

# La multimorbidité n'est pas une maladie

Drs KEVIN SELBY<sup>a,b</sup>, YOLANDA MUELLER CHABLOZ<sup>c</sup>, JOËLLE SCHWARZ<sup>b,c</sup> et Pr NICOLAS SENN<sup>c</sup>

Rev Med Suisse 2019; 15: 1968-71

Depuis plusieurs décennies, la multimorbidité fait l'objet d'études, non seulement en épidémiologie, mais également en médecine générale. Il en ressort que la multimorbidité est essentiellement une entité épidémiologique et les récentes études publiées dans ce domaine tendent à montrer qu'il est difficile d'en faire un concept ayant une réelle consistance clinique. En revanche, la littérature nous apprend également qu'il est essentiel de modifier l'organisation des structures de soins afin d'améliorer la prise en charge de ces patient-e-s particulièrement complexes. Cet article se veut une réflexion autour du concept de multimorbidité dans une perspective historique, ainsi que les besoins de transformation permettant la prise en charge de ces patient-e-s.

## Multimorbidity is not a diagnosis

*We have been studying multimorbidity in epidemiology and clinical practice since the 1970s. Growing experience shows that the concept of multimorbidity is helpful for epidemiologists to describe population-level changes, but of little use to patients and clinicians who 'diagnose' multimorbidity. Several large, rigorous clinical trials show that organizational changes in primary care can improve the care of these complex patients, but do not improve directly health-related quality of life. This article describes the history of multimorbidity and results of recent randomized trials to prompt a discussion of new approaches to improve the experience of people living with multiple chronic diseases.*

## INTRODUCTION

En 2018, une étude publiée dans la revue *The Lancet* montrait que, dans le cadre d'un essai clinique randomisé réalisé dans des cabinets de médecine de famille anglais et écossais, une intervention complexe de nature organisationnelle menée dans les règles de l'art chez des patient-e-s multimorbides n'apportait aucun bénéfice en termes de qualité de vie ou d'état de santé auto-rapporté.<sup>1</sup> En revanche, cette étude rapporte que la satisfaction des patient-e-s ou les processus de prise en charge avaient été nettement améliorés. Ces résultats ont fait grand bruit dans le monde de la recherche clinique et nous forcent à revoir les concepts en lien avec la multimorbidité. Notamment, que la définition commune de la multimorbidité, utilisant le nombre de diagnostics ou de maladies comme dénominateur commun, est certainement utile pour les épidémiologistes, mais qu'elle l'est probablement peu en pratique clinique. Dans cet article, nous allons revoir les origines entourant le concept de multimorbidité, les problèmes potentiels qui y sont liés et les besoins actuels.

<sup>a</sup>Département des policliniques, Unisanté, 1011 Lausanne, <sup>b</sup>Département de formation, recherche et innovation, Unisanté, 1011 Lausanne, <sup>c</sup>Département de médecine de famille, Unisanté, 1011 Lausanne  
kevin.selby@unisante.ch | yolanda.mueller@unisante.ch  
joelle.schwarz@unisante.ch | nicolas.senn@unisante.ch

## ORIGINES DE LA MULTIMORBIDITÉ

L'origine du concept de multimorbidité remonte aux années 1970 en épidémiologie. On retrouve en effet une publication allemande datant 1976 qui a littéralement inventé le terme «Multimorbidity» pour décrire la co-occurrence de multiples maladies ou problèmes médicaux chez une même personne.<sup>2</sup> D'autres termes ont suivi, tels que comorbidité, polypathie ou encore polymorbidité.<sup>3</sup> En règle générale, on parle de multimorbidité à partir de deux ou trois maladies différentes chez une même personne. Les études observationnelles ont montré par ailleurs que ces patient-e-s reçoivent, en moyenne, des soins plus fragmentés, ont plus d'effets secondaires et une qualité de vie inférieure à mesure qu'elles et ils cumulent plus de diagnostics.<sup>4</sup>

Il est intéressant de noter que la multimorbidité est un objet d'étude particulièrement important en médecine générale, car la prise en charge de personnes avec de multiples maladies est par essence une caractéristique fondamentale de la pratique de cette discipline.

## SIGNIFICATION CLINIQUE (POUVONS-NOUS DIAGNOSTIQUER ET TRAITER UNE MULTIMORBIDITÉ?)

Une question implicite sous-jacente au concept de multimorbidité est de savoir s'il existe des liens de causalité latents et des interactions entre des problèmes médicaux coexistants. Une approche pour répondre à cette question consiste à identifier des groupes cohérents de maladies et, théoriquement, de fixer des objectifs cliniques communs pour la prise en charge de ces groupes. Les premières études épidémiologiques ont révélé en effet que la répartition des maladies n'est pas homogène dans la population, suggérant que des déterminants psychosociaux, génétiques ou environnementaux peuvent expliquer ces différences, et par-là apporter des preuves «physiopathologiques» de l'existence même de la multimorbidité.<sup>5</sup> Après 20 ans de recherche, il s'avère que les tentatives d'identifier des combinaisons de maladies fréquentes ouvrent sur un nombre infini de possibilités, rendant les recommandations cliniques irréalisables.<sup>6</sup> Une étude, publiée récemment par Herzig et coll., illustre de façon originale (figure 1) que si l'on croise la fréquence des maladies avec la priorité de prise en charge selon les médecins (importance «biopsychomédicale»), aucun groupe cohérent n'apparaît.<sup>7</sup> Cette figure nous montre l'énorme diversité de diagnostics auxquels nous sommes confrontés en médecine générale.

Malgré l'absence de lien de causalité démontré entre le concept de multimorbidité et un impact clinique spécifique, des efforts importants continuent cependant à être déployés en utilisant la définition épidémiologique de la multimorbidité

**FIG 1 Croisement entre la fréquence des maladies et la priorité selon les médecins<sup>7</sup>**

Maladies – identifiées chez 888 patient·e·s multimorbides par les médecins de famille d'une liste de 75 maladies chroniques. Priorité – selon classement fait par les médecins de famille.



afin de mener des essais cliniques.<sup>1,8</sup> L'hypothèse est que de nouvelles approches visant, par exemple, la fixation d'objectifs cliniques (priorisation) propre à chaque patient·e, le renforcement de la prise en charge interprofessionnelle, une approche holistique de la personne ou la simplification des traitements auraient un impact non seulement sur les processus de soins mais, par extension, sur qualité de vie, tout en réduisant les inefficiences coûteuses.

Les résultats des études menées à ce jour ont été décevants. En effet, des études bien conçues et rigoureuses n'ont pas montré d'amélioration cliniques probantes<sup>1</sup> et les méta-analyses confirment que des effets bénéfiques démontrés initialement dans des essais cliniques plus petits et prometteurs étaient probablement dus au hasard.<sup>9</sup>

Par ailleurs, plus d'une vingtaine d'essais cliniques randomisés ciblant la multimorbidité sont en cours, démontrant l'importance accordée à ce sujet en recherche clinique. Il est intéressant de constater cependant que ces études portent essentiellement sur des aspects organisationnels ou sur la polypharmacie (figure 2).

Ces interventions peuvent améliorer l'expérience des patient·e·s et les processus de soins tels que la continuité ou la coordination, mais sont peu susceptibles d'améliorer directement des aspects cliniques tels que l'état de santé auto-évalué ou la fonctionnalité.<sup>9</sup>

Pour résumer, nous pourrions dire que la multimorbidité définie par le nombre de diagnostics est très utile aux épidémiologistes et aux politiques pour quantifier la complexité croissante des patient·e·s, les tendances dans la population et les coûts, mais qu'elle l'est peu pour les patient·e·s et les médecins. En conséquence, nous ne pouvons pas appliquer les approches classiques basées notamment sur raisonnement clinique à un groupe aussi hétérogène de personnes. Au lieu de cela, nous traitons ces dernières le plus souvent selon une liste de problèmes cliniques juxtaposés.

### CHANGER NOTRE APPROCHE À L'ÉGARD DES PATIENT·E·S MULTIMORBIDES (ET DE TOU·TE·S LES AUTRES...)

Les études cliniques « négatives » ne signifient pas pour autant qu'il n'y a pas de travail à faire ni rien à gagner. Bien au contraire, en y regardant de plus près, on constate que les éléments qui modifient réellement la prise en charge des patient·e·s multimorbides sont en lien avec l'organisation des structures de soins et non avec la pratique clinique. Cela amène un bénéfice réel pour les patient·e·s, mais qui ne se mesure pas en bénéfices cliniques (en tous les cas mesurables) comme nous en avons trop l'habitude. En effet, l'étude de Salisbury et coll.,<sup>1</sup> si elle ne montre aucune plus-value pour la qualité de vie, montre en revanche un net bénéfice, autant sur des changements en profondeur du fonctionnement des

**FIG 2** Aperçu des principaux essais cliniquesEssais en cours ou récemment terminés ayant pour objet d'investigation la multimorbidité (recherche sur [clinicaltrials.gov](http://clinicaltrials.gov)).

- Drugs (8)
- Organization (14)
- "Patients" (2)

Name of study	Intervention
Therapeutic Conflicts and Multimorbidity	● Drug-drug or drug-disease interaction
Multi-PAP RCT: Improving Prescription in Primary Care Patients With Multimorbidity and Polypharmacy	● Multi-PAP
Evaluation of the Philips Lifeline CareSage Risk Assessment System	● Lifeline CareSage Flagging
Patient-Centred Innovations for Persons With Multimorbidity - Ontario	● TIP / IMPACT Plus Care Coordination
Systematic Screening for Comorbid Psychological Conditions in Cardiac ACSC Patients With Multimorbidity in the ED	● Screening tool
Improving Communication About Patient Priorities in Multimorbidity	● Customized Care
Potentially Inappropriate Prescription Associated to Multimorbidity	● No intervention
Patient-Centred Innovation for Persons With Multimorbidity - Quebec	● DIMACO2
The Patient-Centred Team - Effectiveness and Cost-effectiveness Study	● Integrated care
Video-Enhanced Care Management for Medically Complex Veterans	● Behavioral: Care management via videoconference vs telephone call
Compared Efficacy of Nurse-led and GP-led Geriatric Assessment in Primary Care	● Health care organization
The interprofessional Medication Assessment for Older Patients	● Medication assessment and treatment plan based on it
Telemedicine and Nursing Home	● Telemedicine
Team Approach to Polypharmacy Reduction to improve Mobility Long-Term Care	● TAPER
Team Approach to Polypharmacy Evaluation and Reduction	● Medication reduction
Couples Coping With Multiple Chronic Medical Conditions	● Behavioral: Expressive Writing
Integrated, Multidisciplinary, Person-centered Care for Patients With Complex Comorbidities: Heart, Kidney and Diabetes	● CareHND
A Quality Rating Scale for Patients in Complex Situations and Their Caregivers	● Quality of coordinated care
Elderly Appropriate Treatment in Primary Care (EAT)	● Systematic medication review with the STOP/START tool
Community Health Worker Intervention for Patients With Complex Chronic Disease	● Community Health Worker Intervention
Implementation fo Community-based Collaborative Management of Complex Chronic Patients	● Integrated care intervention
Health Literacy Assessment and intervention to Reduce Disparities: FLIGHT/VIDAS II	● Tailored intervention
Team Approach to Polypharmacy Evaluation and Reduction	● TAPER program
Characterizing the Senior High Coast User (HCU) in Ontario	● HCU Status

cabinets médicaux que pour l'expérience de soins vécue par la patientèle.

Un livre publié par Mercer et coll.<sup>10</sup> en 2011 va dans le même sens d'une promotion importante des changements de pratiques organisationnels. Mais de quoi parle-t-on? Il s'agit par exemple de développer des approches interprofessionnelles incluant des activités de gestion de cas (*case management*), d'adopter un dossier partagé électronique ou encore d'améliorer la continuité des soins. Ceci ne doit évidemment pas exclure l'approche médicale habituelle et notamment d'être particulièrement attentif-ve à la fixation d'objectifs communs pour la prise en charge des patient-e-s.

## BESOIN DE RECOMMANDATIONS ORGANISATIONNELLES

Actuellement, les recommandations destinées aux médecins pour la prise en charge de multiples maladies chroniques ciblent avant tout des monopathologies (diabète, hypertension, etc.). Si ces recommandations ont leur intérêt dans certaines prises en charge spécifiques, en présence de personnes souffrant de plusieurs maladies chroniques, il est bien démontré qu'elles sont souvent contradictoires et qu'il faut savoir les adapter à chaque situation. Concernant la polypharmacie, il existe en revanche de bons outils, également disponibles sous

forme électronique, qui permettent de diminuer les risques d'interactions et d'effets secondaires médicamenteux.<sup>11</sup>

Fort de ce qui précède, il faut constater que les rares recommandations actuelles visant la multimorbidité (qui ont malgré tout le mérite d'exister) mentionnent certes l'importance d'agir sur des aspects organisationnels des structures de soins, mais visent essentiellement l'amélioration clinique des patient-e-s. À notre sens, il semblerait judicieux de développer, sur le même mode que les recommandations de pratique clinique (RPC), des guidelines développant en profondeur des éléments pratiques de changements pour les cabinets de médecine générale. Ces recommandations, tout comme les RPC, devraient être réalisées en tenant compte du contexte local de l'organisation du système de santé. Pour les médecins, cela implique aussi un changement de perception de ce qui est « utile » pour les patient-e-s. En effet, il faut accepter que ce n'est pas seulement en posant des diagnostics corrects ou en prescrivant les traitements adéquats que l'on améliore la santé des personnes, mais aussi en repensant la façon d'organiser les structures de soins.

## PERSPECTIVES D'AVENIR

Comme nous venons de le voir, la prise en charge de patient-e-s multimorbides reste relativement insatisfaisante pour les

clinicien-ne-s. En effet, soit nous sommes en présence de recommandations cliniques ayant un impact faible sur l'état de santé des patient-e-s, soit il est nécessaire d'effectuer des changements majeurs dans le fonctionnement des cabinets, ce qui implique des ressources importantes. Il s'avérerait peut-être nécessaire de revoir globalement notre approche de cette patientèle, en axant par exemple la prise en charge sur la capacité des patient-e-s de fonctionner dans leur environnement. Cela permettrait d'aborder les personnes dans une double perspective, d'une part en agissant directement sur les aspects de fonctionnalité et d'autre part en conservant la prise en charge clinique traditionnelle. La littérature médicale dans ce domaine est cependant fort peu développée notamment pour des patient-e-s jeunes en médecine générale.

## CONCLUSION

La multimorbidité est une entité essentiellement épidémiologique et les récentes études publiées dans ce domaine tendent à montrer qu'il est difficile d'en faire un concept clinique. En revanche, la littérature nous apprend également qu'il est essentiel de modifier l'organisation des structures de soins

afin d'améliorer la prise en charge de cette patientèle particulièrement complexe. Par ailleurs, il reste encore à inventer l'approche réellement globale pouvant prendre en compte tous les éléments de la multimorbidité chez des patient-e-s qui sont, par essence, toujours différent-e-s. En bref, la multimorbidité n'est pas une maladie !

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

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- La multimorbidité est définie comme la présence de  $\geq 2$  ou  $\geq 3$  maladies chez une même personne
- Cette définition semble directement utile pour quantifier la complexité croissante des patient-e-s, les tendances dans la population et les coûts, mais elle ne l'est que peu pour la prise en charge clinique des patient-e-s
- Néanmoins, des changements organisationnels aux cabinets de médecine générale peuvent améliorer la prise en charge de ce groupe complexe et hétérogène

1 \*Salisbury C, Man MS, Bower P, et al. Management of multimorbidity using a patient-centred care model: a pragmatic cluster-randomised trial of the 3D approach. *Lancet* 2018;392:41-50.  
2 Brandlmeier P. Multimorbidity among elderly patients in an urban general practice. *ZFA (Stuttgart)* 1976;52:1269-75.  
3 van den Akker M, Buntinx F, Knottnerus JA. Comorbidity or multimorbidity. *Eur J General Pract* 1996;2:65-70.  
4 \*\*Barnett K, Mercer SW, Norbury M, 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, Buntinx F, Metsemakers JF, 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 Nicholson K, Bauer M, Terry A, et al. The multimorbidity cluster analysis tool: identifying combinations and permutations of multiple chronic diseases using a record-level computational analysis. *J Innov Health Inform* 2017;24:962.

7 Herzig L, Mueller Y, Haller DM, et al. Family practitioners' top medical priorities when managing patients with multimorbidity: a cross-sectional study. *BJGP Open* 2019;3:bjgpopen18X101622.  
8 National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Multimorbidity: clinical assessment and management 2016. Disponible sur : [nice.org.uk/guidance/ng56](http://nice.org.uk/guidance/ng56)  
9 Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, et al. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane*

Database Syst Rev 2016;3:CD006560.  
10 Mercer SW, Salisbury C, Fortin M. *ABC of Multimorbidity*. West Sussex, UK: John Wiley & Sons, Ltd. 2014.  
11 O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing* 2015;44:213-8.

\* à lire  
\*\* à lire absolument