

«Less is more» ou pouvons-nous épargner des investigations ou des traitements à nos patients?

Nicolas Rodondi, rédacteur



Comment une infirmière de 52 ans avec des douleurs thoraciques reproductibles à la palpation peut-elle se retrouver avec une transplantation cardiaque après que son médecin lui a prescrit un CT cardiaque pour la rassurer [1]? Evidemment, il s'agit d'un cas extrême qui est le résultat d'une série de complications (dissection aortique lors de la coronographie, opération en urgence avec complications). Il n'en demeure pas moins qu'une partie des coûts de la santé sont générés par des examens et des traitements qui n'améliorent pas le pronostic des patients [2–4]. Ce qui pourrait en partie expliquer, par exemple, pourquoi la Hollande, avec une médecine de 1^{er} recours forte, est au 1^{er} rang pour la qualité des soins tout en dépensant deux fois moins que les Etats-Unis.

Pourquoi certains tests n'améliorent-ils pas la santé des patients ou peuvent même la péjorer? Lorsqu'on considère un test, il faut non seulement évaluer son bénéfice en termes de dépistage ou diagnostic d'une maladie, mais aussi les conséquences des différents résultats. Par exemple, une ergométrie de stress positive chez un patient asymptomatique engendre plus souvent un résultat faux positif qu'un vrai positif. Chez un patient asymptomatique, la prévalence d'une maladie coronarienne est de 5 à 25%, engendrant une mauvaise valeur prédictive positive (6–48%) de l'ergométrie [5], et une très faible probabilité de découvrir une maladie coronarienne dont on pourrait influencer le pronostic (0,5%)! Par ailleurs, la seule étude randomisée sur le dépistage de la maladie coronarienne silencieuse ne montre pas d'amélioration du pronostic chez les patients diabétiques, en tout cas quand les facteurs de risque sont bien contrôlés [6]. Pour un vrai bénéfice, un test doit non seulement apporter des informations diagnostiques, mais doit permettre aussi une amélioration de la prise en charge et du pronostic du patient.

Pour évaluer ce problème de surutilisation, plusieurs initiatives ont récemment été lancées, comme la série «Less is more» des *Archives of Internal Medicine* ou l'initiative «Choosing wisely» de la Fondation américaine de médecine interne, afin d'identifier des examens ou des traitements dont l'utilisation pourrait être réduite sans péjoration des soins des patients, voire même entraîner une amélioration [7]. Ce thème a aussi été mis comme un sujet important sur l'agenda de la SSMI.

Les internistes généralistes, tant en ambulatoire qu'à l'hôpital, sont particulièrement bien placés pour évaluer les indications des examens et des interventions, peser leurs bénéfices et leurs risques et limiter dans certaines situations, une surmédicalisation, notamment chez les patients polymorbides. Avant de prescrire un examen, le médecin devrait toujours se poser les questions suivantes [8]: est-ce que cet examen a déjà été fait? Si oui, quelle est la probabilité que la répétition de ce test apporte une information nouvelle? Est-ce que le résultat de ce test influencera la prise en charge de mon patient? Quelle est la probabilité d'un résultat faussement positif et quelles en sont les conséquences négatives potentielles?

La recherche clinique «orientée vers les patients» est un autre ingrédient indispensable pour mieux évaluer le bénéfice des investigations et des traitements, notamment quand ils sont utilisés chez des patients bien moins sélectionnés que dans les études randomisées [9]. Malheureusement, la recherche sur les services de santé et sur l'efficacité comparative («comparative effectiveness research») est toujours peu développée. Nous manquons cruellement de données sur la comparaison de l'efficacité de différentes méthodes d'investigations ou de différentes prises en charges médicales dans la pratique clinique. Par exemple, vaut-il mieux prescrire une statine ou favoriser les mesures de style de vie en prévention primaire? Aucune grande étude n'a répondu à cette question qui concerne des millions de patients prenant des statines [10]. Selon les récentes recommandations de l'ASSM, la Confédération devrait imposer l'instauration d'un programme national de recherche dans ce domaine, avec le soutien du Fonds National qui devrait nommer des experts de ces domaines dans son Conseil de la Recherche. Seuls des efforts conjoints des médecins tant en cabinet qu'en hôpital et des chercheurs cliniciens permettront de diminuer ce problème de surutilisation, afin de pouvoir perpétuer des soins de haute qualité pour nos patients.

Références

La liste complète des références numérotées se trouve sous www.medicalforum.ch.