comme deux conditions chroniques ou plus, elle est estimée actuellement entre 20 et 30% dans la population générale, tous âges confondus. Une étude portant sur l'évolution de la prévalence de la multimorbidité (définie ici comme au moins quatre conditions chroniques) montre une augmentation de celle-ci d'un facteur trois entre 1985 et 2005.⁶

Dans le contexte de l'accroissement de l'espérance de vie, ainsi que des avancées technologiques et thérapeutiques, caractérisé par une transition épidémiologique vers les maladies non transmissibles,⁷ la recherche dans ce domaine est d'une importance capitale pour l'organisation des systèmes de santé et d'une

prise en charge efficiente des patients multimorbides. L'influence de la définition de certaines normes est également de première importance; en effet, le nombre de patients considérés comme souffrant d'une condition chronique en est fortement influencé (par exemple, la norme de tension diminuée dans le cas de l'hypertension). Il est également essentiel d'avoir des données locales de prévalence pour pouvoir organiser au mieux les aspects de santé publique et comprendre l'impact de la multimorbidité pour les MF régionaux. A cet effet, une étude est actuellement en cours au niveau suisse, utilisant le réseau Sentinella, pour estimer la prévalence de la multimorbidité dans les cabinets de MF.

Parmi les affections les plus fréquemment retrouvées dans les études sur la multimorbidité, on note en particulier les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'insuffisance rénale chronique, les problèmes ostéo-articulaires chroniques, les maladies pulmonaires chroniques et les troubles mentaux (surtout démence et dépression).⁸

MULTIMORBIDITÉ ET CONSÉQUENCES

Les systèmes de santé sont encore trop souvent fragmentés, «en silos» de spécialistes et sont peu adaptés à la complexité des cas de patients multimorbides. Ceux-ci doivent souvent prendre de multiples traitements, sont souvent limités dans leurs capacités fonctionnelles, et sont invités à se rendre à de multiples consultations chez différents spécialistes, qui font différentes propositions, parfois sans avoir une vision globale du patient. Dans ce contexte, le rôle central du MF, à la fois chef d'orchestre et personne de confiance face aux multiples propositions, est essentiel pour éviter au patient un sentiment d'impuissance et d'incapacité à gérer toutes les implications sur sa santé.

La multimorbidité est associée à une diminution de la qualité de vie, du statut fonctionnel et à une augmentation de la consommation de ressources en santé et donc des coûts.⁴ L'addition de chaque condition chronique est associée à une augmentation du nombre de consultations annuelles chez le MF (11,9 vs 3,7 pour >4 conditions chroniques vs aucune), de consultations hospitalières ambulatoires (3,6 vs 0,6), d'hospitalisations (OR: 4,51), ainsi que d'une élévation du coût total des soins sur douze mois.⁹ Une récente revue systématique montre, dans la majorité des études sélectionnées, une association entre la multimorbidité et le déclin fonctionnel, celui-ci augmentant avec le nombre de conditions et leur sévérité.¹⁰

FACTEURS AGGRAVANT LA MULTIMORBIDITÉ

Comme pour d'autres affections, les déterminants sociaux de la santé ont une influence sur la multimorbidité. En effet, une recherche a montré une association entre les régions défavorisées et l'apparition plus précoce de la multimorbidité pouvant survenir jusqu'à une dizaine d'années plus tôt. De plus, la prévalence de comorbidités psychiatriques est également plus importante dans les régions défavorisées.⁴ Ces facteurs complexifient d'autant la prise en charge des patients multimorbides et le MF doit en être conscient.

FARDEAU DE LA MULTIMORBIDITÉ

Un patient multimorbide est confronté à de nombreux traitements médicamenteux, mais il a également des rendez-vous multiples chez différents spécialistes et autres soignants, et encore chez des formateurs d'autocontrôles. Il doit très souvent suivre un ou des régimes spécifiques et faire attention à des effets potentiels de certains aliments sur ses médicaments. Le tout étant encore agrémenté de contrôles biologiques, personnels réguliers. Tous ces facteurs plus organisationnels s'ajoutent aux conséquences directes des maladies mêmes, représentent une charge non négligeable pour les personnes concernées et peuvent nécessiter plusieurs heures de travail par jour.^{11,12} Par ailleurs, tous ces facteurs ont une influence significative sur le coût économique de la santé. C'est ce qu'on appelle le fardeau (*burden of disease* et *burden of treatment*). Ce lourd fardeau pour les patients se répercute souvent aussi sur les soignants, et en particulier sur le MF.

L'objectif premier pour ces patients multimorbides n'est le plus souvent plus une prise en charge centrée sur la pathologie, mais un maintien de la qualité de vie et du statut fonctionnel. C'est ainsi que la notion de la priorisation de soins doit être introduite. Pour atteindre cet objectif, un processus de décision partagée est indispensable et peut être élaboré dans le cadre d'une relation à long terme, dont le MF est l'acteur privilégié. En effet, il est indispensable que les désirs et besoins de l'agenda du patient soient confrontés aux besoins d'un agenda plus médical. Une bonne relation patient-MF permet d'ajuster au mieux le fardeau.

Le rôle du MF est indispensable pour contenir les effets cumulés du fardeau ainsi que les coûts de la santé en limitant les conséquences néfastes à long terme. En effet, des études aux Etats-Unis, au début des années 1990, ont montré l'association entre une forte densité de soins primaires (le plus fréquemment dispensés par les MF) et de meilleures issues de santé, démontrées par une diminution de la mortalité globale, de la mortalité cardiovasculaire, cérébrovasculaire et secondaire aux cancers.¹³

MULTIMORBIDITÉ ET GUIDELINES

L'adhésion à la lettre aux guidelines a montré ses limites dans le contexte de patients multimorbides. En effet, les guidelines et les outcomes des essais randomisés contrôlés visent préférentiellement les patients monomorbides et basent leurs recommandations sur la gestion d'une condition spécifique à une monopathologie. Ces patients ont le plus souvent été hautement sélectionnés pour répondre aux besoins de recherche et permettre des analyses. Mais les recommandations qui en découlent ne sont le plus souvent pas adaptées à une population vieillissante, multimorbide et vulnérable. Heureusement, nous assistons actuellement à l'élaboration de recommandations cliniques plus nuancées comme le montrent notamment le programme cantonal diabète du canton de Vaud,¹⁴ les dernières recommandations en matière de soins pour les patients hypertendus¹⁵ ou les recommandations américaines sur la cible thérapeutique de l'HbA1c dans la prise en charge du diabète en tenant compte de l'espérance de vie et du risque d'hypoglycémie.¹⁶

MULTIMORBIDITÉ ET POLYMÉDICATION

Comme déjà décrit précédemment, la multimorbidité implique de multiples prescriptions de traitements médicamenteux, avec un potentiel non négligeable d'effets secondaires et d'interactions. On parle de polymédication à partir de plus de quatre ou six médicaments. Cette polymédication est responsable d'une augmentation de la morbi-mortalité, d'hospitalisations et de coûts supplémentaires. Le suivi en parallèle de plusieurs guidelines monopathologiques engendre un cumul impressionnant de médicaments qui ne tient pas compte de leurs potentiels effets cumulatifs ou de leurs interactions. Ainsi, chez une hypothétique patiente de 79 ans, avec BPCO, diabète de type 2, ostéoporose, arthrose et hypertension, Boyd et coll. ont comptabilisé la recommandation de quatorze interventions non pharmacologiques et douze traitements en dix-neuf prises/jour.¹⁷

Une étude portant sur les effets indésirables, responsables de consultations aux urgences, chez les individus âgés de 65 ans et plus, montre que 9/10 médicaments font partie de la classe des antiplaquettaires, des antidiabétiques et des médicaments à marge thérapeutique étroite.¹⁸ Une sélection soigneuse de médicaments à vraiment prescrire et de traitements à retenir pour un patient multimorbide s'impose donc et est le plus souvent de la responsabilité du MF en accord avec les désirs de son patient. Ce sujet fait l'objet d'un article spécifique dans ce numéro.

FRAGMENTATION DES SOINS

Dans une synthèse d'études qualitatives, Sinnott et coll.¹⁹ ont mis en évidence que la principale difficulté rencontrée par les MF venait, entre autres, de la fragmentation des soins et de la désorganisation du système de soins. En effet, la continuité des soins est menacée par l'accès très libre aux soins et aux spécialistes en Suisse. Cette continuité est pourtant très importante, notamment pour les patients âgés et multimorbides, comme l'identifient Guthrie et coll.,²⁰ qui citent l'information, la gestion et la relation comme facteurs indispensables à une bonne prise en charge. La continuité comporte la connaissance du dossier médical, des antécédents, mais également des attentes, valeurs et préférences, ainsi que du contexte psychosocial du patient. Une histoire commune de soins avec le MF et de bonnes expériences assurent une confiance dans le traitement prescrit. La continuité des soins est particulièrement appréciée par les patients âgés, leur évitant de devoir répéter leurs histoires complexes et chroniques.

Le MF, de par sa relation privilégiée avec son patient, reste la personne centrale pour la gestion des patients multimorbides.²⁰ Mais la majorité de ces patients ne peuvent pas être pris en charge uniquement par le MF; les avis de spécialistes peuvent être indispensables et des interventions interdisciplinaires, notamment avec des équipes de soins à domicile ou le pharmacien, augmentent avec la progression des pathologies et le déclin fonctionnel,⁸ comme décrit plus longuement dans un article de ce numéro. Certaines spécialités sont fréquemment impliquées dans le suivi de patients chroniques. Ainsi, l'ophtalmologie, avec parfois des troubles de la vue importants (DMLA) qui peuvent passer inaperçus par le MF. Pourtant, même

l'introduction par l'ophtalmologue d'un traitement bêtabloquant local pour un glaucome devrait absolument être intégrée au schéma thérapeutique global du patient.

MULTIMORBIDITÉ ET ENSEIGNEMENT

Au vu des enjeux complexes liés au vieillissement de la population et de l'augmentation annoncée de la prévalence de la multimorbidité, il est indispensable de sensibiliser déjà au niveau prégradué les étudiants en médecine et autres professions de santé à la multimorbidité en verbalisant le raisonnement intégratif du MF et l'importance de la collaboration interprofessionnelle. Il faut également leur enseigner la recherche active de handicaps fonctionnels, tels que des difficultés de mobilisation, de déplacements, la présence d'un soutien ou non de la part de l'entourage. En collaboration avec les gériatres, toutes les composantes d'un syndrome gériatrique doivent être portées à l'attention des étudiants. La difficulté réside actuellement dans l'absence de recommandations validées pour ces patients complexes, ce qui rend l'enseignement difficile. Par ailleurs, la complexité et l'incertitude qui accompagnent la prise en charge d'un patient multimorbide risquent d'effrayer des étudiants, n'ayant pas encore suffisamment d'expérience pour envisager une priorisation, des renoncements aux soins et d'accepter les limites de la médecine biomédicale.

CONCLUSION

La multimorbidité est devenue un enjeu central en termes de santé publique, de politique, de recherche et de prise en charge médicale tant du point de vue du patient que du médecin et des autres professionnels de santé.

L'organisation du système de santé suisse, ainsi que les recommandations internationales sur lesquelles la pratique se fonde, sont actuellement encore prioritairement basées sur le modèle classique de monopathologie, et ne proposent pas de prise en charge intégrative. Il reste un champ de recherche à explorer afin de pallier cette inadéquation, mais des données épidémiologiques claires doivent au préalable être recueillies.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La multimorbidité augmente avec l'âge, et devient un enjeu de santé publique en parallèle au vieillissement de la population
- Les conséquences de la multimorbidité sont une diminution de la qualité de vie et du statut fonctionnel, et une augmentation des coûts de santé
- Aux conséquences directes de la maladie et du traitement s'ajoutent des facteurs organisationnels qui représentent une charge pour le patient, le tout dénommé fardeau (*burden*). Celui-ci se répercute également sur les soignants
- Devant un tableau clinique et une prise en charge complexes, appliquer une priorisation des soins, basée sur une décision partagée avec le patient, est indispensable

- 1 ** O'Halloran J, Miller GC, Britt H. Defining chronic conditions for primary care with ICPC-2. *Fam Pract* 2004;21:381-6.
- 2 Diederichs C, Berger K, Bartels DB. The measurement of multiple chronic diseases – a systematic review on existing multimorbidity indices. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2011;66:301-11.
- 3 * Violan C, et al. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: A systematic review of observational studies. *PLoS One* 2014;9:e102149.
- 4 * Barnett K, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *Lancet* 2012;380:37-43.
- 5 Van den Akker M, et al. Multimorbidity in general practice: Prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol* 1998;51:367-75.
- 6 Uijen AA, Van de Lisdonk EH. Multimorbidity in primary care: Prevalence and trend over the last 20 years. *Eur J Gen Pract* 2008;14(Suppl. 1):28-32.
- 7 Global status report of non-communicable disease 2010, WHO.
- 8 Fraccaro P, et al. Adoption of clinical decision support in multimorbidity: A systematic review. *JMIR Med Inform* 2015;3:p. e4.
- 9 Glynn LG, et al. The prevalence of multimorbidity in primary care and its effect on health care utilization and cost. *Fam Pract* 2011;28:516-23.
- 10 Ryan A, et al. Multimorbidity and functional decline in community-dwelling adults: A systematic review. *Health Qual Life Outcomes* 2015;13:168.
- 11 *Mair FS, May CR. Thinking about the burden of treatment. *BMJ* 2014;349:g6680.
- 12 Eton DT, et al. Building a measurement framework of burden of treatment in complex patients with chronic conditions: A qualitative study. *Patient Relat Outcome Meas* 2012;3:39-49.
- 13 **Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*, 2005;83:457-502.
- 14 Herzig L, et al. Adaptations des recommandations pour la pratique clinique. *Rev Med Suisse* 2012;8:1049-53.
- 15 Mancia G, et al. 2013 ESH/ESC Practice guidelines for the management of arterial hypertension. *Blood Press* 2014;23:3-16.
- 16 American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes – 2016 abridged for primary care providers. *Clin Diabetes* 2016;34:3-21.
- 17 Boyd CM, et al. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: Implications for pay for performance. *JAMA* 2005;294:716-24.
- 18 Budnitz DS, et al. Medication use leading to emergency department visits for adverse drug events in older adults. *Ann Intern Med* 2007;147:755-65.
- 19 Sinnott C, et al. GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: Systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ Open* 2013;3:e003610.
- 20 Guthrie B, et al. Continuity of care matters. *BMJ* 2008;337:a867.

* à lire

** à lire absolument