

Entretien avec le Professeur Christoph Meier, directeur médical de l'hôpital universitaire de Bâle, et Erika Ziltener, présidente de la *Fédération des patients Suisse*

Une médecine «reduce to the max»

Entretien: Bernhard Stricker

Comment interprétez-vous le concept de *smarter medicine* alors que jusqu'à présent en médecine, la devise était «toujours plus = toujours mieux»? Aujourd'hui, c'est la maxime «less is more» qui est de mise. Est-ce un changement de stratégie en médecine? Ou bien l'expression d'une évolution des valeurs en politique de la santé?

Erika Ziltener (EZ): De mon point de vue, le concept de *smarter medicine* est plutôt une réflexion sur le cœur de la médecine. Le problème est que de plus en plus d'intérêts économiques s'interposent entre les prestataires de service et le traitement, ce que le système favorise également. Cela conduit à des soins inappropriés. S'il ne s'agit pas d'une erreur thérapeutique grave, les soins inappropriés n'entraînent guère de conséquences pour le prestataire de service concerné. La pression économique entraîne non seulement des discussions, mais révèle également le besoin d'agir, notamment en ce qui concerne la qualité des traitements médicaux.

Il ne s'agit pas de ne plus recevoir tout ce qui serait possible, mais bien d'un traitement vers les bénéfices.

Christoph Meier (CAM): L'objectif de la médecine clinique a toujours été d'aider le patient à avoir une meilleure santé et une meilleure qualité de vie. Pendant de nombreux siècles, cet effort était toutefois limité par l'absence d'options diagnostiques et thérapeutiques. Ainsi, toute nouveauté médico-technologique était intégrée avec enthousiasme à l'arsenal de la médecine clinique. Ce n'est qu'au cours de la dernière décennie que s'est manifesté le problème suivant: les procédés diagnostiques et thérapeutiques disponibles n'entraînent que des bénéfices marginaux, voire inexistants.

Quelles répercussions a selon vous *smarter medicine* sur la crédibilité et l'image de la médecine et du corps médical auprès du public? L'aveu selon lequel il existait à ce jour des traitements qui n'apportaient aucun bénéfice ou même étaient nocifs est-il un signe de force ou de faiblesse?

CAM: Avec *smarter medicine*, il s'agit de savoir quand un procédé diagnostique ou thérapeutique représente une valeur ajoutée pour le patient. Le plus souvent, ce

n'est pas qu'un traitement réalisé jusqu'à présent s'avère inefficace, mais plutôt que ce traitement n'offre, dans un contexte précis, qu'un bénéfice clinique très limité. Les inhibiteurs de la pompe à protons constituent ici un bon exemple; ils ont révolutionné le traitement des ulcères gastriques, sachant que de lourdes opérations de l'estomac étaient autrefois nécessaires. Ces médicaments sont très efficaces mais ne montrent un bénéfice que marginal voire inexistant lorsqu'ils sont utilisés de manière chronique chez les patients présentant des troubles minimes.

EZ: Je considère le concept *smarter medicine* comme une étape essentielle vers plus de crédibilité. Le thème des soins inappropriés ou de la surmédicalisation a également atteint le grand public. Selon moi, les associations professionnelles, les spécialistes et les médecins concernés ont trop peu haussé le ton pour inverser la tendance. La SSMIG se saisit désormais – je me permets de dire «enfin» – de l'occasion.

Que signifie *smarter medicine* pour l'attitude des patients vis-à-vis de la médecine? Doivent-ils s'adapter à un changement des mentalités selon lequel ils ne reçoivent plus tout ce qu'il est possible de leur donner?

EZ: Un patient ne devrait pas bénéficier de prestations qui ne lui apportent aucun bénéfice. Dans ce contexte, il ne s'agit pas de ne plus recevoir tout ce qui serait possible, mais bien d'un traitement et d'un système de santé orientés vers les bénéfices. Nous nous y engageons avec détermination, tout en rejetant tout rationnement. En outre, le positionnement «tout ce qui est possible» peut également causer des dommages aux patients.

CAM: Je ne crois pas que les patients soient en général d'avis que plus est toujours mieux. Il s'agit bien plus de faire mieux comprendre aux patients quels avantages ou inconvénients présentent par exemple les antibiotiques en cas d'infection des voies respiratoires supérieures, ou quels avantages et inconvénients sont associés à l'utilisation chronique d'inhibiteurs de la pompe à protons sans indication claire.

Les mesures des deux listes Top 5 de la SSMIG en milieu ambulatoire et en milieu stationnaire sont considérées comme des «recommandations».

Pourquoi des «recommandations» indicatives plutôt que des «prescriptions» plus contraignantes?

EZ: Oui, je me pose aussi cette question; pour moi, la démarche ne va pas assez loin. Malheureusement, il s'agit uniquement de recommandations, c'est le point faible de tout le concept. Elles devraient être appliquées de manière généralisée et contraignante. Il s'agit de prestations inutiles qui sont incontestées et connues de longue date. J'ai ainsi entendu de la bouche de médecins qu'il ne s'agissait pas de nouvelles prestations ou connaissances et que c'est pour cette raison que l'importance de la liste était minimisée. Il se peut qu'il s'agisse ici d'une attitude de défense, ou peut-être aussi d'un aveu de connaissance. Les critiques devraient, à plus forte raison, s'engager en faveur d'un caractère obligatoire.

CAM: «Prescriptions» serait le faux terme par excellence, sachant que ces recommandations sont considérées comme une aide envers une meilleure navigation dans les zones d'ombre de la médecine. La question de savoir quand précisément recourir à tel examen d'imagerie ou tel traitement n'est malheureusement que très rarement une décision binaire; il s'agit bien plus de soupeser les probabilités et d'évaluer les risques et bénéfices pour le patient concerné en tant qu'individu.

Les deux listes Top 5 sont avant tout des documents et points de vue de médecins. Dans quelle mesure les organisations de patients y ont-elles été impliquées?

Le Professeur Christoph A. Meier est depuis 2016 directeur médical (*Chief Medical Officer*) de l'hôpital universitaire de Bâle. Auparavant, il a été pendant 10 ans le directeur et médecin-chef du département de médecine interne au sein de l'hôpital Triemli à Zurich. En outre, il a une chaire au sein de l'université de Genève. A côté de son activité de CMO, il est membre de différents comités nationaux et internationaux, dont le groupe de travail *smarter medicine* de la SSMIG et le *Swiss Medical Board*.



Erika Ziltener (historienne et infirmière diplômée) dirige depuis 2001 la *Patientenstelle Zürich* (fédération des patients de Zurich) et préside depuis 2001 également le *Dachverband Schweizerischer Patientenstellen* (DVSP, Fédération des patients Suisse). De 1998 à 2015, elle a fait partie du Conseil cantonal de Zurich; elle enseigne au sein de différentes écoles de santé et d'infirmières et participe à différents comités cantonaux et nationaux.



Quelle était jusqu'à présent, très fondamentalement, la collaboration entre les organisations de patients et les organisations de médecins?

CAM: Jusqu'à ce jour, je n'ai reçu que des échos positifs de la part des patients et des organisations de patients. Le mouvement *smarter medicine* est de plus en plus repris par les organisations de patients, avant tout dans le sens d'une participation plus active des patients à la prise de décisions délicates telles que la mammographie ou le dosage du PSA.

EZ: La collaboration a été très bonne. La *Fédération Suisse des Patients* (FSP) a été sollicitée très tôt et a déjà pu s'impliquer et s'investir dans la campagne pour la première liste. Nous avons un droit de regard sur le matériel promotionnel et pouvions donner notre avis sur la campagne. Nous sommes très engagés pour la réalisa-

Le *shared decision making* signifie tenir compte du patient et de ses souhaits, valeurs et préférences dans le procès de prise de décisions.

tion exclusive de prestations orientées vers les bénéfices, et ce, avant tout parce que chaque prestation peut également causer des dommages. Nous aurions des désaccords si les listes étaient utilisées à des fins de rationnement ou si des arguments économiques étaient avancés. Au début de la campagne, la clarification du terme de «rationnement» s'est donc avérée impérieuse.

Que signifie *smarter medicine* dans le contexte du *shared decision making*? Que faire lorsque médecin et patient sont en désaccord?

EZ: De mon point de vue, le *shared decision making* représente le modèle d'information du futur par excellence car il est basé sur une relation de confiance. Le patient et le médecin décident ensemble du traitement. S'ils ont un désaccord, un autre entretien dans un autre cadre, un second avis ou des précisions peuvent permettre de débloquer la situation. La responsabilité du traitement médical est en tous les cas assumée par les médecins, car ce sont eux qui disposent des connaissances.

CAM: Le *shared decision making* signifie tenir compte du patient et de ses souhaits, valeurs et préférences dans le procès de prise de décisions. Ceci est essentiel pour toute activité médicale, et cela fait également implicitement partie de *smarter medicine*. Comme son nom l'indique, l'essentiel n'est pas que médecin et patient soient d'accord, mais que le médecin aide le patient à prendre les bonnes décisions pour lui en fonction de ses valeurs.

Suite à la page 13