



ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

16, RUE BONAPARTE - 75272 PARIS CEDEX 06

TÉL : 01 42 34 57 70 - FAX : 01 40 46 87 55

[www.academie-medecine.fr](http://www.academie-medecine.fr)

## RAPPORT

*Un rapport exprime une prise de position officielle de l'Académie. L'Académie, saisie dans sa séance du mardi 6 mars 2018, a adopté le texte de ce rapport avec 32 voix pour, 31 voix contre et 25 abstentions.*

### **Multimorbidité : Prise en charge par le médecin généraliste**

### **Multimorbidity : Clinical practice by the general practitioner**

**MOTS-CLÉS** : MULTI MORBIDITÉ, PERSONNES AGÉES, MALADIE CHRONIQUE, ORGANISATION DES SOINS, MÉDECIN GÉNÉRALISTE

**KEY-WORDS**: MULTIMORBIDITY, ELDERLY, CHRONIC DISEASE, HEALTH CARE SYSTEM, GENERAL PRACTITIONER

Rissane OURABAH, Régis GONTHIER, Claude DE BOURGUIGNON, Philippe JAURY, Claude LARANGOT-ROUFFET, Gérard BRÉART\*.

**Les rapporteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec le contenu de ce rapport.**

**Ce rapport fait suite à deux prises de position de l'Académie Nationale de Médecine sur le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des maladies chroniques et sur l'importance de l'éducation thérapeutique pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine [1-2].**

**L'importance de la multimorbidité et de ses conséquences en soins primaires justifie les propositions et recommandations qui concluent ce rapport.**

---

\* Membres d'un groupe de travail de la Commission XVI (Parcours de soins et organisation des soins).

## **RÉSUMÉ**

La multimorbidité vise à décrire l'ensemble des maladies chroniques qui impacte la prise en charge d'un sujet. En France, l'enquête INSEE-Credes sur la santé et les soins médicaux a montré que la multimorbidité est la règle chez les personnes âgées et occupe une place importante dans les soins de premiers recours. La prise en charge de ces patients multimorbides est difficile, car la symptomatologie clinique appartient à plusieurs maladies chroniques sous-jacentes qui interagissent entre elles. La plupart des recommandations pour la pratique clinique sont construites selon une approche de «maladie unique». En présence d'un patient porteur d'une multimorbidité, les praticiens généralistes sont censés additionner toutes les recommandations préconisées pour chaque maladie considérée isolément, ce qui aboutit à des prises en charge médicamenteuses complexes, fort onéreuses et augmente le risque iatrogénique.

La réponse des médecins généralistes face à la multimorbidité ne doit pas être centrée uniquement sur les moyens pour ralentir la symptomatologie, mais doit intégrer d'autres paramètres comme : le maintien de la qualité de vie des patients, la réduction des déficits fonctionnels et des troubles sensoriels souvent méconnus ou délaissés, la prise en compte des aspects techniques, humains et financiers de la dépendance. Dans cet objectif il faut confier au médecin généraliste une responsabilité spécifique de coordination des soins et des prescriptions. Un dispositif de prise en charge à mettre en œuvre dans ces situations est proposé.

## **SUMMARY**

Multi-morbidity aims to describe the chronic diseases that affect the care of a subject. In France, the INSEE-Credes survey on health and medical care showed that multi-morbidity was the rule in the elderly and plays an important place in primary care. The management of these multimorbid patients is difficult because the clinical symptomatology belongs to several underlying chronic diseases that interact with each other. Most clinical practice guidelines are constructed using a "single disease" approach. General practitioners are supposed to synthesize all the recommendations developed for each individual disease in the management

of patients with multiple morbidity, resulting in complex and costly medication management and increase the iatrogenic risk.

General practitioner response to the increase in chronic disease and multimorbidity should not be focused solely on ways to slow down symptoms, but must incorporate other parameters such as: maintaining the quality of life of patients, reducing the impact of induced disabilities, correcting sensory disturbances that are often unknown or neglected, taking into account the technical, human and financial aspects of dependence. General practitioner must conduct all prescriptions.

## **INTRODUCTION**

La multimorbidité vise à décrire l'ensemble des maladies chroniques qui impactent la prise en charge d'un patient [3]. La définition la plus acceptée est «la co-occurrence de plusieurs maladies chroniques chez le même individu sur la même période », et selon l'Académie nationale de médecine (ANM) [4] sans que prédomine une maladie principale. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « Les maladies chroniques correspondent à des problèmes de santé nécessitant des soins au long terme » ; ce sont par exemple le diabète, les maladies cardio-vasculaires, l'asthme, la broncho-pneumopathie chronique obstructive, le cancer, le virus de l'immunodéficience humaine, la dépression et les incapacités physiques... Il existe de multiples autres affections chroniques mais leur point commun est qu'elles retentissent systématiquement sur les dimensions sociale, psychologique et économique de la vie du malade. Cette situation clinique oblige donc à une approche centrée sur le patient.

L'augmentation de l'espérance de vie à la naissance et le vieillissement de la population expliquent que l'on soit de plus en plus confrontés aux questions que soulèvent la multimorbidité.

## **DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES [5]**

- La population des personnes âgées de plus de 65 ans s'accroît en France, comme dans tous les pays du monde. De 1950 à 2015 le pourcentage de personnes âgées de plus 65 ans est passé de 11,4% à 18,4%. Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), si les tendances démographiques récentes se maintenaient, à

l'horizon 2050, 26,2% de la population serait âgée de plus de 65 ans, et 15,6% de plus de 75 ans.

- En 2015, l'espérance de vie à la naissance a continué à progresser sur le même rythme que depuis le début des années 1970. Elle s'établissait à 85,0 ans pour les femmes et à 78,9 ans pour les hommes (données INSEE).
- En 2015, une femme âgée de 60 ans avait encore une espérance de vie de 27,3 ans, tandis que celle d'un homme du même âge atteignait 22,9 ans (soit respectivement 1,4 an et 0,9 an de plus qu'en 2000).
- En revanche, l'espérance de vie sans incapacité à la naissance est relativement stable, de 64,6 ans en 2005 à 64,2 ans en 2014 pour les femmes et de 62,3 à 63,4 ans pour les hommes.

## **PRÉVALENCE ET CONSÉQUENCES DE LA MULTIMORBIDITÉ [6,7]**

En France, l'enquête INSEE-Credes sur la santé et les soins médicaux a montré que la multimorbidité était très fréquente chez les personnes âgées : 93 % des Français âgés de 70 ans et plus avaient au moins deux maladies, et 85 % au moins trois. Les maladies les plus fréquentes étaient les affections cardiovasculaires et ostéo-articulaires.

Dans l'enquête 2002-2003, les personnes âgées de 65 à 79 ans ont déclaré en moyenne avoir cinq maladies. En 2008, l'enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) a montré que dans un échantillon représentatif la morbidité déclarée augmentait avec l'âge (tableau I).

Tableau I : Nombre moyen de maladies déclarées par personne et par classes d'âge

<b>Classe d'âge (années)</b>	<b>Nombre moyen de maladies déclarées</b>
<b>&lt; 16</b>	<b>0,8</b>
<b>16-39</b>	<b>1,7</b>
<b>40-64</b>	<b>3,4</b>
<b>≥ 65</b>	<b>6,0</b>

Le rapport « charges et produits de l'Assurance Maladie » de 2014 fait le constat suivant : si la fraction de la population qui a au moins une pathologie ou un traitement médicamenteux chronique identifiés n'évolue pas depuis 2010 (35,1 % du total des bénéficiaires ayant utilisé le système de soins dans l'année), les combinaisons de pathologies chroniques pour un même patient sont plus fréquentes.

Ces situations conduisent à une augmentation de la prévalence des patients ayant une multimorbidité associée à un risque de perte d'autonomie et à une vulnérabilité sur le plan social. La réglementation actuelle reconnaît une affection de longue durée (ALD) au titre de la polypathologie chronique (ALD 32). L'ADL 32 correspond à un malade atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant pour lequel des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois sont nécessaires. Cependant, pour aucune des ALD existantes, on évoque les contraintes thérapeutiques de la prise en charge de la multimorbidité en lien avec la multiplication des avis spécialisés, d'où la nécessité d'envisager une « ALD 33 », plus spécifique (en complément des 30 ALD du décret N°2004-149 du 4 octobre 2004).

### **PRISE EN CHARGE DES MALADES ATTEINTS DE MULTIMORBIDITÉ [8,9]**

La prise en charge des patients atteints de multimorbidités est difficile, car la symptomatologie clinique appartient à plusieurs maladies chroniques qui interagissent entre elles. Or, la plupart des recommandations pour la pratique clinique sont construites selon une approche de « maladie unique ». Les médecins généralistes sont censés synthétiser toutes les recommandations élaborées pour chaque maladie prise en compte isolément, ce qui aboutirait à des prises en charge médicamenteuses complexes et fort onéreuses. Ainsi, si les recommandations pour la pratique clinique étaient appliquées, les patients atteints de trois pathologies chroniques, devraient prendre un minimum de six à 13 médicaments par jour, consulter un professionnel de santé un minimum de 1,2 fois à 5,9 fois par mois et passer une moyenne de 49,6 (DS 27,3) à 71,0 (DS 34,5) heures par mois pour des soins. Ainsi, la charge potentielle pour le médecin généraliste augmente considérablement avec le nombre croissant de pathologies concomitantes, en atteignant jusqu'à 18 médicaments par jour, 6,6 visites par mois et 80,7 (DS 35,8) heures par mois pour les soins chez les patients avec six affections chroniques. Dans de telles conditions, les interactions médicamenteuses sont certaines, avec un risque iatrogénique accru. Ce risque iatrogénique, outre qu'il est délétère en termes de santé et de qualité de soins, génère des hospitalisations indues à l'origine de coûts injustifiés et évitables.

Dans la dernière revue Cochrane [9], les auteurs ont identifié 18 essais contrôlés randomisés (ECR) évaluant des interventions complexes pour les personnes atteintes de multimorbidité.

Les conclusions suggèrent une amélioration de l'état de santé si les interventions peuvent être ciblées sur des facteurs de risque tels que la dépression ou des difficultés fonctionnelles de la vie quotidienne. Cependant, il reste des incertitudes quant à l'efficacité de ces interventions.

Ainsi la réponse des médecins à l'augmentation des maladies chroniques et de la multimorbidité ne doit pas être centrée uniquement sur les moyens pour atténuer et ralentir la progression des symptômes, mais doit intégrer d'autres paramètres comme le maintien de la qualité de vie des patients, la réduction des déficits fonctionnels et des troubles sensoriels souvent méconnus ou délaissés, la prise en compte des aspects techniques, humains et financiers de la dépendance [10].

En pratique, pour avoir une vision globale des conséquences de la multimorbidité et organiser correctement l'accompagnement, il est nécessaire :

- 1) d'évaluer le retentissement de ces maladies sur les actes de vie quotidienne, ainsi que sur la qualité de vie [11]
- 2) de prendre en compte la capacité des patients et des aidants à comprendre et à affronter la complexité des affections et de leurs traitements ;
- 3) de bien connaître l'environnement du patient (présence ou non d'un soutien aidant principal, conditions de logement, difficultés économiques, offre locale de soins...) ;
- 4) d'améliorer la complémentarité entre généralistes et spécialistes ; les premiers doivent intervenir en premier recours puis dans le suivi et la coordination et les autres doivent faire un ou des « états des lieux » et fixer des axes d'intervention dans leur domaine de compétence. Le spécialiste d'organe doit avoir un rôle de consultant, la prescription définitive devant être assurée par le médecin généraliste
- 5) de partager l'information par une réelle promotion d'un dossier médical partagé et par l'interopérabilité effective des systèmes informatiques des mondes libéral et hospitalier.
- 6) de disposer d'une liste des coordonnées des différents professionnels impliqués dans le soin et d'en connaître la disponibilité pour la coordination de leurs actions (et c'est là un rôle majeur pour le généraliste). Ces acteurs sociaux doivent contribuer à cette complémentarité pour travailler en symbiose avec les soignants

Tout en prenant en compte la totalité des affections touchant un patient, la notion de hiérarchie dans les priorités de soins devient essentielle et doit être assurée par le médecin généraliste. Cela se heurte, actuellement, à un certain nombre de difficultés [12] :

- 1) Les recommandations élaborées par les autorités scientifiques comme la Haute autorité de santé (HAS) sont inadaptées au contexte de multimorbidité. Il conviendrait de développer de nouvelles priorités centrées sur le maintien de la fonctionnalité et sur la sécurité des traitements pour réduire le risque d'interactions médicamenteuses et donc d'une iatrogénicité inductrice de morbidité et coûteuse financièrement.
- 2) La prise en compte du fardeau du traitement [13] est nécessaire : celui-ci est constitué par toutes les contraintes auxquelles le patient est soumis pour se soigner. Si la charge liée au soin devient trop lourde dans sa vie quotidienne, et si les ordonnances sont trop complexes, le risque de non observance, en particulier médicamenteuse, apparaît. Le médecin doit donc proposer à son patient des objectifs réalistes et réalisables.
- 3) L'inertie thérapeutique aboutit à un retard dommageable pour le patient dans l'instauration ou l'intensification d'un traitement. Cette inertie peut être liée au patient (manque de motivation, maladie asymptomatique...) ou liée au médecin (isolement, routine, représentation symbolique...) [13]. A côté des réponses médicales, il est important de proposer un réaménagement de la vie du patient. Les prises de décision qui en découlent doivent être un choix négocié et concerté entre le médecin, le malade et son entourage. Ceci étant très chronophage, le format d'une consultation n'est pas adapté à cette négociation. Cela doit se faire progressivement dans le temps, en répartissant chaque étape dans un projet conjoint élaboré en amont. Le médecin généraliste a un rôle central et décisionnaire en ce qui concerne le soin [14]. Cependant, il se voit souvent exclu du circuit décisionnel par manque de coordination avec les autres intervenants.
- 4) La prévention quaternaire [13] est trop peu mise en pratique ; elle correspond à la lutte contre les soins non nécessaires ou la surmédicalisation. Cela impose de mettre en œuvre des déprescriptions [15] et de faire des choix car prendre en charge une situation de multimorbidité ne doit pas aboutir à une sommation des traitements symptomatiques. Le médecin traitant devrait coordonner les différents intervenants et devrait hiérarchiser les prescriptions en faisant des choix parmi toutes celles qui seraient théoriquement nécessaires ; mais comment pourrait-il faire ces choix si chacun prescrit sans concertation ?

Ces situations de multimorbidité relèvent totalement des consultations complexes et très complexes proposées dans la dernière convention entre les caisses d'Assurance maladie et les syndicats médicaux sous le terme de l'ALD 32.

Du fait de la nature même des recommandations émises, thème par thème, par l'HAS ou les sociétés savantes, le résultat est vite inadapté voire inapplicable ou dangereux. Toutes ces ordonnances s'ajoutent, parfois se contredisent, entraînent une surabondance de traitements et de médicaments, et augmentent la confusion du patient et de son entourage.

D'où l'intérêt de création d'une ALD spécifique pour la prise en charge de la multimorbidité lourde, « l'ALD 33 » qu'on pourrait définir comme : Polypathologies majeures chroniques nécessitant des consultations complémentaires et répétées de plusieurs spécialistes. Devant de telles conditions, c'est le médecin généraliste ou le médecin référent du patient qui établira *l'ordonnance coordonnée*, et pour que ceci entre dans les faits, la seule à être prise en charge par l'assurance maladie.

La décision de la mise d'un patient sous ALD 33 devra être prise par le médecin conseil de l'assurance maladie à la demande du médecin généraliste ou du médecin référent au vu d'un plan personnalisé de soins (PPS) faisant état des différentes maladies chroniques coexistantes nécessitant un traitement médicamenteux et des consultations spécialisées.

Le cadre spécifique et réglementaire de cette « ALD 33 » serait :

- Le médecin généraliste ou le médecin référent et coordonnateur du parcours du patient et, si besoin après recours aux spécialistes d'organe, seul et principal décisionnaire du soin.
- Le médecin généraliste ou le médecin référent est le seul prescripteur des ordonnances remboursables dans ce cadre.
- Le médecin généraliste ou le médecin référent doit utiliser dans ces situations les lettres clés de consultations complexes et très complexes.

Il faut noter que le Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie développe, avec l'aide des Agences régionales de santé (ARS), des caisses de sécurité sociale et les collectivités territoriales, des projets pilotes pour permettre aux usagers de bénéficier "de la bonne prise en charge et du bon accompagnement, au bon moment, par les bons professionnels disposant de la bonne information" [16]. Ces projets pilotes visent à améliorer la prise en charge, l'accompagnement et la coordination des



professionnels intervenant auprès des personnes âgées porteuses de multimorbidité à la fois en ville, dans les établissements sanitaires et médicosociaux, ainsi qu'entre ces trois segments dans une logique de parcours de santé.

Les recherches en sciences humaines et sociales et économiques et la recherche épidémiologique portant sur des populations vieillissantes souffrant de multimorbidité doivent être développées par des études contrôlées et randomisées pour évaluer les modalités d'intervention les plus efficaces et les moins coûteuses, car il faut tirer profit du développement de la recherche clinique en soins premiers pour améliorer la prise en charge de la multimorbidité. Pour cela, il faudrait créer des PARC (programme ambulatoire de recherche clinique) comme il y a des PHRC (programme hospitalier de recherche clinique).

### **RECOMMANDATIONS DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE**

- 1) La notion de hiérarchisation des soins doit être prise en compte lors de l'élaboration de recommandations par la Haute autorité de santé pour les situations de multimorbidité.
- 2) Dans les cas de multimorbidité majeure la prise en charge relève d'une ALD spécifique, ALD 33. Une telle prise en charge relève de la décision du médecin conseil de l'Assurance maladie sur recours du médecin généraliste. La décision de la mise d'un patient sous ALD 33 est prise par le médecin conseil au vu d'un plan personnalisé de soins (PPS) faisant état des différentes maladies coexistantes et des consultations spécialisées nécessaires.
- 3) En situation d'« ALD 33 », c'est-à-dire lorsqu'il existe une multimorbidité nécessitant des consultations complémentaires et répétées de plusieurs spécialistes, le médecin généraliste ou le médecin référent établissent *l'ordonnance coordonnée* qui sera la seule à être prise en charge par l'assurance maladie.
- 4) Dans ces situations une rémunération spécifique pour le médecin généraliste ou le médecin référent doit être envisagée, en permettant l'utilisation des lettres clés « situations complexes ou très complexes ».

## RÉFÉRENCES

- [1] Jaffiol C, Godeau P, Grosbois B. Prise en charge des maladies chroniques, redéfinir le rôle du médecin généraliste, rapport de l'académie nationale de médecine. *Bull Acad Natle Med* 2016 ; 200 : 1225-40.
- [2] Jaffiol C, Corvol P, Reach G, Basdevant A, Bertin E. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine, rapport de l'académie nationale de médecine. *Bull Acad Natle Med* 2016 ; 197 : 1747-81.
- [3] Le Reste JY, Nabbe P, Rivet C, Lygidakis C, Doerr C, Czachowski S et al. The European general practice research network presents the translations of its comprehensive definition of multimorbidity in family medicine in ten European languages. *PLoS One*. 2015 ; 21 ; 10(1) : e0115796.
- [4] Académie Nationale de Médecine – Dictionnaire académie-medecine.fr. Version 2016-1
- [5] Source INSEE/INED. <https://www.ined.fr>.
- [6] Fuhrman C. Surveillance épidémiologique de la Multi morbidité. Revue bibliographique : Rapport de synthèse de l'Institut de veille sanitaire ; mise à jour au 27/05/2014. [Invs.santepubliquefrance.fr](http://Invs.santepubliquefrance.fr).
- [7] Le Cossec C, Perrine AL, Beltzer N, Fuhrman C, Carcaillon- Bentata L. Pre-Frailty, Frailty, and Multimorbidity : Prevalences and Associated Characteristics from Two French National Surveys. *J Nutr Health Aging*. 2016; 20 : 860-869.
- [8] HAS Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires Points clés 2015. <https://www.has-sante.fr/portail/jcms>.
- [9] Buffel du Vaure C, Ravaud P, Baron G, Barnes C, Gilberg S, Boutron I. Potential workload in applying clinical practice guidelines for patients with chronic conditions and multimorbidity: a systematic analysis. *BMJ Open*. 2016 ; 6(3) : e01011.
- [10] OMS 2015 Rapport sur le bien-veillir. [www.who.int/entity/ageing/global-strategy/fr](http://www.who.int/entity/ageing/global-strategy/fr).
- [11] Ryan A, Wallace E, O'Hara P, Smith SM. Multimorbidity and functional decline in community dwelling adults : systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2015 ; 13 : 168. DOI 10.1186/s 12955-015-0355-9.
- [12] Excoffier S, Paschoud A, Haller DM, Herzig L. Multimorbidity in family medicine. *Rev Med Suisse*. 2016 ; 12(518) : 917-21.
- [13] Buffel du Vaure C, Ghasarossian C, Jaury P Apport de trois nouveaux concepts dans la prise en charge des patients atteints de maladie chronique en médecine générale. *Exercer* 2015 ; 121 : 235-7
- [14] Carrier H, Zaytseva A, Bocquier A, Verger P, Barlet M, Chaput H et al. Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes. DRESS. Etudes et résultats, 2017 ; 1036 : 1-8.

- [15] Queneau P. La thérapeutique est aussi la science et l'art de déprescrire. Press Med 2004 ; 33 : 583-5.
- [16] Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie – Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes (Président Libault D – Atelier Legrain S –Jeandel Cl –Brunel P –Von Lennep F). Paris Janvier 2013 : 75 p.