

Editorial

L'amélioration des conditions de vie et les progrès de la médecine ont entraîné une très nette augmentation de l'espérance de vie. Cette évolution s'accompagne toutefois d'un prolongement de la durée de vie avec des problèmes de santé chroniques. Il en résulte également une hausse de la multimorbidité, c'est-à-dire de la part des personnes atteintes de plusieurs maladies/problèmes de santé à la fois. Les conséquences de la multimorbidité sont plus importantes que celles de la somme de chaque maladie prise isolément, que ce soit pour les patients, le personnel soignant, le système de santé ou la société elle-même.

Compte tenu du vieillissement démographique, il n'y a rien d'étonnant à voir la multimorbidité figurer de plus en plus souvent sur les agendas des institutions et des acteurs de la santé. Un centre de compétence interdisciplinaire sur la morbidité a par exemple été créé à l'Université de Zurich. Si la multimorbidité fait davantage parler d'elle, les données disponibles à ce sujet sont néanmoins encore insuffisantes et une définition normalisée et reconnue fait défaut. Beaucoup de résultats sur les disparités selon le sexe ou les pays, par exemple, sont contradictoires, notamment parce que les études sur lesquels ils se fondent ne sont pas comparables. Le type et le nombre de maladies chroniques prises en compte, ainsi que le mode et la conception du relevé des données ont une (trop) grande influence sur les taux de prévalence qui sont calculés.

Il faut donc souhaiter que toutes les sources de données pertinentes soient exploitées pour établir des taux spécifiques par sexe et par âge et permettre ainsi une validation croisée. A partir de là, il sera possible de développer une définition commune de la multimorbidité et d'identifier dans les prochaines études des modèles typiques de multimorbidité avec leur contexte sociodémographique en Suisse. On pourra ainsi en déduire quels sont les facteurs de risque et les possibilités de prévention.

Matthias Bopp
Institut de médecine préventive
et sociale de l'Université de Zurich

La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus

Résultats basés sur l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)

L'amélioration des conditions de vie et les progrès médicaux ont pour conséquence une augmentation de l'espérance de vie. Cela s'accompagne d'une forte augmentation de la fréquence des maladies chroniques, particulièrement chez les personnes âgées. Les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui en règle générale évoluent lentement. Elles nécessitent une prise en charge sur une période de plusieurs mois, voire des décennies. Les principales maladies chroniques sont les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires, l'arthrose, le diabète et la dépression. L'ensemble des maladies chroniques est responsable de 63% des décès dans le monde (OMS, 2013). En Suisse, quatre maladies, à savoir les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires et les démences sont responsables de 74,6% des décès des hommes et de 75,9% de ceux des femmes (Office fédéral de la statistique 2013).

Les personnes ne sont souvent pas atteintes d'une seule maladie mais de plusieurs. Comme le montre l'analyse des causes de décès en Suisse, 11% des décès correspondent à un diagnostic, 24% à deux diagnostics, 30% à trois diagnostics et 31% à quatre diagnostics (Office fédéral de la statistique 2013).

La définition de la multimorbidité est le fait d'avoir deux maladies chroniques ou plus (voir encadré 1). La multimorbidité a de multiples conséquences pour les personnes concernées et pour les acteurs du système de santé. Pour les patients, cela peut conduire à des limitations fonctionnelles, une perte d'autonomie et de qualité de vie avec une évolution moins favorable qu'avec une seule maladie. La multimorbidité serait aussi significativement associée à un risque d'hospitalisation plus élevé, des coûts de traitement plus conséquents et une augmentation du nombre de prescriptions de médicaments (Marengoni, Angleman et al. 2011). Les médecins sont quant à eux confrontés à des patients complexes pour lesquels il n'existe pas ou peu de guidelines et qui doivent souvent prendre de nombreux médicaments avec des risques d'interactions défavorables pour leur santé.

La multimorbidité des patients met aussi le système de soins sous contrainte car ceux-ci voient souvent plusieurs médecins généralistes et spécialistes ainsi que d'autres personnels de soins. Dans les cas les plus défavorables, les uns ne connaissent pas les démarches et traitements des autres.

Prévalence de la multimorbidité

La recherche sur la multimorbidité est assez récente. Les premiers travaux ont été réalisés aux USA, aux Pays-Bas, au Canada puis en Allemagne. Il existe de grandes différences dans la prévalence de la multimorbidité dans la population âgée du fait de diverses variations dans les sources de données (Schram, Frijters et al. 2008; Siebenhüner 2012). Les principales variations sont:

- Les maladies prises en compte et leur nombre (liste limitée, liste ouverte)
- Le type de questionnaire (questionnaire écrit, interview, grilles...)
- Le type de données (données d'enquête, données administratives, revue de dossiers médicaux...)
- La manière d'établir le diagnostic (auto-administré, dossier médical, examen médical)
- L'échantillonnage de la population.

Pour la population âgée de 65 ans et plus, une revue systématique de littérature basée sur 41 études a montré que la prévalence de la multimorbidité (définie comme la co-occurrence de deux maladies chroniques ou plus) varie de 55 à 98% (Marengoni, Angleman et al. 2011).

Encadré 1: Définition de la multimorbidité

La définition la plus souvent utilisée de la multimorbidité est le fait d'avoir en même temps deux maladies chroniques ou plus (van den Akker, Buntinx et al. 1996; Bopp et Holzer 2012). Pour le moment il n'existe pas de méthode standardisée de mesure de la multimorbidité. De ce fait, la prévalence de la multimorbidité diffère fortement entre les études (Diederichs, Wellmann et al. 2012; Siebenhüner 2012).

Une revue de littérature sur la prévalence de la multimorbidité donne quelques conseils pour étudier au mieux cette problématique (Fortin, Stewart et al. 2012). Des chercheurs ont mis en évidence que le nombre de maladies prises en compte varie de quelques unes (5 à 10) jusqu'à plus de 300 (Bopp et Holzer 2012). Toutefois choisir un nombre de diagnostics de quatre à sept conduirait selon Fortin et al. à une sous-estimation de la prévalence de la morbidité. Dans les études qui considèrent 12 diagnostics et plus, les chercheurs n'ont pas constaté beaucoup de variations. Fortin et al. conseillent donc d'utiliser une liste d'au moins 12 diagnostics. Ils estiment que d'autres recherches seraient nécessaires pour préciser quelles maladies chroniques seraient les plus pertinentes. Bopp et al. estiment que dans la plupart des études, les maladies chroniques choisies sont: le diabète, la broncho-pneumopathie chronique obstructive (COPD), l'asthme, l'arthrite, le cancer (comme groupe). Les maladies cardiovasculaires et les maladies psychiques sont sélectionnées de manière hétérogène. Ils constatent qu'en général, le degré de sévérité de la maladie n'est pas pris en compte.

Sur la base de l'enquête suisse sur la santé 2007, une analyse de la multimorbidité dans la population suisse de 15 ans et plus prenant en compte un ensemble de maladies chroniques différent de celui du présent article a mis en évidence un taux de multimorbidité de 7,8% (Bopp et Holzer 2012).

Déterminants sociodémographiques

Malgré les variations de prévalence entre les études, une augmentation de la prévalence de la multimorbidité avec l'âge est toujours observée (van den Akker, Buntinx et al. 1998; Schram, Frijters et al. 2008; Uijen et van de Lisdonk 2008; Marengoni, Rizzuto et al. 2009). Les études citées mettent aussi toutes en évidence que les femmes sont plus atteintes de multimorbidité. Toutefois la différence n'est pas forcément très importante. Dans une étude basée sur des données récoltées au cabinet médical, les auteurs montrent que parmi les hommes de 60 à 79 ans, 60,9% présentent une multimorbidité (64,9% des femmes) et 74,2% parmi les hommes de 80 ans et plus (79,9% des femmes) (van den Akker, Buntinx et al. 1998).

Les études mentionnées plus haut mettent aussi en évidence que les personnes qui ont un bas niveau d'éducation ou qui font partie d'une classe socio-économique basse ont des taux de multimorbidité plus élevés. Au niveau social, une étude a montré que le fait de vivre avec une autre personne et d'avoir un large réseau social faisaient partie des facteurs protecteurs (van den Akker, Buntinx et al. 2001).

Méthode

Base de données

L'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) initiée en 2002, est la première enquête européenne multidisciplinaire portant sur la santé, la retraite et la situation économique des personnes de 50 ans et plus. La quatrième vague porte sur plus de 50'000 personnes dans 19 pays. L'objectif de l'étude est de constituer un panel européen axé sur les questions sanitaires et socio-économiques liées au vieillissement. Des équipes internationales sont chargées de la mise au point des questionnaires (choix des thèmes et définition de méthodologies harmonisées); des équipes nationales mettent en œuvre l'enquête sur le terrain (Börsch-Supan et Jürges 2005).

L'enquête est réalisée auprès de ménages dont au moins un des membres est âgé de 50 ans ou plus. La personne de 50 ans et plus sélectionnée est interrogée ainsi que son conjoint (quel que soit son âge. Dans la présente étude, les données des conjoints de moins de 50 ans ont été éliminées). L'enquête est limitée aux personnes qui habitent dans un ménage privé et qui parlent une des langues de l'interview (en Suisse: allemand, français, italien). L'enquête est menée par entretien en face-à-face, sous Capi (collecte assistée par informatique) avec ordinateur portable.

La Suisse a participé aux quatre vagues de l'enquête SHARE. L'échantillon de la quatrième vague qui est utilisé dans ce bulletin comprend l'échantillon des vagues antérieures (1000 personnes) et un échantillon de rafraîchissement de 2800 personnes (N total=3800).

Les variables sociodémographiques comprennent l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, les revenus totaux du ménage, le nombre de personnes dans le ménage, l'état civil, la nationalité, la situation professionnelle (en emploi, pas de travail rémunéré, à la retraite).

Analyse des données

Les analyses présentées ici se basent uniquement sur la quatrième vague, des poids transversaux qui compensent la non réponse ont été utilisés (Malter et Börsch-Supan 2013). Sur la base des maladies chroniques inventoriées, un indice de multimorbidité a été élaboré (encadré 2).

Une régression logistique a été réalisée en prenant en compte les variables sociodémographiques dans le but d'examiner lesquelles sont associées avec la multimorbidité. Les personnes présentant une multimorbidité, soit le fait d'avoir deux maladies chroniques ou plus ont été comparées aux personnes qui n'ont pas de maladie chronique ou une seule. En raison du nombre de cas limité chez les personnes de 65 ans et plus, les deux dernières classes d'âge ont été agrégées en une classe.

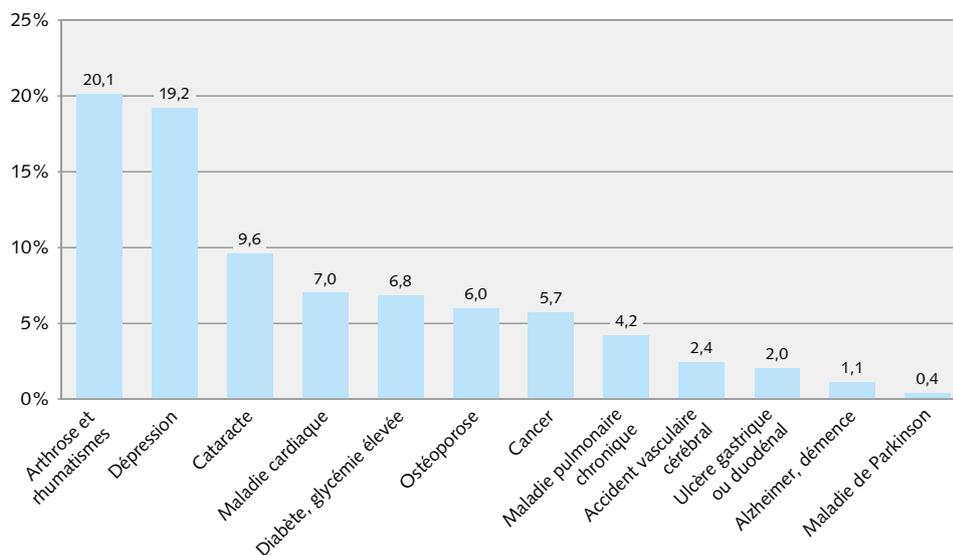
Résultats

Maladies chroniques

Dans un premier temps, l'analyse a porté sur la répartition des maladies chroniques dans la population des personnes de 50 ans et plus (figure 1). Deux maladies se détachent nettement des autres: ce sont l'arthrose avec 20,1% des personnes concernées par cette pathologie et la dépression avec 19,2%. Puis cinq groupes de maladies comprennent entre 5 et 10% de personnes atteintes, ce sont la cataracte, la maladie cardiaque, le diabète ou une glycémie élevée, l'ostéoporose et le cancer. Ensuite, le diabète, le diabète ou une glycémie élevée, l'ostéoporose et le cancer. Ensuite, le diabète, le diabète ou une glycémie élevée, l'ostéoporose et le cancer. Ensuite, le diabète, le diabète ou une glycémie élevée, l'ostéoporose et le cancer.

Prévalence de chaque maladie chronique, SHARE 2010–2011, personnes de 50 ans et plus, N=3761

Fig. 1

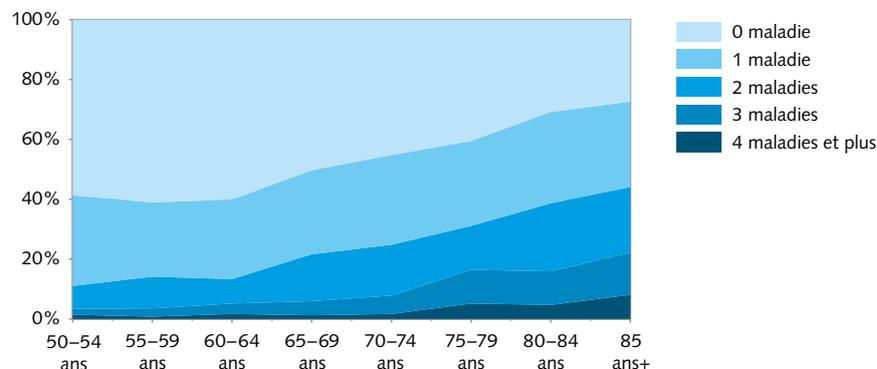


Source: Enquête SHARE 2010–2011, analyses Obsan

© Obsan

Nombre de maladies chroniques selon la classe d'âge, SHARE 2010–2011, personnes de 50 ans et plus, N=3627

Fig. 2



Source: Enquête SHARE 2010–2011, analyses Obsan

© Obsan

Tableau 1 Prévalence des maladies chroniques selon la classe d'âge, SHARE 2010–2011, N = 3627

Nombre de maladies chroniques	50–64 ans		65–79 ans		80 ans et plus		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	1024	60,2%	665	46,1%	130	29,1%	1819	50,1%
1	465	26,6%	427	28,8%	138	29,6%	1030	27,9%
2	161	9,1%	161	15,9%	97	22,3%	495	13,7%
3 et plus	69	4,1%	133	9,3%	81	19,0%	283	8,3%
Total	1719	100,0%	1462	100,0%	446	100,0%	3627	100,0%
Total multimorbidité	230	29,6%	370	47,6%	178	22,9%	778	100,0%
	M	ET	M	ET	M	ET	M	ET
Nombre moyen de maladies chroniques	0,58	0,87	0,92	1,10	1,41	1,30	0,84	1,07

Note: en gras, le nombre et le pourcentage de personnes qui sont multimorbides, M: moyenne, ET: écart-type

Source: Enquête SHARE 2010–2011, analyses Obsan

© Obsan

Multimorbidité

L'âge des personnes est très fortement associé au nombre de maladies chroniques (figure 2). Entre 50 et 64 ans, 11% des personnes ont deux maladies chroniques ou plus ce qui est le cas de 44% des personnes de 85 ans et plus.

Le tableau 1 montre la prévalence de la multimorbidité par classe d'âge, c'est-à-dire le fait d'avoir deux maladies chroniques ou plus. Dans l'échantillon complet, la prévalence de la multimorbidité, s'élève à 22,0% (colonne total: 13,7% + 8,3%). Cette prévalence s'élève à 13,2% dans la classe d'âge des 50 à 64 ans, à 25,2% dans celle de 65 à 79 ans et à 41,3% dans celle des personnes de 80 ans et plus.

Entre 50 et 64 ans 60,2% des personnes n'ont aucune maladie chronique, cette proportion baisse à 46,1% parmi les personnes de 65 à 79 ans et n'est plus que de 29,1% parmi celle de 80 ans et plus.

Parmi les personnes ayant une multimorbidité, 63,6% ont deux maladies chroniques, 36,4% en ayant trois ou plus. Les personnes de 50 à 64 ans cumulent 29,6% de la multimorbidité totale (ligne «total multimorbidité»), celles de 65 à 79 ans 47,6% et celles de plus de 80 ans 22,9%.

Le nombre moyen de maladies chronique est de 0,58 dans la classe d'âge des 50 à 64 ans, de 0,92 dans celle de 65 à 79 ans et de 1,41 dans celle des personnes de 80 ans et plus.

La prévalence de la multimorbidité dans les 19 pays participant à l'étude SHARE est de 31,7%. Avec un taux de 22%, la Suisse occupe la troisième place (figure 3). Des pays voisins de la Suisse, comme l'Allemagne (29,7%) et la France (33,8%) ont des taux de multimorbidité nettement plus élevés. La Suisse se caractérise par un taux relativement élevé de personnes âgées en institution ce qui pourrait expliquer ce taux relativement bas de multimorbidité.

Associations de maladies chroniques les plus fréquentes

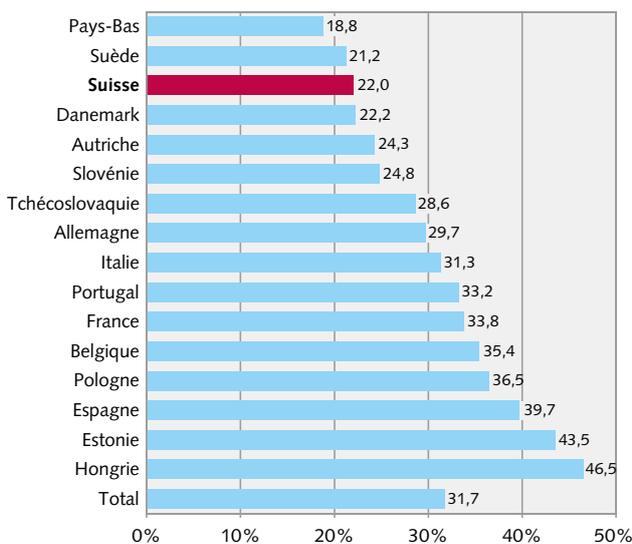
Le tableau 2 montre les combinaisons de deux maladies chroniques. Les trois associations les plus fréquentes combinent l'arthrose avec la dépression (30,3% de personnes parmi les personnes multimorbides, 6,7% de la population totale des 50 ans et plus), avec la cataracte (17,1% et 3,8%) et avec l'ostéoporose (12,6% et 2,8%). Les trois combinaisons suivantes combinent la dépression avec la maladie cardiaque (10,1% et 2,2%), le diabète (10,0% et 2,2%) et la cataracte (9,6% et 2,1%).

Influence des facteurs sociodémographiques

L'analyse multivariée montre que, dans les deux classes d'âge retenues (50–64 ans et 65 ans et plus), les femmes ont un risque plus élevé de présenter une multimorbidité que les hommes (tableau 3). Dans la classe des 50 à 64 ans, les personnes en emploi ou à la retraite ont un risque de multimorbidité plus bas que les personnes sans emploi. De même à partir de l'âge légal de la retraite, les personnes qui ont gardé un emploi ont un risque plus bas de multimorbidité. Les personnes de 50 à 64 ans ont une probabilité plus élevée d'être multimorbides si elles ont des bas revenus, si elles n'ont jamais été mariées ou sont divorcées, et si elles sont étrangères. Celles de 65 ans et plus ont un risque de multimorbidité plus élevé si elles ont une formation de l'école obligatoire ou de niveau de l'école secondaire II et si elles vivent dans un ménage d'une personne.

Prévalence de la multimorbidité selon le pays, SHARE 2010–2011, N=56'489

Fig. 3



Source: Enquête SHARE 2010–2011, analyses Obsan

© Obsan

Tableau 2 Combinaisons de maladies chroniques pour les personnes avec ou sans multimorbidité, SHARE 2010–2011, n = 782 (personnes ayant une multimorbidité), n = 3628–3654 (ensemble des répondants)

	Arthrose	Dépression	Cataracte	Maladie cardiaque	Diabète	Ostéoporose	Cancer	Maladie pulmonaire chronique	AVC	Ulcère	Alzheimer	Parkinson
Arthrose	- 30,3 6,7	17,1 3,8	9,4 2,0	7,8 1,8	12,6 2,8	6,3 1,4	6,5 1,5	3,5 0,8	3,1 0,7	1,5 0,4	0,6 0,2	
Dépression		- 9,6 2,1	10,1 2,2	10,0 2,2	8,5 1,9	7,2 1,6	6,3 1,4	4,5 1,0	3,0 0,7	2,4 0,5	0,6 0,1	
Cataracte			- 4,7 1,1	4,7 1,1	5,4 1,2	4,6 1,0	2,5 0,6					
Maladie cardiaque				- 3,5 0,8	1,7 0,4	4,4 1,0						
Diabète					- 2,0 0,4							
Ostéoporose						- 2,9 0,6						
Cancer							- 2,1 0,5	1,3 0,3				

Note: en gras: pourcentage de personnes qui ont les deux maladies (sur les 782 personnes multimorbides). En italique, pourcentage sur l'ensemble des répondants de 50 ans et plus. Les 5 dernières maladies qui ne comportaient aucun cas ont été supprimées.

Source: Enquête SHARE 2010–2011, analyses Obsan

© Obsan

Synthèse

Ce bulletin présente des résultats sur la multimorbidité dans la population de 50 ans et plus en Suisse sur la base des données de la quatrième vague de l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) réalisée en 2010–2011. La prévalence de la multimorbidité dans cette population est de 22%. Les personnes de 50 ans et plus en Suisse ont un taux de multimorbidité nettement plus bas que le taux moyen des 16 pays investigués dans SHARE qui s'élève à 31,7%.

L'étude montre qu'un bon tiers des personnes multimorbides souffrent de trois maladies chroniques ou plus. A remarquer aussi la proportion élevée de la combinaison «arthrose-dépression» dont souffrent presque un tiers des personnes multimorbides.

Les personnes les plus âgées (80 ans et plus) ne sont pas les personnes qui représentent la charge la plus importante de multimorbidité mais ce sont les personnes de 65 à 79 ans.

Les données confirment le lien très important entre la multimorbidité et l'âge ainsi qu'avec le sexe et le statut social. Les personnes de 50 à 64 ans sont plus à risque d'être multimorbides si elles ont de bas revenus. Celles de 65 ans et plus ont un risque plus élevé de multimorbidité lorsque leur niveau de formation n'est pas élevé ou lorsqu'elles vivent dans un ménage d'une personne.

Encadré 2: Opérationnalisation de la multimorbidité dans l'enquête SHARE

La question portant sur les maladies chroniques a été posée de la manière suivante dans l'enquête SHARE:

Certaines de ces affections ont peut-être été décelées chez vous par un médecin. Si tel est le cas, indiquez-moi le numéro correspondant à celles dont vous souffrez.

Liste des affections qui ont été conservées:

1. **Maladie cardiaque**, insuffisance coronaire, angine de poitrine ou infarctus du myocarde ou tout autre problème cardiaque
2. **Accident vasculaire cérébral** ou maladie cérébrovasculaire, attaque cérébrale
3. **Diabète, glycémie élevée**
4. **Maladie pulmonaire chronique**, telle que bronchite chronique ou emphysème
5. Polyarthrites, y compris **arthrose et rhumatismes**
6. **Ostéoporose**
7. **Cancer** ou tumeur maligne, y compris leucémie ou lymphome, à l'exclusion des cancers de la peau à évolution bénigne
8. **Ulcère gastrique ou duodéal**
9. **Maladie de Parkinson**
10. **Cataracte**
11. **Alzheimer, démence**
12. Echelle de **dépression**

Note: en gras, les abréviations des affections choisies dans la suite du texte

Toutes les affections de la liste d'origine n'ont pas pu être conservées. L'«asthme» a été supprimée de la liste car aucune personne ne l'a mentionnée. L'«ostéoporose» n'ayant aussi été mentionnée par aucun répondant, c'est la consommation de médicaments contre l'ostéoporose qui a été choisie comme indicateur indirect de cette maladie. L'«hypertension artérielle» et l'«hypercholestérolémie» n'ont pas été considérées comme des maladies chroniques mais comme des facteurs de risque. Il en est de même pour la surcharge de poids ou l'obésité. La «fracture de la hanche», les «autres fractures», la «tumeur bénigne» ont été aussi supprimées de la liste car ce sont des maladies aiguës. La modalité «autres affections» a été aussi supprimée car des maladies non chroniques auraient pu être mentionnées.

A cette liste a été ajoutée une échelle de dépression. L'échelle «EURO-D», basée sur un questionnaire auto-reporté de 12 questions, a été choisie car c'est un instrument validé de mesure des symptômes dépressifs chez les personnes âgées et qui supporte les comparaisons entre pays européens (Castro-Costa, Dewey et al. 2007, 2008).

L'échelle de multimorbidité comprend donc 12 maladies chroniques (11 affections physiques et la dépression).

La somme des maladies chroniques a été réalisée et subdivisée en quatre catégories: aucune maladie chronique, une, deux, trois et plus. La multimorbidité consiste en deux maladies chroniques et plus.

Tableau 3 Analyse multivariée des variables socio-démographiques associées avec la multimorbidité selon la classe d'âge, SHARE 2010–2011, N=3665

		50–64 ans (n=1733)			65 ans et plus (n=1932)		
		OR	IC 95% inf.	IC 95% sup.	OR	IC 95% inf.	IC 95% sup.
Sexe	Masculin	1,00			1,00		
	Féminin	1,44	1,06	1,95	1,48	1,18	1,86
Niveau d'éducation	Degré tertiaire						
	Ecole secondaire II	0,99	0,66	1,48	1,70	1,15	2,50
	Ecole obligatoire	1,03	0,62	1,72	1,69	1,11	2,57
Revenus du ménage	Elevés						
	Moyens	0,95	0,65	1,39	1,12	0,83	1,53
	Bas	1,60	1,08	2,38	1,26	0,92	1,73
Nombre de personnes dans la famille	3 personnes et plus						
	2 personnes	1,15	0,79	1,66	1,35	0,78	2,34
	1 personne	0,98	0,58	1,66	1,95	1,02	3,73
Etat civil	Marié						
	Divorcé-séparé-veuf	1,66	1,11	2,49	0,93	0,64	1,37
	Jamais marié	1,76	1,03	3,01	1,03	0,62	1,72
Nationalité	Suisse						
	Non-Suisse	1,57	1,11	2,23	1,19	0,90	1,57
Situation professionnelle	En emploi						
	Pas de travail rémunéré	3,12	2,22	4,38	2,41	1,32	4,42
	Retraité	1,20	0,61	2,38	2,55	1,52	4,28

Source: Enquête SHARE 2010–2011, analyses Obsan

© Obsan

Limitations

Cette étude présente quelques limitations liées à la base de données SHARE: cette enquête interroge uniquement des personnes vivant à domicile qui parlent une des trois langues nationales. Elle n'inclut probablement pas les personnes ayant les pathologies les plus complexes (ces personnes peuvent être hospitalisées) et celles qui sont très atteintes dans leur santé psychique (difficulté à répondre lorsque la personne est très déprimée). L'étude sous-estime donc probablement la multimorbidité dans la population des personnes de 50 ans et plus.

Quelques limitations concernent aussi la méthodologie. Le diagnostic de maladie chronique est basé sur un questionnaire oral avec des risques d'erreurs et d'oubli. Le questionnaire comprend seulement un certain nombre de pathologies et c'est au répondant de se classer dans les pathologies présentées. Aucune question n'était aussi posée sur la sévérité de la pathologie.

A noter que dans certaines études, la dépression a été considérée non pas comme une maladie mais comme un facteur de risque (Taylor, Price et al. 2010). Dans certains indices de multimorbidité, seules les maladies «physiques» sont considérées, p. ex. dans l'indice de Charlson (Harboun et Ankri 2001). Il nous a paru aussi important de considérer les maladies psychiques qui ne sont pas rares dans cette classe d'âge.

D'autre part, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et l'obésité, touchant respectivement 29,4%, 15,8% et 12,7% des répondants, ont été considérées comme des facteurs de risque et non comme des maladies. Cela conduit aussi à une évaluation plus basse de la multimorbidité.

La liste finale comprend douze maladies chroniques, ce qui correspond au nombre minimal conseillé par des chercheurs pour éviter de grandes variations dans les taux de multimorbidité (Fortin, Stewart et al. 2012).

Conclusions

Les données de population générale sur la multimorbidité en Suisse sont encore rares. L'enquête SHARE, qui comprend un important échantillon représentatif des personnes de 50 ans et plus en Suisse, apporte des informations importantes sur cette classe d'âge. Des études sont nécessaires sur l'ensemble de la population.

Dans ce domaine relativement nouveau, le concept de multimorbidité n'est pas encore clairement défini. Pour permettre des comparaisons, il importe que la communauté scientifique mette au point une définition commune de la multimorbidité comprenant les types et le nombre de maladies chroniques à prendre en compte.

Au niveau pratique, ce travail permet d'évaluer l'envergure et les particularités du phénomène de la multimorbidité. La proportion importante de personnes multimorbides et son augmentation programmée compte tenu du vieillissement de la population contribuera à mettre le système de santé sous forte pression. Les différentes maladies sont aujourd'hui souvent traitées par plusieurs spécialistes avec le risque que se produisent des problèmes de communication ou des erreurs de traitement. Des solutions passent entre autres par de nouveaux modèles de soins intégrés mais aussi par l'introduction d'une personne par malade désignée comme coordinatrice, qu'elle soit médecin ou non. Un monitoring régulier de la charge des maladies chroniques et de la multimorbidité permettrait de faire mieux concorder ce développement avec les soins.

Bibliographie

- Bopp M. et Holzer B. M. (2012). [Prevalence of multimorbidity in Switzerland – definition and data sources]. *Praxis (Bern 1994)* 101(25): 1609–1613.
- Börsch-Supan A. et Jürges H., Eds. (2005). *The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe – Methodology*. Mannheim: MEA.
- Castro-Costa E., Dewey M., et al. (2007). Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries: the SHARE study. *Br J Psychiatry* 191: 393–401.
- Castro-Costa E., Dewey M., et al. (2008). Ascertaining late-life depressive symptoms in Europe: an evaluation of the survey version of the EURO-D scale in 10 nations. The SHARE project. *Int J Methods Psychiatr Res* 17(1): 12–29.
- Diederichs C. P., Wellmann J., et al. (2012). How to weight chronic diseases in multimorbidity indices? Development of a new method on the basis of individual data from five population-based studies. *J Clin Epidemiol* 65(6): 679–685.
- Fortin M., Stewart M., et al. (2012). A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: toward a more uniform methodology. *Ann Fam Med* 10(2): 142–151.
- Harboun M. et Ankri J. (2001). [Comorbidity indexes: review of the literature and application to studies of elderly population]. *Rev Epidemiol Sante Publique* 49(3): 287–298.
- Malter F. et Börsch-Supan A., Eds. (2013). *SHARE Wave 4: Innovations & Methodology*. Munich, MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy.
- Marengoni A., Angleman S., et al. (2011). Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev* 10(4): 430–439.
- Marengoni A., Rizzuto D., et al. (2009). Patterns of chronic multimorbidity in the elderly population. *J Am Geriatr Soc* 57(2): 225–230.
- Office fédéral de la statistique (2013). *Statistique des causes de décès. La mortalité en Suisse et les principales causes de décès*. Actualités OFS. Neuchâtel.
- Schram M. T., Frijters D., et al. (2008). Setting and registry characteristics affect the prevalence and nature of multimorbidity in the elderly. *J Clin Epidemiol* 61(11): 1104–1112.
- Siebenhüner K. A. (2012). *Definition und Prävalenz von Multimorbidität: ein systematischer Review*. Dissertation. Universität Zürich.
- Taylor A. W., Price K., et al. (2010). Multimorbidity – not just an older person's issue. Results from an Australian biomedical study. *BMC Public Health* 10: 718.
- Uijen A. A. et van de Lisdonk E. H. (2008). Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. *Eur J Gen Pract* 14 Suppl 1: 28–32.
- van den Akker M., Buntinx F., et al. (1996). Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature. *Eur J Gen Pract*(2): 65–70.
- van den Akker M., Buntinx F., et al. (1998). Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol* 51(5): 367–375.
- van den Akker M., Buntinx F., et al. (2001). Psychosocial patient characteristics and GP-registered chronic morbidity: a prospective study. *J Psychosom Res* 50(2): 95–102.

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Observatoire suisse de la santé analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, veuillez consulter www.obsan.ch

Impressum

Editeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteure

Florence Moreau-Gruet

Référence bibliographique

Moreau-Gruet, F. (2013). *La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus. Résultats basés sur l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)* (Obsan Bulletin 4/2013). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements/informations

Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
Tél. 032 713 60 45
E-mail: obsan@bfs.admin.ch
Internet: www.obsan.ch

Graphisme/Layout

DIAM, Prepress/Print, OFS

Commande

Tél. 032 713 60 60 / Fax 032 713 60 61
E-mail: order@bfs.admin.ch
Numéro de commande: 1034-1304
Cette publication est également disponible en allemand
(numéro de commande: 1033-1304)

Téléchargement du fichier PDF

www.obsan.ch → Publications

© Obsan 2013



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DF



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.