

Jongler avec la complexité

le patient atteint de maladies chroniques multiples

5

Catherine Hudon, Martin Fortin, Luce Pélissier-Simard

Par une journée fort occupée, M^{me} Pathos vous consulte pour le suivi de ses problèmes de santé, dont l'hypertension, l'asthme, la dyslipidémie et l'arthrose des genoux. Vous désirez lui donner des conseils sur sa consommation de sel et sur l'activité physique, mais vous devez d'abord traiter plusieurs petits problèmes actifs qui demandent une attention immédiate. La patiente présente des sibilances respiratoires, est très préoccupée et sa pression est élevée. Comment le médecin peut-il gérer simultanément tous ces aspects... dans un temps raisonnable ?

Qu'est-ce que le concept de « maladies chroniques multiples » et qu'en est-il des conséquences qui y sont associées ?

Avec l'efficacité des interventions médicales et le vieillissement de la population, de plus en plus de personnes survivent à des maladies auparavant mortelles. Bon nombre d'entre elles présentent simultanément plusieurs problèmes de santé, tant physiques que psychologiques. Elles constituent maintenant la norme plutôt que l'exception en médecine de famille¹. Une étude récente menée, au Québec, auprès de patients consultant en première ligne, établissait en effet que près de la moitié des patients de 45 à 64 ans suivis par des médecins de famille présentent cinq problèmes de santé chroniques ou plus. Chez les aînés, cette proportion atteint 70 %². La présence de maladies chroniques multiples chez un même patient entraîne des conséquences considérables à différents égards, dont des difficultés dans la continuité des soins³, une diminution de la qualité de vie⁴ et une augmenta-

Les D^{rs} Catherine Hudon et Martin Fortin sont médecins de famille. Ils exercent et font de la recherche à l'Unité de médecine de famille du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi. La D^e Luce Pélissier-Simard est médecin de famille à l'UMF de l'Hôpital Charles LeMoine. Ils sont tous les trois professeurs au Département de médecine de famille de l'Université de Sherbrooke.

Encadré 1

M^{me} Polly Pathos, 58 ans

Liste des problèmes

1. Hypertension
2. Insuffisance rénale chronique légère
3. Dyslipidémie
4. Arthrose des genoux
5. Incontinence urinaire d'effort
6. Asthme de léger à modéré
7. Anxiété généralisée

Médicaments

1. Diltiazem à action prolongée, 240 mg, 1 f.p.j.
2. Atorvastatine, 20 mg, 1 f.p.j.
3. Acétaminophène, 500 mg, 2 comprimés, 4 f.p.j.
4. Sulfate de glucosamine, 300 mg, 3 f.p.j.
5. Millepertuis (extrait normalisé à 0,3 % d'hypéricine), 300 mg, 3 f.p.j.
6. Oméga-3 sous forme d'huile de poisson, 1000 mg, 2 f.p.j.

Activités de loisir

1. Marche (peu)
2. Aquaforme (il y a trois ans)

tion de la détresse psychologique⁴.

M^{me} Pathos illustre bien cette problématique (encadré 1). Elle vous confie être très occupée à garder sa

Encadré 2

Lignes directrices et M^{me} Polly Pathos

Pour M^{me} Pathos, sept lignes directrices pourraient être prises en compte, ce qui complexifie la tâche du médecin :

1. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (www.ctfphc.org/French_Text/french_home_page.htm)
2. Conférence canadienne de consensus sur l'ostéoporose, mise à jour 2006, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (www.sogc.org/guidelines/public/171F-CONS-Fevrier2006.pdf), incluant les préoccupations d'ordre urogénital (chapitre 3) pour l'incontinence urinaire
3. Recommandations canadiennes 2006 sur l'hypertension de la Société canadienne d'hypertension (www.hypertension.ca/chep/docs/PECH_2006_versionComplete.doc)
4. Lignes directrices canadiennes sur la prise en charge de la dyslipidémie, Canadian Cardiovascular Society 2006 (www.ccs.ca/download/position_statements/lipids.pdf)
5. Guide de pratique clinique : traitement des troubles anxieux, 2006. Association des psychiatres du Canada (<http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=285>)
6. Mise à jour des recommandations de prise en charge de l'asthme chez l'adulte, édition 2003, Société canadienne de thoracologie (www.pulsus.com/Respir/11_SA/supp_A.pdf)
7. Ottawa panel evidence-based clinical practice guidelines for therapeutic exercises and manual therapy in the management of osteoarthritis, 2005 (www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=7785&nbr=4490) ou Ottawa panel evidence-based clinical practice guidelines for therapeutic exercises and manual therapy in the management of osteoarthritis. *Phys Ther* 2005 ; 85 (9) : 907-71

petite-fille Élodie, car sa fille Suzanne est retournée aux études. Votre ordre du jour est le suivant :

- renouveler ses ordonnances ;
- vérifier sa consommation de sel et d'alcool ;
- ajouter un antihypertenseur à sa liste de médicaments ;
- faire un bilan sanguin dans le cadre du suivi de sa dyslipidémie ;
- vérifier comment elle utilise ses pompes ;
- discuter de ses inquiétudes ;
- la motiver à faire plus d'exercice.

Des interventions sont recommandées, sur le plan du diagnostic, des examens paracliniques, du traitement, du suivi et des modifications des habitudes de vie. Cependant, lorsqu'une personne souffre simultanément de plusieurs problèmes de santé chroniques, le nombre de lignes directrices applicables se multiplie (encadré 2).

D'autres motifs complexifient l'application des lignes directrices chez un patient atteint de plusieurs maladies, notamment le fait que les lignes directrices

Pour le médecin de famille, soigner les personnes atteintes de maladies chroniques multiples et établir les interventions prioritaires représente un défi quotidien. Devant les différentes demandes qu'il reçoit, le médecin doit trouver des stratégies efficaces pour gérer les priorités. Les lignes directrices peuvent l'aider à établir les actions prioritaires, mais le médecin doit demeurer vigilant afin de ne pas fragmenter les soins. En effet, l'Agence de santé publique du Canada⁵ constate que les maladies chroniques ne peuvent plus être considérées isolément. Puisqu'elles ont souvent des interrelations et des facteurs de risque communs, les stratégies adoptées doivent favoriser une approche intégrée. Les approches centrées sur le patient et visant à encourager le processus d'autonomisation (*empowerment*) de la personne seront présentées dans ce texte à titre d'exemples de telles stratégies.

Quelles lignes directrices appliquer ?

Les lignes directrices constituent une ressource appréciable, car elles synthétisent les données probantes concernant un problème de santé donné.

La présence de maladies chroniques multiples chez un même patient entraîne des conséquences considérables à différents égards, dont des difficultés dans la continuité des soins, une diminution de la qualité de vie et une augmentation de la détresse psychologique.

Repère

ne tiennent pas toujours compte des maladies concomitantes dont souffre la personne. Chaque maladie exerce une influence sur les autres et chaque traitement peut toucher les autres traitements et les différentes affections.

De plus, les personnes présentant diverses maladies concomitantes sont souvent exclues des essais cliniques⁶, car ces affections constituent des contre-indications relatives aux médicaments à l'étude ou pouvant entraîner des difficultés dans le suivi des patients. Par ailleurs, plusieurs études ne mentionnent pas dans le détail les diverses affections des participants. Peut-on généraliser les résultats d'une étude sur un groupe de patients sélectionnés et relativement peu malades à un groupe de patients atteints simultanément de plusieurs problèmes chroniques?

M^{me} Pathos, par exemple, n'aurait pu participer aux études sur les modifications du mode de vie pour l'hypertension, car elle souffre aussi d'insuffisance rénale⁶.

Le rôle du médecin de famille est d'utiliser ses connaissances et son expertise pour soigner une personne dans toute sa complexité. Les informations contenues dans les lignes directrices reposent généralement sur une organisation des connaissances en fonction du diagnostic. En effet, les essais cliniques à répartition aléatoire, qui sont les plus fiables, proposent souvent un traitement précis pour une maladie donnée. Les lignes directrices, quoique fort utiles dans la synthèse des connaissances, doivent être appliquées en fonction des idées, des émotions et du contexte de vie de la personne. Cette dernière affirmation est encore plus vraie lorsque la personne est atteinte de plusieurs maladies chroniques. Devant la complexité de la situation, pour tenir compte des aspects particuliers de chaque personne, l'approche centrée sur le patient peut aider à sélectionner les priorités de façon pragmatique.

Une approche centrée sur le patient : pour être plus efficace

Retournons à M^{me} Pathos. Vous renouvez ses mé-

dicaments, lui ajoutez un antihypertenseur, lui prescrivez un bilan sanguin, la dirigez vers le centre d'enseignement sur l'asthme, puis lui suggérez de diminuer sa consommation de sel et d'alcool et de faire plus d'exercice. Vous ajoutez que si elle ne fait pas plus attention à elle, elle risque la crise cardiaque. Elle quitte votre cabinet découragée et se sent anxieuse pour sa santé. Elle voudrait bien perdre du poids et suivre vos recommandations, mais elle a l'impression que tous ses problèmes sont insurmontables.

Imaginons un scénario différent : vous choisissez d'écouter les préoccupations de M^{me} Pathos et découvrez qu'elle garde Élodie de 7 h 30 à 18 h, tous les jours de la semaine. Il sera donc difficile pour elle d'aller au centre d'enseignement sur l'asthme et au CLSC pour ses prises de sang. Par ailleurs, elle a peur que les nouveaux médicaments pour la pression n'augmentent son incontinence et, de toute façon, elle pense que sa pression est haute en raison du stress. Elle vous confie prendre des produits naturels.

Le modèle de rencontre clinique centrée sur le patient, élaboré à l'Université de Western Ontario, préconise une ouverture d'esprit de la part du médecin⁷. Ce modèle propose de tenir compte des préoccupations du patient, de ses idées et de son contexte de vie pour en arriver à une compréhension commune du problème, des buts recherchés et des rôles respectifs du médecin et du patient. Cette approche s'est révélée efficace pour améliorer la performance du médecin, la satisfaction du patient et les déterminants de la santé et ne demande pas de temps ni de ressources additionnels⁸. Le modèle de rencontre clinique centrée sur le patient s'intéresse à l'expérience de la maladie qui regroupe les quatre dimensions suivantes : les idées et sentiments du patient concernant son problème de santé, les répercussions sur son fonctionnement et ses attentes face au médecin.

Chez une personne atteinte de plusieurs problèmes de santé chroniques, cette approche est essentielle. L'interaction entre les différentes maladies occasionne une situation beaucoup plus complexe et très

Les lignes directrices, quoique fort utiles dans la synthèse des connaissances, doivent être appliquées en fonction des idées, des émotions et du contexte de vie de la personne. Cette dernière affirmation est encore plus vraie lorsque la personne est atteinte de plusieurs maladies chroniques.

Repère

Tableau

Stratégies pour favoriser l'autonomisation du patient

- ④ Miser sur les capacités du patient plutôt que sur ses faiblesses
 - ④ *Pour motiver M^{me} Pathos à faire de l'activité physique, il est plus efficace de l'aider à trouver une activité qu'elle peut faire (baignade) que d'insister sur les vertus de la marche (peu réaliste en raison de son arthrose).*
- ④ Aider le patient à mobiliser ses propres ressources
 - ④ *M^{me} Pathos désire prendre sa santé en main. Elle a déjà eu des expériences positives : elle a essayé de marcher (même si cela a été difficile, elle a essayé !) et elle a déjà pris des cours d'aquaforme.*
- ④ Utiliser l'environnement social et les relations importantes du patient comme éléments facilitateurs de motivation
 - ④ *Pour M^{me} Pathos, aller à la piscine avec sa petite-fille allie plaisir et santé. Lorsqu'elle suivait ses cours d'aquaforme, elle aimait rencontrer des amies tout en faisant de l'exercice.*

fréquemment de la détresse psychologique chez le patient⁹. Les répercussions sur le fonctionnement sont multipliées par les différents problèmes et sont souvent présentes sur une longue période. Pensons, par exemple, aux effets indésirables des médicaments, aux limitations fonctionnelles et au temps nécessaire pour effectuer les examens paracliniques qui occasionnent des répercussions sur la vie de la personne.

De plus, le patient sera plus porté à révéler des renseignements utiles lorsqu'il sent que ses préoccupations sont prises en compte. Par exemple, il sera plus enclin à vous dire qu'il prend des produits naturels. Selon une enquête canadienne récente, 41 % des personnes utilisant de tels produits ne le mentionnent pas à leur médecin¹⁰. Elles craignent que ce dernier ne comprenne pas ou n'approuve pas et se sentent donc mal à l'aise d'en parler.

M^{me} Pathos prend du millepertuis, un inducteur de l'isoenzyme CYP3A4, ce qui diminue possiblement l'effet de l'atorvastatine. Elle prend aussi de la glucosamine, un produit de santé naturel qui soulage les symptômes de l'arthrose légère à modérée, mais qui peut donner de faux positifs lorsque la glycémie est mesurée à l'aide d'un glucomètre. Pour aider M^{me} Pathos à

Encadré 3

Définition

Autonomisation (*empowerment*)¹⁴ : processus par lequel la personne maîtrise davantage sa vie.

prendre soin de sa santé, pour la motiver et pour favoriser sa participation active à son traitement, il est important de bien la connaître. Quels sont ses intérêts ? Est-elle confiante dans sa capacité de changer ? Quelles difficultés doit-elle surmonter ? Autant de questions auxquelles l'approche centrée sur le patient va permettre de répondre pour favoriser l'autonomisation de la personne.

Peut-on aider les patients à acquérir une plus grande maîtrise de leur vie et de leur santé ?

Une personne atteinte de multiples maladies doit composer au quotidien avec cette réalité et les conséquences qui en découlent. Sa qualité de vie s'en trouve souvent diminuée¹¹. Comme professionnels de la santé, pouvons-nous réellement aider la personne à reprendre la maîtrise de sa vie et de sa santé (*encadré 3*)¹² ? Une abondante littérature soutient que les interventions visant à promouvoir le rôle des patients dans la prise en charge de leurs maladies chroniques sont associées à des issues favorables¹³. Mentionnons, entre autres, une prise de décision plus efficace, une meilleure gestion des complications de la maladie et l'adoption de comportements propices à la santé (*tableau*)¹⁴.

L'Organisation mondiale de la Santé définit d'ailleurs la promotion de la santé comme un processus permettant aux gens de mieux maîtriser leur propre santé¹⁵. Le patient détient donc un rôle actif dans l'adoption de saines habitudes de vie ou dans l'apprentissage de la vie avec une maladie chronique. En nous considérant comme des facilitateurs plutôt que des éducateurs, nous en arriverons à envisager la promotion de la santé comme un moyen d'aider les patients non pas à changer leurs comportements néfastes, mais plutôt à mieux régir certains aspects de leur vie¹⁶. Lorsque les gens ont l'impression d'exercer une plus grande maîtrise sur leur vie, ils se sentent moins stressés et plus libres de prendre des décisions qui auront des effets bénéfiques sur leur vie. Nous pouvons favoriser le processus d'autonomisation de nos patients en concentrant nos

efforts, par exemple, sur leurs capacités plutôt que sur leurs faiblesses, en les aidant à tirer des leçons de leurs propres expériences et à trouver des solutions qui leur conviennent¹⁶. L'information, les connaissances et les idées peuvent également se révéler de puissants facteurs de motivation lorsqu'elles sont communiquées au moment opportun. Il faut savoir tirer profit du rôle déterminant que peut jouer un proche ou un ami¹⁶.

M^{me} Pathos aurait tout intérêt à faire plus d'activité physique. Malheureusement, son arthrose aux genoux la limite beaucoup. Vous avez constaté, depuis quelques années, que vos prescriptions d'exercice (la marche) ne se sont pas concrétisées. Par contre, elle déplore son manque d'efforts vains et semble motivée à changer la situation. Tout en lui expliquant de nouveau les nombreuses vertus de l'exercice pour atténuer ses problèmes de santé, vous tentez de trouver avec elle une autre activité plus adaptée à ses limitations et qui susciterait davantage d'intérêt. Elle vous fait part de son enthousiasme pour la natation, mais s'inquiète des conséquences sur son arthrose. Une fois rassurée à ce sujet, elle propose d'aller nager avec sa petite-fille trois après-midi par semaine... Elle vous semble décidée comme jamais auparavant!

POUR INTERVENIR EFFICACEMENT auprès d'un patient atteint simultanément de plusieurs maladies chroniques, le médecin de famille doit gérer les différents besoins de façon concurrente et prioriser ses interventions. Bien que les lignes directrices demeurent un outil utile dans le suivi de cette clientèle complexe, elles présentent certaines limites quant à leur généralisation. Le clinicien doit tenir compte des pré-occupations, des ressources et du contexte de vie du patient pour mieux adapter son intervention et favoriser l'adoption de comportements de santé acceptables et réalistes pour la personne concernée. Miser sur les capacités du patient plutôt que sur la maladie et l'aider à mobiliser ses propres ressources,

tout en exploitant son environnement social représentent des stratégies efficaces pour l'aider à reprendre la maîtrise de sa vie et de sa santé. 🌿

Date de réception : 4 juin 2007

Date d'acceptation : 30 juillet 2007

Mots clés : maladies multiples, maladies concomitantes, autonomisation, approche centrée sur le patient

Les D^{rs} Catherine Hudon et Martin Fortin déclarent recevoir des subventions de recherche de Pfizer Canada inc. La D^{re} Luce Péliissier-Simard ne déclare aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF et coll. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol* 1998; 51 : 367-75.
2. Fortin M, Bravo G, Hudon C et coll. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med* 2005; 3 : 223-8.
3. Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA et coll. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? *Ann Fam Med* 2003; 1 : 149-55.
4. Fortin M, Bravo G, Hudon C et coll. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Qual Life Res* 2006; 15 : 83-91.
5. Agence de santé publique du Canada. *Approche intégrée des maladies chroniques*. L'Agence; 2003. Site Internet : www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/topics/integrated_f.html (Date de consultation : le 9 mai 2007).
6. Fortin M, Dionne J, Pinho G et coll. Randomized controlled trials: do they have external validity for patients with multiple comorbidities? *Ann Fam Med* 2006; 4 (2) : 104-8.
7. Stewart M, Brown JB, Weston WW et coll., rédacteurs. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. Thousand Oaks : Sage Publications; 1995.
8. Irwin RS, Richardson ND. *The Role of Patient-Focused Care in Decreasing the Global Burden of Asthma*. Proceedings from an ACCP International Roundtable Conference: Patient-Focused Care: Using the Right Tools. *Chest* 2006; 130 (1 Suppl.) : 73S-82S.
9. Fortin M, Bravo G, Hudon C et coll. Psychological distress and multimorbidity in primary care. *Ann Fam Med* 2006; 4 : 417-22.
10. Busse JW, Heaton G, Wu P et coll. Disclosure of natural product use to primary care physicians: a cross-sectional survey of naturopathic clinic attendees. *Mayo Clinic Proceedings* 2005; 80 (5) : 616-23.

Nous pouvons favoriser le processus d'autonomisation de nos patients en concentrant nos efforts, par exemple, sur leurs capacités plutôt que sur leurs faiblesses, en les aidant à tirer des leçons de leurs propres expériences et à trouver des solutions qui leur conviennent.

Repère

Summary

Managing complexity: patients suffering from multimorbidity. Many patients with several concurrent medical conditions (multimorbidity) are seen in primary care settings. Psychological distress and lower quality of life are associated with multimorbidity. Facing competing demands in managing these patients, family physicians must find effective strategies for combining quality of care and efficiency. Clinical Practice Guidelines (CPGs) are strategies used to meet patient needs with evidence-based management. However, many randomized controlled trials on which CPGs are based exclude patients with multimorbidity. Therefore, physicians must be cautious when generalising CPGs for this clientele. Integrated strategies such as patient-centered and empowering approaches are mandatory. Patient-centered approaches take into account the patient's perspective, expectations and context. The patient and the physician find common ground regarding problem definition, establishment of priorities, treatment goals and their respective roles with regard to management. Abundant literature exists demonstrating that interventions targeting patient empowerment are associated with good outcomes. As primary care physicians, we can increase the process of patient empowerment by focussing on their abilities instead of their weaknesses, helping them to learn from their experiences and find solutions that are suitable for them.

Keywords: multimorbidity (non-MeSH), comorbidity, empowerment, patient-centered care, integrative medicine (non-MeSH)

11. Fortin M, Bravo G, Hudon C et coll. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Qual Life Res* 2006 ; 15 : 83-91.
12. Rappaport J. Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. *Am J Community Psychol* 1987 ; 15 (2) : 121-48.
13. Organisation mondiale de la Santé. *Des soins novateurs pour les affections chroniques : éléments constitutifs : rapport mondial*. L'Organisation ; 2003. 105 p. Site Internet : www.who.int/chp/knowledge/publications/icccfrench.pdf (Date de consultation : le 10 avril 2007).
14. Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen, Bureau régional européen de l'OMS (Health Evidence Network report) ; 2006. Site Internet : www.euro.who.int/Document/E88086.pdf (Date de consultation : le 10 avril 2007).
15. Organisation mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. *Revue canadienne de santé publique* 1986 ; 77 : 6. Site Internet : www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/docs/chartre/index.html (Date de consultation : le 27 août 2007).
16. Lord J, McKillop FD. Une étude sur l'habilitation : répercussions sur la promotion de la santé. *Promotion de la santé* 1990 ; 29 (2) : 2-8.