

Enseigner une démarche décisionnelle adaptée à la multimorbidité



CNGE 2021 – vendredi 18 juin

Julien Le Breton, Elisabeth Griot, Christian Comte, Christian Chaudon, Pascal Clerc

Qu'est-ce que la multimorbidité ?

Il n'existe pas de définition consensuelle de la multimorbidité

La définition la plus acceptée est « la **co-occurrence de plusieurs maladies chroniques chez le même individu sur la même période sans que prédomine une maladie principale** » (Académie Nationale de Médecine ; mars 2018)

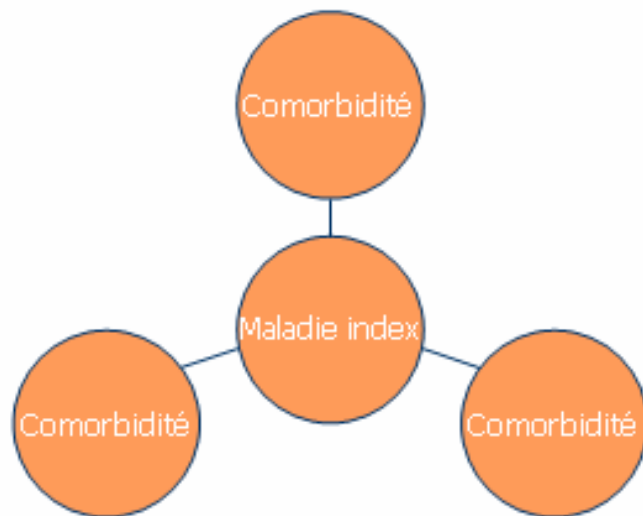
Les maladies sont toujours incluses dans la définition, les facteurs de risque le sont souvent, les symptômes et syndromes quelques fois.

La multimorbidité retentit systématiquement sur « **les dimensions sociale, psychologique et économique de la vie du patient** »

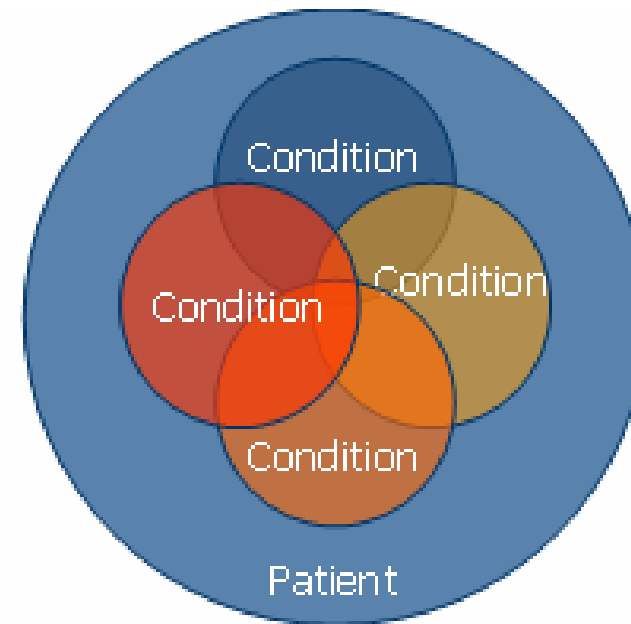
Qu'est-ce que la multimorbidité ?

Passage d'une approche centrée sur la maladie à une approche centrée sur le patient

Comorbidité



Multimorbidité



Almiral (2013) in « HAS, Note méthodologique et de synthèse documentaire, Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires, Mars 2015 »

La multimorbidité, un problème fréquent

- C'est un problème quotidien en MG, dont la prise en charge est complexe, chronophage et peu valorisée
- L'augmentation de prévalence de la multimorbidité s'explique par une double transition, démographique et épidémiologique ¹
- La multimorbidité augmente avec l'âge ²
- La multimorbidité augmente avec la diminution du niveau socio-économique de la population ¹

1 - FRESHER, D2.3, Report on meta-analyses, Ares(2017)1924473 - 11/04/2017 ; (FRESHER : *Foresight for health policy development and regulation*)

2 - OBSAN, La multimorbidité chez les patients de 50 ans et plus : Résultats basés sur l'enquête Share (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), Bulletin OBSAN 4/2013

La multimorbidité, un problème fréquent

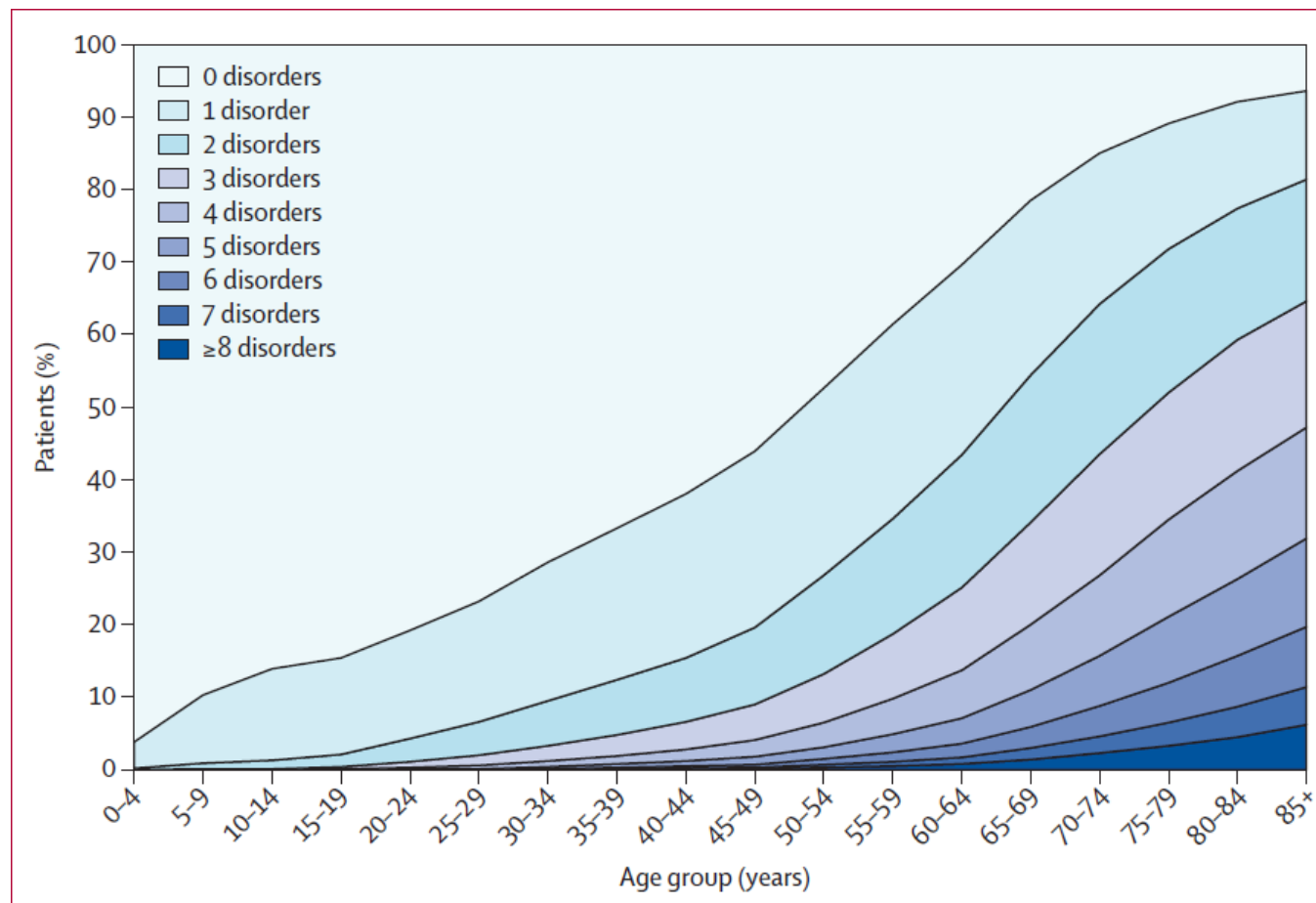


Figure 1: Number of chronic disorders by age-group

K. Barnett and all, Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study, *Lancet* 2012; 380: 37–43

Problématiques dans le soin

- Difficultés cliniques : intrication de symptômes, gestion de l'enchevêtrement des problèmes physiques et psychologiques, fiabilité de diagnostics anciens
- Inadaptation des recommandations de bonne pratique et de la médecine factuelle
- Problèmes de gestion de l'ordonnance : polyprescription incrémentielle, iatrogénie, déprescription
- Défi de la prestation de soins axée sur le patient : fluctuation des plaintes, négociation au long cours, interférence des facteurs socio-culturels

Problématiques organisationnelles

- Communication avec les autres spécialistes et les autres intervenants
- Difficultés de coordination avec désorganisation, duplication et fragmentation des soins
- Positionnement du médecin face aux liens entre précarité socio-économique (coût des soins), multimorbidité et système de santé
- Gestion du temps de prise en charge des patients multimorbides dans le cadre d'une activité libérale

Médecin/patient : des vécus différents de la multimorbidité

Le médecin

- Reconnaître des maladies
- Des recommandations inadaptées au patient
- Faire face à des plaintes multiples variables dans la durée
- Gérer les traitements prescrits par les recours médicaux, leurs effets secondaires, interférences et incompatibilités
- Confier des soins à des paramédicaux qu'il connaît souvent mal
- Mettre le patient en relation avec un système médico-social complexe.

Risque d'épuisement, de renoncement et de prise en charge purement symptomatique

Le patient

- Vivre au quotidien avec des symptômes liés aux maladies et à leurs traitements
- Multiplier les examens et les consultations
- Subir des recommandations d'hygiène de vie
- Gérer des médicaments multiples
- Renoncer à certains objectifs de vie
- Vivre dans la crainte de l'avenir
- Gérer le retentissement sur l'environnement familial et social
- Être confronté à ses limites
- Manquer d'information adaptée
- Etc ...

Risque d'épuisement, de mauvaise adhésion aux traitements, de perte de confiance, de détresse psychologique

Des moyens pour rapprocher les points de vue

- L'approche centrée patient se présente comme la procédure la mieux adaptée pour apporter des réponses aux problèmes posés par la multimorbidité
- Reconnaître le fardeau (*burden*) des maladies et de leurs traitements et la charge de travail (*workload*) qu'il impose au patient.
- Prendre en compte la qualité de vie du patient
- Promouvoir l'autonomisation du patient (*empowerement*), sans lui imposer, afin d'améliorer sa participation à sa propre prise en charge

Proposition d'une démarche structurée pragmatique pour la prise en charge d'un patient multimorbide

Six étapes

1. Répertorier et décrire les éléments constitutifs de la santé du patient
2. Organiser les maladies et les évènements de vie par la recherche de liens entre eux : « **regroupements fonctionnels cohérents** » = Établir un **diagnostic de multimorbidité**
3. Rechercher un **effet domino thérapeutique**
4. Choisir un « **axe principal d'intervention** »
5. Co-construire avec le patient des objectifs opérationnels
6. Évaluer et suivre l'axe principal d'intervention

Répertorier et décrire

- **La situation clinique**
 - Répertorier les éléments d'anamnèse clinique
 - Décrire la sémiologie et nommer chacun des problèmes de santé rencontrés que ce soit un symptôme, un syndrome, un tableau de maladie, ou un diagnostic
 - S'aider d'un outil de description : Dictionnaire des Résultats de Consultation
- **Les éléments non médicaux**
 - Evènements de vie : deuil, chômage, contexte professionnel,
 - Éléments propres au patient : représentations, son vécu, son ressenti, ses besoins, ses attentes et préférences

Organiser, rechercher des liens

- Pour comprendre une situation complexe et optimiser la prise en charge, il faut **rechercher un sens clinique à cette situation en s'appuyant sur les liens** existant entre les maladies et/ou avec les éléments non médicaux.
- Ces liens peuvent être cliniques, étiologiques, physiopathologiques, thérapeutiques, situationnels, statistiques
= « Regroupements fonctionnels cohérents »
- Il faut faire avec le patient **un diagnostic de situation multimorbide**

Rechercher un effet domino

- Ces liens permettent de prévoir qu'une action sur un élément de santé aura des conséquences sur d'autres. Ce principe est à la base de l'effet domino.
- **L'effet domino** est une réaction en chaîne, qui n'est pas l'effet du hasard, préparée et déclenchée-par le médecin; sa portée dépend des liens entre les éléments de santé. Cet effet est plus ou moins important.

Choisir l'axe principal d'intervention

- **L'axe principal d'intervention**, est une maladie ou un élément de santé parmi tous ceux de la situation multimorbide du patient, sur lequel il est choisi d'agir, dans l'attente d'un effet domino maximal d'amélioration d'autres éléments qui lui sont liés

Choisir l'axe principal d'intervention

- Le choix de l'axe principal d'intervention est pertinent si
 - Un **effet domino positif** est attendu de l'action qui est envisagée
 - Le choix est **raisonnable** en fonction du pronostic du patient
 - Le patient estime que l'action est **réaliste et acceptable** pour lui
 - Le **contexte** sanitaire permet sa réalisation
- L'axe principal d'intervention
 - **peut être modifié** en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient
 - n'est **pas une maladie prioritaire** qui nécessite une intervention rapide sur une durée limitée
 - n'empêche pas la **prise en compte des difficultés du patient**, fonctionnelles, psychologiques et sociales

Coconstruire avec le patient les objectifs opérationnels

- C'est une **co-construction avec le patient** à partir de **l'axe principal d'intervention** qui repose sur plusieurs principes
 - ✓ Connaître les limites des recommandations
 - ✓ Réduire le fardeau du patient
 - ✓ Intégrer les capacités et les préférences du patient
 - ✓ Tenir compte du pronostic et des risques encourus
 - ✓ Prioriser la faisabilité
- Ces objectifs seront le socle du **plan de santé personnalisé**

Illustration clinique en groupe de pairs

Monsieur Marcel, consulte pour la première fois, il entre dans le cabinet avec, sous le bras, un épais dossier médical. Son nouveau médecin traitant, le Dr Martine D., est installée récemment.

« Bonjour docteur. Mon médecin est parti en retraite. Il m'a donné mon dossier pour vous. Je viens pour renouveler mon ordonnance »
« Bonjour. Pour commencer je vais vous poser quelques questions pour vous ouvrir un nouveau dossier et cela me permettra de mieux vous connaître. Nous verrons ensuite pour l'ordonnance.»

Marcel est âgé de 78 ans, il vit avec sa femme, dans une maison à Epône dans les Yvelines. En retraite depuis l'âge de 60 ans, Les dernières années, il était contremaitre chez Renault à Flins.

Il explique dans ses antécédents

- Une HTA depuis 10 ans, pour laquelle son ancien médecin a changé plusieurs fois le traitement
- Un ulcère de l'estomac qui ne le fait plus souffrir actuellement, mais il ressent encore fréquemment des remontées acides plus volontiers matinal.
- Un diabète qui n'est pas bien équilibré
- Une consommation ancienne de boissons alcoolisées, qu'il a beaucoup de mal à contrôler, autant de façon quotidienne que lors d'épisodes aigus compulsifs.
- Un tabagisme à plus de 20 cig/j qu'il ne cherche pas à diminuer
- Une artérite des membres inférieurs avec une claudication intermittente modérée (PM > 100 mètres)
- Une gonarthrose bilatérale pour laquelle on lui avait parlé déjà d'intervention et qui le gêne beaucoup pour marcher
- Une hypothyroïdie post chirurgicale pour thyroïde multinodulaire

Illustration clinique en groupe de pairs

Lors de l'entretien, il exprime facilement sa souffrance face à une baisse d'activité « *je ne fais plus grand-chose* »,... « *et je ne vois plus les copains pour jouer aux boules* »... « *Mes enfants viennent me voir de temps en temps, je n'ai pas grand-chose à leur dire* ». Il continue à suivre « un peu » les informations, a arrêté son abonnement au journal local. Il ne sort plus beaucoup depuis qu'il est tombé dans la rue en accompagnant sa femme pour les courses. Ses genoux l'ont lâché dit-il

Il a consulté plusieurs spécialistes, et a eu plusieurs hospitalisations à l'hôpital de Mantes la Jolie, pour équilibrer son diabète et pour bilan cardio-vasculaire.

Son traitement pour une durée de 3 mois, comporte :

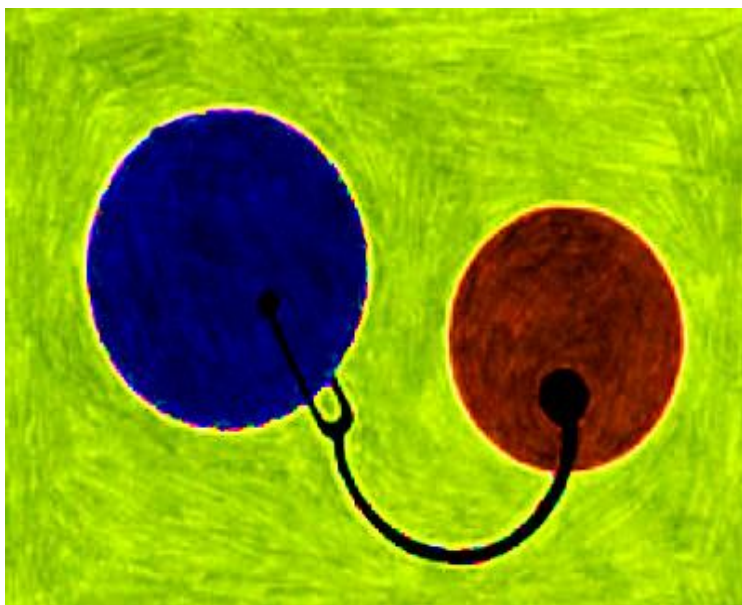
- LISINOPRIL-HYDROCHLORTHIAZIDE 20 mg/5 mg un comprimé le matin
- CLOPIDOGREL 75 mg un comprimé le matin
- OMEPRAZOLE 20 mg une gélule le soir
- METFORMINE 850 mg un comprimé matin, midi et soir
- PARACETAMOL 1 gramme : un comprimé 3 fois par jour si douleur
- ALPRAZOLAM 0.25 mg un comprimé le soir
- LEVOTHYROXINE 100 µg : un comprimé le midi avant le repas

Ce jour, Marcel pèse 68 kg pour 1 m75, à l'examen :

- Pression artérielle à 170/105 après un temps de repos
- Cœur régulier à 85
- Champs pulmonaires libres
- Débord hépatique de 2 cm, sans reflux hépato-jugulaire ni ascite,
- Important œdème des membres inférieurs assorti de varices et d'une dermatite ocre

Collection " *Le plaisir de comprendre* "

La multimorbidité, | | | |--|--| | | | |--|--| une nouvelle conception du soin



**Pascal CLERC, Julien LE BRETON,
Elisabeth GRIOT, Christian COMTE, Christian CHAUDON**