

Note méthodologique et de synthèse documentaire

Prendre en charge une personne âgée
polypathologique en soins primaires

Cette note méthodologique et de synthèse documentaire

est téléchargeable sur :

www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service communication – information

2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Introduction	4
1. L'âge de la vieillesse	5
1.1 L'âge.....	5
1.2 Le concept de « personne âgée » revêt d'autres dimensions que l'âge	5
1.3 Les personnes âgées : une population spécifique.....	6
2. Définition et mesure de la polypathologie	7
2.1 Absence de définition univoque.....	7
2.2 Des modalités de mesure variables.....	8
3. Contexte	9
3.1 Prévalence de la polypathologie chez la personne âgée de 75 ans et plus	9
3.2 D'autres facteurs sont associés à la polypathologie	11
3.3 La polypathologie chez les personnes âgées est source d'une grande complexité.....	12
4. Enjeux professionnels et de santé publique	14
4.1 Impact de la polypathologie chez la personne âgée.....	14
4.2 Impact de la polypathologie chez les médecins généralistes	15
4.3 Impact de la polypathologie sur le système de santé	20
4.4 Objectifs et bénéfices attendus.....	21
5. Données disponibles en vue de l'élaboration d'un guide de pratique clinique	23
5.1 En termes de littérature	23
5.2 En termes d'outils d'aide à la pratique clinique.....	23
6. Propositions de contenu de la fiche et des questions à traiter	24
6.1 Délimitation du thème.....	24
6.2 Contenu	24
7. Modalités de réalisation	26
Annexe. Recherche documentaire	31
Références.....	32

Introduction

Dans le cadre de ses missions d'information des professionnels de santé et du public, la HAS poursuit une démarche d'élaboration d'outils permettant de mettre en œuvre le parcours de soins optimal d'une personne âgée.

La prévalence des maladies chroniques augmente régulièrement en raison de l'allongement de l'espérance de vie. Avec l'avancée en âge, la présence simultanée de plusieurs maladies chroniques (polypathologie) devient la règle. Cette polypathologie expose les personnes âgées à une polymédication (avec risque accru d'effets indésirables) et a été associée à une moins bonne qualité de vie, un risque augmenté de dépendance fonctionnelle et d'utilisation du système de soins.

Prendre en charge une personne âgée polypathologique est complexe de par la coexistence de pathologies chroniques et la présence de problèmes psychologiques et sociaux fréquemment associés. Cette prise en charge avait fait l'objet d'une réflexion dans le cadre de la mise en œuvre des expérimentations « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (Paerpa). [En 2013, la Haute Autorité de Santé a élaboré un modèle de plan personnalisé de santé \(PPS\) qu'elle a complété en 2014 d'un questionnaire d'aide à la décision d'initier un PPS chez des patients de plus de 75 ans.](#) En complément de ce travail, la HAS va élaborer une fiche « points clés » afin d'aider les professionnels de premier recours à prendre en charge les personnes âgées polypathologiques.

Les fiches Points clés sont des documents courts dont l'objectif est d'apporter des réponses aux questions d'organisation du parcours des patients afin d'optimiser leur prise en charge.

Cette note a pour objectifs :

- de rechercher et sélectionner les données de littérature sur le sujet ;
- de préciser les enjeux professionnels et de santé publique relatifs à la prise en charge d'une personne âgée polypathologique ;
- de préciser les bénéfices attendus en termes de qualité et de sécurité ;
- de faire des propositions pour délimiter le sujet de cette fiche et identifier les questions abordées.

La méthode retenue a consisté en une recherche documentaire portant sur les données épidémiologiques, les données de pratique clinique, et les recommandations de prise en charge des personnes âgées polypathologiques (la méthode de recherche documentaire est détaillée dans l'annexe).

Cette note a été soumise pour avis aux représentations professionnelles et institutionnelles concernées.

1. L'âge de la vieillesse¹

1.1 L'âge

Dans la littérature, les seuils retenus pour définir les populations de personnes âgées varient selon les auteurs et les époques. L'espérance de vie s'accroît, le niveau de revenu, les comportements de consommation et l'état de santé des jeunes retraités rendent moins pertinent le seuil de 65 ans initialement utilisé. Dans son rapport [« Vivre ensemble plus longtemps », le Centre d'analyse stratégique](#) fait la distinction entre les « personnes âgées » (ou les « aînés ») désignant les plus de 75 ans, et le « grand âge » désignant les plus de 85 ans.

Sur le plan démographique, on note :

1.1.1 Un accroissement de la population des personnes âgées de plus de 65 ans

Au 1^{er} janvier 2013, 17,5 % de la population française ont plus de 65 ans dont 9 % ont plus de 75 ans - soit 5 914 344 habitants ([Insee 2013](#)). Ce chiffre est amené à augmenter dans les prochaines années. Selon [l'Insee](#), si les tendances démographiques récentes se maintiennent, à l'horizon 2060, un tiers de la population âgée aurait plus de 60 ans, et le nombre de personnes de 75 ans ou plus passerait de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060 ; celui des 85 ans et plus de 1,3 à 5,4 millions.

1.1.2 Une augmentation de l'espérance de vie à la naissance

En 2011, l'espérance de vie à la naissance continue à progresser sur le même rythme que depuis le début des années 1970. Elle s'établit à 84,8 ans pour les femmes et à 78,2 ans pour les hommes ([données Insee](#)).

1.1.3 Une augmentation de l'espérance de vie à 60 ans

En 2011, une femme âgée de 60 ans a encore une espérance de vie de plus de 27 ans, tandis que celle d'un homme du même âge atteint 22 ans et demi (soit respectivement 1,7 an et 2,1 ans de plus qu'en 2000). En 2060, l'espérance de vie à la naissance des hommes augmenterait de 8,2 ans, contre 6,6 ans pour celle des femmes ([données Insee](#)).

1.1.4 Une espérance de vie sans incapacité dont l'étude de [l'Ined](#) suggère une tendance récente moins favorable que dans le passé

Cette tendance, plus défavorable pour les femmes (celle des hommes est passée de 62,7 ans à 61,9 ans entre 2008 et 2010 ; et de 64,6 ans à 63,5 ans pour les femmes), pourrait s'expliquer par une plus grande survie des personnes qui ont des maladies et limitations fonctionnelles.

1.2 Le concept de « personne âgée » revêt d'autres dimensions que l'âge

L'âge n'est qu'un indicateur partiel pour définir une personne âgée. Les « groupes d'âge » proposés par le [Centre d'analyse stratégique](#) ont été définis à travers un croisement des critères d'état de santé et d'âge.

¹ En référence à l'ouvrage de P Bourdelais. L'âge de la vieillesse. Éditions Odile Jacob, Paris, 1993, cité dans le rapport « Vieillesse et âge - Âge et représentation de la vieillesse » du [Hcsp](#).

- Concernant les « personnes âgées », c'est autour de l'âge de 75 ans que la santé se dégrade durablement et que des vulnérabilités plus ou moins importantes apparaissent. La vie sociale est parfois moins intense, et des processus de retrait commencent à s'observer. Un « sous-groupe » mérite toutefois d'être distingué : les personnes âgées de 75 à 85 ans qui, malgré la dégradation de leur état de santé, restent autonomes (désignés dans le langage courant sous le vocable de « troisième âge »).
- Au-delà de 85 ans (« grand âge »), le risque de perte d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne s'accroît très fortement.

1.3 Les personnes âgées : une population spécifique

Les personnes âgées constituent une population spécifique en raison de la survenue fréquente de polyopathologies, et, pour les plus âgées d'entre elles, de l'existence d'une fragilité physique, psychique ou socio-économique et d'un risque de perte d'autonomie et de dépendance.

2. Définition et mesure de la polypathologie

2.1 Absence de définition univoque

Le terme de polypathologie est variablement défini et non consensuel.

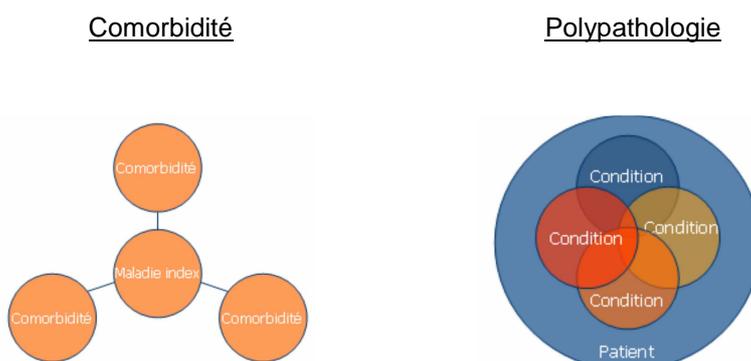
Selon Fortin², la définition la plus acceptée est « la co-occurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins 2) chez le même individu sur la même période ». Selon l'OMS (http://www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce_report_fre.pdf), « Par maladies chroniques, on entend des problèmes de santé qui nécessitent des soins sur le long terme (pendant un certain nombre d'années ou de décennies) et qui comprennent par exemple : le diabète, les maladies cardio-vasculaires, l'asthme, la broncho-pneumopathie chronique obstructive, le cancer, le VIH, la dépression et les incapacités physiques. Il existe de multiples autres affections chroniques mais leur point commun est qu'elles retentissent systématiquement sur les dimensions sociale, psychologique et économique de la vie du malade. »

Dans l'article R. 322-6 du Code de la sécurité sociale, créé par décret n° 2008-1440 du 22 décembre 2008 publié au JO du 30 décembre 2008, le terme « polypathologie » est employé lorsqu'un patient est atteint de plusieurs affections caractérisées, entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois. Il s'agit de l'ALD 32.

Le terme polypathologie est souvent confondu avec celui de comorbidité (Almirall 2013).

La comorbidité est un concept issu d'une approche centrée sur la maladie (maladie index, de référence)

La polypathologie est un concept issu d'une approche plus généraliste et centrée sur le patient (Boyd 2010).



Dans la littérature française, on retrouve la polypathologie sous différents termes tels que polypathologie, comorbidité, multimorbidité, et dans la littérature anglo-saxonne sous le terme comorbidity, multimorbidity, polypathology ou complex patient.

² Chaire de recherche sur les maladies chroniques en soins de première ligne, Université de Sherbrooke

2.2 Des modalités de mesure variables

Certaines limites doivent être considérées lors de l'utilisation du concept de polypathologie, concernant par exemple :

- le dénombrement : que compter ?
 - Maladies et/ou syndromes et / ou des plaintes et / ou handicaps et/ou ...?
 - Combien de maladies ? Au moins deux, ou plus ?
 - Les maladies chroniques uniquement, ou les maladies aiguës aussi ?
 - Faut-il compter la perte de fonction « normale » (liée à l'âge) (audition, vision, dentition) ?
 - Qu'en est-il des maladies différentes avec une physiopathologie commune (par exemple l'insuffisance coronarienne, le diabète) ?
- la prise en compte ou non de la sévérité des maladies
- les interactions entre l'individu, les maladies et les médicaments
- les variables personnelles et les habitudes de vie.

Les principales sources de variations dans la mesure de la polypathologie sont les suivantes (Charbonneau 2011) :

- la source des données constitue la cause première de fluctuation dans la mesure de ce concept. Plusieurs facteurs ont une influence directe sur cette situation, comme la manière d'établir le diagnostic, le type de questionnaire, l'usage de données administratives ou l'utilisation d'une revue des dossiers médicaux ;
- l'échantillonnage (*ie.* population, patients hospitalisés, patients qui consultent) a également un impact considérable sur la mesure du phénomène de polypathologie ;
- enfin, le fait que l'on utilise une liste limitée, une liste ouverte ou encore un score seuil d'un indice de comorbidité comme le *Cumulative Illness Rating Scale*.

Il n'existe pas de consensus sur la méthodologie à employer pour estimer la prévalence de la polypathologie dans le cadre de la surveillance épidémiologique. Dans la majorité des études, la prévalence de la polypathologie est estimée au moyen d'enquêtes déclaratives (par interview ou au moyen d'autoquestionnaires). Les résultats obtenus sont très hétérogènes (Fuhrman 2014) (Lefèvre 2014).

La diversité de définitions de la polypathologie et de ses instruments de mesure explique la diversité des données épidémiologiques :

- taux de prévalence
- Nombre de maladies par personne

et génère de problèmes de comparabilité des données sur la polypathologie.

Cela a été illustré dans une revue systématique de la littérature portant sur 21 études de prévalence de la polypathologie : 8 études menées en soins primaires, 12 dans la population générale, et 1 sur les deux. Tous les articles étaient de bonne qualité. Les plus grandes différences dans la prévalence de multimorbidité ont été observées à 75 ans dans les soins primaires (avec une prévalence allant de 3,5 % à 98,5 % selon les études) et la population en général (avec une prévalence allant de 13,1 % à 71,8 % selon les études). Outre les différences de contextes géographiques, des différences ont été identifiées dans la méthode de recrutement et la taille de l'échantillon, la collecte de données, et la définition opérationnelle de la polypathologie, y compris le nombre de diagnostics considéré (soins de santé primaires : au moins 5 ; population générale : au moins 7). Ce dernier aspect semblait être le facteur le plus important dans l'estimation de la prévalence (Fortin 2012).

3. Contexte

3.1 Prévalence de la polypathologie chez la personne âgée de 75 ans et plus

3.1.1 Données françaises : la polypathologie est la règle chez les personnes âgées

L'enquête Insee-Credes sur la santé et les soins médicaux 1991-1992 a été réalisée auprès d'un échantillon aléatoire de 8 235 ménages représentatifs de l'ensemble des ménages « ordinaires » résidant en France métropolitaine, soit 21 585 personnes. 7 660 ménages, représentant 20 416 personnes, ont intégralement participé à l'enquête.

La méthode de recueil combinait l'interview et le carnet de soins. Chaque ménage a été suivi durant 12 semaines et a reçu 5 visites d'enquêteurs espacées de 3 semaines. Entre chaque visite, le ménage a rempli un carnet de soins.

Cette enquête a montré que la polypathologie était la règle chez les personnes très âgées : 93 % des 70 ans et plus avaient au moins 2 maladies, et 85 % au moins 3 maladies. Les plus fréquentes étaient les affections cardiovasculaires et ostéoarticulaires (Le Pape 1997).

Les enquêtes décennales de l'INSEE fournissent des informations sur la morbidité déclarée. Dans l'enquête 2002-2003, les personnes âgées de 65 à 79 ans ont déclaré en moyenne avoir 5 maladies.

En 2008, l'enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) a montré que dans l'échantillon la morbidité déclarée par tranche d'âge se répartissait selon le tableau 2 ci-dessous (Allonier 2010).

Tableau. Nombre moyen de maladies déclarées par personne et par classe d'âge (N = 15 941)

Classe d'âge	Nombre moyen de maladies
< 16 ans	0,8
[16-39]	1,7
[40-64]	3,4
≥ 65	6,0

[Le rapport Charges et produits de l'Assurance maladie de 2014](#) fait le constat suivant : si la fraction de la population qui a au moins une pathologie ou un traitement médicamenteux chronique identifiés n'évolue pas (elle représente en 2010, comme en 2011, 35,1 % du total des bénéficiaires ayant utilisé le système de soins dans l'année), les combinaisons de pathologies pour un même patient sont plus fréquentes.

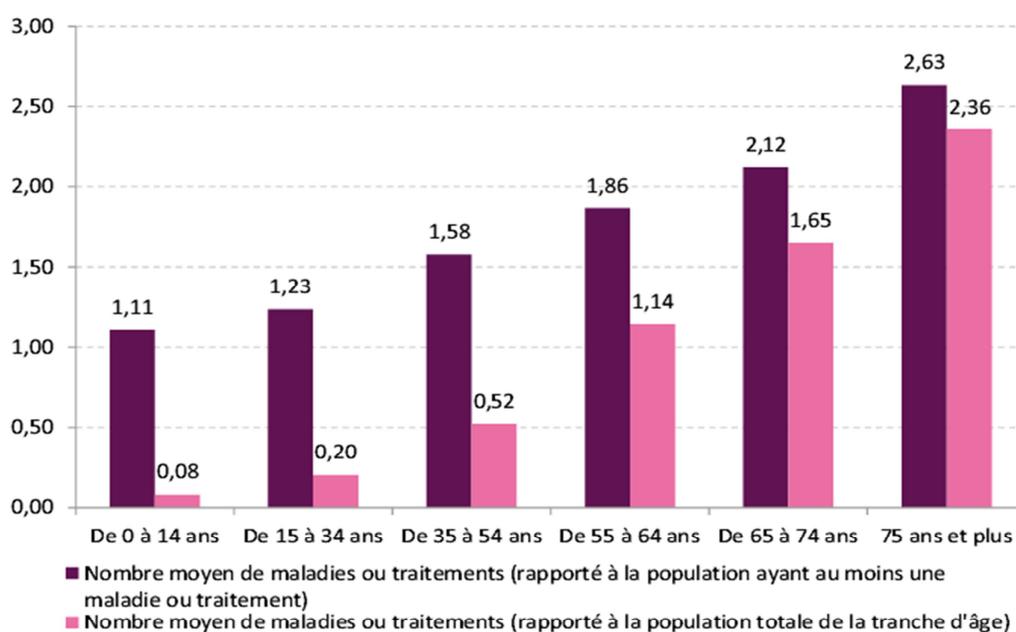
Tableau 3 – Évolution de la polypathologie entre 2010 et 2011

Combinaisons des grandes catégories de pathologies
(10 regroupements, hors traitements hors maternité et hospitalisations ponctuelles)

Année	Aucune		Nombre de grandes catégories associées								Population N
			1 seule		>=2		>=3		>=4		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
2010	46 213 000	79,45%	8 590 500	14,77%	3 360 900	5,78%	865 400	1,49%	179 900	0,31%	58 164 400
2011	46 474 600	79,10%	8 766 900	14,92%	3 511 700	5,98%	921 700	1,57%	196 900	0,34%	58 753 200

La polypathologie devient beaucoup plus fréquente dans les classes d'âge les plus élevées. Une personne de 75 ans ou plus qui a une maladie ou un traitement en a en moyenne 2,6 (2,1 dans la classe d'âge précédente). L'accélération est plus marquée encore si l'on rapporte le nombre de maladies à la population totale de la classe d'âge (2,4 pour les plus de 75 ans, 1,6 pour les 65-74 ans), car la prévalence globale des pathologies augmente parallèlement.

Figure 23 – Nombre moyen de pathologies et traitements en fonction de l'âge
2011



Champ : Régime général
Source : CNAMTS

Lorsque les personnes de 75 ans et plus souffrent d'une maladie respiratoire chronique, dans plus d'un cas sur deux elles ont au moins 4 pathologies ou traitements chroniques, et c'est le cas pour 43 % des personnes qui ont une maladie cardio-vasculaire ou un cancer.

Les pathologies cardio-vasculaires et les cancers sont les groupes de pathologies dans lesquels les bénéficiaires cumulent davantage de comorbidités : 82 % des patients ayant une maladie cardiovasculaire ont au moins une autre pathologie ou un autre traitement, et 33 % au moins 3 autres ; ces proportions sont respectivement de 76 % et 28 % pour les patients atteints de cancer.

3.1.2 Les patients polypathologiques sont la règle en médecine générale

Il existe peu de données décrivant l'étendue de la polypathologie chez des patients en soins primaires.

Une étude québécoise (Fortin 2005) a estimé cette prévalence en comptant le nombre de maladies chroniques et en utilisant une mesure tenant compte de la gravité de ces maladies, l'indice *Cumulative Illness Rating Scale*. La participation des patients adultes de 21 médecins de famille a été sollicitée pendant les périodes de consultation consécutives. L'échantillon était composé de 320 hommes et 660 femmes. Dans l'ensemble, 9 patients sur 10 avaient plus de 1 affection chronique. La prévalence d'avoir 2 ou plus maladies chroniques dans les groupes d'âge de 18 à 44 ans, de 45 à 64 ans, et 65 ans et plus a été respectivement de 68 %, 95 %, et 99 % chez les femmes et 72 %, 89 % et 97 % chez les hommes. Le nombre moyen de maladies chroniques et les scores moyens CIRS ont également augmenté significativement avec l'âge. Qu'elle soit mesurée en comptant simplement le nombre de maladies chroniques ou en utilisant l'indice *Cumulative Illness Rating Scale*, la prévalence de la polyopathie était assez élevée et augmentait significativement avec l'âge chez les hommes et les femmes.

Une cohorte rétrospective anglaise (Salisbury 2011) a étudié la prévalence de la polyopathie et les relations entre la polyopathie et les soins primaires avec analyse du taux de consultations et de la continuité des soins. Cette cohorte portait sur un échantillon aléatoire de 99 997 personnes âgées de 18 ans ou plus constitué à partir de 182 cabinets de médecine générale. La polyopathie été définie selon deux approches : les personnes atteintes de maladies chroniques multiples incluses dans le *Quality and Outcomes Framework*, et les personnes identifiées à l'aide du système *case mix Johns Hopkins University Adjusted Clinical Groups (ACG®)*.

16 % des patients avaient plus d'une maladie chronique figurant dans le *Quality and Outcomes Framework*, et ces personnes représentaient 32 % de toutes les consultations. Avec l'utilisation du système ACG, 58 % des personnes avaient une polyopathie et ils représentaient 78 % des consultations. La polyopathie était fortement liée à l'âge et au faible niveau socio-économique. Les personnes polyopathologiques avaient des taux de consultation plus élevés et une moins bonne continuité des soins par rapport aux personnes sans polyopathie.

Dans le rapport Paerpa, la Cnamts a rapporté 8 consultations/visites de médecins généralistes par an pour les plus de 75 ans, contre 6 entre 60 et 74 ans.

3.1.3 La polyopathie ne s'observe pas que chez les personnes âgées

Dans l'étude de Barnett en Écosse portant sur un large échantillon représentatif de la population écossaise (participation de plus de 300 centres médicaux portant sur 1,7 million de personnes, soit un tiers de la population écossaise), le nombre absolu de personnes polyopathologiques était plus élevé chez les jeunes et les personnes d'âge < 65 ans, que chez les personnes âgées (≥ 65 ans). (Barnett, 2012).

3.2 D'autres facteurs sont associés à la polyopathie

3.2.1 La polymédication dont le premier déterminant est la polyopathie

Il n'y a pas de définition consensuelle de la polymédication. La définition classique se réfère à la prise régulière d'au moins 5 médicaments, mais elle ne correspond plus aux prises en charge médicales actuelles. Une définition plus qualitative inclut la notion de polyopathie : la polymédication est alors définie comme la prise régulière de plusieurs médicaments nécessaires au traitement de plusieurs maladies chroniques.

Le premier déterminant de la polymédication est la polyopathie, elle-même fortement liée à l'âge. Plus de 10 % des personnes âgées de 75 ans ou plus en France prennent quotidiennement entre 8 10 médicaments (données Cnamts 2012). 30 % de la consommation totale de médicaments est le fait de 5 % des assurés. Il s'agit, pour l'essentiel, de personnes en affection de longue durée (ALD) et de personnes âgées, ces deux catégories se recoupant pour l'essentiel.

Il s'agit de trouver un équilibre entre la nécessité de traiter efficacement les maladies chroniques, sans perte de chance pour le patient, et le risque d'événements indésirables lié à la prise simultanée de plusieurs médicaments.

3.2.2 La vulnérabilité sociale : plus de polyopathologies, plus tôt

3.2.3 Les problèmes de santé mentale : fortement associés au nombre de maladies chroniques, *a fortiori* en cas de vulnérabilité sociale

L'étude épidémiologique (Barnett 2012) a montré que 42 % de la population avait au moins une des 40 pathologies recherchées et 23,2 % une polyopathie. La prévalence de la polyopathie augmentait avec l'âge : 65 % des sujets de 65 à 84 ans avaient au moins 2 affections chroniques, au-delà de 85 ans, cette prévalence atteignait 80 % (en moyenne 3,62 pathologies). En valeur absolue le nombre de sujets qui en étaient atteints était plus élevé avant 65 ans (210 500) qu'après cet âge (194 996). Le niveau socio-économique influençait également, mais dans une moindre mesure, la prévalence de la polyopathie, les 10 % de la population vivant dans les zones défavorisées étant atteints dans 1 cas sur 4 contre 1 cas sur 5 pour les 10 % vivant dans les zones les plus riches. Une polyopathie est survenue 10 à 15 ans plus tôt chez les 10 % des sujets les plus défavorisés que chez les 10 % les plus riches. Enfin, l'association d'une morbidité psychiatrique avec une morbidité somatique concernait environ un tiers des sujets atteints de polyopathie, avec une surreprésentation de ce type de polyopathie chez les femmes et les sujets les plus défavorisés.

	n (%)	Mean number of morbidities (SD)*	Percentage (95% CI) with multimorbidity†	Percentage (95% CI) with physical-mental health comorbidity‡
All patients	1 751 841 (100%)	0.96 (1.56)	23.2% (23.1–23.2)	8.34% (8.3–8.4)
Sex				
Female	884 420 (50.5%)	1.09 (1.65)	26.2% (26.1–26.3)	10.2% (10.2–10.3)
Male	867 421 (49.5%)	0.84 (1.46)	20.1% (20.0–20.1)	6.4% (6.4–6.5)
Age, years				
0–24	479 156 (27.4%)	0.16 (0.44)	1.9% (1.9–2.0)	0.5% (0.5–0.6)
25–44	508 389 (29.0%)	0.50 (0.92)	11.3% (11.2–11.4)	5.7% (5.6–5.7)
45–64	473 127 (27.0%)	1.18 (1.50)	30.4% (30.2–30.5)	12.4% (12.3–12.5)
65–84	254 600 (14.5%)	2.60 (2.09)	64.9% (64.7–65.1)	17.5% (17.4–17.7)
≥85	36 569 (2.1%)	3.62 (2.30)	81.5% (81.1–81.9)	30.8% (30.3–31.3)

Les conclusions de cette étude viennent corroborer les 4 études ayant spécifiquement porté sur les facteurs de risque de polyopathie (van den Akker. 1998. van den Akker. 2000. van den Akker. 2001. Nagel. 2008).

Dans ces études, les facteurs de risque de polyopathie étaient : l'avancée en âge, le nombre plus élevé de maladies antérieures, et un faible niveau d'éducation. L'existence d'un réseau social semblait jouer un rôle protecteur.

3.3 La polyopathie chez les personnes âgées est source d'une grande complexité

La polyopathie est plus complexe chez les personnes âgées que chez les jeunes pour des raisons :

- inhérentes à la personne âgée :
 - diminution de la réserve fonctionnelle d'organe et risque de décompensation en rapport avec l'avancée en âge, la maladie, et des facteurs intercurrents (cf. schéma 1+2+3 de JP Bouchon),
 - risque de décompensations organiques et fonctionnelles en série (« cascade ») ;
- inhérentes à la prise en charge de la personne âgée.
 - Le soin à la personne âgée ne se limite pas à la gestion de problèmes somatiques ; la prise en compte dans une approche globale des domaines fonctionnels, psychologiques et sociaux qui sont intriqués et interdépendants est nécessaire. La polyopathie doit être considérée dans le contexte de la personne.
 - La prise en charge d'une polyopathie ne se résume pas à l'addition de monopathologies.
 - La présentation clinique des pathologies est différente.
 - Le nombre de maladies concomitantes est plus élevé :
 - certaines pathologies spécifiques du sujet âgé ;

- d'autres sont non spécifiques mais leur fréquence ou leur gravité sont augmentées chez la personne âgée (fracture du col du fémur, infections respiratoires, épisodes dépressifs majeurs, chutes...).
- La polymédication, souvent nécessaire, est plus importante, le risque iatrogène aussi.
- Le nombre d'intervenants est plus élevé, avec un risque de fragmentation des soins, et la nécessité d'assurer la continuité des soins et leur coordination.

4. Enjeux professionnels et de santé publique

De nombreuses études ont analysé les multiples conséquences de la polypathologie pour les personnes concernées et pour les acteurs du système de santé :

- 5 études ont examiné le risque de décès (Menotti *et al.* 2001, Deeg *et al.* 2002; Byles *et al.*, 2005; Marengoni *et al.* 2009, Landi *et al.* 2010);
- 7 ont étudié la qualité de vie ou le bien-être (Byles *et al.* 2005, Fortin *et al.* 2006, Walker, 2007, Min *et al.* 2007, Wong *et al.* 2008, Loza *et al.* 2009) ;
- 8 ont examiné l'utilisation et les coûts des soins de santé (Wolff *et al.* 2002, Noël *et al.* 2005, 2007, Byles *et al.* 2005, Friedman *et al.* 2006, Laux *et al.* 2008, Condelius *et al.* 2008, Schneider *et al.* 2009).

4.1 Impact de la polypathologie chez la personne âgée

4.1.1 En termes de conséquences : incapacité fonctionnelle – altération de la qualité de vie - dépression

Le plus souvent, les études ont trouvé un lien entre polypathologie et :

- Incapacité fonctionnelle ;
- mauvaise qualité de vie ;
- dépression.

L'existence d'un lien polypathologie/augmentation de la mortalité est controversée (lien positif dans 3 études, négatifs dans 2 autres).

Les patients polypathologiques se sentent souvent dépassés car ils doivent gérer leurs maladies et les traitements, expliquant ainsi les notions de fardeau de la maladie, mais aussi de fardeau du traitement.

Leurs parcours de soins sont chaotiques avec de multiples moments de rupture, y compris en soins ambulatoires (Haggerty 2013).

4.1.2 En termes de besoins : soins centrés sur le patient dans une approche collaborative

Dans l'enquête de Shadmi (États-Unis), les personnes âgées avec de multiples affections chroniques avaient le sentiment d'avoir une qualité insuffisante des soins santé primaires et étaient insatisfaites de leurs soins. Celles qui avaient des niveaux élevés de morbidité éprouvaient une moins bonne qualité des soins primaires que ceux avec une morbidité modérée (Shadmi 2006).

L'enquête de Bayliss (États-Unis) a résumé les besoins des personnes atteintes de polypathologie (Bayliss, 2008) :

- un accès facile aux professionnels (téléphone, Internet ou en personne) ;
- une communication claire des plans de soins individualisés ;
- le soutien d'un coordinateur unique de soins qui puisse aider à prioriser leurs demandes concurrentes (ie. multiples soins, bien être émotionnel, soutien social), et faciliter la continuité des soins ;
- des professionnels qui écoutent et reconnaissent leurs besoins, et comprennent que ces derniers sont uniques et fluctuants ;
- des professionnels empathiques.

L'enquête de Noel (États-Unis) avait pour objectif d'étudier les besoins et les préférences en soins chez les patients de soins primaires avec de multiples maladies chroniques. Elle a mis en exergue le besoin de soins centrés sur les patients dans une approche collaborative (Noel 2005).

4.2 Impact de la polyopathie chez les médecins généralistes

Cette section concerne plus spécifiquement le médecin généraliste dont la prise en charge des personnes âgées polyopathologiques est le quotidien. Pour ce faire, il mobilise ses compétences et son expérience importante, en particulier sur les points suivants (Wonca) :

- continuité des soins : relation médecin-patient de longue date ;
- prise en charge holistique : approche globale, combinant les dimensions somatiques, psychiques et sociales ;
- orientation du patient via une prise de décision partagée, priorisation des actions ;
- coordination des soins.

4.2.1 En termes de conséquences : complexité de la prise en charge avec recours aux 3 secteurs sanitaire, médico-social et social

Face aux personnes âgées polyopathologiques, les médecins généralistes sont confrontés à des situations complexes :

- *difficulté de l'exercice clinique*: ie. résoudre des problèmes multiples et concomitants (dans l'étude de Beasley [Beasley 2004], les médecins généralistes étaient confrontés à 4 problèmes par visite chez les patients de plus de 65 ans), identifier la raison de nouveaux symptômes, négocier à partir des priorités du professionnel d'un côté, et des priorités et préférences des patients de l'autre ;
- *manque de recommandations spécifiques pour les patients polyopathologiques ;*
risques d'appliquer strictement des recommandations portant sur des maladies isolées (Boyd 2005) (Tinetti 2004) ;
- *validité externe des essais cliniques limitée compte tenu de la fréquente non inclusion des personnes âgées polyopathologiques ;*
- *gestion de la polymédication.*

Dans l'étude polychrome (Clerc 2008), des *focus groups* auprès de 60 médecins généralistes ont permis d'étudier les déterminants des prescriptions en contexte de polyopathie chronique. L'analyse des propos des médecins généralistes ayant participé aux *focus group* a souligné la complexité des représentations par les généralistes des causes de la polyprescription.

- difficile coordination et communication avec les médecins spécialistes, empilement de recommandations centrées sur une problématique pour des patients polyopathologiques, organisation du cabinet médical et répartition du temps de travail quotidien entre patients atteints de pathologies aiguës et chroniques) ;
- préférences du généraliste, convictions personnelles, qui sont elles-mêmes influencées par d'autres éléments (formations, sensibilité aux discours de santé, visites médicales de l'industrie pharmaceutique), ainsi qu'à sa motivation face au patient ;
- l'incertitude diagnostique au sens de la documentation historique d'un symptôme ou d'un diagnostic clinique. Cela se vérifie d'autant plus pour des diagnostics « hérités » lors d'un changement de médecin traitant. L'absence de réévaluation de diagnostics sous ou surévalués induit des erreurs de raisonnement et donc des prescriptions inadaptées ;
- décision de prescription en elle-même, son caractère routinier, par facilité mais aussi par inertie thérapeutique (renouvellement d'une prescription, attachement du patient). Dans ce contexte, l'ordonnance du patient polyopathologique ancien et stabilisé est renouvelée sans impliquer de questionnement.

La polymédication majeure :

- le risque d'interactions médicamenteuses et d'accident iatrogénique en grande partie évitable ;
- le risque d'hospitalisation pour causes médicamenteuse (Legrain, HAS, Consommation Médicamenteuse chez le sujet âgé, 2005) ;
- le risque de prescription en cascade (quand un événement indésirable est interprété comme un nouveau problème médical, et qu'un traitement médicamenteux supplémentaire est alors prescrit pour traiter ce problème). Rochon PA, Gurwitz JH. Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. *BMJ* 1997; 315:1096.

La polymédication peut générer un manque d'observance du patient (un plus grand nombre de médicaments ou un traitement médicamenteux plus complexe ont une influence négative sur l'observance des patients en général à la fois sur la prise de médicaments et sur le respect des rendez-vous médicaux). Cela peut

s'expliquer par le respect strict de plusieurs recommandations chez les patients polyopathologiques, par la fragmentation des soins, et par l'absence d'ETP.

Une étude française qualitative sur la période 2004-2006 (Vedel 2009) a systématiquement recueilli des données sur les pratiques, les questions et les attentes des professionnels de la santé en matière de soins aux personnes âgées.

Les résultats ont permis d'identifier de nombreuses questions.

1 / L'inadéquation du processus d'évaluation des besoins dans les soins de santé primaires.

Le processus d'évaluation des besoins n'est pas centré sur les problématiques gériatriques, mais plutôt sur les problèmes médicaux graves. Les évaluations effectuées par divers professionnels de la santé (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, etc.) ne sont pas partagées.

2 / Le manque de coordination des services de soins primaires

Personne n'est responsable de la coordination des services. Les médecins généralistes ont souvent essayé de jouer ce rôle, mais ils n'ont pas eu assez de temps et une connaissance suffisante de services existants. En outre, la rémunération des médecins et d'autres professionnels de la santé est considérée comme l'un des obstacles à la coordination, le temps consacré à la coordination des tâches n'étant pas valorisé.

3 / Le manque de coordination entre soins primaires et soins secondaires

Le manque de coordination entre les soins primaires et l'hôpital a conduit à une mauvaise continuité des soins. Les professionnels hospitaliers ont une mauvaise connaissance des services « communautaires ». La pression pour transférer rapidement les patients conduit à une mauvaise planification des sorties. Généralistes et gériatres travaillent en solo.

4 / Les conséquences pour les patients et les familles

Les besoins globaux des personnes âgées ne sont pas reconnus ou ne trouvent pas de réponse en temps opportun, ce qui conduit à des situations « de crise ». Par conséquent, alors que les médecins savent qu'un passage aux urgences est une expérience défavorable pour les patients plus âgés, ils les utilisent encore de manière inappropriée (par exemple, pour des chutes, ou un épuisement des familles) parce que c'était la seule façon pour eux d'avoir accès à une évaluation gériatrique, ou au spécialiste et au plateau technique. De plus, les échanges d'informations entre cliniciens sont insuffisants. La mauvaise coordination des soins a donc généré un cercle vicieux d'adressage aux urgences et d'hospitalisations. Enfin, les familles se retrouvent trop souvent à porter un lourd fardeau.

4.2.2 En termes de besoins : guide de pratique/adaptation de l'exercice professionnel/système de soins adapté

Les différentes composantes de la complexité de la prise en charge des personnes âgées polyopathologiques énumérées ci-dessus peuvent être synthétisées et traduites en besoins pour les MG et l'équipe pluriprofessionnelle en soins primaires :

- besoin de repères pour la prise en charge de la personne âgée polyopathologique/polymédiquée ;
- adaptation de l'exercice professionnel à la patientèle âgée complexe (capacité à répondre à un besoin à un temps t, tout en assurant la continuité d'une prise en charge holistique et anticipatoire) ;
- besoin de travailler dans un système de soins adapté.

► Besoin de repères pour la prise en charge des PA polyopathologiques

Qu'apporte la science à la production de tels repères ?

Peu de choses qui permettent d'éclairer des choix de stratégies de prise en charge ayant fait la preuve d'une amélioration de l'état de santé des personnes affectées.

La Cochrane a élaboré 2 revues de synthèse.

- **Une revue sur l'efficacité des interventions en médecine générale et en médecine de ville destinées à améliorer l'état des patients atteints de polypathologie** (Smith 2012)

Dix essais randomisés comparatifs comportant de faibles risques de biais ont été inclus (3 357 patients). Les interventions analysées comprenaient plusieurs composantes, qui ont été séparées en deux grandes catégories : celles à prédominance organisationnelle et celles centrées sur les patients. En raison de l'hétérogénéité des contextes des études, des patients inclus et des interventions, aucune méta-analyse n'a été effectuée. Les résultats de cette revue systématique suggèrent que :

- les interventions de type plutôt organisationnel (6 études) semblaient amener des bénéfices modérés, par exemple en termes de santé physique ou psychique, d'amélioration de la prescription ou de l'observance. Ces interventions comprenaient la coordination des soins, la mise en place d'équipes pluridisciplinaires ou le recours à un « coach » ;
- les interventions plus orientées vers le patient (4 études) ne démontraient pas clairement d'impact. Ces interventions visaient directement les comportements du patient, en termes de diététique, d'activité physique ou de rééducation fonctionnelle par exemple, par l'intermédiaire d'entretiens téléphoniques ou de visites à domicile. Les bénéfices suggérés dans certaines études concernaient les hospitalisations ou l'activité physique.

Les limites étaient les suivantes :

- difficulté d'identifier les études primaires, le concept de multimorbidité étant encore peu établi ;
- études ciblant des populations âgées ; l'extrapolation à des patients multimorbides plus jeunes est ainsi incertaine ;
- classement des interventions en deux grandes catégories (organisationnelles ou centrées sur le patient) alors qu'elles comportaient toutes plusieurs composantes ;
- toutes les études incluses provenaient d'Amérique du Nord ou du Royaume-Uni.

Conclusions des auteurs

Peu d'études ont évalué l'impact d'interventions adaptées aux patients multimorbides en soins primaires ; de plus elles se focalisaient surtout sur les personnes âgées. Les interventions visant de manière précise une combinaison donnée de pathologies courantes ou des difficultés fonctionnelles spécifiques aux patients cumulant plusieurs maladies chroniques semblaient les plus efficaces. Il est nécessaire de poursuivre les études avec des patients de tous âges et des interventions applicables en soins primaires.

- **Une revue sur les interventions visant à améliorer l'usage approprié de la polypharmacie chez les personnes âgées** (Patterson 2012)

Cette revue visait à déterminer quelles interventions seules, ou en combinaison, sont efficaces pour améliorer l'usage approprié de la polypharmacie et pour diminuer les problèmes liés aux médicaments chez les personnes âgées.

Les études éligibles décrivaient des interventions concernant la prescription visant à améliorer la polypharmacie appropriée chez les personnes âgées de 65 ans et plus quand une mesure validée du caractère était utilisée (par ex. critères de Beers ou grille MAI [médicament potentiellement inapproprié, MPI]).

Dix études ont été incluses. Une intervention était un système informatisé d'aide à la décision et 9 autres étaient des soins pharmaceutiques multiformes complexes dispensés dans toute une variété de contextes. Le caractère approprié de la prescription était mesuré à l'aide du score MAI suite aux interventions (7 études) et/ou des critères de Beers (4 études). Les interventions incluses dans cette revue ont démontré une diminution de l'usage inapproprié des médicaments. Une différence moyenne de - 6,78 (IC à 95 % - 12,34 à - 1,22) a été observée dans le changement du score MAI en faveur du groupe bénéficiant de l'intervention (4 études). Les données regroupées suite aux interventions (5 études) ont révélé une baisse moyenne de - 3,88 (IC à 95 % - 5,40 à - 2,35) du score MAI additionné et une baisse moyenne de - 0,06 (IC à 95 % - 0,16 à 0,04) du nombre de médicaments répondant aux critères de Beers par patient (trois études). Les preuves de l'effet des

interventions sur les admissions à l'hôpital (4 études) étaient contradictoires. Les problèmes liés aux médicaments, rapportés par le nombre d'événements médicamenteux indésirables (3 études), ont été significativement réduits (35 %) suite aux interventions.

Conclusions des auteurs

On ne sait pas si les interventions visant à améliorer la polypharmacie, telles que les soins pharmaceutiques, ont entraîné une amélioration cliniquement significative ; toutefois, elles semblent bénéfiques en termes de réduction des prescriptions inappropriées et des problèmes liés aux médicaments. La mise à jour récente (Patterson 2014) de cette revue n'a pas permis de changer les conclusions.

→ De nombreux patients atteints de polypathologie font l'objet d'interventions pour lesquelles il existe peu de preuves en faveur d'un bénéfice. Ces personnes sont à haut risque d'événements indésirables sur la santé. Les mesures de performance sont disponibles pour des conditions spécifiques et sont parfois utilisés chez les patients atteints polypathologie en l'absence de preuve qu'elles sont appropriées (Boyd 2010)

Besoin d'une approche holistique avec des soins centrés sur le patient, et non sur la maladie

Quand une maladie ne domine pas les autres, quand les besoins des patients sont fluctuants et évolutifs, dispenser des soins centrés sur le patient est une possible solution, qui autorise une approche globale de la personne.

Les soins centrés sur le patient atteint de maladies chroniques sont des soins (1) qui sont à l'écoute des besoins psychosociaux et physiques des patients, (2) qui explorent les préoccupations et les priorités en matière de soins du patient, (3) qui transmettent un sentiment de partenariat entre le patient et le médecin, (4) qui facilitent la participation active du patient dans la prise de décision, et (5) qui sont coordonnés entre les professionnels, et entre le médical et le social (Mead 2002).

Ce type d'approche interroge la capacité des médecins généralistes à avoir le temps nécessaire pour la mettre en œuvre seuls (Ostbye 2005), et a fait envisager l'intérêt d'associer à la prise en charge d'autres professionnels dans une approche intégrée (Grumbach 1998) (Sommers 2000)

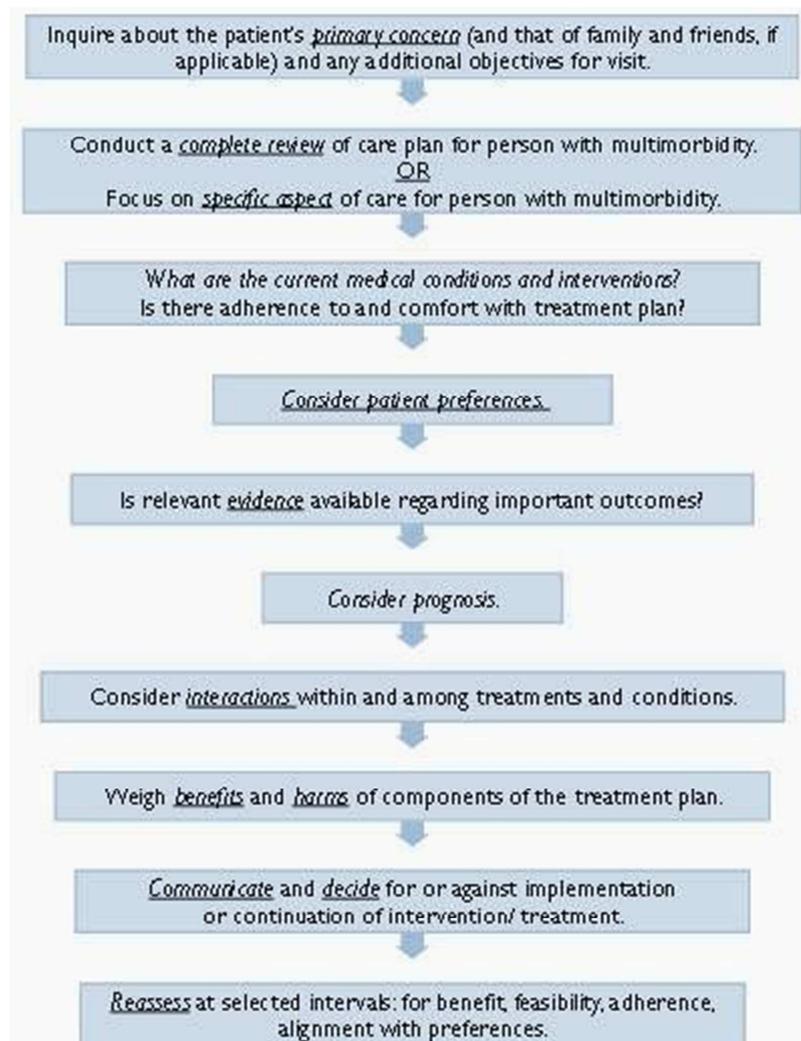
Besoin d'une démarche structurée permettant de guider les cliniciens

Devant l'absence de *guidelines* dédiées à la polypathologie du sujet âgé, et compte tenu des risques d'appliquer une succession de *guidelines* concernant les monopolyopathologies, la Société américaine de gériatrie a proposé une prise en charge par étapes (*American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity* 2012).

Cette proposition de prise en charge de la polypathologie repose sur 5 principes :

- susciter et intégrer les préférences des patients dans la prise de décision médicale ;
- reconnaître le faible niveau de preuve de la littérature médicale dans l'interprétation et l'application de cette dernière chez les personnes âgées polypathologiques ;
- border les décisions cliniques de prise en charge dans un contexte de clarification des diagnostics et des traitements, d'évaluation des risques, des fardeaux, des bénéfices et du pronostic (espérance de vie restante, statut fonctionnel, qualité de vie) ;
- prendre en considération la complexité du traitement et sa faisabilité lors de la prise de décision clinique ;
- choisir les traitements qui optimisent les bénéfices, minimisent les dommages et améliorent la qualité de la vie.

Les étapes sont résumées dans le schéma ci-dessous.



Conditions nécessaires à l'implémentation d'une telle approche

Un clinicien qui cherche à mettre en œuvre les principes décrits ci-dessus a besoin :

- de la participation de la personne et de son entourage ;
- d'une formation adaptée avec des diagnostics précis ;
- d'une base de données probantes et pertinentes vis-à-vis de la prise en charge d'adultes polyopathologiques ;
- d'une coordination clinique de proximité composée de cliniciens rompus à l'interdisciplinarité ;
- d'un financeur qui valorise et soutient les soins centrés sur le patient.

► Adaptation de l'organisation du travail du MG à la patientèle âgée complexe

Dans sa thèse, le Dr Girard-Monnier a écrit : « Il paraît essentiel que le médecin généraliste ait une meilleure gestion de son organisation et une meilleure collaboration avec ses confrères, qu'il ait à sa disposition des moyens fiables, rapides et adaptés de suivi, faciles d'accès et reproductibles afin de mieux connaître les patients et de mesurer rapidement l'investissement nécessaire pour chacun et de pouvoir exercer dans des conditions optimales. »

Ce travail de thèse a porté sur la mise au point d'un indicateur permettant d'estimer la difficulté de la prise en charge des patients polyopathologiques chroniques.

► Besoin de travailler dans un système de soins adapté

Dans ses publications, Boyd (*American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity* 2012) (Boyd 2010) a rappelé l'importance des incitatifs financiers en faveur de l'exercice clinique centré sur les besoins du patient, et les coordinations nécessaires pour la mise en œuvre d'une telle approche.

En France, les soins commencent à s'organiser autour de la personne âgée polypathologique, avec le soutien financier de l'Etat :

- expérimentations Art. 70 ;
- projets pilotes Paerpa ;
- dossier médical partagé ciblé sur les malades chroniques et les personnes vieillissantes ;
- expérimentation des nouveaux modes de rémunérations (ENMR) ;
- et expérimentation équipe de soins de premier recours en suivi de Cas complexe (ESPREC).

4.3 Impact de la polypathologie sur le système de santé

4.3.1 En termes de conséquences : coûts

La polypathologie est associée à une augmentation de l'utilisation de ressources du système de santé et donc des coûts : nombre de prescriptions (surcoût direct, lié à la surconsommation médicamenteuse lors des prescriptions inappropriées de médicaments - surcoût indirect, lié aux accidents iatrogéniques secondaires [hospitalisation, morbidité...], nombre de consultations, nombre d'hospitalisations, en urgence notamment (dont réhospitalisations).

► Consommation médicamenteuse des personnes âgées

En moyenne, près de 5 molécules différentes (classe ATC) ont été délivrées au moins trois fois dans l'année chez les 75 ans et plus, contre 4 ou 5 chez les 60-74 ans – Données Cnamts 2010.

► Hospitalisations

- 33 % des 75 ans et plus ont été hospitalisés au moins une fois en MCO, en moyenne 12 jours en 2010, 44 % des 75 ans et plus hospitalisés ont eu au moins une hospitalisation en urgence (Données Cnamts rapport Paerpa).
- Les plus de 80 ans représentaient 11,2 % des patients (+ 2,9 % par an) et 12,9 % des séjours (+ 3,7 % par an) en MCO, 25,9 % des patients en HAD et 37,2 % en SSR. Cette classe d'âge, principalement prise en charge par les établissements publics (75 % des séjours contre 69 % des séjours pour l'ensemble de la population), est la plus contributrice à la croissance du volume économique hospitalier ([Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, étude : enquête sur le vieillissement de la population et évolution de l'activité hospitalière 2007-2010 - focus sur la prise en charge des 80 ans et plus](#)).

Les entrées en hospitalisation des personnes âgées de 80 ans et plus par les urgences représentent en moyenne 41 % des séjours et sont même majoritaires dans certaines régions, alors que pour les personnes âgées de 20 à 80 ans ces hospitalisations en représentent 24 %. Dans un certain nombre de cas, l'hospitalisation était requise mais le passage par les urgences aurait pu être évité. Dans d'autres cas, le passage par les urgences va induire une hospitalisation médicalement évitable du fait d'un retour à domicile difficile à organiser ([Anap](#)). Ce recours élevé aux urgences est un marqueur visible d'une organisation des soins aux personnes âgées qui intègre encore difficilement leur spécificité. Les polypathologies des personnes âgées fragiles rendent nécessaire une approche globale et transversale qui n'est pas naturelle à l'organisation de l'hôpital par spécialités. De même la complexité de leur prise en charge rend difficile une réponse isolée de la médecine de premier recours et du secteur médico-social ([Igas 2011](#)).

4.3.2 En termes de besoins : un parcours continu et coordonné

Il n'a pas été retrouvé de publication faisant la synthèse d'expériences internationales de prise en charge des personnes âgées polypathologiques.

Le [Hcaam](#) a mis statistiquement en évidence le fait que les dépenses associées au vieillissement dépendaient étroitement de la façon dont celui-ci est pris en charge par le système de santé. L'augmentation des dépenses à partir de la tranche d'âge des 70-74 ans témoigne, d'une part, d'une organisation des soins pour les personnes âgées qui n'est pas optimale, et d'autre part, du caractère heurté de leurs trajectoires de soins ([Cas](#)).

À la suite de ses travaux sur le [vieillissement](#) et sur la [perte d'autonomie](#) (dans ce dernier rapport, les surcoûts induits par la segmentation et l'inadéquation des réponses comme le recours injustifié à l'hospitalisation ont été estimés à 2 milliards d'euros), le [HCAAM](#) a en 2012 émis l'avis suivant (extrait) : « Au défi financier pour l'assurance maladie s'ajoute, pour le système de soins, le défi de la prise en charge des soins chroniques et des pathologies multiples. On ne peut pas comprendre les phénomènes de « vieillissement » de la société si l'on ne saisit pas leur lien étroit avec la « chronicité » croissante des maladies. De même, l'innovation médicale est, elle aussi, très étroitement liée au développement de la chronicité. Or, dans les situations de chronicité, la qualité du soin est une qualité globale, soignante et sociale. Elle se mesure sur l'ensemble du « parcours de soins » de la personne malade, le faisant évoluer vers un parcours de « santé ». Les deux défis, soignant et financier, se rejoignent ainsi sur la question du « parcours » de soins ».

L'[Igas](#) a émis l'hypothèse que des améliorations étaient réalisables grâce à une coordination de l'ensemble des intervenants et a recensé 12 territoires où les modes de coopération entre les acteurs ont apporté cette preuve. L'étude conclut que « ces modes d'organisation coordonnée réduisent de manière significative les durées moyennes de séjour et les entrées en hospitalisation par les urgences : ainsi l'écart entre les durées de séjour des adultes entre 20 et 80 ans et celles des personnes de plus de 80 ans se réduirait de près d'un quart dans les territoires ayant développé une organisation coordonnée des soins aux personnes âgées. S'agissant des entrées en hospitalisation par les urgences, elles diminueraient de 24 à 36 % selon les territoires observés. » Dans sa conclusion, l'Igas affirme, « Plus que tout autre patient, la personne âgée, fragile, nécessite une prise en charge globale prenant en compte ses troubles mais aussi ses capacités et son environnement. Cette prise en charge au sein d'un parcours continu et coordonné est la condition pour assurer « le juste soin » aux personnes âgées.

→ Ce parcours de soins doit faciliter l'intervention de professionnels formés, chacun assumant sa part de responsabilités, et apportant à l'ensemble le maximum de ses compétences sans :

- se focaliser sur la maladie plutôt que sur l'individu ;
- mettre en œuvre une succession de traitements sans hiérarchisation des problèmes ;
- fractionner la prise en charge en une succession d'interventions spécialisées sans coordination ;
- recourir aux systèmes d'information facilitant la continuité des soins (messagerie électronique sécurisée, échanges d'informations *via* le dossier médical partagé [VMS, PPS, CRH, DLU].

4.4 Objectifs et bénéfices attendus

4.4.1 Pour les patients

- Améliorer la qualité de vie des personnes âgées polypathologiques
- Diminuer le risque de perte d'autonomie et de dépression
- Améliorer la satisfaction du patient en termes de qualité de soins
- Stimuler les stratégies d'ajustement et d'adaptation
- Soutenir la participation active du patient à sa prise en charge par l'expression de ses priorités et préférences

4.4.2 Pour les professionnels

- guider la prise en charge des personnes âgées polypathologiques par les professionnels de proximité, en particulier les MG, par la séquence « repérage, évaluation, planification d'actions de soins et d'aides, et suivi, des personnes âgées polypathologiques, conditions de la mise en œuvre d'un plan personnalisé de santé.
- aider le professionnel à apprécier le degré de complexité de la personne, et à évaluer le besoin d'un travail concerté à plusieurs et avec la personne autour de ses priorités et problèmes (PPS).

- diminuer le niveau de stress du professionnel face à une situation complexe, et par conséquent optimiser son raisonnement.

4.4.3 Pour le système de soins

- Participer à l'amélioration du parcours de soins, en outillant les acteurs des coordinations mises en place dans Paerpa.
- Réduction des hospitalisations en urgence et les réhospitalisations précoces donc des coûts.

5. Données disponibles en vue de l'élaboration d'un guide de pratique clinique

5.1 En termes de littérature

L'analyse de la littérature a montré que :

- la polypathologie était la règle chez les personnes âgées ;
- la prévalence augmentait chez les personnes très âgées et les personnes de classes sociales inférieures ;
- la polypathologie s'accompagnait de polymédication ;
- l'incapacité fonctionnelle, la mauvaise qualité de vie, la dépression et la majoration du recours aux soins et des coûts étaient les principales conséquences de la polypathologie ;
- la polypathologie était la règle dans la pratique de la médecine générale ;
- les données probantes étaient insuffisantes pour fournir une base scientifique à la prise en charge des personnes âgées polypathologiques.

5.2 En termes d'outils d'aide à la pratique clinique

Compte tenu de la variabilité des profils de personnes âgées polypathologiques (types de maladies, intrication entre vieillissement et pathologies, polymédication, vécu des patients), les spécialistes de la polypathologie ont fait émerger des principes pragmatiques de prise en charge, applicables à l'ensemble des personnes âgées car centrés sur les personnes et non sur les maladies, avec prise en compte de leurs besoins, de leurs priorités, de leur contexte, en reconnaissant :

- le caractère fluctuant de ces paramètres, et le besoin de souplesse de la part des soignants ;
- la complexité des personnes âgées polypathologiques pouvant nécessiter l'intervention concertée, continue et coordonnée de plusieurs professionnels autour de leurs problèmes.

Parmi les outils pratiques disponibles, on trouve

- le guide de pratique clinique de la société américaine de gériatrie (*American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity* 2012).

Les travaux de la HAS sur la prise en charge de la personne âgée :

- [programme d'optimisation de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé \(PMSA\)](#), en particulier [à l'attention du médecin traitant](#), qui souligne l'importance de l'optimisation diagnostique en amont de la prescription,
- [modèle de PPS Paerpa](#),
- fiches Parcours :
 - [Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?](#)
 - [Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ?](#)
 - [Comment éviter les réhospitalisations évitables des personnes âgées ?](#)
 - [Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ?](#)
 - [Volet de synthèse médicale](#)
 - [Cadre référentiel ETP Paerpa Polypathologie – Polymédication](#)
 - [Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ?](#)
 - Check-list d'organisation de la sortie (à paraître)

6. Propositions de contenu de la fiche et des questions à traiter

6.1 Délimitation du thème

Compte tenu de cet état des lieux, il paraît opportun et faisable d'élaborer une fiche Points clés « Comment prendre en charge une personne âgée polypathologique ? »

6.2 Contenu

Une des solutions envisageables est d'élaborer une fiche Points clés ayant vocation à servir de guide de pratique clinique.

Cette fiche traitera les aspects suivants :

- définition et périmètre populationnel ;
- contexte ;
- ce qu'il faut savoir sur l'impact de la personne âgée polypathologique et les modalités de mise en œuvre qui en conditionnent le bénéfice ;
- ce qu'il faut faire : les stratégies à appliquer et les acteurs à mobiliser, possibilité d'exemples de profils de personnes âgées polypathologiques ;
- indicateurs/critères d'efficacité de la démarche ;
- exemples remarquables de réalisations et de projets en cours ?

Dans la section « ce qu'il faut faire », il est proposé de différencier 4 étapes de la prise en charge présentées ci-dessous.

6.2.1 Repérage de la personne âgée polypathologique polymédiquée

Ce repérage suppose :

- un recueil systématique de l'âge et d'un certain nombre de critères dont la présence justifierait une démarche clinique structurée, et une éventuelle prise en charge par plusieurs professionnels. Pour ce faire, le médecin traitant peut s'appuyer sur les autres soignants de premier recours : infirmière, pharmacien, kinésithérapeute, aide-soignante, et sur les services sociaux dont aides à domicile (cf. fiche repérage fragilité) ;
- un moyen d'identification aisé et rapide du degré de complexité de ces patients pour anticiper au mieux les problèmes, et les gérer de manière adaptée en termes de démarche clinique et d'organisation (individuelle, pour la consultation ; collective le cas échéant pour le travail concerté à plusieurs).

Ce repérage pourrait s'appuyer sur le questionnaire d'aide à la décision d'initier une démarche de type Plan Personnalisé de Santé (PPS) :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/questionnaire_pps_web.pdf

6.2.2 Évaluation par le médecin traitant ou par le gériatre si problèmes multiples ou inexpliqués

► Clarifier les diagnostics et les traitements

En s'appuyant sur les préconisations d'aides et de soins des spécialistes, y compris dans un éventuel compte rendu d'hospitalisation (cf. PMSA + fiche amélioration de la prescription médicamenteuse).

► Explorer les dimensions à problèmes

(cf. PPS Paerpa)

► **Identifier les problèmes**

► **Compléter la *check-list* des situations à problèmes identifiées Titre 4**

Cette check-list accompagnée d'un tableau d'actions possibles permet :

- de prioriser les situations où une intervention est nécessaire et possible
- de séquencer les actions.

6.2.3 Planification des aides et des soins (dont ETP (cadre référentiel ETP Paerpa Polypathologie – Polymédication)

► **Si la situation de la personne polypathologique nécessite une intervention monofactorielle**

Inscrire les préconisations simples avec une date de suivi dans le dossier médical.

(cf. fiche prise en charge de la fragilité)

► **Si la situation nécessite de multiples interventions réalisées par plusieurs acteurs, un partage d'informations et une hiérarchisation**

Élaborer un PPS (cf. Pps Paerpa), si nécessaire avec l'aide d'une coordination d'appui (cf. fiche coordination d'appui).

DANS TOUS LES CAS

Recueillir les préférences et priorités de la personne

Négocier avec la personne et son entourage des objectifs partagés

6.2.4 Suivi et réévaluation

- à échéances programmées (au minimum tous les ans).
- et quand il existe une modification significative de la situation du patient (ie. sortie d'hospitalisation (cf. fiche réhospitalisations évitables), ou de la composition de l'équipe de soins (nécessite la mise en place d'alertes).

7. Modalités de réalisation

Les fiches Points clés seront réalisées avec un groupe de travail et un groupe de lecture et les parties prenantes professionnelles et institutionnelles seront consultées.

Groupe de travail

Le groupe de travail était composé des personnes suivantes :

	Participants	Qualité	Lieu d'exercice
REPRÉSENTANTE D'ASSOCIATION	Marie-Françoise FUCHS	Association OLD'UP	Paris
MÉDECINS GÉNÉRALISTES	Pascal CLERC	Médecin généraliste	Les Mureaux
	Jean-Marc PAULY	Médecin généraliste	Rodemack
	Philippe BOISNAULT	Médecin généraliste	Magny6en6Vexin
	Thierry MAZARS	Médecin généraliste	Villeneuve-la-Garenne
	Jean Pierre PEIGNE	Médecin généraliste	Loches
GÉRIATRES	Philippe CHASSAGNE	Gérialre	Rouen
	Nathalie SALLES	Gérialre	Bordeaux
	Isabelle THEVENIN-LAVALOU	Gérialre	Grasse
	Eliane ABRAHAM	Gérialre	Nancy
SPÉCIALISTES D'ORGANES	Véronique EPAIN	Psychiatre	Lagny-sur-Marne
	Vincent GUILLOT	Cardiologue libéral	Lens
	Florence VENDE	Néphrologue	Paris
	David GRABLI	Neurologue	Paris
INFIRMIERS	François Régis BERGER	Infirmier coordonnateur SSIAD	Pessac
	Céline DE FRANCE	Infirmier coordonnateur réseau	Les Clayes-sous-Bois

KINÉSITHÉRAPEUTE	Marie Thérèse ROOS	Kinésithérapeute	Les Clayes-sous-Bois
PHARMACIENS	Sabine ZENGLEIN	Pharmacienne	Boulay-Moselle
	Catherine BOHME	Pharmacienne	Paris
	Corinne DUPONT	Pharmacienne ARS	Lille
ASSISTANTE SOCIALE	Martine TANGUY	Responsable actions sociales et réseaux	Grasse
ARS	Thierry GODET	Département du 1er recours	ARS Midi-Pyrénées
	Marguerite-Marie DEFEBVRE	Médecin de santé publique	ARS Nord-Pas-de-Calais

Experts auditionnés :

- Sylvie LEGRAIN (GÉRIATRE – PARIS) - Christine PERRET (GÉRIATRE - NANCY) - Eric DRAHI (MG - SAINT-JEAN-DE-BRAYE).
- Pascale BRECHET (INFIRMIÈRE parcours article 70).

Groupe de lecture

Représentants des mêmes groupes de professionnels et de participants

Parties prenantes et partenaires institutionnels

Ont été consultés en tant que parties prenantes du projet avant le début des travaux :

Jean-Yves LEMERLE, UNPS
Aude ALBERT, Collège des IDE
Fabienne DUBUISSON, DGCS
François BERDOUGO, CISS
Valérie CORNU, UNRs
Pierre GABACH, Cnamts
Catherine CRUVEILLIER-BOCH, DSS
Sylvie MERVILLE, représentante CNSA
Laurent VERNIEST, représentant FFMPs
Sylvain CELERIER, président Collège de masso-kinésithérapie
Claude JEANDEL, président CNPG
Delphine DEPRÉ-LÉVÊQUE, Anesm
Elisabeth FERRY-LEMONNIER, secrétariat général des ministères sociaux.

Olivier HANON, président SFGG
Marie-Josée AUGÉ-CAUMON, présidente du Collège de la Pharmacie, Conseiller USPO
François LACOIN, représentant Collège médecine générale
Marie-DominiqueLUSSIER, Anap
CatherineBOUFFARD BERTRAND, directrice générale, représentant UNA

Une réunion associant les représentants des parties prenantes s'est tenue le 23 septembre 2014.

Cette réunion avait pour objectif d'évaluer de manière pluriprofessionnelle l'intérêt à produire une fiche Points Clés sur la prise en charge de la polyopathie de la personne âgée en soins primaires.

Les points à retenir étaient les suivants.

- La polyopathie est la co-occurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins 2) chez le même individu sur la même période. La polyopathie est un concept issu d'une approche généraliste et centrée sur le patient, alors que la comorbidité est un concept issu d'une approche centrée sur la maladie (maladie index, de référence).
- La polyopathie est la règle chez les personnes âgées / chez les patients en médecine générale. Elle ne s'observe pas que chez les personnes âgées. Chez les personnes âgées, elle est source d'une importante complexité. D'autres facteurs sont associés à la polyopathie : la polymédication dont le premier déterminant est la PP, la vulnérabilité sociale (plus de polyopathologies, plus tôt) et des problèmes de santé mentale : fortement associés au nombre de maladies chroniques, *a fortiori* en cas de vulnérabilité sociale.
- La polyopathie est associée :
 - chez la personne âgée, à une incapacité fonctionnelle, une altération de la qualité de vie, une dépression, et à une gestion du fardeau de la maladie et de son traitement. Une augmentation de la mortalité est discutée. Les personnes expriment un besoin de soins centrés sur le patient dans une approche collaborative ;
 - chez le médecin généraliste, à une complexité de la prise en charge avec recours aux 3 secteurs sanitaire, médico-social et social. Les médecins généralistes expriment des besoins de guide de pratique clinique, d'une adaptation de l'exercice professionnel et d'un système de soins adapté à la prise en charge de ces personnes ;
 - pour le système de soins, à une majoration des coûts (consommation médicamenteuse – hospitalisation) → besoins justifiant le besoin d'un parcours continu et coordonné.
- Les bénéfices attendus de l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées polyopathologiques sont :
 - pour les patients, une amélioration de la qualité de vie, une diminution du risque de perte d'autonomie et de dépression, une amélioration de la satisfaction du patient en termes de qualité des soins, un soutien de la participation active du patient à sa prise en charge par l'expression de ses priorités et préférences, et une stimulation des stratégies d'ajustement et d'adaptation ;
 - pour les professionnels, des repères pour la prise en charge des personnes âgées polyopathologiques par les professionnels de proximité, en particulier les médecins généralistes, une aide à l'appréciation du degré de complexité de la personne et à l'évaluation du besoin d'un travail concerté à plusieurs et avec la personne autour de ses priorités et problèmes (PPS), une diminution du niveau de stress du professionnel face à une situation complexe, et par conséquent une optimisation de son raisonnement ;
 - pour le système de soins, une participation à l'amélioration du parcours de soins, en outillant les acteurs des coordinations mises en place dans les expérimentations Paerpa, et une réduction des hospitalisations en urgence et des réhospitalisations précoces, donc des coûts.

- Il existe peu de données scientifiques qui permettent d'éclairer des choix de stratégies de prise en charge ayant fait la preuve d'une amélioration de l'état de santé des personnes concernées. Les données disponibles sont un guide de pratique clinique de la Société américaine de gériatrie en 2012, et les travaux récents de la HAS sur la prise en charge de la personne âgée (programme d'optimisation de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, modèle de PPS Paerpa, fiches parcours).

Les parties prenantes se sont accordées sur les points suivants.

- Le projet est pertinent, et acceptable. Une remarque a été faite sur la nécessité que la démarche soit comprise de tous (professionnels et patients). Une seconde remarque a porté sur le caractère faisable de la démarche proposée, qui doit être en adéquation avec la charge de travail d'un médecin généraliste (démarche simple et fonctionnelle), et avoir un format la rendant utilisable en consultation (en particulier en cas d'exercice isolé), et dans une démarche au long cours (y compris en termes de prévention et d'anticipation), et possiblement en plusieurs étapes à chaque consultation.
- Le titre du projet convient à l'ensemble du groupe. Le groupe s'accorde sur la cible « plus de 75 ans avec au moins 3 maladies chroniques » : ce point de départ de la démarche est approuvé après discussion car il convient bien à la pratique généraliste, l'existence d'une fragilité apparaissant plus comme un élément de complexité à repérer et à prendre en compte, que comme un point de départ.
- La note de problématique pourrait être accompagnée d'un *benchmarking* des autres systèmes de prise en charge des personnes âgées polypathologiques, et la définition de la maladie chronique pourrait être rappelée.
- Les enjeux professionnels et de santé publique sont décrits de manière exhaustive dans la note qui n'a généré aucune critique de fond ou de forme.
- Le développement d'un outil d'identification des personnes âgées polypathologiques est justifié car il correspond à un besoin réel. À ce jour, le dossier pharmaceutique (rôle d'alerte du pharmacien) et le compte Ameli pourraient contribuer au repérage des personnes âgées polypathologiques.
- Le projet de démarche structurée de prise en charge et des outils correspondants convient, excepté l'étape d'évaluation de l'espérance de vie dont le groupe désire dans son ensemble qu'elle soit supprimée car jugée non pertinente. Il est fait remarquer que le recueil des préférences et priorités de la personne doit intervenir rapidement dans le processus de prise en charge.
- Le projet de démarche structurée doit permettre de situer les différents outils de la HAS les uns par rapport aux autres et de favoriser la diffusion de ces outils.
- Le groupe s'est accordé sur le fait que la notion de complexité était rattachée à la notion de ce qui ne devenait plus gérable, maîtrisable, et ne se limitait pas à la polypathologie, et que les dimensions de la complexité concernaient :
 - La fragilité ou la maladie (isolée/plurielle avec comorbidités/± sévère/± stable/± consommatrice de soins ± complexes (polymédication, hospitalisation, multiplicité des acteurs) / générant ± des problématiques transitionnelles). Le questionnaire de repérage de la complexité (cf. PPS) pourrait être complété d'un item sur l'existence d'un syndrome de fragilité. L'intérêt du repérage de la fragilité par les aides à domicile est rappelé (ainsi que l'intérêt de diffuser les outils s'y rapportant) ;

- L'autonomie (au sens de l'autonomie fonctionnelle et de la capacité à prendre soin de soi : troubles cognitifs, troubles de l'humeur, IADL, ADL...) ;
 - La vulnérabilité socio-économique (faibles ressources, habitat, isolement [dont l'absence de proche aidant], défaut d'aides).
- Aussi, un questionnement clinique préalable à la démarche de prise en charge pourrait avoir un intérêt : « Le patient est-il polypathologique ou non, fragile ou non, dépendant ou non ? ». Un rappel bref des définitions (complexité, fragilité, dépendance) pourrait être utile. Il a été noté que ce type de fiche ne pouvait prétendre à une exhaustivité des situations.
 - Il est rappelé au groupe que le PPS ne s'adresse pas à des personnes en situation de dépendance.
 - Le groupe demande que la place du proche aidant soit rappelée dans ce projet de production.
 - Parmi les facteurs favorisant de la démarche, ont été cités la qualité de la formation initiale et continue des professionnels (les fiches Parcours pourraient être aussi mises en valeur en tant qu'outil de formation – la formation à l'appropriation de tels outils devrait être un préalable à leur utilisation), l'existence d'une messagerie sécurisée avec espace partagé (*ie.* ; partage de l'outil de repérage de la complexité qui doit devenir consensuel), le travail pluriprofessionnel (ce type de fiche devrait inciter à travailler à plusieurs), la reconnaissance de la complexité des tâches sous la forme d'une rémunération. L'absence d'adaptation du système de soins, en termes d'organisation (travail concerté à plusieurs), et l'absence de valorisation des actes professionnels sont des facteurs limitants de la démarche.
 - L'importance des remontées d'information, en temps utile, vers les professionnels impliqués dans une telle démarche est soulignée.
 - L'évaluation de ce type de démarche doit passer par l'estimation de la satisfaction de la personne par rapport à la qualité des soins, et par l'amélioration de la qualité de vie à laquelle elle pourrait participer.
 - Les modalités de diffusion d'une telle démarche doivent être réfléchies afin de toucher au mieux la cible que sont les professionnels en exercice (au-delà de son utilisation possible en formation initiale)
 - Le groupe n'a fait aucune référence à un projet ou à une initiative en cours sur la prise en charge de la polypathologie.
 - La composition prévisionnelle du groupe de travail n'a pas soulevé de remarque particulière.

► À la fin des travaux

Outre les parties prenantes citées ci-dessus, les directions des administrations centrales du ministère de la Santé ont été consultées.

Annexe. Recherche documentaire

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques est construite en utilisant soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Le *tableau 1* présente la stratégie de recherche dans la base de données Medline.

Tableau 1. Stratégie de recherche dans la base de données Medline

Date limite : 01/2003-03/2014

Termes utilisés

"Comorbidity"[Mesh] AND "Chronic Disease"[Mesh] OR Multimorbidity OR Multi-morbidity OR Multimorbid OR "Multiple condition*" OR "Multiple disease*" OR "comorbid chronic disease" OR "Multiple chronic condition*" OR "Multiple chronic illness" OR polymorbidity OR polypathol* OR pluripathol*[title]

AND

"Aged"[Mesh] OR "Health Services for the Aged"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[Mesh] OR "Frail Elderly"[Mesh] Or elderly Or Aged Or older Or geriatr*[title]

AND

"Primary Health Care"[Mesh] OR "Physicians, Primary Care"[Mesh] OR "General Practice"[Mesh] OR "General Practitioners"[Mesh] OR "Ambulatory Care"[Mesh] OR GP OR general practice* OR ambulatory care OR primary care[title]

Les sources suivantes ont été interrogées :

- pour la littérature internationale : la base de données Medline ;
- pour la littérature francophone : la Banque de données en santé publique ;
- la *Cochrane Library* ;
- les sites Internet publiant des recommandations, des rapports d'évaluation technologique ou économique ;
- les sites Internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié ;

185 références ont été retrouvées. Après lecture des articles sélectionnés comme potentiellement pertinents, seule une étude correspondait au thème de la fiche Points clés.

Cette recherche a été complétée par la bibliographie des experts et les références citées dans les documents analysés.

Références

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. Les parcours de santé des personnes âgées sur un territoire : réaliser un diagnostic et définir une feuille de route pour un territoire. Paris : Anap, 2012. http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_Guide_Parcours_Pers_agees_Diagnostic.pdf

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. Les parcours de personnes âgées sur un territoire. Retours d'expériences. Paris : Anap, 2011. http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_Parcours_personnes_agees_REX.pdf

Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T. Enquête sur la santé et protection sociale 2008. Rapport de l'Irdes juin 2010.

Almirall, J.; FORTIN, M. The coexistence of terms to describe the presence of multiple concurrent diseases. *Journal of Comorbidity*, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 4-9, oct. 2013.

American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60:E1.

Assurance maladie. Rapport Charges et produits de 2014.

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2014.pdf

Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. *Insee Première* 2010;(1320).

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1320/ip1320.pdf>

Barnett K, Mercer S, M, N, *et al.* Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012; 379, 380 (9836), 37-43.

Bayliss EA, Bayliss, MS, Ware Jr, JE, Steiner, JF.. Predicting declines in physical function in persons with multiple chronic medical conditions: what we can learn from the medical problem list. *Health Qual. Life Outcomes* 2004; 2, 47.

Bayliss, EA, Edwards, AE, Steiner, JF & Main, DS (August 2008) Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities. *Family Practice*, 23 (4), 287-93).

Beasley J Hankey, T Erickson R *et al.* (September 2004). How many problems do family physicians manage at each encounter? A WReN study. *Annals of Family Medicine*, 2 (5), 405-10.

Byles, JE, D'Este, C, Parkinson, L, O'Connell, R, Treloar, C. Single index of multimorbidity did not predict multiple outcomes. *J Clin. Epidemiol* 2005 ; 58, 997-1005.

Boyd CM, Darer J, Boult C, *et al.* Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA* 2005; 294:716.

Boyd CM, Fortin M. Future of Multimorbidity Research: how Should Understanding of Multimorbidity Inform Health System Design? *Public Health Reviews*. 2010;32:451-74.

Centre d'analyse stratégique. *Vivre ensemble plus longtemps*. Paris : CAS, 2010.

<http://www.strategie.gouv.fr/content/rapport-vivre-ensemble-plus-longtemps-0>

Charbonneau P, Émond V, Légaré, J. Actes du séminaire *Appréciation de l'état de santé des aînés : nouvelles perspectives conceptuelles et méthodologiques*, Institut national de santé publique du Québec, 2011.

Clerc P, Lebreton J, Mousques J, Hebbrecht G, de Pourvouville G. Etude Polychrome : construction d'une typologie des pathologies chroniques en médecine générale, pour une analyse de la poly-prescription. *Prat Organ Soins* 2008; 39(1):43-51).

Condellius A, Edberg, A-K, Jakobsson, U, Hallberg, IR. Hospital admissions among people 65+ related to multimorbidity, municipal and outpatient care. *Arch Gerontol Geriatr* 2008; 46, 41-55.

Deeg DJ, Portrait, F, Lindeboom, M. Health profiles and profile-specific.

health expectancies of older women and men: the Netherlands. *J Women Aging* 2002. 14, 27-46.

Duée M, Rebillard C. La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. *In : Santé et protection sociale*. Paris : INSEE, 2006 p.613-9.
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/DONSOC06zp.PDF

Fortin M Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med*. 2005;3:223-8.

Fortin M, Bravo, G, Hudon, C, Lapointe, L, Almirall, J, Dubois, M-F, Vanasse A. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Qual Life Res*. 2006; 15, 83-91.

Fortin M, Stewart M, Poitras M-E, Almirall J, Maddocks H. A Systematic Review of Prevalence Studies on Multimorbidity: Toward a More Uniform Methodology. *Ann Fam Med* 2012; 10:142-151.

Fouquet A, Trégoat JJ. L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge. Paris : Igas, 2011.
http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/L_impact_des_modes_d_organisa-tion_sur_la_prise_en_charge_du_grand_age.pdf

Friedman B, Jiang, H-J, Elixhauser, A. Hospital inpatient costs for adults with multiple chronic conditions. *Med. Care Res. Rev.* 2006; 63, 327-346.

Fuhrman C. Surveillance épidémiologique de la multimorbidité. *Revue bibliographique*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2014. 22 p. Grumbach K, Coffman J. Physicians and nonphysician clinicians: complements or competitors? *JAMA*. 1998;280:825-6.

Haggerty J. Ordering the Chaos for Patients with Multi-Morbidity. *BMJ* 2013; 345: (e5915).

Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Assurance maladie et perte d'autonomie. Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées. Rapport adopté à l'unanimité lors de la séance du 23 juin 2011.
http://www.securite-so-ciale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport_assurance_maladie_perte_autonomie.pdf

Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Avis du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie adopté à l'unanimité, le 22 avril 2010. Vieillesse, longévité et assurance maladie . Constats et orientations.
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_avis_220410.pdf

Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie . Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM. Avis adopté à l'unanimité lors de la séance du 22 mars 2012. http://www.securite-so-ciale.fr/IMG/pdf/l_avenir_de_l_assurance_maladie_les_options_du_hcaam.pdf

Hudon C, Soubhi, H, Fortin, M. Relationship between multimorbidity and physical activity: secondary analysis from the Quebec health survey. *BMC Public Health* 2008; 8, 304.

Inspection générale des affaires sociales. Société et vieillissement. Paris : IGAS, 2011.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000332/0000.pdf>

Kadam UT, Croft, PR, North Staffordshire GP Consortium Group. Clinical multimorbidity and physical function in older adults: a record and health status linkage study in general practice. *Fam. Pract.* 2007;24, 412-419.

Landi F, Liperoti, R, Russo, A, Capoluongo, E, Baril-laro, C, Pahor, M, Bernabei, R, Onder, G. Disability, more than multimorbidity, was predictive of mortality among older persons aged 80 years and older. *J. Clin. Epidemiol.* 2010 63, 752–759.

Laux G, Kuehlein, T, Rosemann, T, Szecsenyi, J., Co- and multimorbidity patterns in primary care based on episodes of care: results from the German CONTENT project. *BMC Health Serv.* 2008 ; Res. 8, 14.

Lefèvre T, d'Ivernois J-F, De Andrade V, Crozet C, Lombrail P, Gagnayre R.

What do we mean by multimorbidity? An analysis of the literature on multimorbidity measures, associated factors, and impact on health services organization.

Revue d'épidémiologie et de santé publique 2014 (*In press*).

Le Pape A, Sermet C. La polypathologie des personnes âgées quelle prise en charge à domicile ? *Crede*, août 1997.

Loza E, Jover, JA, Rodriguez, L, Carmona L. EPISER Study Group, 2009. Multimorbidity: prevalence, effect on quality of life and daily functioning, and variation of this effect when one condition is a rheumatic disease. *Semin Arthritis Rheum.*

38, 312–319.

Marengoni A, von Strass E, Rizzato, D, Winblad, B, Fratiglioni, L.. The impact of chronic multimorbidity and disability on functional decline and survival in elderly persons. A community-based, longitudinal study. *J. Intern. Med* 2009;265, 288–295.

Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: A review of the literature. *Patient Educ Couns.* 2002;48:51-61.)

Menotti A, Mulder, I, Nissinen, A, Giampaoli, S, Feskens, E.J, Kromhout, D.. Prevalence of morbidity and multimorbidity in elderly male populations and their impact on 10-year all-cause mortality: the FINE study (Finland, Italy, Netherlands Elderly). *J. Clin. Epidemiol.* 2001; 54, 680–686.

Min L.C, Wenger, N.S., Fung, C., Chang, J.T., Ganz, D.A., Higashi, T., Kamberg, CJ, MacLean CH, Roth, CP, Solomon, DH, Young, RT, Reuben, DB. Multimorbidity

is associated with better quality of care among vulnerable elders. *Med Care* 2007 ; 45, 480–488. Nagel G, Peter, R, Braig, S, Hermann, S, Rohrmann, S., Linseisen, J.,. The impact of education on risk factors and the occurrence of multimorbidity in the EPICHeidelberg cohort. *BMC Public Health* 8 2008 ; 384.675-679.

Noël PH, Parchman, ML, Williams Jr., JW, Cornell, J.E., Shuko, L., Zeber, J.E., Kazis, LE, Lee, AF, Pugh, JA. The challenges of multimorbidity from the patient perspective. *J. Gen. Intern. Med.* 22 (S3), 2007; 419–424.

Noel PH, Frueh, C, Larme, A. & Pugh, J. (March 2005) Collaborative care needs and preferences of primary care patients with multimorbidity. *Health Expectations*, 8 (1), 54–63.

Ostbye T, Yarnall KS, Krause KM, Pollak KI, Gradi-son M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med.* 2005;3:209-14.

Patterson SM, Hughes C, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5.

Salisbury Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study *Br J Gen Pract* 2011;61(582):e12-21.

- Schneider KM, O'Donnel, BE, Dean, D. Prevalence of multiple chronic conditions in the United States' Medicare population. *Health Qual. Life Outcomes* 2009 ; 7. 82.
- Shadmi E, Boyd, C.M, Hsiao, CJ, Sylvia, M, Schuster AB & Boulton C (February 2006) Morbidity and older persons' perceptions of the quality of their primary care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54 (2), 330-334.
- Sieurin A, Cambois E, Robine JM. Les espérances de vie sans incapacité en France. Une tendance récente moins favorable que dans le passé. Paris : Ined, 2011.
http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1529/publi_pdf_1_170.pdf
- Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 4.
- Sommers LS, Marton KI, Barbaccia JC, Randolph J. Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. *Arch Intern Med* 2000;160:1825-33.
- Tinetti ME, Bogardus ST Jr, Agostini JV. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med* 2004; 351:2870.
- van den Akker M., Buntinx, F, Metsemakers, JF, Roos, S., Knottnerus, JA.. Multi-morbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J. Clin. Epidemiol.* 1998; 51, 367–375.
- van den Akker, M, Buntinx, F, Metsemakers, JF, Knottnerus, JA.. Marginal impact of psychosocial factors on multimorbidity: results of an explorative nested case–control study. *Soc. Sci. Med.* 2000; 50, 1679–1693.
- van den Akker, M, Buntinx, F., Roos, S., Knottnerus, JA.. Problems in determining occurrence rates of multimorbidity. *J. Clin. Epidemiol.* 2001; 54.
- Vedel I, De Stampa M, Bergman H, Ankri J, Cassou B, Blanchard F, Lapointe L. Health care professionals and managers' participation in developing an intervention: A pre-intervention study in the older persons care context. *Implementation science* 2009, 4:21.
- Walker AE.. Multiple chronic diseases and quality of life: patterns emerging from a large national sample, Australia. *Chronic Illn.* 2007; 3, 202-218.
- Wolff JL, Starfield, B., Anderson, G., 2002. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch. Int. Med.* 162, 2002; 2269–2276.
- Wong SY., Mercer, SW, Woo, J, Leung, J. The influence of multi-morbidity and self-reported socio-economic standing on the prevalence of depression in an elderly Hong Kong population. *BMC Public Health* 2008; 8, 119.



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr