«Smarter Medicine» / «Choosing Wisely»

Où en sommes-nous avec la surmédicalisation en Suisse en 2017?

Prof. Dr méd. Nicolas Rodondi, rédacteur en chef, Forum Médical Suisse
Prof. Dr méd. Jean-Michel Gaspoz, Co-Président SSMIG

En 2013, nous avions publié un éditorial dans le *Forum Médical Suisse* (FMS) concernant la surmédicalisation et les mesures nécessaires pour que ce thème important pour la santé de nos patients soit pris en compte et développé en Suisse [1]. Plusieurs études montrent que la surmédicalisation cause des effets secondaires importants pour les patients et contribue à 30% des dépenses de santé sans valeur ajoutée, en raison d'examens et de traitements qui n'améliorent pas le pronostic des patients [2, 3].

Les listes «Top 5» de la SSMIG

Depuis lors, la Société Suisse de Médécine Interne Générale (SSMIG) a pris au sérieux ce problème et a développé, avec son programme «Smarter Medicine», deux listes «Top 5»: une pour le domaine ambulatoire [4] et une pour le domaine hospitalier [5] (voir annexe, p. 47–48). Dans ce numéro, apparait le 1er article d'une série décrivant la littérature et le rationnel de la nouvelle liste «Top 5» pour le domaine stationnaire, en parallèle de leur publication dans la *Revue Médicale Suisse* (RMS).

Nicolas Rodondi

Jean-Michel Gaspoz

Certains pourraient se poser la question de l'utilité de telles listes Top 5. Leur but est non seulement d'informer les médecins, mais aussi d'informer les patients, en favorisant une décision partagée entre les médecins et les patients. Une étude aux Etats-Unis auprès de 1500 patients a montré qu'il existait beaucoup de fausses croyances [6]; la majorité des patients pensent que plus de soins correspond à une meilleure qualité des soins, que les nouveaux soins sont plus efficaces que les anciens et que les soins coûteux sont plus efficaces que les soins bon marché! La SSMIG a donc planifié le programme «Smarter Medicine» en 3 étapes: tout d'abord une formation aux médecins suisses via les journaux indépendants (comme le FMS, Primary and Hospital Care, la RMS), une formation des médecins-assistants, puis une campagne destinée au grand public. Concernant la formation, une étude randomisée a par exemple montré qu'une formation des médecins-assistants sur les indications inappropriées permettait de réduire le nombre d'échocardiographie de 34 à 13% [7]. Aux Etats-Unis, une récente évaluation de l'initiative «Choosing Wisely» a montré des changements modérés pour 7 recommandations évaluées, avec surtout une diminution importante de l'imagerie cérébrale pour des céphalées non compliquées et de l'imagerie cardiaque chez des patients sans maladie cardiovasculaire [8]. Cette étude montre qu'une communication des listes «Top 5» est une première étape nécessaire, mais pas encore suffisante pour réussir à réduire la surmédicalisation. Un projet mené à l'Université de Californie à San Francisco a montré de grandes variations dans les taux de transfusions entre les départements, ainsi qu'entre les médecins individuels. Une retransmission de ces données à chaque médecin a permis d'obtenir une réduction des transfusions de plus de 20% et ceci sans aucune mesure coercitive! Un projet de monitorage au Tessin a montré des grandes variations, par exemple sur le taux de prescription de benzodiazépines à la sortie des hôpitaux; un retour régulier sur ces pratiques a permis une diminution de la sur-prescription de benzodiazépines [9].

Que faudrait-il pour faire progresser ce thème?

Un problème majeur est la limitation de nos connaissances sur les facteurs qui favorisent la surmédicalisation et les moyens de la réduire. Par exemple, les patients multimorbides sont souvent exclus des études randomisées. Une étude a montré que 63% des études excluent les patients avec deux maladies ou plus et seulement 2% les incluent explicitement [10], alors que 60% de la population de ≥65 ans souffre de ≥ deux maladies. Par conséquent, nous ne savons pas si les «guidelines» qui sont basés sur ces études randomisées sont surtout applicables pour les patients avec une seule maladie et si les patients avec multimorbidité ont le même bénéfice des traitements et/ou s'ils ont plus d'effets secondaires, en raison des interactions et des dysfonctions rénales dans cette population. L'Union Européenne, par son programme «Horizon 2020», finance des études pour les patients multimorbides. Dans l'une de ces études, nous allons évaluer si l'optimi-

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

sation des traitements chez les patients multimorbides permet de diminuer les hospitalisations et augmenter leur qualité de vie. Récemment, le Conseil Fédéral a financé un programme national de recherche (PNR 74) «Système de Santé» [11] sous l'égide du Fonds National, qui permettra notamment d'adresser le défi des patients multimorbides et de la surmédicalisation. Par exemple, à l'Institut Universitaire de Médecine de Famille à Berne, nous allons évaluer si l'optimalisation des traitements chez les patients multimorbides est aussi possible dans les cabinets médicaux et, dans un autre projet, d'améliorer le dépistage du cancer du côlon en prenant en compte l'avis des patients et leurs préférences. Dans un projet mené par la Clinique de Médecine Générale Interne à Berne, nous allons évaluer les variations dans les interventions controversées en Suisse; nos premières analyses montrent déjà de très grandes variations dans l'utilisation controversée de la vertébroplastie. Ces projets et d'autres, notamment par le financement du NFP74, vont permettre d'évaluer comment il est possible de diminuer la surmédicalisation tout en améliorant la santé des patients.

Pourra-t-on par ces projets résoudre le problème de la surmédicalisation?

Malheureusement, il reste encore de grands défis. Les données sur le système de santé restent extrêmement lacunaires en Suisse. Par exemple, un certain nombre de données sont collectées par l'Office Fédérale de la Statistique, mais leur exploitation reste sous-optimale. Deux instances («Swiss Medical Board» et la nouvelle unité «Health Technology Assessment» de l'OFSP) évaluent les pratiques controversées, mais leur impact reste encore à clarifier. Le PNR 74 est une excellente initiative du Conseil Fédéral sur 4 ans, mais le financement à long terme de la recherche sur les services de santé et sur l'efficacité comparative en Suisse n'est pas assuré, alors que nous manquons cruellement de données sur la comparaison de l'efficacité de différentes méthodes d'investigations ou prises en charge médicales! Espérons que des efforts conjoints des médecins travaillant au niveau académique et des médecins en cabinet, tant en recherche que dans la pratique clinique, permettront d'adresser le problème de la surmédicalisation pour perpétuer des soins de haute qualité pour nos patients!

Correspondance:
Prof. Dr méd. Nicolas Rodondi
Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern
Universitätsklinik und Poliklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital, Universitätsspital Bern
Nicolas.Rodondi[at]insel.ch

Disclosure statement
N.R. a reçu des supports du Fonds National de la Recherche Scientifique (FNRS) et de l'Union Européenne (FP7, Horizon 2020) pour des recherches dans ce domaine. J.M.G. n'a pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

1 Rodondi N. «Less is more» ou pouvons-nous épargner des investigations ou des traitements à nos patients? Forum Med Suisse. 2013;13(10):196.
2 Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. Jama. 2012;307:1513–6.
3 Hood VL, Weinberger SE. High value, cost-conscious care: an international imperative. Eur J Intern Med. 2012;23:495–8.
4 Gaspoz J-M, Selby K, Cornuz J, Neuner-Jehle S, Zeller A, Perrier A, Meier C, Rodondi N. Vers une médecine interne générale plus efficiente: «Smarter Medicine». Primary Care. 2014;14(10):166–167.
5 Bavamian S, Gabutti L, Kherad O, Rodondi N, Rutishauser J, Waeber G, Meier CA. Smarter Medicine: la liste «Top 5» pour le secteur hospitalier. Forum Med Suisse. 2016;16(32):626–29.
6 Carman KL, Maurer M, Yegian JM, Dardess P, McGee J, Evers M, Marlo KO. Evidence that consumers are skeptical about evidence-based health care. Health Aff (Millwood). 2010;29:1400–6.
7 Bhatia RS, Dudzinski DM, Malhotra R, Milford CE, Yoerger Sanborn DM, Picard MH, Weiner RB. Educational intervention to reduce outpatient inappropriate echocardiograms: a randomized control trial. JACC Cardiovasc Imaging. 2014;7:857–66.
8 Rosenberg A, Gottlieb M, Barron J, Brady P, Liu Y, Li C, DeVries A. Early Trends Among Seven Recommendations From the Choosing Wisely Campaign. JAMA Intern Med. 2015;12:7.
9 Gabutti L, Pironi M, Della Bruna R, Heinkel J, Clivio L and Greco A. [Choosing Wisely: from theory to practice]. Rev Med Suisse. 2015;11:1973–7.
10 Jadad AR, To MJ, Emara M and Jones J. Consideration of multiple chronic diseases in randomized controlled trials. Jama. 2011;306:2670–2.
11 SNSF. NRP 74 «Smarter Health Care». 2016.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Annexe: les listes «Top 5» pour le domaine ambulatoire et le domaine hospitalier

Liste « Top 5 »

La Société Suisse de Médecine Interne Générale recommande de ne pas pratiquer les tests et prescriptions suivants dans le domaine ambulatoire:

ambulatory care

1 Un bilan radiologique chez un patient avec des douleurs lombaires non-spécifiques depuis moins de 6 semaines

Une lombalgie est considérée comme non-spécifique en l'absence de signes d'alarme («red flags»), tels qu'un déficit neurologique sévère ou progressif, ou une suspicion de processus malin ou infectieux. Un bilan radiologique dans la lombalgie non-spécifique ne modifie pas le pronostic du patient, mais augmente l'exposition aux radiation et les coûts.

Sources: Agency for Health Care Research and Quality, National Institute for Health and Care Excellence
Niveau de preuve: méta-analyse d'essais cliniques randomisés

2 Le dosage du PSA pour dépister le cancer de la prostate sans en discuter les risques et bénéfices avec le patient

Les résultats des essais cliniques sont contradictoires sur les bénéfices du dépistage par PSA. Les hommes devraient comprendre les risques de sur-diagnostic et de traitement superflus, ainsi que les conséquences des interventions en cas de dépistage positif. Le dépistage ne devrait pas être fait au-delà de l'âge de 75 ans.

Sources: American College of Physicians, National Health Service, Swiss Society of Urology
Niveau de preuve: essais cliniques randomisés

3 La prescription d'antibiotiques en cas d'infection des voies aériennes supérieures sans signe de gravité

La grande majorité des infections des voies aériennes supérieures sont des infections virales, contre lesquelles les antibiotiques sont inefficaces.

Sources: Centers for Disease Control, American Academy of Family Physicians, National Institute for Health and Clinical Excellence
Niveau de preuve: plusieurs essais cliniques randomisés

4 Une radiographie du thorax dans le bilan préopératoire en l'absence de suspicion de pathologie thoracique

Elle n'apporte aucun changement dans la prise en charge et l'évolution du patient asymptomatique.

Sources: American College of Radiology, Royal College of Radiologists
Niveau de preuve: plusieurs études d'observation

5 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

L'indication du traitement doit être régulièrement revue avec les patients en raison du risque d'effets secondaires, y compris à long terme. A noter que cette recommandation est également valable pour le traitement d'antagonistes des récepteurs histaminiques H2.

Sources: American Gastroenterological Association, National Institute for Health and Clinical Excellence
Niveau de preuve: essais cliniques randomisés et plusieurs études d'observation

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Liste « Top 5 »

La Société Suisse de Médecine Interne Générale recommande de ne pas pratiquer les tests et prescriptions suivants dans le domaine hospitalier:

hospital

1 Ne pas faire de prises de sang à intervalles réguliers (par exemple chaque jour) ou planifier des batteries d'examens, y compris des examens radiographiques, sans répondre à une question clinique spécifique.

De nombreuses investigations à but diagnostique (y compris les radiographies thoraciques, gazométries, formules sanguines et électrocardiogrammes) sont pratiquées à intervalles réguliers en milieu hospitalier (parfois de manière quotidienne). Ces examens doivent répondre à une question clinique spécifique et doivent être réalisés uniquement si leur résultat peut influencer la prise en charge. L'usage excessif de ces tests peut avoir un impact délétère sur la prise en charge du patient, tout en augmentant les coûts de la santé, sans apporter de bénéfice et en étant potentiellement préjudiciables. A titre d'exemple, les prélèvements sanguins itératifs peuvent conduire à une anémie secondaire pouvant nécessiter des transfusions sanguines. Les éventuelles investigations complémentaires générées par des résultats anormaux découverts de manière fortuite («incidentalomes») peuvent aussi comporter des risques et engendrer des enjeux financiers inutiles.

2 Ne pas poser ou laisser en place une sonde urinaire uniquement pour des raisons de commodité (incontinence urinaire, surveillance de la diurèse) chez des patients en dehors des soins intensifs.

Les infections urinaires causées par le sondage sont les infections les plus fréquemment rencontrées dans les unités de soins. L'utilisation de sonde urinaire pour le traitement de l'incontinence ou par commodité, sans indication précise ou sans mention d'une durée d'utilisation augmente le risque d'infection. Ces infections peuvent augmenter la morbi-mortalité hospitalière, les durées de séjour et avoir un impact financier significatif. Les recommandations internationales proposent aux hôpitaux et aux établissements de soins de longue durée d'éditer des procédures claires quant aux indications au sondage urinaire, aux techniques de mise en place et d'entretien, ainsi qu'aux indications de retrait ou de remplacement de ces sondes.

3 Ne pas transfuser plus que le nombre minimum de culots erythrocytaires nécessaires pour soulager les symptômes liés à l'anémie ou pour normaliser le taux d'hémoglobine selon des seuils définis: (7 g/dL chez des patients stables non cardiaques et 8 g/dL chez des patients stables avec une maladie cardiovasculaire pré-existante)

Une politique de transfusion libérale avec des seuils plus élevés n'a pas permis d'obtenir de meilleurs résultats par rapport aux stratégies restrictives. Une transfusion inutile génère des coûts et expose les patients à des effets indésirables potentiels sans aucun bénéfice. Les cliniciens sont, de ce fait, priés d'éviter l'administration en routine de deux unités de culots erythrocytaires si une unité est suffisante.

4 Ne pas laisser les personnes âgées alitées pendant leur séjour à l'hôpital. De plus, des objectifs thérapeutiques individuels doivent être établis en fonction des valeurs et des préférences de chacun.

Jusqu'à 65% des personnes âgées indépendantes sur le plan fonctionnel à l'admission risquent de perdre leur autonomie pendant un séjour à l'hôpital. Marcher durant le séjour hospitalier est essentiel pour maintenir cette capacité fonctionnelle chez les personnes âgées. La perte d'autonomie pour la marche augmente les durées de séjour, les recours à des services de réhabilitation, les risques de chutes pendant et après la sortie de l'hôpital ainsi que la mortalité chez les personnes âgées. Le fait de rester aliter ou de limiter la marche (en restant assis dans un fauteuil uniquement) au cours d'un séjour à l'hôpital entraîne un déconditionnement et compte parmi les principaux facteurs qui participent à la perte d'autonomie chez les personnes âgées hospitalisées. Les personnes âgées qui marchent pendant leur séjour ont une meilleure mobilité à leur sortie de l'hôpital, avec une durée de séjour plus courte et une amélioration de leur capacité à effectuer indépendamment des activités de la vie de tous les jours, tout en récupérant plus rapidement après une intervention.

5 Ne pas utiliser de benzodiazépines ou autres sédatifs-hypnotiques chez les personnes âgées pour le traitement de l'insomnie, de l'agitation ou d'un état confusionnel aigu et éviter leur prescription à la sortie de l'hôpital.

Des études à grande échelle montrent de façon consistante que le risque d'accidents de la route, de chutes et de fractures de la hanche nécessitant une hospitalisation et entraînant la mort peut plus que doubler chez les personnes âgées prenant des benzodiazépines ou d'autres sédatifs-hypnotiques. L'utilisation de benzodiazépines devrait donc être réservée au traitement de delirium observés lors du sevrage de l'alcool ou en cas de troubles anxieux généralisés sévères lorsque les autres traitements sont inefficaces.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html