

Conception et validation du score de multimorbidité Cambridge

Rupert A. Payne MBChB PhD, Silvia C. Mendonca MSc, Marc N. Elliott PhD, Catherine L. Saunders MBBS PhD, Duncan A. Edwards MBBS MPH, Martin Marshall MBBS MD, Martin Roland BMBCh DM

Pour la version anglaise de l'article, veuillez consulter doi: 10.1503/cmaj.190757

CONTEXTE : Les services de santé n'ont pas su relever le défi de la multimorbidité. Il faut arriver à mettre au point de meilleurs outils de mesure de la multimorbidité pour faciliter la recherche, la planification des services et l'allocation des ressources.

MÉTHODES : Nous avons modélisé le lien entre 37 morbidités et 3 paramètres clés (consultations en soins primaires, hospitalisations non planifiées et décès) à 1 et 5 ans. Nous avons extrait des échantillons en vue de la conception ($n = 300\,000$) et de la validation ($n = 150\,000$) des modèles à partir du réseau Clinical Practice Research Datalink du Royaume-Uni. Nous avons conçu un score général de multimorbidité en calculant la moyenne des poids standardisés respectifs des paramètres. Nous en avons comparé le rendement avec le score de comorbidité Charlson.

RÉSULTATS : Les modèles qui incluaient les 37 maladies se sont révélés être des prédicteurs acceptables des consultations en médecine générale (indice C 0,732, intervalle de confiance [IC] de 95 % 0,731–0,734), des hospitalisations non planifiées (indice C 0,742, IC de 95 % 0,737–0,747) et des décès à 1 an (indice C 0,912, IC de 95 % 0,905–0,918). Les modèles ramenés aux 20 maladies

ayant ensemble la prévalence et la pondération les plus fortes ont montré une capacité prédictive similaire (indices C 0,727, IC de 95 % 0,725–0,728; 0,738, IC de 95 % 0,732–0,743; et 0,910, IC de 95 % 0,904–0,917, respectivement). Ils ont aussi permis de prédire de manière similaire les résultats à 5 ans, tant pour les consultations que pour les décès (indices C 0,735, IC de 95 % 0,734–0,736, et 0,889, IC de 95 % 0,885–0,892, respectivement), mais ont été moins performants pour les hospitalisations (indice C 0,708, IC de 95 % 0,705–0,712). Le rendement du score général a été semblable à ceux des modèles par paramètre. Ces modèles ont été significativement plus performants que les modèles inspirés du score de comorbidité de Charlson pour les consultations (indice C 0,691, IC de 95 % 0,690–0,693) et les hospitalisations (indice C 0,703, IC de 95 % 0,697–0,709) et similairement performants pour la mortalité (indice C 0,907, IC de 95 % 0,900–0,914).

INTERPRÉTATION : Le score de multimorbidité Cambridge est solide et peut ou non être ajusté à des paramètres de santé spécifiques. Il sera utile pour les planificateurs de services cliniques, les décideurs qui ont à allouer des ressources et les chercheurs qui souhaitent mesurer l'effet de la multimorbidité.

RÉSUMÉ
Les pres
en Ontari
James Downar, MDMC, MHS
Larkin Davenport, Hoyer, MPH
pour la version anglaise de l'article, veuillez
Entrevue avec l'auteur en bas de diffusion (en
Voir l'éditorial connexe à la page 74

CONTEXTE : Le Canada a légalisé l'aide médicale à mourir en 2016. Des voix se sont élevées pour signaler que l'intégrité des soins palliatifs et que l'accès restreint aux soins palliatifs et que la vulnérabilité sociale et économique des patients risquent d'influer sur l'équité de l'aide à mourir. Nous avons examiné le bilan des premières années de personnes qui ont reçu l'aide médicale à mourir en Ontario et comparé le profil des personnes qui ont reçu l'aide médicale à mourir à celui de l'ensemble des personnes décédées dans la province.

MÉTHODES : Nous avons fait une étude de cohorte rétrospective comparant l'ensemble des décès par aide médicale à mourir en Ontario en 2016 au 31 octobre 2018. Nous avons rassemblé des données démographiques des patients qui ont reçu l'aide médicale à mourir et cliniques et démographiques des personnes qui ont reçu l'aide médicale à mourir à l'aide de

RÉSULTATS : En Ontario, 50,2 % des personnes qui ont reçu l'aide médicale à mourir ont été

Retrouvez tout le contenu francophone du CMAJ, y compris les articles et lignes directrices sur la COVID-19 au cmaj.ca/français

cmaj