



Une collaboration unique entre cinq instituts universitaires suisses de médecine de famille (Bâle, Berne, Genève, Lausanne et Zurich)

# Le programme Multimorbidité en médecine de famille

Lilli Herzig<sup>a</sup>, Yolanda Mueller<sup>a</sup>, Andreas Zeller<sup>b</sup>, Sven Streit<sup>c</sup>, Dagmar M. Haller<sup>d</sup>, Stefan Neuner-Jehle<sup>e</sup>, Nicolas Senn<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Institut de médecine de famille, Université de Lausanne; <sup>b</sup> Zentrum für Hausarztmedizin, Université de Bâle; <sup>c</sup> Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Université de Berne; <sup>d</sup> Unité des internistes généralistes et pédiatres (UIGP), Université de Genève; <sup>e</sup> Institut für Hausarztmedizin, Université de Zurich

Avec le vieillissement de la population, un nombre croissant de personnes souffrent de plusieurs maladies chroniques, ou de multimorbidité. Définie selon les études comme la cooccurrence de plus de deux ou trois conditions chroniques chez une même personne, sans condition indexe, la multimorbidité représente un enjeu de santé publique à l'échelle mondiale.

La multimorbidité est associée à une souffrance et à une baisse de la qualité de vie des personnes concernées. Elle augmente la mortalité, le nombre d'hospitalisations, l'utilisation des ressources médicales et a un impact très lourd sur les coûts de la santé. Cependant, la recherche médicale ne s'y est pas intéressée avant le début de ce siècle et peu de données existent, notamment en médecine de famille. Pourtant, le médecin de famille est au centre de la prise en

charge des patients souffrant de multimorbidité. En effet, ce sont les médecins de famille qui coordonnent les soins impliquant les autres spécialistes et qui

**En médecine de famille, la multimorbidité est la norme.**

connaissent le patient au long cours. Ce sont aussi eux qui gèrent les situations complexes et uniques pour

chaque patient et qui sont confronté à toutes les associations possibles entre conditions chroniques fréquentes, moins fréquentes et rares.

La multimorbidité pose de nombreuses questions scientifiques, dont la plupart sont encore sans réponse puisque les études se sont initialement focalisées sur des monopathologies ou sur des monopathologies hautement prévalentes associées à quelques comorbidités. C'est pour cette raison que nous avons lancé en

**En effet, ce sont les médecins de famille qui coordonnent les soins impliquant les autres spécialistes et qui connaissent le patient au long cours.**

2013 le programme de recherche Multimorbidité en médecine de famille (MMFM). Issu d'une collaboration unique entre cinq instituts universitaires suisses de médecine de famille (Bâle, Berne, Genève, Lausanne et Zurich) sous la responsabilité de la Dresse Lilli Herzig à Lausanne, ce vaste programme a impliqué 100 médecins de famille répartis dans toute la Suisse (à l'exception du Tessin) et 118 médecins du système de surveillance épidémiologique Sentinella. Dans ce programme de recherche nous avons notamment exploré les définitions de la multimorbidité – les points de vue des scientifiques, des politiques, du personnel médical ou du patient concerné pouvant être tout à fait différents. En plus nous sommes intéressés à la fréquence et aux types de multimorbidité, aux facteurs qui influencent le fardeau de la maladie ou du traitement et à l'utilisation des soins. Cela nous a permis d'avoir une meilleure connaissance de ce que représente la multimorbidité en médecine de famille en Suisse.

Comme déjà dit, en médecine de famille, la multimorbidité est la norme plutôt que l'exception, et elle augmente avec l'âge [1]. Ainsi, l'étude «Prévalence Sentinella» (118 médecins de famille, 2904 patients inclus, âge moyen 56 ans, 44% d'hommes) de notre programme de recherche nous présente les chiffres suivants: 52% des patients suivis en médecine de famille souffrent d'au moins deux conditions chroniques et 35% de trois ou plus, sans différence significative entre les genres. La multimorbidité existe même chez les jeunes mais sa prévalence augmente avec l'âge: 19% entre 21 et 40 ans, 45% entre 41 et 60 ans, 72% entre 61 et 80 ans, 86% en dessus de 81 ans souffrent de 2 conditions chroniques. Les conditions chroniques les plus prévalentes sont les problèmes cardio-vasculaires (43%, surtout l'hypertension), psychologiques (29%, surtout la dépression) et les affections métaboliques (24%) [2].

Une étude transversale de notre programme de recherche, explorant les points de vue du médecin de famille et du patient multimorbide, a été effectuée grâce à la participation de 100 médecins de famille suisses et a inclus 888 patients multimorbides (définis comme souffrant d'au moins trois conditions chroniques). Ces patients sont connus de leur médecin de famille depuis onze ans en moyenne, peuvent présenter jusqu'à 19 conditions chroniques en parallèle et prennent en moyenne sept médicaments par jour. Seuls 10% d'entre eux reçoivent des soins à domicile, ce qui montre le rôle central du médecin de famille. D'autres spécialistes sont impliqués dans la prise en charge de 84% des patients, avec en moyenne 1,9 spécialiste par patient. Il est intéressant de noter que le nombre de spécialistes impliqués augmente jusqu'à 80 ans, puis régresse, laissant le médecin de famille souvent seul responsable de la prise en charge des personnes de grand âge. Ces patients ont eu en moyenne 12,9 (SD 8,8) consultations sur les douze derniers mois, avec une variation de 1 à 80 consultations par année. Les conditions hautement prévalentes dans l'étude transversale (définies comme >5% dans notre collectif) correspondent à ce qu'on peut lire dans la littérature médicale. Ces conditions peuvent se présenter en associations (patterns). Notre étude nous a permis de dé-

**52% des patients suivis en médecine de famille souffrent d'au moins deux conditions chroniques.**

crire les quatre associations les plus fréquentes: i. problèmes cardio-vasculaires et facteurs de risques, ii. conditions chroniques en lien avec l'âge et maladies endocriniennes (surdité, cataracte, diabète, etc.), iii. dépendances à l'alcool ou au tabac et iv. douleurs ostéoarticulaires et problèmes psychologiques [3]. Ces associations sont assez similaires à ce qu'on retrouve dans la littérature mondiale [4, 5]. Notre étude révèle cependant aussi qu'à côté des conditions chroniques bien décrites et hautement prévalentes, il existe tout un panel de conditions moins fréquentes, voire rares, dont le médecin de famille doit tenir compte dans sa prise en charge globale. Dans cette perspective, les combinaisons sont pratiquement infinies. C'est bien la présence de conditions chroniques plus rares qui rend la multimorbidité hautement complexe et explique que très souvent aucune recommandation clinique n'est disponible pour une situation précise.

Nos différentes analyses ont aussi mis en évidence un lien très étroit entre la multimorbidité et une baisse significative de la qualité de vie, décrite par les patients eux-mêmes [6]. Par ailleurs, nous nous sommes

intéressés aux facteurs associés à la multimorbidité. Ainsi, les trois types de déprivation (déprivation de santé, sociale ou matérielle) sont nettement plus importants chez les patients multimorbides, avec une différence en fonction de l'âge: la déprivation sociale est plus importante dans une population en dessus de 64 ans, alors que les patients plus jeunes souffrent surtout d'une déprivation matérielle et de santé [7]. Un autre facteur très important exploré par notre programme et associé à la multimorbidité est la littératie en santé [8].

## Conclusion

Le médecin de famille est au centre de la prise en charge des patients souffrant de multimorbidité; véritable chef d'orchestre, il coordonne souvent de nombreux intervenants, avec un nombre de spécialistes qui augmente avec le nombre de pathologies, mais qui diminue avec l'âge du patient. Les conditions chro-

tant, autres spécialistes, assurances ou politiques), il importe de tenir compte de ces regards croisés pour avoir une compréhension plus globale.

## Remerciements

Aux étudiants master de l'Université de Lausanne pour les études qualitatives qu'ils ont menées dans le cadre de ce programme.

Aux 100 médecins ayant participé à l'étude MMFM et à leurs patients.

Aux 118 médecins du système Sentinella ayant participé à l'étude Prévalence.

Aux membres de SAFMed (Swiss Academy of Family Medicine) qui ont soutenu et contribué à ce vaste projet. Enfin, à la Conférence universitaire suisse pour son soutien financier (CUS-P10).

## Crédit photo

© Ravil Sayfullin | Dreamstime.com

## Le médecin de famille doit faire appel à tout l'art médical pour adapter les recommandations cliniques.

niques hautement prévalentes le sont aussi en médecine de famille – mais la multimorbidité dans ce domaine ne se limite pas à des conditions chroniques hautement prévalentes, puisque la présence et la combinaison de conditions chroniques moyennement prévalentes ou rares constitue la norme plutôt que l'exception. Ainsi, le médecin de famille doit faire appel à tout l'art médical pour adapter les recommandations cliniques. Plus important, il semble primordiale d'accorder une place prépondérante à la priorisation des objectifs de santé avec le patient si l'on souhaite une prise en charge cohérente qui s'éloigne définitivement du dogme de la monopathologie (ou de la juxtaposition de maladies). De nombreux facteurs tels que la qualité de vie, la déprivation ou la littératie en santé sont associés à la multimorbidité. La définition de la multimorbidité variant selon l'acteur impliqué (patient, son entourage, personnel soignant, médecin trai-

## Références

- Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37–43.
- Excoffier S, Herzig L, N'Goran AA, Deruaz-Luyet A, Haller DM. Prevalence of multimorbidity in general practice: a cross-sectional study within the Swiss Sentinel Surveillance System (Sentinella). *BMJ open*. 2018;8(3):e019616.
- Deruaz-Luyet A, N'Goran AA, Senn N, Bodenmann P, Pasquier J, Widmer D, et al. Multimorbidity and patterns of chronic conditions in a primary care population in Switzerland: a cross-sectional study. *BMJ open*. 2017;7(6):e013664.
- Jovic D, Vukovic D, Marinkovic J. Prevalence and Patterns of Multimorbidity in Serbian Adults: A Cross-Sectional Study. *PLoS one*. 2016;11(2):e0148646.
- Marengoni A, Winblad B, Karp A, Fratiglioni L. Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden. *American journal of public health*. 2008;98(7):1198–200.
- N'Goran AA, Deruaz-Luyet A, Haller DM, Zeller A, Rosemann T, Streit S, et al. Comparing the self-perceived quality of life of multimorbid patients and the general population using the EQ-5D-3L. *PLoS one*. 2017;12(12):e0188499.
- Leiser S, Deruaz-Luyet A, N'Goran AA, Pasquier J, Streit S, Neuner-Jehle S, et al. Determinants associated with deprivation in multimorbid patients in primary care – A cross-sectional study in Switzerland. *PLoS one*. 2017;12(7):e0181534.
- N'Goran AA, Pasquier J, Deruaz-Luyet A, Burnand B, Haller DM, Neuner-Jehle S, et al. Factors associated with health literacy in multimorbid patients in primary care: a cross-sectional study in Switzerland. *BMJ open*. 2018;8(2):e018281.

Correspondance:  
Dre Lilli Herzig  
Institut Universitaire de  
Médecine de Famille  
Université de Lausanne  
Ch. des Croisettes 14  
CH-1066 Epalinges  
Lilli.Herzig[at]hin.ch  
Tél. 021 653 50 30