

Choosing wisely

«High value care curriculum»

Prof. Dr méd. Omar Kherad

Service de médecine interne, Hôpital de la Tour, Genève



Seule une stratégie d'implémentation multimodale permettra de lutter efficacement contre la surmédicalisation. Parmi plusieurs mesures, cet article discute de la mise en place d'un curriculum universitaire («high value care curriculum») afin de sensibiliser les étudiants en médecine pour une utilisation adéquate des ressources médicales, tout en étant moins délétère pour le patient.

Introduction

Depuis 2011, la campagne «Choosing wisely» initiée aux États-Unis a donné un élan international au combat contre la surmédicalisation [1]. En Suisse, la Société de médecine interne générale (SSMIG) a joué un rôle pionnier en proposant des listes incluant cinq mesures ambulatoires et hospitalières («top five lists») à adopter. Plusieurs sociétés de spécialistes lui ont ensuite emboîté le pas. Plus récemment, l'association «Smarter Medicine Choosing Wisely Switzerland», qui comprend l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) et la SSMIG, a inclus des associations de défense des intérêts des patients et des consommateurs dans ce projet [2]. Cette collaboration devrait donner un nouvel élan à l'initiative pour promouvoir plus largement les efforts de lutte contre la surmédicalisation, en valorisant ainsi l'interprofessionnalité (infirmières, physiothérapeutes/ergothérapeutes, pharmaciens, laboratoires). Ces échanges entre tous les acteurs du système de santé sont non seulement nécessaires pour améliorer la coordination des soins des patients complexes et tenter ainsi de les maintenir à domicile, mais aussi pour éviter les actes redondants qui participent à cette surmédicalisation [3]. Les différents partenaires s'accordent à dire que la publication de ces listes de «traitements inutiles» ne représente qu'une première étape dans l'obtention d'une médecine de qualité et durable, et que ce but ne peut être atteint sans une réelle révolution culturelle dans la consommation des soins auprès de tous les acteurs.



Omar Kherad

Impact du mouvement «Choosing wisely»

L'impact de la publication des «top five lists» pour réduire les actes inappropriés a été étudié principalement aux USA. Les résultats à ce jour sont mitigés puisque seules deux interventions (le CT cérébral pour

les maux de tête et les imageries cardiaques pour les douleurs thoraciques à faible risque) ont montré une légère baisse de moins de 2% [4]. La fréquence de deux autres interventions a même augmenté contre toute attente durant l'analyse de ces données (utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens et dépistage de l'HPV) alors que celle des autres mesures identifiées par la campagne n'a pas changé [4]. Au-delà de l'évaluation de la campagne «Choosing wisely», des études cliniques portant sur les prescriptions inappropriées d'antibiotiques, de transfusions sanguines ou de sondes urinaires ont récemment révélé un impact positif par le biais d'interventions pédagogiques, couplées à un «feedback» éducatif qui cherchaient à modifier le comportement de prescription des cliniciens [5-7]. En Suisse, malgré quelques réticences et difficultés à accepter l'application de ces nouvelles données scientifiques qui peuvent entrer parfois en conflit avec leur pratique habituelle, les médecins de premiers recours ont globalement réservé un bon accueil à la campagne «Choosing wisely» [8].

Malgré l'espoir suscité par ces données positives, d'aucuns estiment que les nobles intentions de la campagne «Wisely» sont vouées à l'échec, car cette approche centrée sur une décision partagée avec le patient ne suffira pas à contrer tous les incitatifs pervers menant à la surmédicalisation [9]. Une revue exhaustive de l'ensemble de ces incitatifs dépasse le cadre de cet article. Le lecteur intéressé pourra se référer à une thèse universitaire dont est issu l'essentiel de l'information décrite dans le prochain paragraphe [10].

Barrières et mesures de l'implémentation de la campagne «Choosing wisely»

Même si réduire la surmédicalisation permet d'utiliser adéquatement les ressources à disposition tout en étant

moins délétère pour le patient, il faut bien reconnaître que ces mesures sont parfois difficiles à appliquer en pratique clinique. En effet, plusieurs barrières se dressent sur le chemin de l'implémentation de ce mouvement. Parmi elles, l'attente des patients, un système fragmenté où le prestataire de soins est payé à l'acte, ainsi que l'illusion thérapeutique des médecins. Une revue systématique récente a en effet révélé que les médecins ont tendance à surestimer les bénéfices d'une intervention et à minimiser les risques dans leur analyse décisionnelle [11]. Il semblerait aussi que les soignants soient moins enclins à suivre des nouvelles recommandations lorsque celles-ci demandent de s'abstenir [12]. Ce comportement peut trouver ses origines dans les théories de la psychologie cognitive: parmi les différents biais cognitifs pouvant expliquer les distorsions cognitives des médecins, le biais d'action, qui traduit la réticence des médecins à ne rien faire face à un patient est très ancré dans nos pratiques [13].

Enfin, il faut également admettre que le concept du «*less is more*» repris dans la campagne «*Choosing wisely*» ne s'applique pas à toutes les situations cliniques [14]. Les médecins font souvent face à une incertitude médicale qu'ils doivent apprendre à gérer. Dans cette zone grise, il n'est en effet pas facile de déterminer quelles prestations sont réellement inutiles. Nombreux sont les cas pour lesquels une évaluation objective s'avère difficile parce que les priorités du patient doivent être prises en compte, mais aussi parce que les limites de l'utilité diagnostique et thérapeutique ne sont pas toujours clairement définies. A cet égard, la campagne «*Choosing wisely*» a mis, au centre de son combat, le dialogue et la décision partagée entre le médecin et le patient.

En réponse aux difficultés rencontrées par la campagne «*Choosing wisely*», les experts du mouvement ont également mis place un plan d'action avec notamment la création d'un «*toolkit*» pour aider les prestataires de soins à développer des stratégies d'implémentation et à mettre en place des mesures correctives en pratique clinique [15].

Ce plan d'action peut se résumer en 3 modalités: (1.) Faire connaître la campagne et éduquer les patients et les médecins, (2.) mesurer de manière standardisée les données et (3.) modifier l'environnement de prescription des médecins (outil d'aide décisionnelle).

Ces modalités doivent se retrouver dans un cadre d'implémentation («*framework*») qu'il convient d'adapter aux conditions particulières de chaque système de santé. Le cadre d'implémentation illustré dans la figure 1 est un exemple qui pourrait s'appliquer au système de santé suisse.

Une description détaillée de ce mode d'implémentation multimodale dépasse le cadre de cette revue, mais elle peut brièvement se diviser en quatre axes principaux.

(1.) La transmission des connaissances qui consiste à soutenir la publication d'articles scientifiques traitant de la surmédicalisation, (2.) le «*feedback*» éducatif qui nécessite au préalable d'identifier des indicateurs qualité des pratiques de prescription et de les mesurer afin de faciliter la comparaison, (3.) l'interdisciplinarité en intégrant l'ensemble du personnel soignant dans la mise en pratique des recommandations et éviter ainsi un effet «*top-down*» et (4.) la mise en place d'un réel curriculum universitaire visant à lutter contre la surmédicalisation («*high value care curriculum*»).

«High value care curriculum»

Lors des premières années d'exposition clinique, les stagiaires en médecine et les jeunes internes sont souvent encouragés à démontrer leur curiosité scientifique et leurs connaissances médicales, comme rapporté par les stagiaires et étudiants en médecine canadiens dans leur mouvement contre la surmédicalisation [17]. Cet environnement universitaire peut amener à une surutilisation des actes médicaux lors des prises en charge des patients souffrant de pathologies complexes. En ajoutant à cela l'incertitude diagnostique plus marquée en début de formation, les jeunes médecins dépensent inévitablement plus d'argent par patient que les médecins plus expérimentés [18]. De nombreux experts ont alors plaidé en faveur de l'intégration d'un curriculum universitaire axé sur la surmédicalisation («*high value care curriculum*») dans les programmes de formation pré et post gradués médicaux [19, 20].

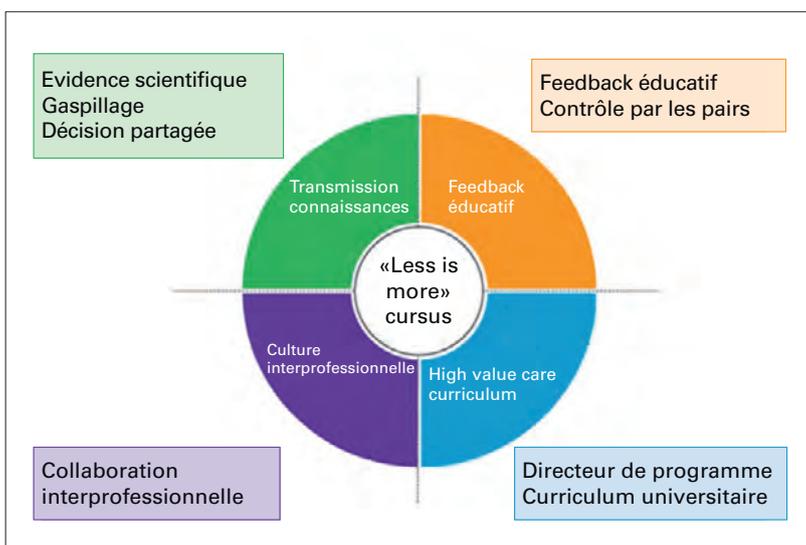


Figure 1: Cadre d'implémentation multimodal du mouvement «*Choosing wisely*» (adapté de [16]).

Parmi toutes les différentes mesures susceptibles de modifier le comportement médical, la formation pré- et postgraduée des médecins semble en effet avoir un impact particulièrement positif sur la diminution d'actes inutiles. Plus cette éducation est précoce, plus l'effet se fait ressentir à long terme. Des études ont en effet démontré que les médecins formés dans des centres soucieux de l'économicité tendent à pratiquer une médecine plus rationnelle après leur internat, ce qui souligne au passage l'importance de la formation dans les centres régionaux et les cabinets médicaux qui sont «de facto» moins sujets aux biais universitaires pouvant favoriser la surmédicalisation [16]. Aussi, ces lieux d'enseignement d'une médecine générale appliquée ont un rôle important à jouer pour éduquer ces jeunes médecins et leur enseigner une médecine rationnelle et durable.

Aux États-Unis, l'«American Board of Internal Medicine» (ABIM) a récemment souligné l'importance du concept du «high value care». Leur site internet fournit les outils nécessaires pour évaluer les programmes de formations [21]. Les internes sont officiellement évalués sur leur capacité à identifier les mesures qui influencent les coûts des soins de la santé [21]. Cependant, des recherches récentes suggèrent que la plupart des programmes de formation ne disposent pas d'un réel enseignement pour faire face à la surmédicalisation [22]. En réponse à cela, l'Université de Stanford a évalué l'implémentation d'un «high value care curriculum» pour les internes en médecine interne [23]. La création de ce curriculum a été le fruit d'une étroite collaboration entre les différents acteurs, dont les enseignants, les internes, les médecins cadres et les spécialistes. Au final, six modules ont été mis en place lors de sessions interactives touchant plusieurs domaines souffrant d'utilisation de soins souvent inappropriés: (1.) La télémétrie; (2.) la prescription de laboratoire; (3.) la transfusion de plaquettes; (4.) les soins palliatifs; (5.) la prescription d'antibiotiques; (6.) la prise en charge des douleurs lombaires. Les résultats évaluant la faisabilité de ce curriculum sont encourageants: l'utilité du matériel mis à disposition a été extrêmement bien évalué par les internes faisant partie du programme [23].

En Suisse, les internes engagés actuellement dans le programme de formation de médecine interne générale de l'Hôpital de La Tour à Genève bénéficient d'un enseignement axé sur le «high value care» en utilisant les modules mis à disposition sur le site de l'«American College of Physicians» (ACP) [24]. L'ACP a de plus identifié des questions de préparation d'examen qui traitaient déjà du sujet du «high value care» sans avoir besoin de développer des questions supplémentaires.

Cet enseignement pionnier est voué à évoluer avec le temps, en intégrant les mesures de l'association «Smarter Medicine Choosing Wisely Switzerland». Il répond aux exigences de la Commission interfacultés médicales suisses (CIMS) qui a mis dans son rapport l'importance d'éviter les actes inutiles comme objectif d'apprentissage dans son concept EPA («Entrustable Professional Activity») [25].

A l'échelle pré-graduée, les étudiants en médecine de l'Université de Genève ont imité leurs collègues canadiens et ont également mis en place un groupe de travail (Smarter Medical Students Geneva), chargé d'élaborer une liste regroupant les interventions de médecine hospitalière à remettre en question de leur point de vue. Après l'évaluation minutieuse des listes établies par le mouvement «Choosing wisely», le groupe de travail a sélectionné les 15 recommandations qu'ils estimaient les plus pertinentes en fonction de leur propre expérience clinique. Informés par courriers électroniques, les étudiants en médecine de l'Université de Genève ont eu trois mois pour évaluer la liste et de classer ces recommandations sur la base de leur pertinence clinique en Suisse en intégrant les critères suivants: fréquence de l'intervention, preuves scientifiques, évaluation du rapport bénéfice/risque pour le patient et possibilité d'influencer la pratique médicale. La plupart des participants (n = 86, 21% de taux de participation) à l'enquête étaient des stagiaires de 5^e et 6^e année avec au moins six mois d'exposition clinique. A l'issue de ce classement, la liste des 5 recommandations ayant obtenu les meilleurs scores a pu être établie et publiée (tab. 1) [26].

Tableau 1: La liste des cinq recommandations.

1. Ne pas prescrire d'antibiotique en cas d'infection virale des voies aériennes supérieures (sinusite, pharyngite, bronchite).
2. Éviter l'utilisation de fluoroquinolone comme traitement de première ligne dans les infections urinaires non compliquées chez la femme.
3. Ne pas laisser les personnes âgées alitées pendant leur séjour à l'hôpital.
4. Ne pas utiliser d'opioïde en première ligne comme traitement d'une douleur chronique non-cancéreuse.
5. Ne pas priver un patient d'un traitement de pénicilline en raison d'une notion d'allergie, sans effectuer un bilan allergologique au préalable.

En Suisse, ce curriculum universitaire ne nécessiterait pas de mobiliser des ressources supplémentaires importantes. Un projet mené au sein de la faculté de médecine de Genève tente d'identifier au sein des différents cours distillés de la première à la dernière année, ceux qui abordent le concept du «high value care» sous différents angles (module d'introduction en pré-

mière année, aspect éthique du «high value care», décision partagée, analyse coût-efficacité etc). Un nouveau module de synthèse adapté des modules fournis par l'ACP devrait néanmoins être réalisé et proposé dans une unité de synthèse en 6^e année.

Conclusion

Les étudiants en médecine et les jeunes internes sont de plus en plus familiers avec le mouvement «Choosing wisely» et comprennent l'importance d'analyser les actes médicaux sous l'angle de leur risque potentiel. Cette jeune génération se montre souvent très sensible à cette approche axée sur la qualité et sur le concept du «less is more», qui représente non seulement un défi intellectuel, mais aussi une véritable opportunité de promouvoir la médecine durable. A cet égard, les facul-

tés de médecine ainsi que l'institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (IFSM) seraient bien inspirés d'intégrer un réel curriculum universitaire axé sur la surmédicalisation. Cela permettrait d'assurer une exploitation rationnelle, économique et éthique des ressources médicales tout en respectant le principe du «less is more» où la réduction des coûts n'est pas prioritaire, mais peut devenir un effet collatéral positif quand elle converge avec l'intérêt du patient.

Disclosure statement

L'auteur n'a déclaré aucun lien financier ou personnel en rapport avec cet article.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur <https://doi.org/10.4414/fms.2019.08317>.

Correspondance:
Prof. Dr méd. Omar Kherad
Service de médecine interne
Hôpital de la Tour
3, avenue Jacob-Daniel
Maillard
CH-1217 Genève
[omar.kherad\[at\]latour.ch](mailto:omar.kherad[at]latour.ch)