

GESTION DES POLYPATHOLOGIES

Il n'existe pas vraiment de définition de la polypathologie. Le terme n'existe pas dans les dictionnaires, mais il est couramment utilisé pour parler du cumul de pathologies. Souvent on parle de polypathologie dès lors que les personnes souffrent d'au moins deux maladies [124]. Les patients polypathologiques sont soit des patients présentant de multiples facteurs de risque (par exemple hypertension artérielle, diabète, hyperlipidémie), soit des patients présentant plusieurs pathologies chroniques (par exemple insuffisance coronarienne, arthrose, dépression), soit les deux.

Le mot «maladie chronique» recouvre des affections fort différentes dans la pratique médicale du point de vue de la sévérité et de l'issue de la maladie, de la rapidité de son évolution, de ses manifestations cliniques ou biologiques (cancer, arthrose, eczéma, dyslipidémie...). Trois critères sont très souvent retrouvés pour définir la chronicité : la durée de la maladie, (qu'elle soit stable ou non, sévère ou bénigne, qu'elle se manifeste par des épisodes aigus ou non), sa gestion médicale dans le temps et sa répercussion sur la qualité de vie des malades [48].

Dans la définition de la médecine générale, apparaissent entre autre la gestion simultanée de problèmes de santé aigus et chroniques, la prise en charge globale, et le suivi dans le temps [1]. Ceci a pour conséquence que la gestion des polypathologies est une des caractéristiques de la médecine générale (caractéristique partagée avec la gériatrie). Elle en fait la complexité. En effet le patient polypathologique chronique occupe une place de plus en plus importante au sein de la consultation du médecin généraliste : 40% de ses consultations concernent un patient polypathologique chronique [125].

La polypathologie n'est pas un problème réservé aux âges avancés : elle peut également concerner des patients jeunes. Une étude de 2008, montre que 25% des pathologies chroniques concernent des patients de moins de 60 ans [125]. Cependant il est avéré que le nombre de pathologies chroniques par patient augmente avec l'âge.

Cette même étude, dont l'objectif était de proposer des outils d'identification et d'amélioration des situations médicamenteuses à risque liées à la polyprescription en médecine générale, a établi au préalable une typologie des situations chroniques en médecine générale [125]. Six classes de patients polypathologiques ont ainsi été définies : la première (37,83 %) concerne les pathologies centrées sur le cardio-vasculaire, chez les plus de 60 ans, consultant plus de quatre fois par an. La seconde (23,14 %) concerne les actes de plus de six pathologies, chez les plus de 70 ans, consultant plus de quatre fois par an, avec une grande dispersion des pathologies. La troisième (1,34 %) concerne les pathologies centrées sur la psychiatrie et les

troubles musculo-squelettiques, chez les moins de 60 ans, consultant plus de quatre fois par an. La quatrième (13,34 %) concerne les pathologies centrées sur les risques cardiovasculaires et les troubles musculo-squelettiques, chez les 40-59 ans, consultant deux à trois fois par an. La cinquième (7,52 %) concerne les pathologies centrées sur l'asthme, la dermatologie, les troubles musculo-squelettiques, chez les 11-25 ans, consultant entre une à quatre fois par an. La sixième (3,83 %) concerne les pathologies centrées sur les troubles musculo-squelettiques et l'anxiété, chez les 11-39 ans, consultant une à deux fois par an.

Le nombre de pathologies présentées par le patient a une relation directe avec le nombre de médicaments prescrits. Ainsi la polyprescription résultant de la gestion des polyopathologies est fréquente. Elle semble difficile à éviter et représente un enjeu important du fait de l'augmentation du nombre de traitements inappropriés, de l'augmentation du risque d'interactions médicamenteuses potentiellement dangereuses, de l'augmentation du risque de contre-indications liées à plusieurs pathologies concomitantes, de la diminution de l'observance des traitements par les patients, enfin de l'augmentation du coût de la prise en charge [126].

Discussion

La gestion des polyopathologies est complexe et ne se résume pas à l'addition de situations plus simples que représentent les monopathologies. Cette complexité de prise en charge ne dépend pas seulement de l'âge, du sexe, et du nombre de pathologies à prendre en compte. Elle est avant tout dépendante de la nature des pathologies en jeu.

La polyopathie est source de polyprescription. Le médecin généraliste dispose de peu d'aides pour gérer ces situations. En effet les recommandations concernent avant tout des maladies isolées plus que des patients ayant plusieurs problèmes de santé. Le médecin généraliste est ainsi soumis à des injonctions multiples voire contradictoires. De même, alors que les études sur la iatrogénie concernent les populations âgées polyopathologiques, les essais thérapeutiques excluent la plupart du temps ce type de patients : elles ne sont donc d'aucun secours pour le médecin généraliste.

Concernant la polyprescription, l'étude polychrome [126] a cherché à optimiser 11 ordonnances assez représentatives de polyopathologies chroniques contenant médicaments cardiovasculaires, anti-diabétiques oraux, benzodiazépines et anti-dépresseurs, anti-inflammatoires non stéroïdiens, antalgiques de niveau I et II, et traitements concernant l'appareil digestif, dont les inhibiteurs de la pompe à protons. Cette optimisation, réalisée par un groupe d'experts médecins et pharmacologues a conduit à la réduction d'un tiers du nombre des médicaments, ce qui permet de résoudre un quart des contre-indications et près de la moitié des interactions médicamenteuses. A l'issue de ce travail d'expertise, il persistait

néanmoins un risque encore non nul d'effets indésirables des médicaments (contre-indications et interactions médicamenteuses).

Ce type de réévaluation des ordonnances est cependant impossible à réaliser par le praticien au cours d'une consultation habituelle, au vu de l'importance du travail (personnel et collectif) que cela a demandé aux experts.

Enfin, la polyopathie chronique avec son suivi au long cours, et le renouvellement fréquent de ses médications est un domaine particulièrement exposé au risque d'inertie thérapeutique (voir fiche n°38 : L'inertie thérapeutique), d'où l'importance de prendre régulièrement le temps de s'interroger sur ses pratiques (formation continue, groupes de pairs...).

Illustration

Mme J., 75 ans, consulte pour la première fois au cabinet. Son médecin, qui la suivait depuis 22 ans, vient de prendre sa retraite. Elle vit avec son mari, un peu plus âgé qu'elle, et habite au 2ème étage d'un immeuble sans ascenseur. Elle sort peu. Son histoire personnelle a été marquée par le décès d'une de ses petites-filles qu'elle a vu se faire écraser sous ses yeux par une voiture. Il semble que depuis cet événement, elle est triste, angoissée, dépressive. Elle consultait régulièrement son ancien médecin pour le renouvellement de son ordonnance, avec souvent du retard par rapport à la date d'échéance de son ordonnance précédente.

Elle est traitée pour une hypertension artérielle, un angor, et un DNID. De plus, elle se plaint très régulièrement de douleurs articulaires rapportées à un terrain arthrosique important et diffus. Elle souffre de remontées acides fréquentes, dans le cadre d'une hernie hiatale, de fuites urinaires à l'effort et à la toux, et d'un prurit *sine materiae*. Elle a subi une hystérectomie totale non conservatrice il y a 30 ans.

L'examen clinique est sans particularité et la biologie récente retrouve une HbA1C à 6,4 % et une clairance MDRD à 62,6 ml/min.

Son ancienne ordonnance comporte :

Aténolol 100 (1) - Losartan + Hydrochlorothiazide (1) - Monicor 40 LP (1) - Aspirine 160 (1) - Glipizide (3) - Metformine 850 (2) - Sertraline (1) - Alprazolam 0,25 (1) - Hydroxyzine 25 (1) - Paracétamol 500 à la demande - Gaviscon suspension à la demande - Colpotrophine à la demande - Acide niflumique en gel à la demande.

Ce cas est un exemple (fréquent) de patient âgé polymédiqué du fait de polyopathologies. Le rôle de ce nouveau médecin va être d'éviter le risque iatrogène chez Mme J. (risque d'hypotension, d'hypoglycémie, d'insuffisance rénale, de troubles de la vigilance), en ayant conscience des interactions médicamenteuses (par exemple : bêta-bloquants et sulfamides hypoglycémifiants, alprazolam et hydroxyzine, ARA II et hypoglycémifiants oraux). Il lui faudra

réévaluer le traitement psychotrope, le traitement cardio-vasculaire et le traitement hypoglycémiant. Tout cela sans négliger l'aspect "qualité de vie", car Mme J. est sans doute plus gênée au quotidien par ses douleurs articulaires, ses fuites urinaires et son reflux que par son DNID ou son HTA. Probablement, cela se fera sur plusieurs consultations, étapes par étapes, et avec la patiente. Prudent, il commencera en proposant à la patiente de tester la diminution d'un médicament, en ne l'imposant pas et en expliquant les risques d'un traitement aussi lourd.

Pour aller plus loin

Sermet C. *La polypathologie des personnes âgées*. Paris : CREDES, 1994 : 22 p.

Clerc P, Lebreton J, Mousques J et al. Etude polychrome : construction d'une typologie des pathologies chroniques en médecine générale, pour une analyse de la polyprescription. *Pratiques et Organisation des Soins* 2008 : 39 (1) : 43-51.

Clerc P, Lebreton J, Mousques J et al. Etude Polychrome : Une méthode d'expertise pour optimiser des ordonnances de polyprescription en médecine générale. *Pratiques et Organisation des Soins* 2009 : 40 (3) : 167-75.