

RPC Multimorbidité :

Prise en charge des personnes atteintes d'affections chroniques multiples

Personnes à qui s'appliquent les recommandations : personnes adultes atteintes d'affections chroniques multiples (multimorbidité)

Personnes à qui sont destinées les recommandations : tous les professionnels de la santé et du social concernés par les soins aux personnes atteintes d'affections chroniques multiples

Introduction, objectifs

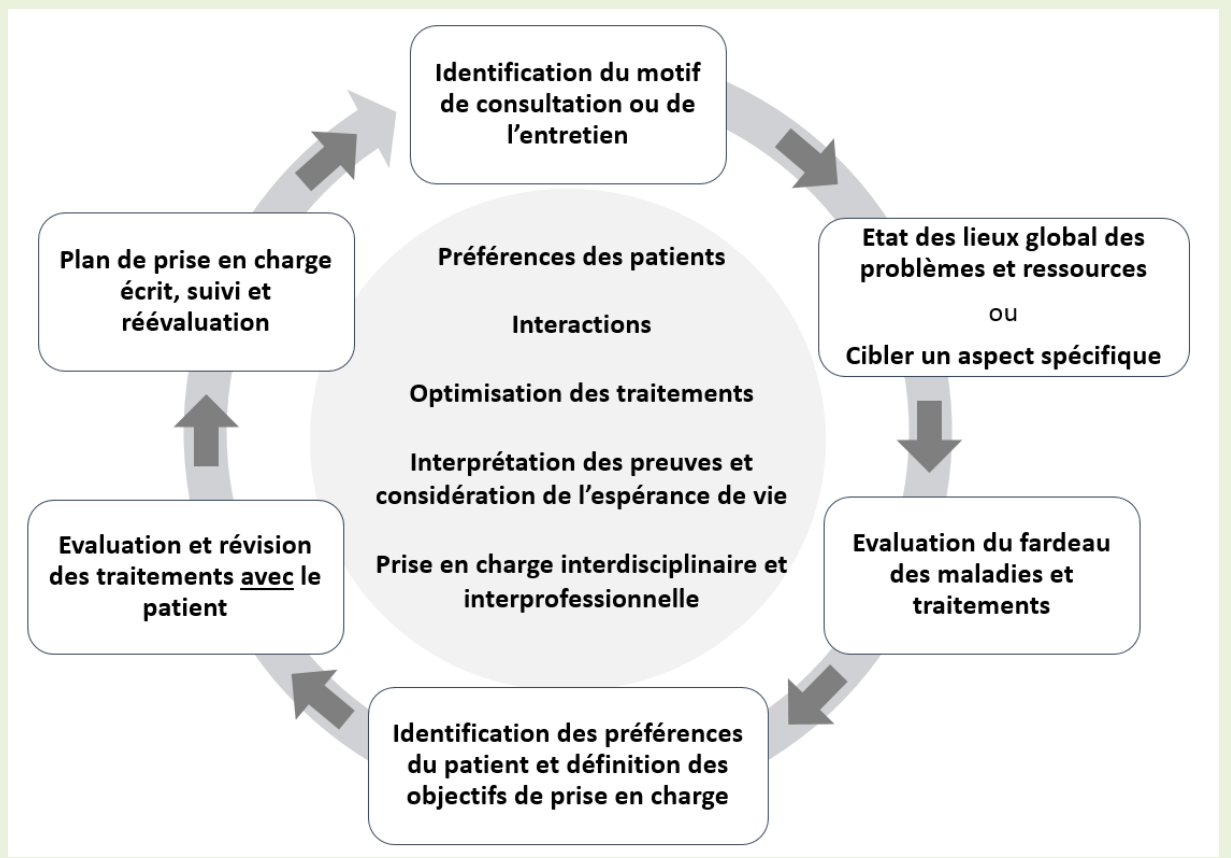
En Suisse, en 2010–2011, la prévalence de la multimorbidité (≥ 2 maladies chroniques) dans la population âgée de 50 ans et plus était de 22%, dont un tiers présentait au moins 3 maladies chroniques (enquête SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe).

La multimorbidité est associée à une qualité de vie réduite, une polymédication, un fardeau accru des traitements, un risque élevé d'effets indésirables, un recours fréquent aux soins (y compris un risque plus élevé d'hospitalisation) et une mortalité élevée. La multimorbidité peut aussi avoir un impact sur la capacité des personnes à gérer leurs différentes maladies ainsi que les traitements et les soins qui en découlent.

Les objectifs de prise en charge des personnes atteintes d'affections chroniques multiples sont :

- 1) d'aider les personnes à maintenir voire améliorer leur qualité de vie, en encourageant une prise de décision partagée sur la base de ce qui est important pour la personne en termes de traitements et soins, priorités de santé et projet de vie (patient partenaire), et
- 2) d'améliorer la communication, la collaboration et la coordination pour réduire le fardeau des traitements (par ex. polymédication) et des soins (par ex. multiplication de rendez-vous et d'interventions).

L'essentiel



Définition

La multimorbidité se réfère à la présence de ≥ 2 affections ou problèmes de santé chroniques qui peuvent inclure :

- des problèmes de santé physique et mentale définis (par ex. diabète, schizophrénie),
- des problèmes permanents (par ex. troubles d'apprentissage),
- des syndromes ou symptômes (par ex. fragilité, douleur chronique),
- une déficience sensorielle (par ex. perte de la vue, de l'ouïe),
- un abus d'alcool ou de substances, ou
- une précarité sociale.

Principes généraux qui guident la prise en charge de la multimorbidité

Une prise en charge qui tient compte de la multimorbidité a pour objectif ultime d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'affections chroniques multiples. Elle est guidée par les principes généraux suivants :

1. Préférences des personnes atteintes d'affections chroniques multiples

Considérer leurs besoins et attentes, leurs préférences et priorités en matière de santé et soins (investigations et traitements) ainsi que leur projet de vie.

2. Interactions

Tenir compte des interactions entre les problèmes de santé, entre les problèmes de santé et les traitements, et entre les problèmes de santé et le contexte psychosocial et culturel des personnes concernées.

3. Optimisation des traitements

Evaluer les risques et les avantages de chaque traitement, tout en cherchant à en réduire le fardeau.

4. Interprétation des preuves et considération de l'espérance de vie

Evaluer les avantages et les risques de suivre les recommandations spécifiques à une maladie et tenir compte de l'espérance de vie pour convenir d'objectifs cohérents et réalistes.

5. Prise en charge interdisciplinaire et interprofessionnelle

Améliorer la coordination des soins entre les différents services et professions (notamment à l'interface ville/hôpital) en :

- définissant les rôles et tâches des professionnels de santé impliqués (y compris les professionnels du social, le cas échéant),
- précisant qui pilote la coordination d'entente avec la personne concernée, et
- partageant les informations utiles à la prise en charge de la personne concernée entre les professionnels impliqués.

Etapes de la prise en charge

1^{ère} étape : Identification du motif de consultation ou de l'entretien

- Se renseigner sur la préoccupation principale de la personne (et celle des proches, le cas échéant).

2^{ème} étape : Etat des lieux global des problèmes et ressources OU cibler un aspect spécifique

- Faire un état des lieux de la situation médicale, psychologique et sociale **OU** se concentrer sur un aspect spécifique de prise en charge.
 - Situation médicale : liste des problèmes de santé, des traitements et des médicaments, adhésion aux médicaments et traitements, difficultés de gestion de traitements (par ex. besoin de piluliers, CMS, etc.).
 - Situation psychologique : surveiller les signes d'anxiété, de détresse ou de dépression, et les troubles cognitifs.
 - Situation sociale : contexte psychosocial, économique et familial.
- Evaluer les ressources de la personne atteinte d'affections chroniques multiples : par ex. littératie en santé (capacité de la personne à trouver, comprendre, évaluer et utiliser une information sur la santé afin de prendre des décisions éclairées concernant sa santé), stratégies d'adaptation, capacité d'apprentissage, capacité financière, conditions de vie et soutien social.
- Identifier les professionnels qui évaluent et participent au suivi de la personne atteinte d'affections chroniques multiples, et la personne qui pilote la coordination, le cas échéant.

3^{ème} étape : Evaluation du fardeau des maladies et traitements

- Evaluer l'impact des problèmes de santé et des traitements sur la vie quotidienne.

4^{ème} étape : Identification des préférences de la personne (et des proches, le cas échéant) et définition des objectifs de prise en charge

- Demander à la personne ce qui est important pour elle : objectifs, valeurs et priorités (par ex. maintien de l'indépendance, participation à des activités professionnelles ou sociales, prévention d'événements indésirables, prolongement de l'espérance de vie).
- Clarifier si et comment la personne veut impliquer sa famille, ses proches et/ou d'autres professionnels de santé.
- Concilier les priorités de la personne avec les possibilités de prise en charge.
- Définir les objectifs de prise en charge avec la personne (et ses proches, le cas échéant).

5^{ème} étape : Evaluation et révision des traitements avec la personne concernée (et ses proches, le cas échéant)

- Evaluer les traitements et les médicaments en considérant les avantages et inconvénients pour la personne (outils d'aide à la décision : STOPP/START, etc.).
- Tenir compte des interactions et contre-indications des traitements.
- Rechercher si des preuves sont disponibles dans la littérature et évaluer leur application à la personne atteinte d'affections chroniques multiples.
- Prendre une décision conjointe (patient partenaire) après avoir expliqué les avantages et désavantages des différentes options de prise en charge médicales et sociales, ainsi que les délais pour atteindre les objectifs.
- Proposer une éducation structurée (éducation thérapeutique) à la personne, et à ses proches le cas échéant, selon ses besoins et capacités.

6^{ème} étape : Plan de prise en charge écrit, suivi et réévaluation

- Etablissement du plan de prise en charge écrit avec la personne concernée (et ses proches, le cas échéant).
- Ce plan devrait décrire :
 - les affections chroniques dont souffre la personne,
 - quels médicaments et traitements sont prescrits ou sont à interrompre, en explicitant les objectifs de chaque médicament/traitement,
 - les intervalles et modalités de suivi, et
 - qui est responsable de la coordination des soins et de la communication entre professionnels.
- Ce plan devrait être partagé avec tous les professionnels de santé impliqués.

Méthode

Cette recommandation pour la pratique clinique (RPC) a été adaptée à partir de cinq RPC jugées de bonne qualité méthodologique, qui sont fondées sur les meilleures preuves actuellement disponibles. La grille d'évaluation AGREE a été utilisée pour évaluer la qualité méthodologique de ces cinq recommandations sources. En suivant le processus d'adaptation ADAPTE, cette recommandation, adaptée au contexte des soins en Suisse, a été élaborée par un groupe de travail multidisciplinaire et multi-professionnel, puis évaluée et finalisée par un groupe de travail externe. Les éléments détaillés de la méthode sont disponibles sur demande.

Niveau de preuve et force des recommandations

Les recommandations originales se fondent sur des revues systématiques, des essais randomisés contrôlés, des études qualitatives (entretiens et *focus groups*) avec des patients et leurs proches, et des consensus d'experts. Les preuves concernant l'efficacité des interventions pour les personnes atteintes d'affections chroniques multiples restent insuffisantes, en raison de l'hétérogénéité des interventions et des résultats.

Recommandations sources

American Geriatrics Society (AGS) – Etats-Unis

- AGS Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians. *J Am Geriatr Soc.* 2012; 60(10): E1-E25. [Lien](#)
- AGS Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Patient-centered care for older adults with multiple chronic conditions: a stepwise approach from the AGS. *J Am Geriatr Soc.* 2012; 60(10): 1957-68. [Lien](#)

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) – Allemagne

- DEGAM. Multimorbidität. S3-Leitlinie. Nov 2017. AWMF-Register-Nr. 053-047. DEGAM-Leitlinie Nr. 20. [Lien](#) (Version courte: [Lien](#))
- Muche-Borowski C, Lühmann D, Schäfer I, (...) DEGAM group. Development of a meta-algorithm for guiding primary care encounters for patients with multimorbidity using evidence-based and case-based guideline development methodology. *BMJ Open*. 2017; 7(6): e015478. [Lien](#)

Haute Autorité de Santé (HAS)

- HAS. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. Avril 2015 [Lien](#)
 - Fiche Points clés. [Lien](#)
 - Note méthodologique et de synthèse documentaire. [Lien](#)

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) – UK

- NICE guideline NG56. Multimorbidity: clinical assessment and management. 2016. [Lien](#)

Symposium „Evidence-based medicine meets multimorbidity“, October 2012

- Muth C, van den Akker M, Blom JW et al. The Ariadne principles: how to handle multimorbidity in primary care consultations. *BMC Medicine* 2014; 12: 223. [Lien](#)

Revue Médicale Suisse – Suisse / Adaptations de l'AGS

- Boudon A, Riat F, Rassam-Hasso Y, Lang PO. Polymorbidité et polypharmacie. Comment optimiser la prise en charge des patients âgés complexes ? *Forum Médical Suisse* 2017; 17(13): 306-312. [Lien](#)
- Riat F, Rochat S, Büla C, Renard D, Monod S. Principes d'évaluation et de prise en charge des patients âgés polymorbides : guide à l'intention des cliniciens. *Rev Med Suisse* 2012; 8: 2109-14. [Lien](#)

Autres références

- OBSAN. La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus. *OBSAN Bulletin* 4/2013. [Lien](#)
- Gauvin F-P, Wilson MG, Alvarez E. Knowledge Synthesis: Identifying Optimal Treatment Approaches for People with Multimorbidity in Ontario. *McMaster Health Forum*. Apr 2013. [Lien](#)

Revue systématique sur l'efficacité des interventions pour les personnes atteintes d'affections chroniques multiples

- de Bruin SR, Versnel N, Lemmens LC, Molema CC, Schellevis FG, Nijpels G et al. Comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions: a systematic literature review. *Health Policy* 2012; 107(2-3): 108-45. [Lien](#)
- Hopman P, de Bruin SR, Forjaz MJ, Rodriguez-Blazquez C, Tonnara G, Lemmens LC et al. Effectiveness of comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions or frailty: A systematic literature review, *Health Policy* 2016; 120(7): 818-832. [Lien](#)
- Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 3. Art. No.: CD006560. [Lien](#)

Groupe ayant élaboré la RPC

Bérenghère Aubry-Rozier (rhumatologue), Charles Bonsack (psychiatre), Olivier Bugnon (pharmacien), Christophe Bula (gériatre), Stéphane Coendoz (patient), Jacqueline Collet (proche aidante), Astrid Czock (QualiCCare), Bernard Favrat (interniste), Alberto Garcia Manjon (infirmier clinicien spécialisé MSc), Rafi Hadid (pharmacien), Isabelle Hagon-Traub (diabéto-endocrinologue), Cristina Henry (infirmière consultante en soins), François Héritier (médecin de famille), Sébastien Jotterand (médecin de famille), Didier Locca (cardiologue), Laure Nicolet (pharmacienne), Lucien Roulet (pharmacien), Rachel Voellinger (psychiatre)

Rédaction et appui méthodologique : Chantal Ardit, Bernard Burnand, Isabelle Peytremann Bridevaux

Date de la recommandation : 17 janvier 2019

Date de la prochaine révision : janvier 2022

Toutes les recommandations de pratique clinique du Programme cantonal Diabète sont disponibles sur le site

<http://www.recodiab.ch>

Merci de n'utiliser que le site susmentionné comme la seule source fiable et à jour des recommandations.