

LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE FACE À LA POLYPATHOLOGIE COMPLEXE : ENJEUX ET OUTILS

Revue de la littérature



DATE | Juillet 2017

EQUIPE | Appui scientifique | **Maguelone VIGNES**
Appui | Maïté BATABOUDILA
Direction | Valentine MUSETTE
Projets | Aline GODART - Gaétane THIRION

EDITEUR RESPONSABLE | RML-B asbl - Bld Pachéco, 34 - 1000 Bruxelles
Info.rml@famgb.be

INTRODUCTION

Le système de santé tel qu'il fonctionne actuellement fait face à la prévalence croissante des maladies chroniques et à la multiplication des cas de multimorbidité. Cette évolution pourrait l'amener à un double renversement : un rééquilibrage du centre de gravité des soins entre hôpital et première ligne d'une part (Huard and Schaller 2010), et un fonctionnement moins segmenté par pathologie, plus transversal, prenant en considération la complexité liée à la polypathologie. Selon certains auteurs, "l'approche diagnostique et thérapeutique se transformera et la prise en charge de patients multimorbides deviendra le thème principal des

soins de santé dans le futur" (Battegay 2013, 430). En effet, la polypathologie fait l'objet d'un intérêt croissant (Salisbury 2012; Fernández Moyano et al. 2017; Mino-Leon et al. 2017).

Faire face à la complexité renvoie à la prise en charge chez un patient de plus de deux pathologies chroniques, éventuellement cumulées avec des problèmes socio-économiques et des troubles de la santé mentale. En tant que prestataire de soins "à vocation transversale et dont l'action n'est pas restreinte à une maladie chronique spécifique" (Belche, Berrewaerts, et al. 2015), le médecin généraliste se trouve à la croisée de circuits de prise en charge spécifiques à chaque pathologie. En première ligne, c'est aussi lui qui peut

prendre la mesure des effets réciproques de la situation sociale d'un patient sur son état de santé, et peut surveiller ou recueillir les plaintes liées à la santé mentale. Les auteurs témoignent du fait qu'une forte charge pèse sur les épaules des généralistes et qu'ils vivent difficilement la prise en charge de la multimorbidité (Søndergaard et al. 2015; Moffat and Mercer 2015)¹. Comparée à d'autres disciplines exercées en ambulatoire, la médecine de famille apparaît comme celle où les soins sont les plus complexes (Katerndahl, Wood, and Jaén 2015).

Pour autant, face à la polypathologie complexe, les médecins généralistes rencontrent un ensemble d'obstacles et n'apparaissent pas encore suffisamment outillés. En particulier, les enjeux pour eux se trouvent du côté des connaissances à leur disposition et des collaborations interprofessionnelles. En effet, la complexité justifie "le recours à divers intervenants médicaux (hospitaliers et extra-hospitaliers), ainsi qu'à des professionnels de la santé paramédicaux ou encore socio-administratifs au sens large" (Massart, Freyens, and Giet 2008, 142). Elle nécessite une prise en charge complexe et structurée, et une coordination entre secteurs de la santé et de l'aide sociale (Søndergaard et al. 2015).

Le corpus d'articles scientifiques a été réuni au moyen d'une recherche libre par mots-clés sur PubMed, Science Direct et Cairn (multimorbidity, general practice, complexity, primary care) et dans la littérature belge.

Après avoir tenté de définir la polypathologie complexe, nous identifierons les enjeux de sa prise en charge en médecine générale, puis les outils qui existent actuellement et dont les médecins généralistes peuvent se saisir pour y faire face. Enfin, nous recenserons les propositions formulées dans la littérature pour soutenir les médecins généralistes dans l'abord de la polypathologie complexe.

1. DE LA MULTIMORBIDITÉ À LA COMPLEXITÉ : DÉFINITIONS

La multimorbidité fait l'objet de différentes définitions. Selon celle qui est retenue, sa prévalence varie entre 3,5 % et 98,5 % en première ligne de soins (Søndergaard et al. 2015), ce qui en fait une notion floue quoiqu'opératoire, à en juger par le nombre exponentiel d'articles publiés sur ce thème.

Par opposition au terme "comorbidité" apparu dans les années 1960, dans lequel plusieurs pathologies se greffent sur une pathologie centrale, la multimorbidité, phénomène décrit pour la première fois en 1976 (Le Reste et al. 2015) et dont la définition s'est développée 30 ans plus tard, fait référence à l'association de plusieurs pathologies sans pathologie centrale. Mais ses acceptions se sont multipliées à mesure que son usage s'est répandu (Daraban 2014).

Selon l'OMS, la multimorbidité renvoie à la présence d'au moins deux conditions médicales chroniques chez un même individu². L'objectif de cette définition est de mesurer l'influence de la multimorbidité sur l'état de santé général d'une personne. De son côté, l'EGPRN (European General Practice Research Workshop), propose la définition suivante : "La multimorbidité est définie comme toute combinaison d'une maladie chronique avec au moins : une autre maladie (aiguë ou chronique) ou un facteur biopsychosocial (associé ou non) ou un facteur de risque somatique. Les effets de la multimorbidité peuvent être modifiés par : tout facteur de risque somatique, le réseau social, le poids des maladies, la consommation de soins de santé et les stratégies adaptatives du patient. La multimorbidité peut modifier les résultats de santé et mener à une augmentation du handicap ou à une diminution de la qualité de vie ou à la fragilité" (Daraban 2014, 5). A cette définition, Tudor Daraban propose d'ajouter "l'expertise du médecin généraliste et ses relations avec le patient" comme facteurs modificateurs des effets de la multimorbidité (Daraban 2014, 36).

Tableau 1 : Typologie des patients complexes (Loeb et al. 2015)

Complexité médicale	Facteurs socio-économiques aggravant l'état de santé	Troubles de la santé mentale aggravant l'état de santé	Comportements et particularités des patients
Pathologie discordante	Accès financier aux soins, transports	Dépression minant la compliance aux prescriptions médicales	Demandeur (tests, médication)
Douleur chronique	Stress familial	Assuétudes	Eclairé (échange d'arguments avec le personnel ou les médecins)
Intolérance médicamenteuse	Faible littératie en santé	Anxiété brouillant le tableau médical	Anxieux à l'égard des symptômes
Symptômes inexplicables			
Problèmes cognitifs			

Cette définition présente l'intérêt de faire état de l'imbrication des facteurs influençant l'état de santé d'un patient et de la complexité qui en découle : complexité de la situation du patient et complexité de la prise en charge qu'elle implique. Ainsi, dans le vocabulaire des prestataires de soins, le "cas complexe" est-il celui du patient qui ne rentre pas tout à fait dans les catégories institutionnelles prévues, que de nombreuses structures pourraient prendre en charge mais dont chacune laisserait une partie du problème non résolue (Vignes 2015). C'est aussi celui dont la situation ne correspond pas aux guidelines ou aux algorithmes (Loeb et al. 2015). La complexité renvoie également aux patients qui "échappent" au système de soins. C'est le cas en particulier des patients souffrant de troubles de la santé mentale qui redoutent de se rendre dans les services de soins et "tombent souvent entre les mailles du filet du système de santé" (Lamothe, Sylvain, and Sit 2015, S132).

Comme le signalent Loeb et al., les premières définitions de la complexité dans les soins se sont focalisées sur les facteurs tels que le nombre de pathologies et de médicaments (rejoignant en cela la définition commune des multimorbidités). Cependant, celles-ci ne coïncidaient pas complètement avec les représentations des cliniciens (Loeb et al. 2015). Ces auteurs ont mené aux Etats-Unis une étude qualitative auprès d'une quinzaine de praticiens de première ligne à ce propos. Il en résulte une typologie construite sur 4 principales catégories

contribuant à définir un cas complexe (cf. tableau 1 ci-dessus) : la complexité médicale, la présence de troubles de la santé mentale, les facteurs socio-économiques et les comportements et particularités des patients. Au sein de la première catégorie, les participants ont souligné que la présence d'une pathologie "discordante", c'est-à-dire dont la prise en charge diffère ou même concurrence celle d'une autre pathologie, (comme par exemple une infection chronique chez un patient souffrant d'une maladie auto-immune), contribue largement à définir la complexité.

La seconde catégorie renvoie aux troubles de la santé mentale. La perception exprimée par les médecins généralistes traduit une réalité épidémiologique : "Près d'un tiers des patients multimorbides souffre de problèmes de santé mentale (dépression, troubles psychotiques, etc.), dont la gravité augmente avec le nombre de comorbidités et le statut socio-économique" (Belche 2016, 1; Barnett et al. 2012).

L'étude de Loeb et al. souligne également que la complexité peut être liée à un sentiment de faible contrôle chez les médecins généralistes en particulier concernant les facteurs sociaux, contrairement à la vaste gamme de ressources de type médical que maîtrisent les praticiens. Plus largement, le "cas complexe" est celui dont le praticien a du mal à maîtriser les symptômes, quelles que soient leurs raisons. Finalement, les auteurs identifient deux modèles conceptuels

qui s'accordent avec leurs résultats. Il s'agit du modèle "Quality's Multiple Chronic Conditions Research Network" (MCCRN)ⁱⁱⁱ et d'un modèle fondé sur les interrelations entre comorbidités, développé par Zulman et al.^{iv} Le premier propose une définition de la complexité plus interactionniste en la considérant comme l'écart entre les besoins du patient et les services disponibles.

En santé publique, c'est le cadre du Medical Research Council (Craig et al. 2008) qui fait le plus souvent référence. Quoiqu'il s'applique à des projets d'organisation des soins et non à la clinique en tant que telle, il cible les éléments caractéristiques de la complexité : "la complexité d'une intervention réside dans le nombre de composantes qui agissent à la fois de manière indépendante et interdépendante, le nombre et la difficulté des comportements requis pas ceux qui fournissent et reçoivent l'intervention, le nombre et la variabilité des résultats, le nombre de groupes et de niveaux organisationnels ciblés par l'intervention, le degré de flexibilité ou d'adaptabilité de l'intervention" (Pagani et al. 2017, 36).

2. QUELS SONT LES ENJEUX LIÉS À LA PRISE EN CHARGE EN MÉDECINE GÉNÉRALE DE LA COMPLEXITÉ LIÉE À LA POLYPATHOLOGIE, SOULIGNÉS DANS LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE ?

Pour assurer la prise en charge de la polypathologie complexe, les médecins généralistes font actuellement face à plusieurs défis.

2.1. Faire face à la juxtaposition d'approches spécifiques, par pathologie.

Juxtaposition des soignants

Les médecins généralistes exercent dans une organisation des soins "en silo", divisée en spécialités médicales. Dans ce cadre, "les soignants 'transversaux' subissent, comme le patient, les effets négatifs de la multiplication des interfaces. Ils doivent faire face à différentes

équipes spécialisées, non coordonnées entre elles, et proposant des objectifs et des moyens de communication propres, dans une relation souvent limitée à la seule mise en œuvre de leur programme spécifique" (Belche, Berrewaerts, et al. 2015).

Une étude conduite en Finlande a recueilli les perceptions des médecins généralistes par rapport à la prise en charge de la multimorbidité (Søndergaard et al. 2015). Ceux-ci se trouvent face à des patients à qui chaque spécialiste a fait valoir l'importance de telle ou telle prescription, qui peuvent être contradictoires, ce qui fonde la perception d'un système de soins fragmenté. Or, l'absence de collaboration entre les différents professionnels et différents secteurs apparaît problématique pour les généralistes et augmente leur charge de travail. La dissémination des lieux de prise en charge, ainsi que l'incompatibilité fréquente des systèmes d'information sont pointés comme pouvant expliquer le manque de communication. De même, le manque de reconnaissance, en particulier de la première ligne par la deuxième, les divergences de vue entre professionnels sur la définition d'une prise en charge optimale ainsi que les objectifs sectoriels différents sont perçus comme des entraves aux collaborations. (Søndergaard et al. 2015).

L'absence de connaissances sur les parcours de soins optimaux dans le cas de multimorbidités n'aide pas les médecins généralistes dans l'identification des professionnels vers qui référer leurs patients (Søndergaard et al. 2015).

Juxtaposition des recommandations de bonnes pratiques

Les chercheurs observent que "c'est par le niveau le plus faible de complexité, une seule maladie chronique présente chez un patient, que se construisent les études d'intervention, et dans leur prolongement immédiat, les procédures de prise en charge des patients dans le système de santé" (Belche, Berrewaerts, et al. 2015). En particulier, le médecin généraliste fait face au "cumul de recommandations médicales

qui traitent, le plus souvent, chacune, d'une seule pathologie", ainsi qu'à la "multiplicité des sources d'information pour le médecin" (Clerc et al. 2010, 4). Ainsi, malgré "la croissance exponentielle des connaissances à acquérir" (Massart, Freyens, and Giet 2008, 142) pour des pathologies diverses, le savoir semble rester segmenté et peu d'informations existent pour accompagner le généraliste face à la polypathologie.

Ce phénomène conduit les médecins généralistes à se trouver constamment en porte-à-faux avec des recommandations de bonnes pratiques élaborées pour une pathologie. Pour poser un diagnostic, prescrire un traitement et plus largement, suivre un patient, il est attendu des médecins qu'ils suivent des recommandations fondées sur les preuves (evidence based medicine, EBM). Or, jusqu'à présent, la recherche et les guides de bonnes pratiques se sont concentrées sur une seule pathologie à la fois (Moffat and Mercer 2015; Belche, Berrewaerts, et al. 2015; Muth et al. 2014; Battegay 2013). Les recommandations "se fondent sur de grandes études qui évaluent un groupe de patients défini de la manière la plus claire possible. Les patients inclus doivent, dans la mesure du possible, ne présenter aucun facteur susceptible de 'fausser' un résultat. Les études ne prennent en compte que les pathologies isolées et, à la rigueur, les comorbidités fréquentes. La manière dont le traitement doit être modifié en présence de deux maladies ou davantage ne fait pour l'heure l'objet que de peu de recherches. Dès lors, les médecins de famille et les généralistes hospitaliers doivent baser leurs choix de traitement sur leur connaissance de la pathologie isolée en question ainsi que sur leur expérience et leur intuition" (Battegay 2013, 430), ce qui contrevient à l'EBM. Cependant, l'expérience acquise avec les années de pratique a été soulignée comme un élément fondant l'expertise des médecins en matière de multimorbidité (Daraban 2014).

"Dans la pratique, les médecins sont fréquemment confrontés à des situations dans lesquelles, avec des lignes directrices se

contredisant, ils doivent prendre des décisions au sujet de différentes maladies, sans qu'elles soient réellement satisfaisantes" (Battegay 2013, 430). De plus, l'application de multiples recommandations élaborées pour différentes pathologies comporte des risques d'interactions entre maladies et traitements (Muth and Glasziou 2015; Muth et al. 2014).

On observe en outre une absence d'outils pour déterminer, en accord avec le patient, quelle maladie ou symptôme traiter en priorité. La difficulté à établir les priorités apparaît particulièrement forte en la présence concomitante de troubles somatiques et psychiques. (Søndergaard et al. 2015).

2.2. Rationaliser et limiter les polyprescriptions médicamenteuses

La multimorbidité entraîne souvent la multiplication concomitante des traitements médicamenteux prescrits par plusieurs prestataires. La polymédication conduit à deux types d'interactions possibles et fréquentes : entre maladie et médicaments et entre médicaments (Moffat and Mercer 2015). "Les éléments contextuels et organisationnels [qui expliquent les polyprescriptions] mis en avant portent sur la difficile coordination et communication avec les médecins spécialistes, l'empilement de recommandations centrées sur une problématique pour des patients polypathologiques, et enfin l'organisation du cabinet médical et la répartition du temps de travail quotidien entre patients atteints de pathologies aiguës et chroniques" (Clerc and Le Breton 2013, 4).

Cependant, selon Pascal Clerc et ses collègues, "les risques associés au traitement médicamenteux de patients atteints de multiples pathologies restent mal documentés", en particulier pour les adultes de moins de 65 ans (Clerc et al. 2010, 1). Or, pour ces auteurs, une partie non négligeable des effets indésirables dus à des interactions ou à des contre-indications pourrait être évitée. Leur étude, menée en France montre que sur les 105

ordonnances délivrées en médecine générale et analysées par des experts, 105 ordonnances près des deux tiers "sont concernées par au moins une contre-indication et/ou une interaction médicamenteuse. La grande majorité des contre-indications pathologies-médicaments concerne les systèmes cardio-vasculaire ou respiratoire et la grande majorité des interactions médicamenteuses, les médicaments des systèmes cardio-vasculaire ou nerveux" (Clerc et al. 2010, 2-3). Par ailleurs, l'étude souligne l'influence de la relation médecin-patient sur la facilité à prescrire, sur la capacité à modifier la prescription et sur le contenu des prescriptions (thérapie médicamenteuse ou non).

L'enjeu est de diminuer les risques pour le patient et d'améliorer sa santé, mais également de diminuer le montant des dépenses par habitant pour les médicaments.

2.3. Eviter des hospitalisations évitables

Le nombre d'hospitalisations évitables est augmenté par la multimorbidité, la précarité et les troubles de santé mentale. De même, la multimorbidité augmente les recours aux soins de manière plus générale (Belche, Berrewaerts, et al. 2015).

2.4. Prendre en charge de manière globale

Face à la multimorbidité, les professionnels de soins primaires doivent élargir leur domaine d'intervention, notamment pour intégrer la composante sociale (Lamothe, Sylvain, and Sit 2015). En effet, l'association entre difficultés socio-économiques et multimorbidité a été reconnue : Barnett et al. ont notamment montré que les jeunes adultes et adultes d'âge moyen vivant dans des zones marquées par la pauvreté ont une multimorbidité comparable à des personnes âgées de 10 à 15 ans de plus qu'eux et vivant en zones plus nanties (Barnett et al. 2012). Il s'agit de s'adapter aux changements sociétaux, dont l'impact de la situation socio-économique du patient sur sa santé et sa capacité à la prendre en charge. En particulier, la détermination et la négociation des objectifs du

traitement avec le patient s'avère délicate (Søndergaard et al. 2015).

Prodiguer des soins personnalisés dans une approche globale des problèmes est vécu comme une compétence fondamentale du médecin généraliste, en particulier dans la gestion de la multimorbidité (Daraban 2014). "Une expertise en soins généralistes ne consiste pas seulement à prodiguer des soins médicaux pour plusieurs pathologies, mais combine de manière cruciale le biotechnique au biographique, dans ce qui a été nommé médecine interprétative, dans laquelle une approche centrée sur le patient est conçue sur-mesure pour la situation et les choix de chaque patient" (Moffat and Mercer 2015, 2). Cette compétence est nécessaire pour réduire au maximum le poids du traitement et rendre la gestion de la vie médicale plus cohérente pour le patient, afin notamment d'améliorer sa qualité de vie et ses chances de poursuivre son traitement sans rupture. Moffat & Mercer soulignent également que les troubles de santé mentales sont plus fréquents chez les patients multimorbides. Barnett et al. font remarquer que leur occurrence, en particulier la dépression, augmente également avec la dégradation de la situation socio-économique individuelle (Barnett et al. 2012). Ces paramètres ajoutent à la complexité de la prise en charge, notamment parce qu'il grève la capacité du patient à gérer lui-même sa situation (Moffat and Mercer 2015).

2.5. Evaluer la capacité des patients à coordonner eux-mêmes une partie de leurs soins, s'ajuster à leur participation et/ou les amener à s'impliquer.

Une étude de 2015 montre que face à la multimorbidité de leurs patients, les médecins ont tenté de leur déléguer une partie de la coordination des soins via l'approche patient-partenaire. Ils peuvent ainsi "créer des outils pour faire face aux bris de continuité dans le système (exemple : aide-mémoire qui devient une sorte de dossier parallèle). Cependant, leur participation ne peut pas répondre à tous les besoins de coordination et ce ne sont pas tous

les patients qui peuvent répondre aux attentes associées à cette approche. La participation adéquate et pragmatique des patients est donc considérée comme un défi à relever" (Lamothe, Sylvain, and Sit 2015, S132).

2.6. Gérer le "doute qu'impose la prise en charge de situations complexes"

La polypathologie implique de gérer le "doute qu'impose la prise en charge de situations complexes" (Massart, Freyens, and Giet 2008, 142). Il s'agit de "pouvoir s'appuyer sur l'expertise des uns et des autres sans pour autant être obligé de toujours compter sur soi-même (...)" (Massart, Freyens, and Giet 2008, 146). Dans ce contexte, le travail en réseau est valorisé par les praticiens dans la mesure où il offre, entre autres avantages, la possibilité de limiter les fautes professionnelles, en permettant "le partage de responsabilités lorsque que la médecine n'a pas de réponse, que le médecin a peur ou ne dispose pas de relais en infrastructure ou en personnel" (Véga 2007, 47). De manière générale, la "variété dans les conditions cliniques, les traitements possibles et les capacités de participation des patients, encourage les professionnels à se regrouper pour mieux faire face à l'incertitude générée", ce qui est identifié comme une stratégie d'adaptation des professionnels de soins primaires face au développement des multimorbidités (Lamothe, Sylvain, and Sit 2015, S131).

Cependant, on observe également que les médecins généralistes ont tendance à renvoyer leur patient vers les médecins spécialisés dès lors qu'il y a une pathologie dominante et pour laquelle l'évolution des connaissances et des traitements est rapide, comme c'est le cas du VIH pour lequel de nombreux médecins généralistes ne se sentent pas compétents. Dans ce contexte, le partage du suivi des patients apparaît difficile (VIH, diabète) et l'implication des médecins généralistes dans ce suivi diminue tendanciellement (Belche, Kang, et al. 2015; Vignes 2015).

De plus, les médecins généralistes ressentent un manque de connaissance sur ce qui serait un

"parcours de soins optimal" pour les patients multimorbides, (Søndergaard et al. 2015).

2.7. Faire avec un cadre de consultation peu adapté à la complexité

La prise en charge de patients multimorbides en médecine générale génère une surcharge de travail et demande des consultations plus longues (Søndergaard et al. 2015; Moth, Vestergaard, and Vedsted 2012; Daraban 2014). En même temps, l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes et l'abord transversal des problématiques de santé chez une même personne sont présentés comme des compétences fondamentales du médecin généraliste. Un auteur cite le risque du syndrome du burnout vécu par certains médecins généralistes avec des patients "qui demandent beaucoup d'énergie" (Daraban 2014, 31).

La complexité de la prise en charge risque d'être vécue d'autant plus comme une surcharge que le paiement à l'acte ne valorise pas le travail de synthèse réalisé par le médecin généraliste, ni les tâches liées à l'orientation et à la coordination du parcours du patient. L'abord de la complexité est particulièrement chronophage avec les personnes en situation de précarité sociale et/ou de fragilité psychologique, ce qui risque de creuser les inégalités de santé (Søndergaard et al. 2015).

La prise en charge de la complexité demande du temps au moment de la consultation, mais également en dehors pour se concerter avec les autres professionnels qui interviennent auprès d'un même patient : "explorer les problèmes et [à] distribuer les tâches clarifie les rôles et permet à chacun de se concentrer plus intensément sur les éléments dont il est responsable" (Perone et al. 2015, S83).

Ainsi, le médecin généraliste est-il "encore souvent reconnu comme le coordinateur de soins pour les situations complexes", quoiqu'il se trouve limité dans ce rôle par des "contraintes de temps mais aussi par manque de compétences, notamment en termes de

dialogue interprofessionnel" (Belche et al. 2016) et que les médecins généralistes eux-mêmes ne convoitent pas toujours cette place centrale parmi les professionnels intervenant auprès d'un même patient (Sarradon-Eck 2010).

2.8. Adapter le mode de fonctionnement à un travail plus collaboratif

"Afin d'améliorer la gestion des multiples trajectoires des patients dans le système de santé, les professionnels des soins primaires doivent notamment assurer une circulation adéquate de l'information et développer de nouveaux mécanismes de coordination des soins et services entre eux et avec les divers professionnels et organisations impliqués dans le parcours des patients" (Lamothe, Sylvain, and Sit 2015, S130). Cela implique des enjeux de partage des responsabilités et des tâches et met en question la cohérence du message délivré au patient.

3. QUELS OUTILS ET SUPPORTS EXISTENT À LA DISPOSITION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES POUR FAIRE FACE À LA COMPLEXITÉ ?

Pour faire face à la complexité des situations des patients qui se présentent dans leurs consultations, il existe actuellement plusieurs outils et supports que peuvent mobiliser les médecins généralistes. Certains - comme les éléments apportés par le patient, les outils diagnostics et la participation à la concertation avec d'autres professionnels - sont mobilisables plus directement et immédiatement que d'autres, qui nécessitent davantage de temps, de collaboration et de financement pour être mis en place.

3.1. Les éléments apportés par le patient en consultation

L'étude finlandaise reprenant les perceptions des médecins généralistes face à la multimorbidité souligne que les éléments de contexte et les préférences personnelles évoquées par les patients en consultation sont un point d'appui essentiel pour établir ses

besoins particuliers et parvenir à dégager les priorités entre les maladies et options thérapeutiques possibles (Søndergaard et al. 2015). Nous avons vu que certains médecins s'aident de l'approche patient-partenaire pour y parvenir. Ils tentent également de mobiliser l'entourage des patients, en particulier pour les plus fragiles d'entre eux (Lamothe, Sylvain, and Sit 2015).

Inscrire les stratégies de traitement dans la vie des patients pour en diminuer la charge et assurer la compliance est également l'une des utilisations pratiques potentielles d'un modèle d'analyse de la complexité chez le patient qui met en évidence le cumul des facteurs cliniques et sociaux (Shippee et al. 2012). L'objectif est que les praticiens puissent évaluer le rapport entre la charge de travail induite par la maladie et les capacités propres du patient.

3.2. Les outils diagnostiques et les recommandations

Diagnostic. Afin d'identifier une situation de complexité, plusieurs outils d'aide au diagnostic ont été mis en place. C'est le cas par exemple de la "Minnesota Complexity Assessment Method", qui prend en considération cinq domaines : la maladie (physique et/ou psychique), la disposition à s'impliquer dans sa prise en charge, la situation sociale, le système de santé et les services et ressources liés aux soins^v. De même, le Resident Assessment Instrument doit permettre une évaluation interdisciplinaire de la situation du patient à domicile, prenant en compte les choix du patient et de son entourage (Belche, Berrewaerts, et al. 2015).

Prise en charge. Un guide de recommandation du National Institute for Health and Care Excellence sur le diagnostic et la prise en charge de la multimorbidité a été publié en septembre 2016 (NICE, 2016).

3.3. Les dispositifs organisationnels

Cette revue a identifié quatre grandes catégories de dispositifs organisationnels dont peuvent se saisir les médecins généralistes pour prendre en

charge la polypathologie complexe. Il s'agit de la mise en place de professionnels de liaison avec le patient ou entre professionnels, de dispositifs de concertation, et de professionnels de l'orientation dans un système de soins complexe et segmenté.

Mettre en place des professionnels de liaison avec le patient

Une étude québécoise des stratégies d'adaptation des professionnels de première ligne à la prévalence croissante de la multimorbidité montre que c'est par "la gestion des flux d'information qu'une nouvelle forme d'organisation émerge" (Lamothe, Sylvain, and Sit 2015, S131). Cette information doit d'abord être gérée au niveau micro des relations médecin-patient. Quand patients et aidants proches ne sont pas en mesure d'endosser une partie de l'organisation (dont, au premier chef, la prise de rendez-vous), le groupement de médecins de famille doit pallier le déficit d'organisation "en créant des postes de relais d'information, de secrétaire et d'infirmière de liaison qui ont pour fonction la surveillance de la coordination des soins et des services" (Lamothe, Sylvain, and Sit 2015, S132).

Mettre en place des professionnels de liaison entre les professionnels : gestionnaire de cas et soins collaboratifs

L'étude de Lamothe et ses collègues montre encore que l'information sera ensuite gérée au niveau meso des relations entre professionnels. Ces derniers peuvent s'appuyer sur la connaissance des autres professionnels, un réseau de praticiens avec qui on a l'habitude de collaborer et avec qui une confiance mutuelle s'est établie. Cependant, ces relations privilégiées n'épousent pas toujours le réseau de recours spécifique d'un patient. Pour les auteurs, la présence d'un gestionnaire de cas peut aider à une meilleure continuité entre généralistes et autres professionnels par son "double rôle d'intégrateur de l'information clinique et de coordonnateur entre les différents

professionnels impliqués dans un dossier" (Lamothe, Sylvain, and Sit 2015, S132).

Afin de répondre à la fréquence de l'association de troubles de la santé mentale à d'autres pathologies chroniques, certains auteurs ont démontré l'utilité d'un modèle de soins collaboratifs intégrés pour la prise en charge de patients conjuguant des pathologies somatiques et psychiques (Coventry et al. 2015). Des sessions de soins dits "collaboratifs" - où un soignant (type case manager) ayant suivi une formation en bien-être psychologique est lui-même soutenu par un psychiatre et rencontre le patient à environ 4 à 5 reprises pendant 3 mois - sont complétées par des sessions dites "intégrées", où le case manager rencontre le patient et l'infirmière de son centre de santé habituel, à une ou deux reprises. "Les auteurs concluent que des soins dits "collaboratifs" basés sur une thérapie psychologique brève d'intensité faible délivrés en partenariat avec une infirmière, et intégrés au suivi habituel de 1ère ligne au sein de centres de santé, peuvent réduire les symptômes dépressifs et augmenter la capacité d'autogestion de patients chroniques présentant une maladie mentale et une multimorbidité physique" (Belche 2016, 60).

Participer à la concertation

Toujours au niveau meso des relations entre professionnels d'une même zone, plusieurs dispositifs multidisciplinaires existent. Ces dispositifs permettent de mieux connaître les autres disciplines, d'en reconnaître les compétences et d'apprendre à faire confiance aux autres praticiens, afin de travailler de manière complémentaire. Ils permettent également de donner une cohérence globale à la prise en charge d'un même patient par plusieurs professionnels. Certains, comme les GLEMS ou les REMULOS, portent sur le partage de cas cliniques, discutés collectivement, et visent une amélioration générale de la qualité des soins, au niveau clinique pour les premiers, davantage au niveau organisationnel pour les seconds. Les SYLOS ont pour objectif spécifique de favoriser la continuité des soins hospitaliers et extra-

hospitaliers par zone géographique (Belche et al. 2014). D'autres encore visent la coordination d'un cas en particulier au travers de la concertation pluridisciplinaire par pathologie (en santé mentale, en oncologie...).

Mettre en place des professionnels de l'orientation

Les médecins généralistes ont besoin de savoir sur qui s'appuyer et à qui adresser leurs patients quand ses problèmes dépassent le champ d'activité ou leurs horaires de travail. Il s'agit de pouvoir aisément trouver cette information dans leur propre secteur médical et dans les autres secteurs (aide sociale, aide juridique, santé mentale, assuétudes...), de manière localisée. C'est l'un des objectifs du helpdesk du RMLB.

3.4. Des outils de concertation et de communication

Afin de coordonner les pratiques professionnelles en contexte interorganisationnel, certaines structures s'efforcent d'harmoniser les protocoles de soins et ont créé des ordonnances collectives (Lamothe, Sylvain, and Sit 2015).

L'utilisation de plans de soins partagés

Ils permettent "une formalisation des décisions sur lesquelles les professionnels se sont entendus" (Lamothe, Sylvain, and Sit 2015, S132) et ont donc l'avantage de "routiniser" les collaborations interprofessionnelles. De plus, ils permettent de limiter "l'impression d'échec thérapeutique individuel ou le rejet mutuel de responsabilités". Ils ont également l'avantage de "construire une prise en charge plus proactive que réactive, des problèmes potentiels par la formalisation de signes d'alerte, la détermination d'attitudes et l'anticipation des moyens de communication". (Perone et al. 2015, S81). De même, ils s'avèrent très utiles pour les éventuels intervenants qui ne font pas partie de l'équipe qui a mis en place le plan de soins partagés. En revanche, ils peuvent souffrir d'une certaine "rigidité dans les procédures, alors que

la variété et la flexibilité sont requises avec les diverses combinaisons de maladies chroniques" (Lamothe, Sylvain, and Sit 2015, S132). Perone et al. observent que l'intervention d'un case manager chargé de la coordination administrative du plan de soins ne peut suffire : les situations complexes "requièrent, en plus, la légitimité d'une présence – en termes de rôles soignants et de proximité physique – auprès de la personne malade et de ses proches. Le modèle le plus acceptable et le plus pertinent semble être l'attribution d'une tâche de coordination à la personne compétente la plus proche du patient" (Perone et al. 2015, S82).

Le modèle de soins collaboratifs "TrueBlue" comprend un canevas de plan de soins développé à partir de recommandations formulées pour le suivi de la multimorbidité (dans le cas de la combinaison d'une ou plusieurs maladies parmi le diabète, les problèmes cardiaques et la dépression). Ce canevas résume l'information issue de sources multiples, identifie les priorités, implique la participation du patient dans la gestion de sa maladie et collecte des données anonymes pour la recherche. Il permet également de coordonner les intervenants, de générer automatiquement des rappels pour la prise de rendez-vous et des scripts de consultation pour les soignants. Ces scripts permettent d'assurer une surveillance des éléments recommandés nettement plus élevée qu'en leur absence et une prise en compte systématique des priorités du patient (Morgan, Coates, and Dunbar 2015).

Le dossier patient électronique

L'accès au dossier patient électronique pour le médecin généraliste est également identifié comme un outil indispensable de la prise en charge en médecine générale de la complexité liée à la multimorbidité (Perone et al. 2015).

3.5. Dispositifs de formation des médecins

Fondée sur le postulat que "l'évolution de la société et de ses besoins exigera de plus en plus du médecin qu'il décroïsonne son activité", une

formation a été mise en place à Liège dès 2005 (Giet et al. 2005), dont l'objectif était de "parfaire l'apprentissage clinique et la démarche diagnostique" et "surtout améliorer l'insertion du futur médecin dans la communauté, ainsi que ses compétences en tant qu'acteur de santé" (Massart, Freyens, and Giet 2008, 142).

La formation a démontré son utilité pour que les futurs médecins éprouvent "la nécessité de faire appel à un réseau extra-médical" (Massart, Freyens, and Giet 2008, 147) et acquièrent le réflexe de le faire. L'évaluation montre encore que les actions professionnelles envisagées par les étudiants pour faire face à une situation complexe évoluent dans le temps : progressivement, "elles font moins souvent référence au strict domaine bioclinique (demande d'examen complémentaires, par exemple) et proportionnellement plus souvent aux domaines communicationnels, éthique ou de coordination professionnelle (envisager le placement d'un patient ou contacter un psychologue, par exemple) (Massart, Freyens, and Giet 2008, 147).

4. QUELLES ATTENTES ET PROPOSITIONS POUR L'AVENIR ?

Une série de propositions pour améliorer la prise en charge de la polypathologie complexe en médecine générale se dégage de la revue de la littérature.

4.1. Développer des outils d'aide à la décision : logiciels d'algorithmes décisionnels, "patterns" de multimorbidités et études d'évaluation de médicaments dans différents contextes.

Bien que des "patterns" de multimorbidité commencent à être documentés^{vi}, le manque d'études et d'évidence cliniques pour guider la prise en charge des multimorbidités est unanimement dénoncé (Shippee et al. 2012; Clerc and Le Breton 2013; Battegay 2013; Muth and Glasziou 2015; Belche, Berrewaerts, et al. 2015; Søndergaard et al. 2015; Mino-Leon et al. 2017; Xu, Mishra, and Jones 2017).

Un groupe d'auteurs américains et britanniques ont mis au point un modèle d'appréhension de la complexité chez les patients qu'ils proposent comme base pour étudier la manière dont les facteurs de complications affectent les soins et la vie du patient. Selon eux, du point de vue épidémiologique, de telles études pourraient permettre d'estimer la valeur prédictive des risques identifiés chez les patients complexes. Ils encouragent l'identification de clusters et la production d'une taxonomie des patients complexes s'appuyant sur des phénotypes courants. Il serait ensuite possible d'estimer la prévalence de tels phénotypes et leur distribution parmi les groupes sociaux. De plus, pour les auteurs, cette base de connaissance de la complexité chez les patients faciliterait le développement de critères de diagnostic et d'arbres décisionnels ou d'algorithmes (Shippee et al. 2012).

D'autres études vont dans le même sens : "La structuration de l'information médicale en codes (Classification Internationale des Maladies – CIM ; Classification Internationale des Soins de Santé Primaires – CISP) existant dans la plupart des dossiers médicaux électroniques, et la mise à disposition du soignant d'algorithmes décisionnels construits autour de cette information codée, permettraient de façonner des recommandations d'action approchant le sur-mesure" (Belche, Berrewaerts, et al. 2015). Un autre auteur pose la question également : "Existe-t-il un algorithme de prise de décision ?" (Battegay 2013, 430).

Pourtant, des travaux récents font valoir que l'approche qui consiste à repérer des combinaisons fréquentes de maladies semble avoir montré ses limites en raison du trop grand nombre de combinaisons possibles parmi plus de 10 000 pathologies répertoriées et de la présence de maladies moins courantes chez de nombreux patients (Muth and Glasziou 2015). Devant ce constat, quelques études pionnières comme celle de Tinetti et ses collègues, citée par Christiane Muth et Paul P. Glasziou (Muth and Glasziou 2015) ont commencé à analyser les effets de certains médicaments souvent prescrits (en

particulier pour les maladies cardiovasculaires), dans différents contextes de multimorbidité. Cependant, l'étude de Tinetti et ses collègues montre également des limites (notamment la possible surévaluation des "scores" de certains médicaments) si bien que les auteurs concluent que puisqu'il est impossible de conduire des essais contrôlés randomisés évaluant les traitements dans toutes les combinaisons possibles de comorbidité, il nous faut accepter de faire avec un certain niveau d'incertitude. Ils soulignent encore que l'application de protocoles de soins qui seraient issus d'algorithmes et de directives "top-down" devraient tenir compte des préférences de chaque patient et de ses propres objectifs de traitement (Muth and Glasziou 2015).

S'il semble difficile de repérer des combinaisons fréquentes de maladie, rappelons que les troubles de la santé mentale sont fréquemment associés à d'autres pathologies chroniques, ce qui pourrait plaider pour davantage de recherche sur des telles associations.

4.2. Développer des guides de consultations: les "scripts"

Une étude recommande l'utilisation de guides de consultation pour les médecins généralistes, intégrés dans un plan de soins. Grâce à un script homogénéisé, de tels guides permettraient aux praticiens de s'assurer d'avoir abordé tous les points nécessaires à la gestion de la multimorbidité (Morgan, Coates, and Dunbar 2015).

4.3. Améliorer les prescriptions médicamenteuses et élargir les options thérapeutiques

Dans la même perspective que l'étude de Tinetti et ses collègues évoquées plus haut, une approche par médicament et modes de traitement plutôt que par pathologie pourrait constituer une alternative porteuse. "L'attente des professionnels de santé est également forte concernant la mise à disposition de stratégies efficaces d'amélioration de la qualité de la prescription comme pour un développement

plus prononcé du recours aux alternatives thérapeutiques non médicamenteuses" (Clerc et al. 2010, 2).

4.4. Faire reconnaître les fonctions de coordination et les rémunérer.

Pour plusieurs auteurs, faire reconnaître le travail lié à l'abord de la complexité en médecine générale passe notamment par une révision des modes de rémunérations des médecins généralistes.

Certains proposent de sortir au moins partiellement du paiement à l'acte et d'allonger les temps canoniques de consultation en médecine générale, en particulier dans les zones les moins favorisées. De telles mesures permettraient de mieux s'appuyer sur les capacités du patient, limiteraient le stress des médecins généralistes, (Moffat and Mercer 2015) et maintiendraient la motivation des intervenants à suivre leurs patients complexes (Perone et al. 2015).

Une étude montrant que parmi 14 disciplines en pratiques ambulatoires, c'est en médecine générale familiale que la complexité est la plus forte, conclue que revaloriser les paiements sur base de la complexité pourrait permettre de mieux soigner les patients en ambulatoire (Katerndahl, Wood, and Jaén 2015).

4.5. Renforcer les métiers généralistes en divers endroits de l'offre de soins

Dans le contexte du virage ambulatoire, "la planification des ressources pour les hôpitaux et la recherche devra être repensée" pour faire face à la prise en charge en amont et en aval des interventions médicales ou chirurgicales. Cette évolution "rend nécessaire un renforcement de la médecine générale interne, de la médecine de famille et de la médecine générale en établissement hospitalier ainsi qu'en ambulatoire" (Battegay 2013, 430).

4.6. Développer la recherche

Les auteurs plaident tous pour le développement de la recherche. Plus précisément les pistes évoquées concernent les disciplines (épidémiologie, biologie), les méthodes de recherche (recherche clinique et exploitation de données électroniques), les lieux de recherche (médecine générale), les thèmes de recherches (effets des facteurs socio-économiques, efficacité des processus organisationnels) et le développement d'outils et de recommandations pratiques.

En épidémiologie, la demande est d'identifier les maladies qui surviennent en cluster, "c'est-à-dire généralement concomitamment, et celles qui surviennent rarement ensemble" (Battegay 2013, 430; Shippee et al. 2012). Certains auteurs soulignent le besoin de recherches prospectives, basées sur des études longitudinales de cohortes et des essais contrôlés randomisés (Xu, Mishra, and Jones 2017).

En biologie, il s'agit d'étudier les "questions relatives aux interactions entre des systèmes complexes" (Battegay 2013, 430).

En recherche clinique, développer la recherche clinique en médecine générale est également identifier comme le moyen de répondre au défi de la prise en charge des situations complexes (Le Reste et al. 2015).

Outils d'identification des patients multimorbides. Tudor Daraban remarque que dans son enquête, "les médecins n'ont pas identifié d'indicateur de multimorbidité et ils n'ont pas mentionné non plus de statistiques de morbidité". Il en conclut "qu'actuellement le MG ne dispose d'aucun outil adapté pour identifier les patients multimorbides" (Daraban 2014, 33). Ainsi, pour permettre aux médecins d'identifier et caractériser la multimorbidité : "avoir une échelle de gravité de la multimorbidité serait utile pour suivre l'évolution des patients" concernant le "cercle vicieux" de la multimorbidité (les facteurs modificateurs de la multimorbidité renforcent la multimorbidité qui accentue en retour les facteurs modificateurs).

Daraban suggère aussi la mise en place d'un outil de dépistage des patients multimorbides "pour identifier le plus tôt possible ces patients" (Daraban 2014, 35).

On peut faire le pari que la connaissance des phénomènes de multimorbidité se développera à mesure du développement des dossiers médicaux électroniques. En effet, la recherche est dépendante de l'exploitation potentielle des données qui en sont issues. Leur utilisation "est devenue un moyen stratégique pour permettre une compréhension clinique de ce type de patients complexes à l'échelle de la population". Cependant, elle pose des défis spécifiques au plan méthodologique quant au traitement de ces données (Nicholson et al. 2015, e489).

Thèmes de recherche. Une revue récente de la littérature sur la prise en charge des patients multimorbides n'a trouvé que 10 études à travers le monde. En particulier, la prise en charge de patients dont les conditions socio-économiques sont précaires est peu documentée. Moffat et al. font état d'un besoin urgent d'essais cliniques auprès de patients multimorbides, en particulier auprès de populations précaires, afin d'appuyer de futures recommandations de pratiques (Moffat and Mercer 2015).

De même, d'autres études affirment que la mise en évidence des effets sur la santé, des processus et coûts de programmes de soins multidisciplinaires et multiniveaux est encore insuffisante et demande à être davantage investiguée (Lanzeta, Mar, and Arrospeide 2016; Fernández Moyano et al. 2017). Cette carence entrave l'identification d'interventions pertinentes ou de groupes de patients pour lesquels ces interventions pourraient être les plus efficaces (Fernández Moyano et al. 2017).

En Suisse, L'Ecole Polytechnique Fédérale de Zurich a fondé avec ses partenaires un réseau scientifique interdisciplinaire ouvert de chercheurs et d'experts en santé publique dont le but est de développer les recherches sur la multimorbidité : www.multimorbidity.net.

CONCLUSION

La multimorbidité fait indéniablement l'objet d'un intérêt croissant. Mais au terme de cette revue de la littérature, plusieurs questions restent en suspens. Comment définir la multimorbidité et la caractériser en médecine générale ? Comment limiter l'incertitude dont elle découle et qu'elle ne manque pas d'engendrer ? Comment peut agir le médecin généraliste auprès de ses patients multimorbides et quel est son rôle en la matière ? Qu'est-il supposé faire ? (Søndergaard et al. 2015).

Au vu de la tendance croissante à l'hyperspécialisation, dans un système de soins fondé sur une vision "par pathologie", certains auteurs affirment que le rôle pivot du médecin généraliste dans la prise en charge des patients multimorbides devient de plus en plus évident (Moffat and Mercer 2015).

De manière générale, pour faire face à la polypathologie complexe en médecine générale, trois grandes catégories d'approfondissements apparaissent nécessaires : le développement des connaissances, celui des méthodes de travail et enfin l'évolution des référentiels d'action.

Il s'agit tout d'abord du développement des connaissances, comme en témoignent les plaidoyers pour la recherche clinique et épidémiologique. Mieux connaître l'objet, ses déterminants et ses multiples formes (patterns, combinaisons récurrentes de morbidités) permettra de limiter les incertitudes de la prise en charge. Les avancées technologiques et l'accès potentiel à d'importantes masses de données autorisent d'envisager l'étude de multiples combinaisons possibles, de focaliser la recherche sur les plus courantes et d'appuyer l'action sur les preuves construites.

Ensuite, il s'agit de faire évoluer l'organisation du travail en inscrivant davantage chaque profession médicale dans un collectif produisant le soin. A cet égard, certains auteurs soulignent la nécessité de porter un soin particulier à "la

gestion des points de connexion des relations entre les professionnels et les organisations" avec qui ils partagent la prise en charge d'un patient, ces deux entités étant de plus en plus interdépendantes pour produire les soins (Lamothe, Sylvain, and Sit 2015). Mais cette évolution semble ambivalente : elle est à la fois une réponse à la complexité des situations individuelles des patients et un facteur de complexité de la prise en charge. "L'émergence d'une forme d'organisation en réseau sous l'effet notamment d'un élargissement des besoins des patients souffrant de plus d'une maladie chronique, est un phénomène complexe dont on connaît encore peu les implications". Les auteurs se demandent comment parvenir "à bien adapter les modes de fonctionnement à la très grande variété des conditions/besoins des patients, tout en gardant une cohérence d'ensemble pour l'organisation des soins et des services ?" (Lamothe, Sylvain, and Sit 2015, S134).

Enfin, il est possible que l'étude et la prise en charge des polypathologies complexes amorcent une évolution des référentiels d'action. Au vu de la multitude des situations individuelles et combinaisons pathologiques possibles, de l'impossibilité de maîtriser l'ensemble des facteurs influençant l'état de santé d'un patient en particulier, de l'incapacité à connaître à l'avance quels professionnels seront impliqués dans le soin de ce patient, il importe de considérer une méthode de travail qui embrasse l'incertitude, prévoient l'occurrence de l'imprévisible. A cet égard, les sciences de la complexité peuvent être d'une grande utilité pour imaginer des méthodes qui permettent de s'ajuster au fur et à mesure, en situation d'incertitude (The Health Foundation 2010; Gervais 2013). Notamment, une piste d'investigation pourrait résider dans l'identification de seuils pour guider l'action. La lecture des sciences de la santé au prisme de la complexité est de plus en plus utilisée pour la mise en place de systèmes de soins adaptatifs faisant face à la multiplicité des déterminants et acteurs de santé. Son application à la polypathologie pourrait représenter une perspective fructueuse.

BIBLIOGRAPHIE

- > Barnett, Karen, Stewart W Mercer, Michael Norbury, Graham Watt, Sally Wyke, and Bruce Guthrie. 2012. "Epidemiology of Multimorbidity and Implications for Health Care, Research, and Medical Education: A Cross-Sectional Study." *The Lancet* 380 (9836): 37–43. doi:10.1016/S0140-6736(12)60240-2.
- > Battagay, Edouard. 2013. "La multimorbidité et les maladies chroniques façonnent toujours plus le quotidien des médecins." *Revue Médicale Suisse*, no. 9 (Février): 430–31.
- > Belche, Jean-Luc. 2016. "Quelle Est L'efficacité de Soins Collaboratifs et Intégrés Pour Des Patients En Situation de Multimorbidité Physique et Mentale En Ambulatoire ?" *Minerva* 3 (15): 58–63.
- > Belche, Jean-Luc, Marie-Astrid Berrewaerts, Frédéric Ketterer, Gilles Henrard, Marc Vanmeerbeek, and Didier Giet. 2015. "De la maladie chronique à la multimorbidité : quel impact sur l'organisation des soins de santé ?" *La Presse Médicale*, September. doi:10.1016/j.lpm.2015.05.016.
- > Belche, Jean-Luc, Laetitia Buret, Christiane Duchesnes, and Didier Giet. 2016. "Le paysage de la coordination des soins au sein de la 1ère ligne en Belgique. Et nos maisons médicales dans tout cela ?" *Santé Conjugée*, no. A paraître (January).
- > Belche, Jean-Luc, Christiane Duchesnes, van der Vennet, Jean, Monet, Francis, Crismer, André, and Darras, Christian. 2014. "Le Système Local de Santé (SYLOS) En 2014 : Une Approche de La Concertation Entre Lignes de Soins à L'échelon Local Par La Recherche-Action." *Revue Médicale de Bruxelles (AMUB)* 35 (3): S5.
- > Belche, Jean-Luc, Thida Kang, Frédéric Ketterer, Marie-Astrid Berrewaerts, Michel Moutschen, and Didier Giet. 2015. "L'infection Par Le VIH : Une Maladie Chronique Redéfinissant La Collaboration Entre Généralistes et Spécialistes. Obstacles et Opportunités." *Santé Publique* 27 (3): 373–81.
- > Cancian, Maurizio, Alessandro Battaggia, Mario Celebrano, Francesco Del Zotti, Bruno Franco Novelletto, Raffaella Michieli, Mario Saugo, Michele Pellizzari, and Roberto Toffanin. 2013. "The Care for Chronic Heart Failure by General Practitioners. Results from a Clinical Audit in Italy." *European Journal of General Practice* 19 (1): 3–10. doi:10.3109/13814788.2012.717925.
- > Carmona, M., L. M. Garcia-Olmos, P. Garcia-Sagredo, A. Alberquilla, F. Lopez-Rodriguez, M. Pascual, A. Munoz, C. H. Salvador, J. L. Monteagudo, and A. Otero-Puime. 2013. "Heart Failure in Primary Care: Co-Morbidity and Utilization of Health Care Resources." *Family Practice* 30 (5): 520–24. doi:10.1093/fampra/cmt024.
- > Clerc, Pascal, and Julien Le Breton. 2013. "Polyprescription médicamenteuse et polyopathologies chroniques : ce qu'en disent les médecins généralistes." *Sciences sociales et santé* 31 (3): 71. doi:10.3917/ss.313.0071.
- > Clerc, Pascal, Julien Le Breton, Julien Mousquès, Gilles Hebbrecht, and Gérard de Pourville. 2010. "Les Enjeux Du Traitement Médicamenteux Des Patients Atteints de Polyopathologies. Résultats de L'étude Expérimentale Polychrome." *Questions D'économie de La Santé*, no. 156 (juillet-août). <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes156.pdf>.
- > Coventry, P., K. Lovell, C. Dickens, P. Bower, C. Chew-Graham, D. McElvenny, M. Hann, et al. 2015. "Integrated Primary Care for Patients with Mental and Physical Multimorbidity: Cluster Randomised Controlled Trial of Collaborative Care for Patients with Depression Comorbid with Diabetes or Cardiovascular Disease." *BMJ* 350 (feb16 3): h638–h638. doi:10.1136/bmj.h638.
- > Craig, P., P. Dieppe, S. Macintyre, S. Michie, I. Nazareth, and M. Petticrew. 2008. "Developing and Evaluating Complex Interventions: The New Medical Research Council Guidance." *BMJ*, September, a1655. doi:10.1136/bmj.a1655.
- > Daraban, Tudor. 2014. "La multimorbidité : les différences entre la théorie et le vécu des médecins généralistes." Brest: Université de Brest-Bretagne Occidentale. <Http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01114291>.

- > Fernández Moyano, A., J.M. Machín Lázaro, M.D. Martín Escalante, M.B. Aller Hernandez, and I. Vallejo Maroto. 2017. "Care Models for Poly pathological Patients." *Revista Clínica Española (English Edition)*, June. doi:10.1016/j.rceng.2017.05.001.
- > Gervais, Michel. 2013. "Article 4. La Science de La Complexité : Un Paradigme de Gestion de La Santé Mentale À L'intérieur Du Système de Santé." Commission de la Santé mentale du Canada. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Primary_Care_Article_4_Gervais_FRE_0.pdf
- > Giet, Didier, Valérie Massart, Arielle Stir, Anne Freyens, Pierre Firket, and Jacques Boniver. 2005. "Approche de La Complexité Contextuelle et de La Pluridisciplinarité de L'action Médicale : Mise En Place de Séances D'apprentissage à La Résolution de Problèmes Complexes (ARPC) En Fin de 2 e Cycle D'études Médicales." *Pédagogie Médicale* 6 (2): 88–97. doi:10.1051/pmed:2005014.
- > Huard, P, and P Schaller. 2010. "Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques - 1. Problématique." *Pratiques et Organisation des Soins* 41 (3): 237–45. doi:10.3917/pos.413.0237.
- > Katerndahl, David, Robert Wood, and Carlos Roberto Jaén. 2015. "Complexity of Ambulatory Care across Disciplines." *Healthcare* 3 (2): 89–96. doi:10.1016/j.hjdsi.2015.02.002.
- > Lamothe, Lise, Chantal Sylvain, and Vanessa Sit. 2015. "Multimorbidité et soins primaires : émergence de nouvelles formes d'organisation en réseau." *Santé Publique* 27 (1 - Supplément 2015 - Maladies chroniques et innovations): S129–36.
- > Lanzeta, Itziar, Javier Mar, and Arantzazu Arrospide. 2016. "Cost-Utility Analysis of an Integrated Care Model for Multimorbid Patients Based on a Clinical Trial." *Gaceta Sanitaria* 30 (5): 352–58. doi:10.1016/j.gaceta.2016.05.002.
- > Le Reste, Jy, P. Nabbe, H. Lingner, D. Kasuba Lazic, R. Assenova, M. Munoz, A. Sowinska, et al. 2015. "What Research Agenda Could Be Generated from the European General Practice Research Network Concept of Multimorbidity in Family Practice?" *BMC Family Practice* 16 (1). doi:10.1186/s12875-015-0337-3.
- > Loeb, D. F., I. A. Binswanger, C. Candrian, and E. A. Bayliss. 2015. "Primary Care Physician Insights Into a Typology of the Complex Patient in Primary Care." *The Annals of Family Medicine* 13 (5): 451–55. doi:10.1370/afm.1840.
- > Massart, Valérie, Anne Freyens, and Didier Giet. 2008. "Evaluation Préliminaire de L'impact D'un Dispositif D'apprentissage à La Résolution de Problèmes Complexes (ARPC)." *Pédagogie Médicale* 9 (3): 141–56. doi:10.1051/pmed:2008026.
- > Mino-Leon, Dolores, Hortensia Reyes-Morales, Svetlana V. Doubova, Ricardo Perez-Cuevas, Liliana Giraldo-Rodriguez, and Marcela Agudelo-Botero. 2017. "Multimorbidity Patterns in Older Adults: An Approach to the Complex Interrelationships Among Chronic Diseases." *Archives of Medical Research* 48 (1): 121–27. doi:10.1016/j.arcmed.2017.03.001.
- > Moffat, Keith, and Stewart W. Mercer. 2015. "Challenges of Managing People with Multimorbidity in Today's Healthcare Systems." *BMC Family Practice* 16 (1). doi:10.1186/s12875-015-0344-4.
- > Morgan, Mark, Michael Coates, and James Dunbar. 2015. "Using Care Plans to Better Manage Multimorbidity." *Australasian Medical Journal*, June, 208–15. doi:10.4066/AMJ.2015.2377.
- > Moth, Grete, Mogens Vestergaard, and Peter Vedsted. 2012. "Chronic Care Management in Danish General Practice - a Cross-sectional Study of Workload and Multimorbidity." *BMC Family Practice* 13 (1): 52. doi:10.1186/1471-2296-13-52.
- > Muth, Christiane, and Paul P Glasziou. 2015. "Guideline Recommended Treatments in Complex Patients with Multimorbidity." *BMJ*, October, h5145. doi:10.1136/bmj.h5145.
- > Muth, Christiane, Hanna Kirchner, Marjan van den Akker, Martin Scherer, and Paul P. Glasziou. 2014. "Current Guidelines Poorly Address Multimorbidity: Pilot of the Interaction Matrix Method." *Journal of Clinical Epidemiology* 67 (11): 1242–50. doi:10.1016/j.jclinepi.2014.07.004.

- > NICE - National Institute for Health and Care Excellence, Multimorbidity: clinical assessment and management, Nice guideline, September 21 2016,
- > <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56/resources/multimorbidity-clinical-assessment-and-management-pdf-1837516654789>
- > Nicholson, Kathryn, Amanda L. Terry, Martin Fortin, Tyler Williamson, and Amardeep Thind. 2015. "Comprendre la multimorbidité dans le contexte des soins primaires." *Canadian Family Physician* 61 (October): e489.
- > Pagani, Victoria, Joëlle Kivits, Laetitia Minary, Linda Cambon, Frédérique Claudot, and François Alla. 2017. "La complexité : concept et enjeux pour les interventions de santé publique." *Santé Publique* 29 (1): 31–39.
- > Perone, Nicolas, Séverine Schusselé Filiettaz, Frédéric Budan, Philippe Schaller, Jean-François Balavoine, and Francis Waldvogel. 2015. "Concrétiser La Prise En Charge Interdisciplinaire Ambulatoire de La Complexité." *Santé Publique* 27 (1 - Supplément 2015 - Maladies chroniques et innovations): S77–86.
- > Sarradon-Eck, Aline. 2010. "'Qui mieux que nous ?' Les ambivalences du 'généraliste-pivot' du système de soins." In *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESP, 253–70. EHESP.
- > Shippee, Nathan D., Nilay D. Shah, Carl R. May, Frances S. Mair, and Victor M. Montori. 2012. "Cumulative Complexity: A Functional, Patient-Centered Model of Patient Complexity Can Improve Research and Practice." *Journal of Clinical Epidemiology* 65 (10): 1041–51. doi:10.1016/j.jclinepi.2012.05.005.
- > Søndergaard, Elisabeth, Tora Grauers Willadsen, Ann Dorrit Guassora, Mogens Vestergaard, Margret Olafia Tomasdottir, Lars Borgquist, Doris Holmberg-Marttila, Niels de Fine Olivarius, and Susanne Reventlow. 2015. "Problems and Challenges in Relation to the Treatment of Patients with Multimorbidity: General Practitioners' Views and Attitudes*." *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, July, 1–6. doi:10.3109/02813432.2015.1041828.
- > The Health Foundation. 2010. "Evidence Scan: Complex Adaptive Systems." The Health Foundation.
- > Véga, Anne. 2007. "Perceptions Du Travail et Identité Professionnelle Chez Les Médecins Salariés et Libéraux." *Solidarité et Santé Hors-série* (1): 41–50.
- > Vignes, Maguelone. 2015. "Se soigner dans la ville. Gestion urbaine de la santé et parcours urbains de soins de personnes vivant avec le VIH/sida. Approche comparative des cas de Bruxelles et Rouen." Bruxelles: Université Saint-Louis - Bruxelles / Université de Rouen. [Http://hdl.handle.net/2078.3/157158](http://hdl.handle.net/2078.3/157158).
- > Xu, Xiaolin, Gita D. Mishra, and Mark Jones. 2017. "Evidence on Multimorbidity from Definition to Intervention: An Overview of Systematic Reviews." *Ageing Research Reviews* 37 (August): 53–68. doi:10.1016/j.arr.2017.05.003.

^{i i} Sinott, C, Mc Hugh, S, Browne, J., Bradley, C., "GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research", *BMJ Open*, 2013; 3(9) & O'Brien, R., Wyke, S., Guthrie, B., Watt, G., Mercer, S., "An 'endless struggle': a qualitative study of general practitioners' and practice nurses' experiences of managing multimorbidity in socio-economically deprived areas of Scotland", *Chronic illness*, 2011; 7(1); 45-59, cités par Moffat & Mercer (Moffat and Mercer 2015).

ⁱⁱ World Health Organization. The World Health Report 2008. Primary Health Care - Now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008. p. 8

ⁱⁱⁱ Grembowski D, Schaefer J, Johnson KE, et al; AHRQ MCC Research Network. A conceptual model of the role of complexity in the care of patients with multiple chronic conditions. *Med Care*. 2014; 52(Suppl 3):S7-S14, cite par (Loeb et al. 2015, 454).

^{iv} Zulman DM, Asch SM, Martins SB, Kerr EA, Hoffman BB, Goldstein MK. Quality of care for patients with multiple chronic conditions: the role of comorbidity interrelatedness. *J Gen Intern Med*. 2014; 29(3):529-537., cite par (Loeb et al. 2015, 454).

^v Peek CJ, Baird MA, Coleman E. Primary care for patient complexity, not only disease. *Fam Syst Health*. 2009;27(4):287-302, cité par (Loeb et al. 2015).

^{vi} Violan, C., Foguet-Boreu, Q, Flores-Mateo, G., Blom, J., Freitag, M., et al., « Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care : a systematic review of observational studies », *PLoS ONE*, 2014 ; 9(7) et Prados-Torres, A., Calderon-Larranaga, A., Hancoco-Saavedra, J., Poblador-Plou, B., Van Den Akker, M., "Multimorbidity patterns: a systematic review", *J Clin Epidemiol*, 2014; 67: 254-66, cités par Nicholson et al. (Nicholson et al. 2015); voir aussi Mino-Leon et al., 2017.