

Pas de pression politique, technocratique ou administrative

Il faut un vaste réseau d'experts

Jean-Michel Gaspoz

Co-président de la Société Suisse de Médecine Interne Générale SSMIG

En 2010, dans un éditorial resté célèbre, l'éthicien Howard Brody a réagi vivement à la déclaration de l'*American Medical Association* selon laquelle les médecins ne pourraient fournir aucun effort supplémentaire, d'ordre financier, pour soutenir le Plan Obama Care [1]. C'est alors qu'il proposa que chaque spécialité de discipline médicale dresse une Top 5 List, de cinq tests diagnostiques de ou traitements, parmi les plus pratiqués, mais qui, selon les évidences scientifiques récentes, ne montrent aucuns bénéfices pour la majorité des patients auxquels ils sont prescrits. Faisant suite à cet éditorial, l'*American Board of Internal Medicine Foundation* créa la *National Physicians Alliance*, chargée de mettre sur pied les premières Top 5 Lists en médecine interne et en médecine de famille; cette initiative, largement saluée, fut bientôt reprise par l'*American College of Physicians* sous l'appellation *Choosing Wisely*. Depuis, plus de 70 sociétés de disciplines médicales ont contribué à l'établissement de Top 5 Lists sur le site de *Choosing Wisely* (www.choosingwisely.com), dont le but principal est de favoriser des conversations entre les médecins et les patients, désormais informés des bases scientifiques des recommandations émises.

Les listes de recommandations ont-elles des répercussions concrètes?

En 2014, la *Société Suisse de Médecine Interne* (SSMI) a publié, sous le slogan *smarter medicine*, la première « Top 5 » liste de Suisse, dans le domaine ambulatoire. En 2016, la nouvelle *Société Suisse de Médecine Interne Générale* (SSMIG) a poursuivi cette action pionnière, en publiant la première «Top 5» liste de Suisse dans le domaine hospitalier.

L'impact des «Top 5» listes sur les coûts de la santé ou la prescription est difficilement mesurable, sauf concernant certains tests spécifiques. Outre le financement de la campagne *smarter medicine*, la SSMIG a investi dans son évaluation. Le manque de banques de données permettant d'identifier des modifications de prescription de médicaments en Suisse, notamment par spécialités médicales, rendent ces analyses difficiles. Toutefois, une étude préliminaire, soutenue par la SSMIG, et effectuée par la Policlinique Universitaire de Lausanne, a montré que, parmi un échantillonnage préliminaire de 143 internistes généralistes en pratique ambulatoire, choisis au hasard, 58% d'entre eux

avaient connaissance de la campagne *smarter medicine*; ce taux augmentait à 70% en Suisse alémanique [2]. Un collectif plus conséquent de cette étude montre des taux de connaissance de *smarter medicine* en Suisse encore plus élevés: 69% en moyenne en Suisse dont 81% en Suisse Alémanique mais 49% en Suisse Romande [3]. L'accord des Suisses avec les recommandations de la «Top 5» liste ambulatoire de *smarter medicine* variait de 8,5 à 9,0 sur un score de 10. Le pourcentage de médecins indiquant que leur pratique divergeait rarement des recommandations de la Société Suisse de Médecine Interne Générale était de 67 à 74%, pour la non-prescription d'antibiotiques en cas d'infection des voies aériennes supérieures, pour ne pas effectuer systématiquement de radiographie thoracique en pré-opératoire, pour ne pas effectuer d'imagerie de la colonne lombaire lors de lombalgies aiguës sans signe d'alerte, ou pour ne pas effectuer de dosage du PSA sans discussion préalable avec le patient portant sur les risques et les bénéfices de ce test. Par contre, il était de 33% pour ne pas continuer une prescription de longue durée d'inhibiteurs de la pompe à protons sans tenter une réduction de leur dose ou leur arrêt. Les principales raisons évoquées pour ne pas suivre les recommandations de la SSMIG dans ce cas étaient l'insistance des patients, ou le sentiment qu'un autre confrère allait de toute façon effectuer cette prescription. A l'exception de la crainte d'une procédure judiciaire pour faute professionnelle, les mêmes raisons ont été retrouvées aux USA.

Une pression des restrictions entraîne le rejet

La campagne *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) en Grande Bretagne est emblématique d'un échec basé sur des critères très restrictifs et une pression exagérée [4]. Liam Donaldson, alors *Chief Medical Officer* de Grande Bretagne en 2005, décida que les recommandations de NICE serviraient désormais de critères au *National Health Service* pour un désinvestissement envers des interventions qui ne seraient plus considérées comme appropriés ou efficaces, ou qui n'apporteraient pas de valeur ajoutée par rapport à leurs coûts. Andy Burnham, alors ministre de la santé, lui emboîta le pas et demanda à NICE de mettre sur pied en 2006 un projet pilote intitulé «*pilot ineffective*

treatments program». De nombreux problèmes surviennent: les opposants de NICE mirent en exergue les biais consistant à juger de la valeur d'une intervention par rapport à la moyenne de la population, alors que cette même intervention pourrait être bénéfique à un patient particulier; les professionnels concernés s'élevèrent contre le fait qu'une fois qu'une intervention serait nommée comme candidate potentielle à un désinvestissement, elle en subirait un préjudice, quelle que soit la décision finale; les économistes arguèrent du fait que le retrait d'une intervention pourrait nécessiter son remplacement par une alternative plus chère; enfin, le manque de données ne permit pas à NICE de garantir que des économies seraient faites. NICE dut donc conclure que l'élaboration de guidelines constituerait la meilleure manière d'identifier des pistes possibles de désinvestissement, et s'en remit à la *Cochrane Collaboration* pour émettre des recommandations quant à ce qu'il ne faut pas faire: NICE les publie désormais sur son «website» sous la forme de «*do not do recommendations*». Dans la campagne *smarter medicine* nous avons décidé d'utiliser la terminologie «recommande de ne pas faire», car tout guideline comporte des exceptions (confère nos «red flags»).

Les leçons à tirer de NICE, comme des expériences similaires dans d'autres pays, montrent que trop de pressions politiques, technocratiques ou administratives peuvent mettre en danger les stratégies qui visent à réduire les tests ou les procédures médicales inutiles. De telles règles ou des mesures de régulation trop strictes suscitent systématiquement des controverses impor-

tantes et des oppositions; au final, il est peu probable qu'elles soient acceptées et qu'elles puissent réduire significativement les coûts de la santé. Par contraste, les leaders d'opinion, qu'ils soient médecins, leaders académiques ou éthiciens, peuvent faire la différence. Personne n'oubliera les éditoriaux du *New England Journal of Medicine* de Howard Brody [1].

Au final, seul un large réseau de réflexion intégrant tous les acteurs concernés (y inclus les patients, les médecins, les assureurs, les politiciens et les médias) permettra de diffuser le message que soient abandonnés les tests ou procédures médicales sans valeur ajoutée pour les patients, pouvant entraîner plus de risques que de bénéfices, de même que des coûts non justifiés, avec comme agenda que les patients reçoivent «*the right care, at the right time, in the right way*».

Note

Le texte complet du Professeur Jean-Michel Gaspoz a été publié dans le Themenheft «Medizin und Ökonomie», Therapeutische Umschau, 1/2017.

Références

- 1 Brody H. Medicine's ethical responsibility for Health Care Reform – The Top Five List. *N Engl J Med*. 2010;362:283–5.
- 2 Selby K, Cornuz J, Cohidon C, Gaspoz JM, Senn N. Acceptability and self-reported adherence to the Smarter Medicine «Top 5» list among family physicians of the SPAM network. *Forum Médical Suisse*, supplément pour abstracts, 2016.
- 3 Cohidon Christine, Selby Kevin, Cornuz Jacques, Gaspoz Jean-Michel, Senn Nicolas. «Smarter Medicine» dans le domaine ambulatoire: opinions et pratiques des médecins de famille et formation des futurs praticiens. *Rev Med Suisse*. 2017;13:285–7.
- 4 NICE Disinvestment project plan, 20 February 2006: http://www.nice.org.uk/aboutnice/whoweare//seniormanagementteam//meetings/2006/21february2006/disinvestment_project_plan_20february2006_version1.jsp.

Correspondance:
Prof. Jean-Michel Gaspoz
Médecin-chef de service
Hôpitaux universitaires
de Genève HUG
Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4
1205 Genève
Jean-Michel.Gaspoz[at]
hcuge.ch

Suite de la page 11

Peut-on parler de «surmédicalisation» en Suisse?

CAM: Cela n'est pas juste en tant que déclaration générale sachant que dans le domaine de la médecine de famille, et en particulier à la campagne, nous affichons même une sous-médicalisation. Dans certaines spécialités et régions de Suisse, il y a cependant des signes d'une possible surmédicalisation ou de soins inappropriés, leur définition étant pour le moins complexe. Les *variations of care* entre différentes régions géographiques en témoignent, et leur explication ne peut pas se résumer simplement par des différences démographiques entre les régions.

EZ: Je considère moi aussi le terme de «surmédicalisation» comme erroné. En cas de prestation inutile, pouvant même causer des dommages, il ne s'agit pas de surmédicalisation mais tout simplement de soins inappropriés, qui sont malheureusement prouvés dans certains cas.

Que signifient les dix mesures des deux listes Top 5 pour les caisses-maladie? Y a-t-il un risque que ces dernières ne remboursent plus certaines prestations?

CAM: Ces recommandations n'ont *a priori* aucune influence sur les caisses-maladie. Toutefois, il est du devoir et de la responsabilité de ceux qui financent notre système de santé de s'assurer que les grandes sommes d'argent investies dans notre système de santé soient utilisées de façon optimale et judicieuse pour le patient. A cette fin, il existe des procédures internationalement établies telles que le *Health Technology Assessment*, qui sont soutenues en Suisse par le *Swiss Medical Board* et bientôt également par l'*Office fédéral de la santé publique* (OFSP), afin d'avoir un impact sur cet aspect.

EZ: Je vois les choses de la même façon: Ces listes n'ont aucune signification directe pour les assurances-maladie.

Correspondance:
Bruno Schmucki
Verantwortlicher Bereich
Administration und
Kommunikation
Schweizerische Gesellschaft
für Allgemeine Innere
Medizin SGAIM
Monbijoustrasse 43
Postfach
CH-3001 Bern
bruno.schmucki[at]sgaim.ch