



3 groupes de points de vue de patients avec multimorbidité sur ce qui importe dans les soins de santé de première ligne centrés sur le patient

Référence

Kuipers SJ, Nieboer AP, Cramm JM. Views of patients with multi-morbidity on what is important for patient-centered care in the primary care setting. *BMC Fam Pract* 2020;21:71. DOI: 10.1186/s12875-020-01144-7

Analyse de

André Crismer, DUMG ULiège,
Maison médicale Bautista Van
Schowen

Minerva a publié 3 articles abordant la multimorbidité. Un éditorial notait que la prise en charge des patients atteints de multimorbidité (exclus en général des études cliniques) nécessitaient un changement de paradigme avec prise en charge selon des objectifs formulés par le patient. Il y a de grandes variations d'une personne à l'autre et il est nécessaire d'avoir des recommandations axées sur le traitement des malades et non des maladies (1). Un deuxième éditorial notait la hausse de la prévalence de la multimorbidité et la nécessité d'adapter les soins à cette population, par le renforcement d'une première ligne de soins, intégrée, collaborative, qui réalise la fonction de synthèse et de décision partagée. Les auteurs notaient que l'approche centrée sur la personne était un élément essentiel de la réponse aux problèmes posés par la multimorbidité, mais que le système actuel ne renforçait pas les soignants de première ligne dans ce rôle (2). L'analyse d'une RCT en grappes, pragmatique, chez des patients avec multimorbidité (définis comme étant diabétiques et/ou présentant une pathologie coronaire et dépressifs) montrait que des soins dits « collaboratifs » basés sur une thérapie psychologique brève et intégrés au suivi habituel pouvaient réduire les symptômes dépressifs et augmenter les capacités d'autogestion, mais que l'ampleur de l'effet était faible (3,4).

Par ailleurs, nous avons relevé qu'une étude auprès de 180 médecins généralistes a exploré leurs difficultés dans la prise en charge de patients avec multimorbidité. Une difficulté majeure était de prioriser les problèmes avec le patient dans le cadre habituel de la consultation (5). Lors d'un atelier de travail en Finlande en 2013, ces médecins généralistes ont identifié 4 domaines de recherche pour améliorer le traitement des patients atteints de multimorbidité dont la difficulté de fournir des soins centrés sur la personne et les obstacles à la décision partagée dans le délai d'une consultation normale (6). Une synthèse des connaissances réalisée par le RESO (service universitaire de promotion de la santé de l'UCLouvain) notait les barrières à la décision partagée en médecine générale, du point de vue du patient : la mauvaise santé, l'âge, le faible niveau d'instruction, le fait d'avoir reçu des informations anxiogènes, l'asymétrie de la relation, la perception du rôle du patient, de la position du médecin (7).

Le point de vue de patients souffrant de multimorbidité quant à leurs attentes de la décision partagée n'a pas encore été discuté dans Minerva.

L'étude analysée ici a exploré le point de vue de 16 patients souffrant de multimorbidité sur l'importance des différents aspects des soins de santé centrés sur le patient, dans des centres de soins primaires aux Pays-Bas (8). Des entretiens ont été menés en utilisant la méthodologie Q qui combine des analyses quantitatives et qualitatives. Elle est utilisée pour explorer les expériences personnelles, les goûts, les valeurs et les croyances des répondants (9) et a déjà été testée dans le cadre des soins primaires et de l'approche centrée sur le patient. Les participants ont classé 28 énoncés couvrant 8 dimensions de l'approche centrée sur le patient (préférences du patient, information et éducation, soutien psychologique, confort physique, attention aux proches, accès aux soins, continuité, coordination des soins) par importance relative.

Une analyse factorielle par personne utilisant des outils statistiques complexes a été utilisée pour révéler des facteurs qui représentent des points de vue. Enfin, des données d'entretiens qualitatifs ont été utilisées pour interpréter les points de vue.

Les analyses ont révélé trois facteurs représentant trois points de vue distincts des patients atteints de multimorbidité sur ce qui est important pour les soins centrés sur le patient dans le cadre des soins primaires. Les patients avec le point de vue 1, préparés à rencontrer le médecin en consultation et proactifs, veulent participer à la prise en charge de leurs propres soins, demandent des informations médicales et préfèrent être soutenus par une équipe multidisciplinaire bien coordonnée de professionnels de santé. Ceux du groupe 2 (le « patient moyen » vu en médecine générale) demandent des soins coordonnés, respectueux et soutenant. Ceux ayant le point de vue 3 sont

des patients fragiles, avec des difficultés financières et de communication, demandent des soins accessibles et s'en remettent aux professionnels de qui ils attendent du respect. Les résultats de cette étude suggèrent que tous les patients présentant une multimorbidité n'attendent pas le même type de prestations de soins, et que tous les aspects de l'approche centrée sur le patient ne sont pas également importants pour tous les patients.

Cette étude est de bonne qualité méthodologique. Les auteurs assurent avoir atteint la saturation de données avec la taille d'échantillon relativement petite. Mais ils ne peuvent assurer avoir pu inclure tous les patients attendus et notamment ceux qui présentent le plus de problèmes de santé, le moins de littératie en santé, le plus de difficultés financières. Ils reconnaissent également que les résultats observés ne peuvent être généralisés au stade actuel et que d'autres études doivent être menées pour les confirmer.

Que disent les guides de pratique clinique ?

Nous n'avons pas retrouvé de GPC abordant la multimorbidité. Une synthèse méthodique de guides de pratique a montré que l'applicabilité des lignes directrices actuelles, fondées sur des preuves, aux patients atteints de comorbidités, est limitée. La plupart des directives ne fournissent pas de recommandations explicites sur le traitement des patients atteints de comorbidité. Les auteurs concluaient que les futurs essais cliniques devraient inclure des patients présentant les combinaisons les plus fréquentes de maladies chroniques (10). Il est également régulièrement proposé que les soins centrés sur le patient soient la voie à suivre pour améliorer les soins primaires pour les patients avec multimorbidité (2).

Conclusion

Cette étude, combinant des approches quantitatives et qualitatives, est correcte d'un point de vue méthodologique. Les analyses ont révélé trois facteurs représentant trois points de vue distincts des patients atteints de multimorbidité sur ce qui est important pour les soins centrés sur le patient dans le cadre des soins primaires. La première catégorie, préparée à rencontrer le médecin généraliste, est proactive, demandeuse de participer à la décision et veut être entourée d'une équipe pluridisciplinaire bien coordonnée ; la deuxième demande des soins coordonnés, respectueux et soutenant ; la troisième, fragile, s'en remet au soignant et est avant tout demandeuse de respect. Cette étude nous montre donc que les attentes des patients varient par rapport à l'approche des soins centrés sur le patient. C'est important d'y être attentif, tout en sachant que les échanges entre le patient et le soignant permettront à ces attentes d'évoluer.

Références

1. Boeckxstaens P, De Maeseneer J, De Sutter A. Multimorbidité : d'une « prise en charge axée sur les problèmes » à une « prise en charge orientée vers des objectifs ». *MinervaF* 2013;12:40.
2. Belche JL, Crismer A. La multimorbidité : le médecin généraliste et les systèmes de santé mis au défi. *MinervaF* 2016;15:55-7.
3. Belche JL. Quelle est l'efficacité de soins collaboratifs et intégrés pour des patients en situation de multimorbidité physique et mentale en ambulatoire ? *MinervaF* 2016;15:58-63.
4. Coventry P, Lovell K, Dickens C, et al. Integrated primary care for patients with mental and physical multimorbidity: cluster randomized controlled trial of collaborative care for patients with depression comorbid with diabetes or cardiovascular disease. *BMJ* 2015;350:h638. DOI: 10.1136/bmj.h638
5. Søndergaard E, Willadsen TG, Guassora AD, et al. Problems and challenges in relation to the treatment of patients with multimorbidity: general practitioners' views and attitudes. *Scand J Prim Health Care* 2015;33:121-6. DOI: 10.3109/02813432.2015.1041828
6. Sinnott C, Mc Hugh S, Browne J, Bradley C. GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ Open* 2013;3:e003610. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-003610
7. Malengreaux S, Grenier C. La décision partagée en consultation de médecine générale, Woluwe-Saint- Lambert: RESO, 2017. URL: <https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/reso/syntheses-de-connaissances-nouveau.html>
8. Kuipers SJ, Nieboer AP, Cramm JM. Views of patients with multi-morbidity on what is important for patient-centered care in the primary care setting. *BMC Fam Pract* 2020;21:71. DOI: 10.1186/s12875-020-01144-7
9. Baker RM. Economic rationality and health and lifestyle choices for people with diabetes. *Soc Sci Med* 2006;63:2341-53. DOI: 10.1016/j.socscimed.2006.06.007
10. Lugtenberg M, Burgers JS, Clancy C, et al. Current guidelines have limited applicability to patients with comorbid conditions: a systematic analysis of evidence-based guidelines. *PLoS One* 2011;6:e25987. DOI: 10.1371/journal.pone.0025987