

POLYPATHOLOGIES

Pour une approche holistique du patient



© AMÉLIE BENOIST/SPSP

Environ 15 millions de Français sont touchés par une maladie chronique et beaucoup d'entre eux, parmi les plus âgés, en présenteraient plusieurs. Pour ces personnes, la prise en charge globale est plus complexe que la simple somme des traitements de chaque maladie. Une situation d'autant plus délicate qu'aujourd'hui, les médecins généralistes ne disposent ni de recommandations ni d'un système de soins adapté à ces patients. Une nouvelle approche est donc nécessaire.

Julien Le Breton, Pascal Clerc :
EA 7376/université Paris-Est

Observance

Respect de la prescription et de la posologie d'un médicament par un patient

Avec le vieillissement de la population, la fréquence des maladies chroniques explose en France comme en Europe : diabète, hypertension, cancer... Or, « ces maladies rendent les personnes fragiles et plus à risque de développer une autre pathologie chronique, surtout lorsqu'elles présentent des facteurs de risque constants (tabagisme, sédentarité...) », explique Julien Le Breton (✉), chef de clinique associé en médecine générale à la Faculté de médecine de Créteil. Ces situations de polypathologie représentent aujourd'hui un véritable défi pour le système de santé. En effet, elles rendent le recours aux soins et la polymédication fréquents, elles diminuent la qualité de vie et augmentent la survenue d'incapacités ou de dépendance, avec des conséquences sociales

et économiques dont les personnes âgées sont loin d'être les seules victimes, confirme le médecin généraliste : « Un jeune de 25 ans sur 10 serait déjà polypathologique », cumulant des maladies comme l'obésité, l'asthme, la lombalgie...

Maîtriser la prescription

Les polypathologies vont le plus souvent de pair avec une polymédication. Or, la multiplication des lignes de prescription chez un même patient augmente le risque d'interactions médicamenteuses, de contre-indications et de non-observance (♀). En témoignent les 128 000 hospitalisations et 8 à 12 000 décès qui seraient liés chaque année aux effets indésirables de médicaments mal suivis ou mal prescrits (indication, posologie, interactions).

Pour atténuer ces difficultés, il faudrait rénover les conditions d'exercice des médecins, et notamment celles des généralistes qui sont en première ligne : « Ils fondent leurs prescriptions sur des recommandations de bonnes pratiques édictées par les sociétés savantes ou les tutelles sanitaires, explique Pascal Clerc (✉), médecin généraliste aux Mureaux et chercheur au sein de l'équipe CEpiA-Gériatrie soins primaires et santé publique à l'Hôpital Henri-Mondor à Créteil. Mais chacun de ces textes concerne une maladie précise. Lorsque le patient est polypathologique, les recommandations peuvent devenir difficiles voire impossibles à appliquer parce que les médicaments préconisés pour chacune d'entre elles sont incompatibles ». Bon gré mal gré, les généralistes s'adaptent, mais leurs pratiques

sont perfectibles. Pascal Clerc et Julien Le Breton l'ont tout deux démontré il y a quelques années à travers l'étude Polychrome, menée avec le Centre de recherche médecine, sciences, santé et société (CERMES3) (☛) à Villejuif. Au cours de leurs travaux, des ordonnances de polyprescription avaient été aléatoirement sélectionnées dans la base de données de la Société française de médecine générale (SFMG) et analysées par une équipe pluridisciplinaire (généraliste, cardiologue, endocrinologue, psychiatre, gériatre, pharmacologue) pour être, si nécessaire, optimisées : le nombre de médicaments prescrits avait ainsi pu être réduit de 29 % soit en arrêtant un médicament, dans les deux tiers des cas, soit en le remplaçant par une alternative plus adaptée. « *Les prescriptions sont donc perfectibles et le travail en équipe peut être facilitateur* », conclut Pascal Clerc. Malheureusement, le généraliste n'a ni le temps ni la possibilité de le faire : il n'intervient finalement que par touches successives sur l'ordonnance, à mesure des événements de santé, sans vision précise des prescriptions d'autres spécialistes. « *Le système de soins, avec la pratique libérale isolée et la cotation à l'acte, ne permet pas au médecin de dédier une consultation spécifique pour conduire cette analyse et redéfinir, en négociant avec le patient, les conditions de sa prise en charge globale à chaque évolution de son état de santé* », ajoute le généraliste.

Des facteurs biopsychosociaux déterminants

Pour autant, ce ne sont pas uniquement les modalités de prescription qui permettront aux professionnels de santé de répondre à l'enjeu des polyopathologies, insiste Julien Le Breton : « *Les médecins priorisent souvent une maladie selon son retentissement et considèrent les autres comme des comorbidités* (♀). *Il faut abandonner cette*

● **Multiplier les prescriptions augmente le risque d'interactions médicamenteuses.**

approche et en adopter une nouvelle, centrée sur le patient dans sa globalité. Il faut aussi

“ Les alternatives non médicamenteuses doivent être mieux intégrées »,

des recommandations en phase avec celle-ci. On sait qu'il existe souvent des noyaux communs comme, par exemple, un surpoids associé à une hypertension et un diabète. D'où la nécessité d'une vision globale ». Jean-Yves Le Reste (☛), directeur du département universitaire de médecine générale à la Faculté de médecine de Brest, complète : « *Cette notion est en partie intégrée par les généralistes mais bien moins par les spécialistes, encore trop ancrés sur leur cœur de métier. Il faut adopter une vision holistique, globale et transversale du patient, qui prend en compte ses attentes et sa psychologie. Les alternatives non médicamenteuses doivent être mieux intégrées* ». Une approche qui ne peut s'improviser selon lui : « *La formation initiale des médecins doit évoluer dans ce but. Le mouvement est lancé mais reste encore timide, notamment dans les spécialités autres que la médecine générale* ».

Néanmoins, un dernier paramètre doit également faire l'objet de toutes les attentions du corps médical : « *En France comme dans le reste de l'Europe, l'accès aux meilleurs traitements médicamenteux est globalement assuré*, assure Jean-Yves Le Reste. *C'est donc désormais en prenant en compte les composantes biopsychosociales que l'on pourra significativement améliorer le pronostic des patients* ». Pour le comprendre, le spécialiste suggère de se pencher sur la multimorbidité, plutôt que la polyopathologie : « *La multimorbidité est plus complexe mais plus proche de la réalité de terrain. Elle associe la polyopathologie, soit au moins deux maladies chroniques, à une maladie aiguë ou à un facteur biopsychosocial : ce déclencheur – aussi divers qu'une fracture, une hospitalisation, un événement familial ou l'absence de tissu social aidant – va déséquilibrer cliniquement et biologiquement la situation polyopathologique et va demander une adaptation de la prise en charge* ».

Pour aider les praticiens en exercice à réaliser la transition, le réseau européen de recherche en médecine générale (EGPRN) a récemment déterminé des axes de travail. « *Nous avons établi une liste de 80 variables qui permettent de décrire les patients multimorbides : âge, maladie, niveau de revenu, contexte social...*, décrit Jean-Yves Le Reste, membre du réseau. *Sur cette base, nous allons pouvoir conduire une comparaison entre le profil des malades qui sont décédés ou ont été hospitalisée plus de sept jours sur une période donnée par rapport aux autres. Cela permettra d'identifier les variables qui différencient les deux groupes. Elles devront servir d'alerte pour le praticien.* » L'idée du EGPRN serait d'intégrer ces paramètres aux logiciels de prescription afin que le médecin soit mis en garde selon le propre niveau de risque du patient. Une façon de faire le lien entre le risque statistique, et le risque individuel, et de permettre au médecin de prendre le recul nécessaire sur son patient. ■

Caroline Guignot

☛ CERMES3 : unité 988 Inserm/CNRS/ Université Paris-Descartes
 ☛ Jean-Yves Le Reste : département médecine générale, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Bretagne Occidentale

♀ Comorbidités

Présence de troubles associés à une maladie primaire

☛ P. Clerc et al. *Pratiques et Organisation des Soins*, 2009 ; 40 (3) : 167-75
 ☛ J.-Y. Le Reste et al. *BMC Family Practice*, 2015 ; 16 (1) : 125



© PHANIE