

L'expérience des hôpitaux publics tessinois

«Choosing Wisely»: de la théorie à la pratique

Luca Gabutti^a, Michela Pironi^b, Roberto Della Bruna^c, Juergen Heinkel^d, Luca Clivio^e, Angela Greco^e

^a Division of Internal Medicine and Nephrology, Ospedale Regionale di Locarno, Switzerland, ^b Central Pharmacy Service, Clinical Pharmacy Division, Ente Ospedaliero Cantonale, Switzerland, ^c Department of Laboratory Medicine, Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, Bellinzona, Switzerland, ^d Division of Radiology, Ospedale Regionale di Locarno, Switzerland, ^e Quality and Patient Safety Service, Ospedale Regionale di Locarno, Switzerland

Summary

Choosing Wisely: from theory to practice

“Choosing Wisely” is an innovative approach that the Network of Southern Switzerland Public Hospitals has decided to promote. Five standard diagnostic or therapeutic procedures have been chosen to explore the potential benefit of the “Choosing Wisely” initiative: the prescription of benzodiazepines, proton pump inhibitors or antibiotics on discharge from hospital, exposure to ionising radiation in radiological imaging and the number of blood samples taken during hospitalisation.

As a first step we compared these variables in the medical and surgical departments of the four major public hospitals in Ticino. We observed significant and unexpected practical differences between specialties and between the different institutions. These results were presented to all concerned healthcare stakeholders.

The next steps are to develop continuous monitoring of these indicators and specific recommendations by involving patients in the consciousness-raising process.

Key words: choosing wisely, recommendations, monitoring

«Choosing Wisely, Less is More, Slow Medicine, Smarter Medicine»... Les médias populaires et scientifiques nous exhortent à être plus critiques et attentifs dans les prescriptions d'interventions thérapeutiques et diagnostiques car ces décisions peuvent non seulement ne pas avoir d'indications justifiées mais aussi se révéler contre-indiquées pour les patients [1-10].

En discutant avec nos collègues, nous avons ressenti, à plusieurs reprises, un certain scepticisme, voire une irritation en relation avec ces campagnes de sensibilisation. Les réactions recueillies furent par exemple: «Je prescris déjà avec attention...», «Evidemment que je ne propose pas de thérapies inutiles...», «Le compro-

Résumé

«Choosing Wisely» est une approche innovante que les hôpitaux publics tessinois ont décidé de promouvoir. Cinq procédures diagnostiques ou thérapeutiques courantes ont été choisies pour explorer l'éventuel bénéfice de l'initiative «Choosing Wisely»: la prescription de benzodiazépines, d'inhibiteurs de la pompe à protons ou d'antibiotiques à la sortie de l'hôpital, l'exposition aux rayonnements ionisants lors d'imagerie radiologique et le nombre de prélèvements sanguins lors d'une hospitalisation.

Dans une première étape nous avons comparé ces variables dans les services de médecine et de chirurgie des quatre hôpitaux publics tessinois principaux. Nous avons pu constater des différences grandes et inattendues de pratique entre les spécialités et entre les différents instituts. Ces résultats ont été présentés aux acteurs de la santé des structures concernées.

Les prochaines étapes consisteront à élaborer un suivi continu de ces indicateurs et d'élaborer des recommandations spécifiques en impliquant également les patients dans le processus de sensibilisation.

mis diagnostique et thérapeutique que je soutiens est le fruit d'une médecine qui s'adresse à la personne: des interdictions imposées de l'extérieur ne peuvent que la rendre moins harmonieuse...»...

Mais alors, pourquoi l'*American Board of Internal Medicine* a-t-il lancé l'initiative «Choosing Wisely» et pourquoi la campagne internationale continue-t-elle à croître en intensité et dans ses contenus [11] ?

Pour tenter de répondre à ces questions, nous vous proposons tout d'abord de revoir les objectifs de l'initiative «Choosing Wisely» [12]. Le premier objectif est de promouvoir le dialogue entre les patients et les médecins (ou, plus généralement, les fournisseurs de soins)



Luca Gabutti

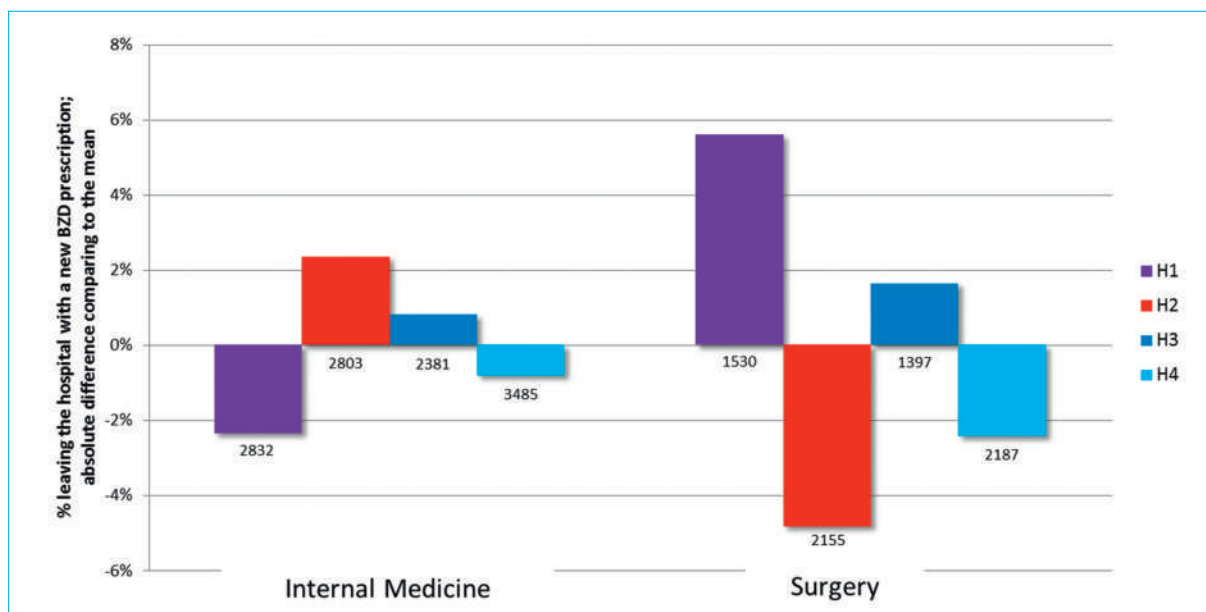


Figure 1: Variabilité par rapport à la moyenne dans la nouvelle prescription de benzodiazépine lors de la sortie de l'hôpital. L'histogramme montre la différence entre les services (médecine/chirurgie) et les hôpitaux, indiqués par la lettre H de 1 à 4. Le nombre de cas analysés est affiché sur l'histogramme.

et le second, d'aider les patients à choisir des traitements nécessaires, fondés sur les faits, non répétitifs et présentant un risque réduit. Par des listes négatives (pratiques à éviter), on ne veut pas exclure a priori des interventions diagnostiques et thérapeutiques à haut risque, mais plutôt inciter les médecins à en discuter la nécessité, les risques et les éventuelles alternatives avec le patient, dans le respect de son autonomie [13].

Faire plus ne signifie pas toujours faire mieux

La prescription médicamenteuse se basant sur l'expérience personnelle peut conditionner de manière importante la pratique clinique. Il y a une tendance naturelle à surestimer les avantages et à sous-estimer les risques des interventions thérapeutiques et diagnostiques, appelée «évaluation thérapeutique inadéquate». On se laisse parfois porter par un «optimisme thérapeutique disproportionné», appelé «optimisme irréaliste», qui peut conditionner de manière significative la capacité décisionnelle des cliniciens [14].

Dans la logique de l'initiative «Choosing Wisely», la prescription d'un médicament devrait respecter certains critères pouvant être synthétisés dans une recommandation générique: «Avant de prescrire un médicament, il convient d'en vérifier l'indication, d'envisager les alternatives non médicamenteuses, de discuter avec le patient des bénéfices attendus et des risques potentiels et, dans le cas d'une thérapie à long terme, de programmer une réévaluation».

Une réflexion a été conduite avec un groupe de soignants (médecins, infirmiers, spécialistes de la gestion et de la qualité, techniciens et employés administratifs)

intéressés à améliorer les procédures diagnostiques et thérapeutiques selon la perspective de «Choosing Wisely» dans le réseau des hôpitaux publics tessinois (Ente Ospedaliero Cantonale, EOC) [15].

Ce groupe de réflexion n'a pas souhaité faire des recommandations négatives, sur le modèle des sociétés suisse (Smarter Medicine [16]) et internationales [17], sans contrôler en amont l'efficacité des propositions. Nous avons donc décidé d'identifier, avec la méthode d'analyse de variabilité des données, les pratiques susceptibles d'être mesurées et quantitativement suffisamment importantes pour permettre des comparaisons et évaluer leurs performances (*benchmarking*).

Grâce à la localisation décentralisée des hôpitaux du Tessin, nous pouvions disposer de données relatives à des services cliniques similaires, mais gérés de manière semi-autonome dans des hôpitaux situés à quelques kilomètres les uns des autres [15].

Dans une première étape, nous avons examiné deux procédures signalées par «Choosing Wisely», «Slow Medicine» et «Smarter Medicine» [12,16,18]: la prescription de somnifères (risque en particulier de dépendance et de chute [19,20]), et celle d'inhibiteurs de la pompe à protons (risque de troubles électrolytiques, de pullulation bactérienne et éventuellement d'infarctus du myocarde [21,22]).

Les recommandations originales auxquelles nous avons fait référence sont respectivement:

- 1) éviter l'utilisation d'hypnotiques comme thérapie initiale en présence d'une insomnie chronique chez les adultes; proposer plutôt une thérapie cognitivo-comportementale et réserver les médicaments pour un traitement d'appoint, le cas échéant (American Academy of Sleep Medicine, Choosing Wisely [12]);

- 2) ne pas 'utiliser de benzodiazépines ou d'autres hypnotiques sédatifs chez les personnes âgées comme premier choix contre l'insomnie, l'agitation ou l'état confusionnel (*American Geriatrics Society, Choosing Wisely* [12]);
- 3) ne pas prescrire systématiquement des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) aux patients ne présentant aucun facteur de risque de maladie ulcéreuse. Dans la maladie du reflux gastro-œsophagien, les prescrire à la dose la plus faible pour contrôler les symptômes, en éduquant le patient à des périodes souhaitables de suspension (*Société italienne de médecine générale, Slow Medicine* [16]);

- 4) éviter la poursuite à long terme d'un traitement d'inhibiteurs de la pompe à proton pour des symptômes gastro-intestinaux sans utiliser la plus faible dose efficace (*Société suisse de médecine interne générale, Smarter Medicine* [18]).

Les nouvelles prescriptions de benzodiazépine et d'inhibiteurs de la pompe à protons ont été analysées lors des hospitalisations dans les quatre hôpitaux principaux du réseau EOC entre mai 2014 et juin 2015. L'analyse des données (figures 1 et 2) a montré de grandes (et inattendues) différences entre les spécialités (médecine versus chirurgie) et entre les différents hôpitaux concernés.

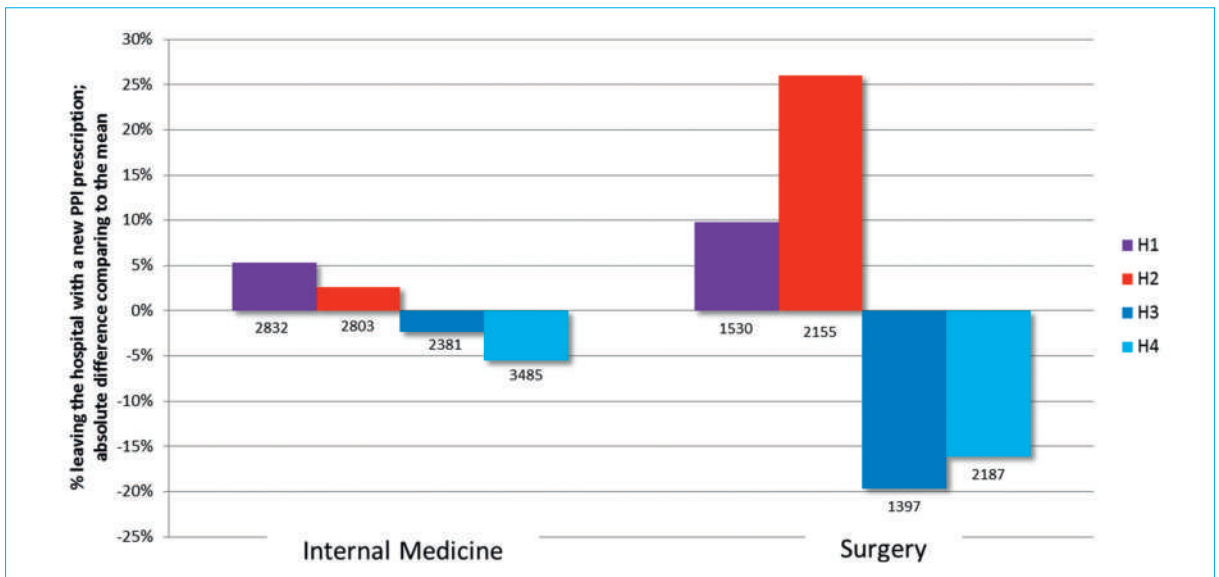


Figure 2: Variabilité par rapport à la moyenne dans la nouvelle prescription d'inhibiteurs de la pompe à protons lors de la sortie de l'hôpital. L'histogramme montre la différence entre les services (médecine/chirurgie) et les hôpitaux, indiqués par la lettre H de 1 à 4. Le nombre de cas analysés est affiché sur l'histogramme.

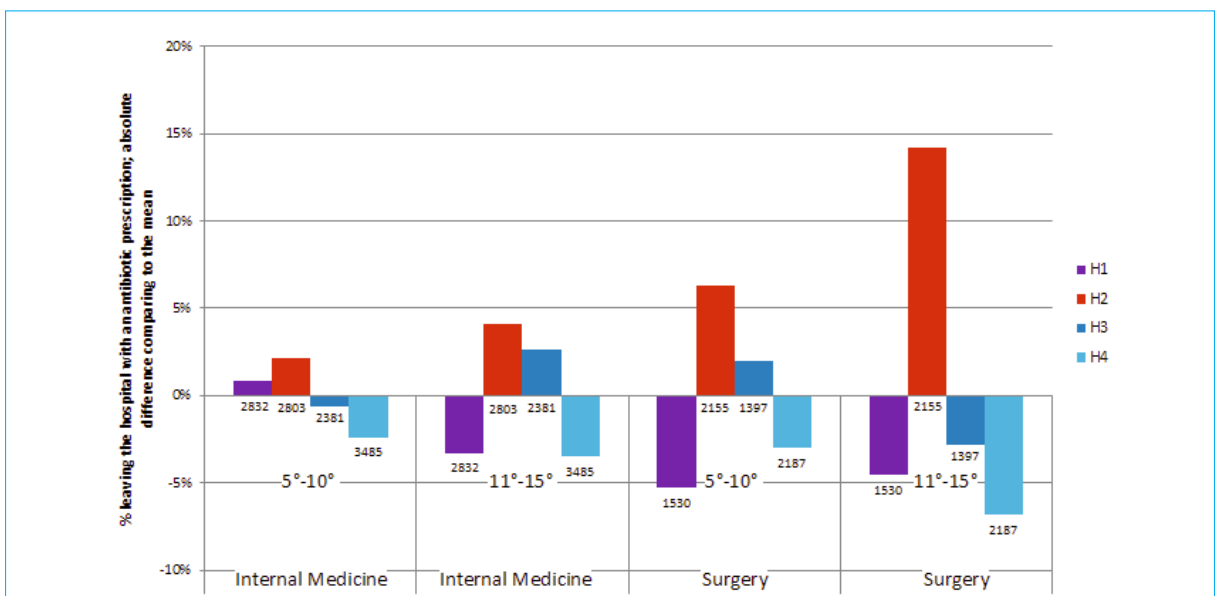


Figure 3: Variabilité par rapport à la moyenne dans la prescription d'antibiotiques lors de la sortie de l'hôpital, en fonction de la durée de l'hospitalisation (moins de 11/ plus de 10 jours). L'histogramme montre la différence entre les services (médecine/chirurgie) et les hôpitaux, indiqués par la lettre H de 1 à 4. Le nombre de cas analysés est affiché sur l'histogramme.

Les deux procédures choisies offraient donc une variabilité susceptible de faire l'objet d'une évaluation des performances, une surveillance continue et de potentiels projets d'amélioration spécifiques.

Suite à ces résultats encourageants, trois procédures additionnelles ont été analysées par la suite:

- 1) la surveillance de la prescription d'antibiotiques à la sortie de l'hôpital en fonction de la durée de l'hospitalisation (en pensant en particulier au risque de développer des résistances) (mai 2014-juin 2015);
- 2) la surveillance de l'exposition aux rayonnements lors de scanners thoraciques, abdominaux et thoraco-abdominaux (décembre 2013 - juin 2015; 200 examens par hôpital);
- 3) la surveillance du nombre de prélèvements sanguins effectués quotidiennement à l'hôpital (août 2014 - juin 2015).

Dans ces trois cas également, nous avons mis à jour des différences importantes et surprenantes entre les services et les instituts (figures 3, 4 et 5).

Sur la base de ces résultats, nous avons initialement proposé aux cliniciens des recommandations simples (tableau 1) (que nous avons appelées «Statements du projet Choosing Wisely EOC»). L'objectif à plus long terme sera de programmer un suivi continu de ces indicateurs et d'élaborer des recommandations spécifiques en impliquant également les patients dans le processus de sensibilisation.

Afin d'impliquer le personnel soignant, les patients et le milieu politique dans le projet et dans la philosophie de «Choosing Wisely», nous avons également organisé un symposium à Lugano avec des experts suisses et internationaux.

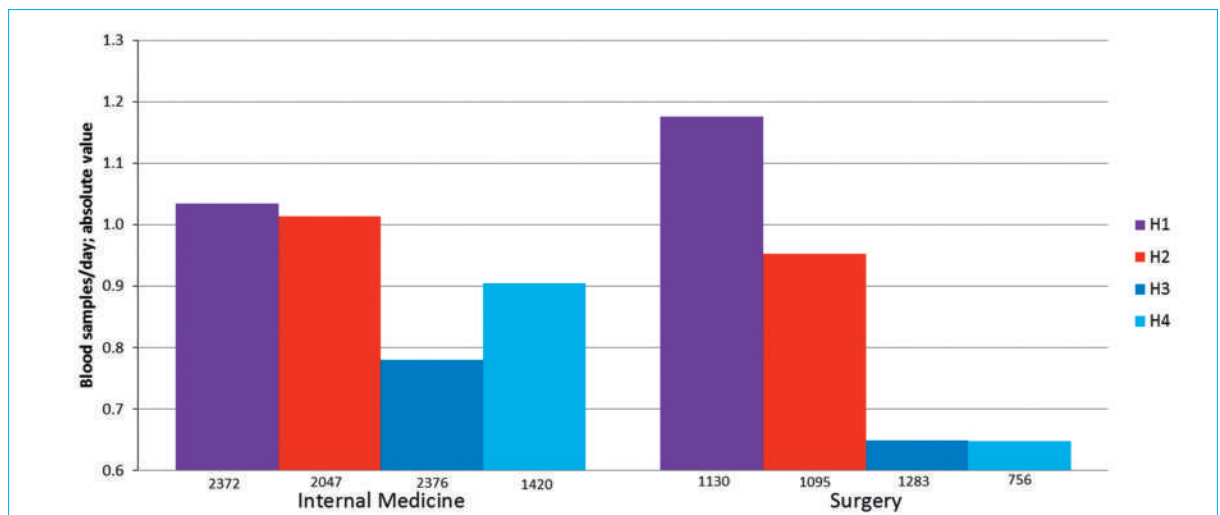


Figure 4: Variabilité par rapport à la moyenne dans la prescription de prélèvements sanguins lors de l'hospitalisation. L'histogramme montre le nombre de prélèvements sanguins par jour d'hospitalisation et les différences entre les services (médecine/chirurgie) et les hôpitaux, indiqués par la lettre H de 1 à 4. Le nombre de cas analysés est affiché sur l'histogramme.

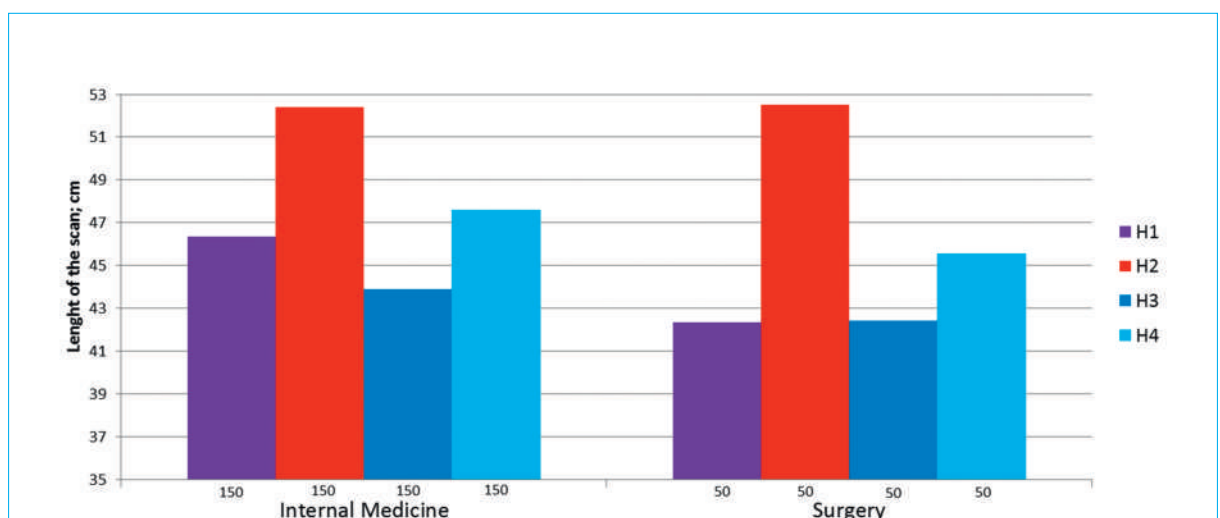


Figure 5: Variabilité par rapport à la moyenne dans la longueur des scanners de l'abdomen lors de l'hospitalisation. L'histogramme montre la différence entre les services (médecine/chirurgie) et les hôpitaux, indiqués par la lettre H de 1 à 4. Le nombre de cas analysés est affiché sur l'histogramme.

Tableau 1: Les cinq recommandations initiales.

| Fibrose | Classification selon Ishak |
|---------|--|
| 1 | Avant de prescrire une benzodiazépine à un patient hospitalisé, vérifiez et tracez-en l'indication, explorez les alternatives (en particulier non médicamenteuses) et le risque (dépendance, chutes, etc.) et impliquez le patient dans la décision. A la sortie du patient, réévaluez l'indication et les risques et décidez, dans le cas d'une nouvelle prescription, de la durée du traitement en indiquant la nécessité d'une réévaluation au médecin traitant |
| 2 | Avant de prescrire un inhibiteur de la pompe à protons à un patient hospitalisé, vérifiez et tracez-en l'indication en explorant les alternatives et le risque (troubles électrolytiques, prolifération bactérienne, interactions, etc.) et impliquez le patient dans la décision. A la sortie du patient, réévaluez l'indication et les risques et décidez, dans le cas d'une nouvelle prescription, de la durée du traitement en indiquant la nécessité d'une réévaluation au médecin traitant |
| 3 | À la sortie du patient, vérifiez si la durée du traitement antibiotique prescrit est conforme aux recommandations et respecte le principe de la durée minimale efficace |
| 4 | Avant de prescrire un scanner de l'abdomen ou du thorax, vérifiez-en l'indication en explorant les alternatives, en prenant en compte les risques (exposition aux rayonnements, administration de contraste) et impliquez le patient dans la décision. Lors de l'examen, vérifiez que l'exposition totale aux rayonnements représente le meilleur compromis entre la nécessité diagnostique et la radioprotection |
| 5 | Avant de prescrire un prélèvement sanguin, vérifiez qu'il répond à toutes les questions diagnostiques ouvertes. Avant de le répéter, vérifiez sa nécessité en cherchant à regrouper les demandes des jours suivants dans un seul prélèvement et en évitant le gaspillage |

Conclusion

En conclusion, l'habitude de prescription et le préjugé basé sur l'expérience (qui fait surestimer l'impact positif de la stratégie diagnostique et thérapeutique et sous-estimer les risques) peuvent involontairement produire des pratiques non optimales qui échappent à l'autocritique. Une surveillance continue avec évaluation de l'approche diagnostique et thérapeutique ne peut qu'avoir des effets positifs si elle est appliquée de manière ciblée et raisonnable.

Au-delà de son potentiel déclamatoire, nous accueillons donc la philosophie Choosing Wisely comme un défi adressé à l'autocritique constructive dans la pratique clinique.

Implications pratiques

- > L'identification de la variabilité entre les instituts dans les stratégies diagnostiques et thérapeutiques peut montrer des différences surprenantes.
- > Les différences peuvent être au moins partiellement dues aux habitudes de prescription et aux préjugés cliniques.
- > La surveillance et l'évaluation des performances peuvent être des instruments précieux pour affiner l'adéquation de la pratique clinique.
- > Le respect de l'unicité du patient reste une valeur fondamentale à renforcer par la création d'une relation médecin-patient plus approfondie et efficace.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont déclaré aucun lien financier ou personnel en rapport avec cet article.

Correspondance:

Prof. Luca Gabutti
Division Médecine Interne et Néphrologie
Hôpital Régional de Locarno
CH-6600 Locarno
luca.gabutti[at]eoc.ch

Références

- 1 Gaspoz JM. Smarter medicine: do physicians need political pressure to eliminate useless interventions? *Swiss Med Wkly* 2015;145:w14125.
- 2 Selby K, Cornuz J, Neuner-Jehle S, Perrier A, Zeller A, Meier CA, et al. "Smarter medicine": 5 interventions à éviter en médecine interne générale ambulatoire. *Schweizerische Aerzte Zeitung* 2014;95:20.
- 3 Moynihan R, Smith R. Too much medicine? Almost certainly. *BMJ* 2002;324:859-60.
- 4 Glasziou P, Moynihan R, Richards T, Godlee F. Too much medicine; too little care. Time to wind back the harms of overdiagnosis and overtreatment. *BMJ* 2013;346:f1271.
- 5 Garner S, Littlejohns P. Disinvestment from low value clinical interventions: NICELY done? *BMJ* 2011;343:d4519.
- 6 Elshaug AG, Hiller JE, Tunis SR, Moss JR. Challenges in Australian policy processes for disinvestment from existing, ineffective health care practices. *Aust N Z Health Policy* 2007;4:23.
- 7 NICE. Cost savings. <http://www.nice.org.uk/aboutnice/whawedo/niceandthenhs/CostSaving.jsp>.
- 8 Zuercher C. Ces examens inutiles. La Société Suisse de Médecine Interne Générale déconseille cinq tests aux praticiens. *Tribune de Genève*, 15 mai 2014.
- 9 Wolfson D, Santa J, Slass L. Engaging physicians and consumers in conversations about treatment overuse and waste: a short history of the choosing wisely campaign. *Acad Med* 2014;89:990-5.
- 10 Santa JS. Communicating information about "what not to do" to consumers. *BMC Med Inform Decis Mak* 2013;13 (Suppl. 3):S2.
- 11 Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA. "Choosing Wisely": a growing international campaign. *BMJ Qual Saf* 2015;24:167-74.
- 12 Choosing wisely: an initiative of the ABIM Foundation. 2013 <http://www.choosingwisely.org>
- 13 Choosing wisely: About us. <http://www.choosingwisely.org/about-us/14>
- 14 Dunn LB. "Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: A review of instruments." *Am J Psychiatry* 2006;163:1323-34.
- 15 EOC; l'ospedale multisito del Ticino. <http://www.eoc.ch/>
- 16 «Smarter Medicine» Des bases de décision intelligentes pour le bien-être du patient. <http://www.smartermedicine.ch/fr>
- 17 Choosing Wisely Around the World. <http://www.choosingwisely.org/resources/updates-from-the-field/choosing-wisely-around-the-world/>
- 18 Slow Medicine. <http://www.slowmedicine.it>
- 19 Lader M. Benzodiazepines revisited: will we ever learn? *Addiction* 2011;106:2086-109.
- 20 Lader M. Benzodiazepine harm: how can it be reduced? *Br J Clin Pharmacol* 2014;77:295-301.
- 21 Johnson DA, Oldfield EC. Reported Side Effects and Complications of Long-term Proton Pump Inhibitor Use. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2013;11:458-64.
- 22 Shah NH, LePendu P, Bauer-Mehren A, et al. Proton Pump Inhibitor Usage and the Risk of Myocardial Infarction in the General Population. *PLoS One* 2015;10(6):e0124653.