

Stratégie d'enseignement pour la prise en charge des patients présentant des comorbidités en médecine de famille

Collecte, agrégation et coordination

Kristy Penner MD CCMF Sonja Wicklum MD CCMF FCMF Aaron Johnston MD CCMF(MU) FCMF Martina Ann Kelly MBBCh PhD FRCGP CCMF

Cynthia, une femme âgée de 53 ans, se présente à la clinique en se plaignant de bouffées de chaleur. À sa dernière consultation, 6 mois plus tôt, sa tension artérielle était de 156/87 mm Hg. Sa fonction rénale était normale. Son test de Papanicolaou le plus récent a été effectué en 2018. Ses antécédents médicaux comprennent de l'hypertension, une polyarthrite rhumatoïde, du diabète, de l'obésité de classe II (indice de masse corporelle de 35,0 à 39,9 kg/m²), de la dépression et une bronchopneumopathie chronique obstructive. Sa médication consiste en 1 comprimé de 8 mg de périndopril et 2,5 mg d'indapamide par jour, 10 mg d'escitalopram par jour, 875 mg de metformine 2 fois par jour, 10 mg d'empagliflozine par jour, et 500 mg de naproxène au besoin. Elle utilise également un inhalateur de tiotropium (2 inhalations une fois par jour) et un inhalateur de secours de salbutamol en cas de besoin. Elle n'a pas d'allergies connues à des médicaments. Cynthia travaille dans le commerce de détail et est mariée. Son mari est à la retraite. Elle fume un demi-paquet de cigarettes par jour depuis l'âge de 35 ans. Elle boit environ 10 unités d'alcool par semaine. Elle ne consomme pas de cannabis ni d'autres drogues. Comment pourriez-vous aborder sa consultation avec un apprenant?

Contexte

La comorbidité désigne la cooccurrence de 2 ou plusieurs maladies chroniques chez un même patient¹. Environ la moitié des patients qui consultent en soins primaires présentent une comorbidité², et les taux de comorbidités augmentent, ce qui n'est pas seulement le reflet du vieillissement de la population; une étude écosaisie a montré que le nombre absolu de patients présentant une comorbidité était plus élevé chez les moins de 65 ans que chez les 65 ans et plus³.

Les patients qui présentent une comorbidité sont plus susceptibles d'avoir un moins bon état fonctionnel et de moins bons résultats en matière de santé, et ils font davantage appel aux services de soins de santé que les patients qui ne présentent pas de comorbidité³. Ils sont plus susceptibles d'être confrontés à la fragmentation des soins, d'avoir des problèmes de santé mentale concomitants et d'être victimes d'erreurs médicales³. Les patients vivant dans les

milieux les plus défavorisés sur le plan socio-économique ont tendance à présenter une comorbidité 10 à 15 ans plus tôt que ceux vivant dans les milieux les plus aisés³. La continuité des soins contribue à l'amélioration des résultats pour les patients atteints de comorbidités⁴. En tant que généralistes, les médecins de famille possèdent l'expertise nécessaire pour fournir des soins holistiques et coordonnés aux patients présentant des comorbidités, et la capacité de prendre en charge les comorbidités fait partie de nombreux sujets prioritaires des objectifs d'évaluation pour la Certification du Collège des médecins de famille du Canada⁵.

Données probantes

Malgré l'importance des comorbidités, la majorité de l'enseignement médical, que ce soit au premier cycle, au troisième cycle ou dans le cadre du développement professionnel continu, se concentre sur une seule maladie. Les lignes directrices cliniques portent essentiellement sur des maladies uniques, et les approches structurées pour la prise en charge de maladies ou de troubles multiples sont rares³. Les médecins doivent être formés à la prise en charge des comorbidités³, et les médecins ont identifié de nombreux enjeux liés à la prestation de soins aux patients atteints de comorbidités qui doivent être abordés, comme le manque d'outils pour la prise de décision, la prise en charge de problèmes multiples lors de consultations limitées dans le temps et l'évaluation de la polypharmacie⁶. Un examen systématique n'a permis de recenser que 2 études décrivant la formation des médecins en matière de comorbidités; l'une d'entre elles portait sur un atelier d'une demi-journée destiné au personnel médical qualifié dans le cadre du développement professionnel continu, et l'autre décrivait les évaluations effectuées avant et après l'atelier par des résidents en médecine générale⁶.

Dans cet article, nous présentons la méthode heuristique de la *collecte*, de l'*agrégation* et de la *coordination* pour aider les médecins de famille à enseigner la prise en charge des comorbidités aux étudiants de premier cycle et aux résidents dans le contexte clinique de la médecine familiale.

Conseils pour les enseignants

Soulever la question. Les apprenants peuvent trouver la prise en charge des comorbidités décourageante.

Devant un dossier de patient volumineux et une liste complexe de médicaments, les apprenants peuvent se sentir dépassés lorsqu'on leur demande de prendre en charge les soins de Cynthia dans le cadre d'une brève consultation. Par exemple, même si les apprenants savent que le diabète est une maladie chronique et qu'ils en reconnaissent les symptômes, les facteurs de risque et les complications, il est possible qu'on ne leur ait pas enseigné une approche systématique de la prise en charge du diabète qui tienne également compte de ses autres maladies chroniques. Cette situation peut être compliquée par le fait qu'ils ne connaissent pas les services de santé offerts localement à Cynthia. Les superviseurs peuvent aider les apprenants en mentionnant la prise en charge des comorbidités en tant qu'objectif d'apprentissage spécifique.

Collecte. Rassurez les apprenants en leur disant qu'ils ne sont pas obligés *de tout faire* en une seule consultation. Si le temps est limité, des rendez-vous de suivi peuvent être prévus. L'un des principaux atouts de la médecine familiale est que les problèmes sont abordés et réexaminés. C'est ce qui constitue la base de la continuité des soins.

Il est important de fixer des objectifs en collaboration avec le patient. Ceci implique de clarifier les priorités de la consultation et de comprendre le point de vue du patient et ce qui est important pour lui⁷. En général, les patients expriment en moyenne 3 préoccupations par consultation,⁸ et ils les mentionnent habituellement dans les 60 premières secondes de la consultation si l'occasion leur en est donnée. Cependant, les patients sont souvent interrompus après avoir fait part de leur première préoccupation. Des études suggèrent que les questions des médecins sont plus efficaces lorsqu'elles sont posées au début de la consultation et qu'elles sont formulées en termes de préoccupations; par exemple, « Avez-vous d'autres préoccupations? » au lieu de « Avez-vous des questions? »^{9,10}. Outre les préoccupations de Cynthia, les apprenants peuvent également avoir intérêt à lui demander ce qui est le plus important pour elle—par exemple, la qualité de vie, la fonctionnalité, la longévité—afin de clarifier les objectifs des soins. Cependant, les objectifs peuvent changer au fil du temps et il est également important de les revoir périodiquement.

La prise de décision conjointe peut être utilisée lors de la consultation pour établir le déroulement de la visite en fonction des préoccupations du patient et du médecin¹¹ et pour définir un plan, si nécessaire, pour aborder les questions qui ne peuvent pas être réglées immédiatement dans le cadre de la consultation. Lors de cette visite, l'apprenant devrait vérifier la tension artérielle de Cynthia; il peut ou non savoir que Cynthia consulte pour des bouffées de chaleur avant qu'elle soit dans la salle de consultation. Bien que nous pensions souvent que les apprenants connaissent les stratégies de communication de base, l'observation directe des apprenants (même pour

cette partie de la visite) peut aider à déterminer comment ils peuvent perfectionner leurs compétences en fonction des sujets abordés par les patients qui ont de multiples problèmes de santé.

De plus en plus, les médecins de famille travaillent en équipe et le fait de montrer aux apprenants comment les membres de l'équipe collaborent pour recueillir les différents éléments nécessaires à la prise en charge d'un patient peut aider les apprenants à reconnaître les avantages de l'approche du Centre de médecine de famille. Cela peut se faire en demandant qui d'autre pourrait contribuer aux soins de Cynthia et en encourageant les apprenants à assister à des consultations avec différents membres de l'équipe afin de mieux comprendre comment ils collaborent.

Agrégation. Les superviseurs peuvent aider les apprenants à voir les problèmes des patients comme un ensemble de maladies agrégées chez une même personne plutôt que comme un ensemble aléatoire de problèmes individuels à prendre en charge séparément. Plusieurs stratégies peuvent aider les apprenants à agréger les problèmes. Dans le cas de Cynthia, les maladies qui relèvent d'une même pathologie, comme les troubles métaboliques et les troubles auto-immuns, pourraient être agrégées ensemble. Les médicaments peuvent être agrégés en fonction du groupe thérapeutique ou du mécanisme d'action afin d'aider les apprenants à réfléchir aux interactions médicamenteuses ou à identifier la polypharmacie, ce qui pourrait les amener à effectuer des analyses risques-avantages quant à l'utilisation continue des médicaments et à optimiser ou éventuellement à déprescrire certains médicaments.

L'utilisation d'approches complémentaires comme le modèle biopsychosocial ou l'établissement d'une liste de problèmes immédiats, actifs ou inactifs, peut aider les apprenants à regrouper les problèmes et à développer une approche de la prise en charge des problèmes multiples. Lors de cette consultation avec Cynthia, l'hypertension et les bouffées de chaleur peuvent être les problèmes les plus immédiats, tandis que la maladie pulmonaire obstructive chronique, le diabète, la dépression et la polyarthrite rhumatoïde seront moins actifs s'ils sont actuellement bien contrôlés.

Coordination. Les patients atteints de comorbidité consultent souvent dans plusieurs établissements. Pour Cynthia, se rendre à des rendez-vous auprès de plusieurs prestataires peut être épuisant et stressant, par exemple si elle doit avoir 2 rendez-vous dans des hôpitaux différents le même jour. Des aspects pratiques comme le transport, la nécessité de s'absenter du travail ou le besoin d'un accompagnateur peuvent poser des problèmes logistiques. Le cas échéant, un Centre de médecine de famille peut permettre à Cynthia d'accéder aux services communautaires locaux, ce qui a


l'avantage supplémentaire de favoriser la communication entre les membres de l'équipe. Le fait de faire appel à d'autres membres de l'équipe, comme une infirmière spécialisée dans la prise en charge des maladies chroniques ou un pharmacien, pourrait contribuer au suivi de son état de santé et à la prise en charge des médicaments de Cynthia. Les apprenants peuvent également examiner avec Cynthia et son cercle de soutien comment il participe à la prise en charge autonome des soins. Les membres de l'équipe pourraient aider Cynthia à participer plus activement à ses soins de santé en connaissant mieux ses problèmes de santé ou en consignait de l'information sur son état dans un classeur ou une application.

Les médecins de famille sont souvent responsables de la coordination des soins et disposent de systèmes administratifs pour assurer le suivi des soins aux patients. Le fait de rendre visible ce travail caché aide les apprenants à comprendre l'importance de structures organisationnelles efficaces pour les soins aux patients. Par exemple, lorsqu'un apprenant rédige une lettre d'orientation, il ne sait pas toujours ce qu'il en advient; communiquez l'importance de recevoir un accusé de réception de la demande d'orientation, de documenter et de communiquer les heures de rendez-vous, de demander des rendez-vous plus rapidement si nécessaire, d'attendre une réponse et d'organiser les étapes suivantes. Le fait qu'un apprenant passe du temps avec un assistant médical peut mettre en lumière la complexité de la communication nécessaire à la coordination des soins. Une coordination supplémentaire à l'échelle du système peut vouloir dire donner des rendez-vous plus longs aux patients, prévoir des visites régulières avec le même praticien, documenter les tâches de suivi dans le dossier médical électronique ou

coordonner les soins avec d'autres membres de l'équipe de soins primaires, comme une infirmière spécialisée dans la prise en charge des maladies chroniques ou un pharmacien pour un bilan annuel de la médication. Il est également important d'avoir des discussions franches avec les apprenants sur la facturation des rendez-vous portant sur des comorbidités. Les apprenants peuvent participer à des réunions quotidiennes avec le personnel de bureau, au cours desquelles des échanges sur la coordination ont lieu, et assister aux visites de suivi de Cynthia avec d'autres membres de l'équipe. Il peut également être utile de discuter avec les apprenants de la manière dont la coordination des soins de Cynthia peut se dérouler dans les cabinets médicaux qui ne disposent pas de dossiers médicaux électroniques ou dans les communautés rurales et éloignées où les ressources locales sont limitées.

Un aperçu de la manière dont les superviseurs pourraient aider les apprenants à adopter une approche de collecte, d'agrégation et de coordination est fourni dans le **Tableau 1**, en utilisant le cas de Cynthia comme exemple.

Conclusion

Les médecins de famille sont des experts dans la prise en charge des comorbidités. Le fait d'aider les apprenants à comprendre les différents défis liés à la prise en charge des comorbidités, ainsi que les solutions, met clairement en évidence les éléments essentiels de la pratique généraliste, comme la prise en charge des cas complexes et l'importance de la continuité des soins. L'approche « collecte, agrégation et coordination » constitue une stratégie utile pour enseigner aux apprenants en médecine de famille comment prendre en charge les patients atteints de comorbidités. 

Ressources supplémentaires

Osmun WE, Kim GP, Harrison ER. Patients souffrant de comorbidités multiples. Stratégie pédagogique simple. *Can Fam Physician* 2015;61:380-1.

Muth C, van den Akker M, Blom JW, Mallen CD, Rochon J, Schellevis FG et coll. The Ariadne principles: how to handle multimorbidity in primary care consultations. *BMC Med* 2014;12:223.

Conseils pour les enseignants

- ▶ La « collecte » d'éléments des soins d'un patient – à l'aide d'un plan établi pour une visite et l'identification des membres de l'équipe qui devraient être impliqués – peut rendre les rendez-vous plus productifs et plus efficaces. Encouragez les apprenants à assister à des visites avec différents membres de l'équipe afin qu'ils puissent mieux comprendre comment ils collaborent.
- ▶ L'agrégation de problèmes médicaux en fonction de pathologies communes ou de facteurs de prise en charge pharmacologique peut aider les apprenants à identifier les moyens d'optimiser les soins, plutôt que d'aborder des problèmes individuels séparément, comme s'il s'agissait d'un ensemble aléatoire de problèmes.
- ▶ Le fait de rendre visible le travail caché de la coordination des soins aide les apprenants à comprendre comment ces tâches et des structures organisationnelles efficaces soutiennent les soins aux patients. Faites participer les apprenants à des réunions quotidiennes avec le personnel de bureau au cours desquelles des échanges sur la coordination ont lieu.

Tableau 1. Consultation de Cynthia : illustration de l'approche « collecte, agrégation et coordination ».

MOMENT DE L'ACTION EN FONCTION DE LA VISITE DU PATIENT			
ACTION	AVANT	PENDANT	APRÈS
Collecte	<p>Se préparer en examinant le dossier de la patiente :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Date de la dernière consultation • Antécédents d'hypertension • Antécédents de MPOC • Examens et tests de laboratoire • Tests de dépistage effectués • Médication • Mesure de la TA lors de la dernière visite <p>Définir ce que vous voulez effectuer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge de l'hypertension • Observance de la médication et effets secondaires • Test de Papanicolaou <p>Penser à la gestion du temps; une visite supplémentaire est-elle nécessaire (par exemple, pour un test de Papanicolaou)?</p>	<p>Déterminer les préoccupations de la patiente (par exemple, comment prendre en charge les bouffées de chaleur, questions sur la ménopause)</p> <p>Recourir à la prise de décision partagée pour établir le déroulement de la visite :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parler des bouffées de chaleur et de la ménopause • Envisager d'autres explications pour les bouffées de chaleur (par exemple, maladie thyroïdienne, symptômes constitutionnels) • Prendre en charge l'hypertension et évaluer les risques de MCV <p>Faire preuve de souplesse et même mettre ce dont vous vouliez parler de côté</p>	<p>Établir un plan de prise en charge flexible pour les prochaines visites</p> <p>Un autre membre de l'équipe peut-il apporter son soutien dans un aspect des soins prodigués à cette patiente (par exemple, une infirmière, un pharmacien)?</p>
Agrégation	<p>Regrouper les problèmes qui ont des origines similaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risque de MCV (hypertension, obésité, diabète, tabagisme) <p>Regrouper les médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabète (metformine, empagliflozine) • Respiratoire (tiotropium, salbutamol) • TA (périndopril-indapamide) <p>Utiliser une approche biopsychosociale</p> <p>Identifier les problèmes actifs et inactifs</p>	<p>Prise en charge pharmacologique et non pharmacologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il des interactions médicamenteuses potentielles? • Quel est le rapport risques-avantages des médicaments? • Les médicaments peuvent-ils être optimisés (par exemple, le naproxène et les médicaments pour la tension artérielle; faut-il ajouter une statine)? L'acide acétylsalicylique pourrait-il jouer un rôle? <p>Peut-on offrir un soutien supplémentaire (par exemple, explorer la mobilité)?</p>	<p>Liste des problèmes actifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bouffées de chaleur • TA <p>Liste des problèmes inactifs</p> <p>Penser aux soins préventifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mammographie • Test de Papanicolaou • Test immunochimique fécal • Score FRAX <p>Anticiper les problèmes</p>
Coordination	<p>Y a-t-il des examens ou des orientations en attente?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise à jour du profil de risque de MCV • HbA_{1c} • ECG <p>Révision de la prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> -Test de Papanicolaou 	<p>Un autre membre de l'équipe du Centre de médecine famille de la patiente (par exemple, un diététicien, un pharmacien, une infirmière spécialisée dans la prise en charge des maladies chroniques) peut-il apporter de l'aide?</p>	<p>Que doit-on surveiller?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le poids • La fonction rénale • HbA_{1c} • L'exercice <p>Créer une tâche dans le DME pour voir quand le suivi est effectué</p> <p>Les objectifs de soins doivent-ils être mis à jour?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les lettres d'orientation ont-elles été envoyées? Comment savoir si ma patiente a un rendez-vous? • Créer une tâche de « vérification du statut » pour que l'assistant médical puisse effectuer le suivi <p>Fixer le prochain rendez-vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La patiente aura-t-elle besoin d'aide pour se rendre à son rendez-vous? • Le rendez-vous doit-il avoir lieu en personne?

DME—dossier médical électronique, ECG—électrocardiogramme, FRAX—outil d'évaluation du risque de fracture, HbA_{1c}—hémoglobine A_{1c}, MCV—maladie cardiovasculaire, MPOC—maladie pulmonaire obstructive chronique, TA—tension artérielle.

La **D^{re} Kristy Penner** est professeure adjointe clinique au département de médecine familiale de la faculté de médecine et de dentisterie de l'Université d'Alberta à Edmonton. La **D^{re} Sonja Wicklum** est directrice de stage au département de médecine familiale de l'École de médecine Cumming de l'Université de Calgary en Alberta. Le **D^r Aaron Johnston** est doyen associé, responsable de l'apprentissage distribué et des initiatives rurales, à l'École de médecine Cumming de l'Université de Calgary. La **D^{re} Martina Ann Kelly** est directrice du premier cycle de médecine familiale à l'École de médecine Cumming de l'Université de Calgary.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^{re} Martina Ann Kelly; courriel makelly@ucalgary.ca

Références

1. Willadsen TG, Bebe A, Køster-Rasmussen R, Jarbøl DE, Guassora AD, Waldorff FB et coll. The role of diseases, risk factors and symptoms in the definition of multimorbidity – a systematic review. *Scand J Prim Health Care* 2016;34(2):112-21. Publ. en ligne du 8 mars 2016.
2. Harrison C, Britt H, Miller G, Henderson J. Examining different measures of multimorbidity, using a large prospective cross-sectional study in Australian general practice. *BMJ Open* 2014;4(7):e004694.
3. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012;380(9836):37-43. Publ. en ligne du 10 mai 2012.
4. Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith SM. Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ* 2015;350:h176.
5. Crichton T, Schultz K, Lawrence K, Donoff M, Laughlin T, Brailovsky C et coll. *Les objectifs d'évaluation pour la certification en médecine de famille*. 2^e éd. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2020. Accessible à : <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/PDF/FRE-Assessment-Objectives-full-document.pdf>. Réf. du 22 nov. 2021.
6. Lewis C, Wallace E, Kyne L, Cullen W, Smith SM. Training doctors to manage patients with multimorbidity: a systematic review. *J Comorb* 2016;6(2):85-94.
7. Roland M, Paddison C. Better management of patients with multimorbidity. *BMJ* 2013;346:f2510.
8. Beasley JW, Hankey TH, Erickson R, Stange KC, Mundt M, Elliott M et coll. How many problems do family physicians manage at each encounter? A WRen study. *Ann Fam Med* 2004;2(5):405-10.
9. Heritage J, Robinson JD, Elliott MN, Beckett M, Wilkes M. Reducing patients' unmet concerns in primary care: the difference one word can make. *J Gen Intern Med* 2007;22(10):1429-33. Publ. en ligne du 3 août 2007.
10. Robinson JD, Tate A, Heritage J. Agenda-setting revisited: when and how do primary-care physicians solicit patients' additional concerns? *Patient Educ Couns* 2016;99(5):718-23. Publ. en ligne du 21 déc. 2015.
11. Gobat N, Kinnersley P, Gregory JW, Robling M. What is agenda setting in the clinical encounter? Consensus from literature review and expert consultation. *Patient Educ Couns* 2015;98(7):822-9. Publ. en ligne du 9 avr. 2015.

Can Fam Physician 2023;69:e154-8. DOI: 10.46747/cfp.6907e154

The English version of this article is available at <https://www.cfp.ca> on the table of contents for the **July 2023** issue on **page 507**.

Occasion d'enseignement est une série trimestrielle publiée dans *Le Médecin de famille canadien*, coordonnée par la Section des enseignants du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). La série porte sur des sujets pratiques et s'adresse à tous les enseignants en médecine familiale, en mettant l'accent sur les données probantes et les pratiques exemplaires. Veuillez faire parvenir vos idées, vos demandes ou vos présentations à la **D^{re} Viola Antao**, coordonnatrice d'Occasion d'enseignement, à viola.antao@utoronto.ca