

smarter medicine – une campagne largement soutenue

L'organisation de soutien smarter medicine a été fondée pour donner un nouvel élan à la campagne en Suisse. L'initiative est soutenue non seulement par des organisations professionnelles, mais également par des associations représentant les intérêts des patientes et des patients et des consommateurs. Ensemble, elles souhaitent sensibiliser l'opinion publique au fait que moins de médecine peut parfois signifier plus de qualité de vie pour les personnes concernées.

Des voix se sont fait entendre il y a quelques années aux États-Unis, afin de mettre en garde contre les conséquences de l'excès de soins médicaux («overuse»). En 2011, des médecins ont lancé l'initiative *Choosing Wisely*. Celle-ci a pour but non seulement de déboucher sur des «décisions judicieuses», mais aussi d'encourager une franche discussion entre le corps médical, les patients et le public.

Choosing Wisely s'articule autour de ce qu'on appelle des «listes Top 5» dans chaque discipline clinique. Ces listes Top 5 comprennent chacune cinq mesures médicales qui sont généralement inutiles. En d'autres termes, les médecins et les patients devraient discuter afin de déterminer s'il ne vaut pas mieux renoncer à un traitement, parce que les risques afférents sont potentiellement plus élevés que son utilité.

L'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) a diffusé l'initiative *Choosing Wisely*, dans le cadre de sa feuille de route «Médecine durable» (2012). Cette question a également suscité un vif intérêt auprès de la Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG). Une commission a par la suite élaboré sa propre liste Top 5 pour le domaine ambulatoire en Suisse et l'a présentée au public en 2014, sous le nom de *smarter medicine*. Elle a été suivie deux ans plus tard par la publication d'une liste Top 5 pour le domaine hospitalier.

Malgré tout, la campagne *smarter medicine* n'a pas vraiment réussi à prendre pied en Suisse, contrairement à d'autres pays, et n'a guère été soutenue par d'autres sociétés de discipline médicale. Un large ancrage auprès d'autres acteurs importants à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé lui faisait également défaut.

C'est la raison pour laquelle la SSMIG et l'ASSM ont pris l'initiative de créer un mouvement de soutien plus vaste de la

campagne en Suisse. Les patients et les consommateurs ainsi que les autres professions de santé se sont également être impliqués.

L'association de soutien fondée en juin 2017 poursuit les objectifs suivants:

- élaboration et publication de listes Top 5 supplémentaires par les sociétés de discipline médicale, etc.;
- renforcer le caractère contraignant des recommandations;
- impliquer activement d'autres professions de santé (approche interprofessionnelle);
- sensibiliser les patients et les clients à la question;
- initier un débat public sur la qualité des soins (excès ou déficit de soins);
- instaurer et ancrer le thème de la qualité des traitements comme composante de la formation postgraduée et continue;
- obtenir le soutien de la campagne par la politique et les autorités.

Il est très important pour les membres fondateurs de l'association de soutien que la campagne *smarter medicine* ne soit pas accaparée par l'économie de la santé. Il s'agit avant tout d'améliorer la qualité des soins, conformément à la devise qu'«en médecine, moins peut aussi être plus».



Contact – Impressum

Association de soutien **smarter medicine** – **Choosing Wisely Switzerland**
c/o Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG)
Monbijoustrasse 43, Case postale 3001 Berne
Tél. 031 370 40 00
www.smartermedicine.ch
smartermedicine@sgaim.ch

L'association de soutien est composée des organisations suivantes



Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG)
www.ssmig.ch



Académie Suisse des Sciences médicales (ASSM)
www.assm.ch



Fédération Suisse des Patients (FSP)
www.federationdespatients.ch



Organisation Suisse des Patients (OSP)
www.spo.ch



Fédération Suisse des Associations professionnelles du domaine de la Santé (FSAS) www.svbg-fsas.ch



Association Suisse de physiothérapie
www.physioswiss.ch



Stiftung für Konsumentenschutz (SKS)
www.konsumentenschutz.ch



Fédération Romande des Consommateurs (FRC)
www.frc.ch



Associazione Consumatrici e Consumatori della Svizzera Italiana (acsi)
www.acsi.ch

Comment l'initiative smarter medicine peut-elle être mise en œuvre en rhumatologie?

Chères collègues, chers collègues

La prévalence de maladies rhumatismales musculosquelettiques (RMDs) est d'environ 30% dans la population générale [1] et ces affections sont la première cause d'invalidité dans le monde. [2] En Suisse, les RMDs sont également la première cause d'hospitalisation et d'opération chirurgicale. [3] D'où l'importance d'éviter si possible d'alourdir la facture avec des examens ou des interventions thérapeutiques n'ayant pas fait la preuve de leur utilité. Paradoxalement, c'est des États-Unis, le pays au monde avec le plus haut ratio dépenses de santé/PIB, qu'est partie l'initiative «Choosing Wisely». Dans ce pays, plus de 17% du PIB sont consacrés aux dépenses de santé, environ 5% de plus qu'en Suisse, mais la Suisse est tout de même en deuxième position dans ce classement, juste derrière les États-Unis. [4] Depuis une dizaine d'années, des voix se sont fait entendre aux USA mettant en garde contre l'excès de soins médicaux, donnant naissance à l'initiative «Choosing

Wisely», dont le but est de lister au moins cinq mesures médicales communes par spécialités perçues comme contre-productives ou inutiles.

«En rhumatologie aussi, des voix se sont fait entendre ces dernières années, alertant contre le danger du sur-diagnostic et du sur-traitement.»

En rhumatologie aussi, des voix se sont fait entendre ces dernières années, alertant contre le danger du sur-diagnostic et du sur-traitement. [5] En particulier dans le domaine des rhumatismes inflammatoires, un rhumatologue académique influent note que «après une longue histoire de nihilisme thérapeutique et d'acquiescement, la rhumatologie est passée des soins aux personnes handicapées à la recherche active des personnes non-diagnostiquée, d'une politique d'attentisme à une intervention précoce et d'un traitement d'appoint prudent avec des médicaments peu efficaces mais toxiques à une intervention immédiate avec de nouveaux médicaments puissants.» [5] C'est seulement depuis peu que l'on commence à étudier et à évoquer la possibilité d'une décroissance thérapeutique chez des patients ayant atteint leur cible thérapeutique, en particulier avec des thérapies antirhumatologiques biologiques onéreuses. Mais plus que les coûts, il faut souligner les effets négatifs individuels associés à un sur-diagnostic, qui comprennent notamment une détresse psychologique et un sur-traitement. Il convient néanmoins rappeler que même si le problème du sur-diagnostic et du sur-traitement est perçu comme étant récent, il est réellement aussi ancien que la médecine elle-même. Qu'il s'agisse de sangsues ou de purges, de statines ou de biothérapies

antirhumatologiques, l'histoire médicale regorge de critiques sur l'enthousiasme diagnostique et thérapeutique des médecins.

Sur le modèle élaboré par l'American College of Rheumatology, la Société Suisse de Rhumatologie a établi une liste de cinq interventions qui sont considérées comme inutiles dans l'état actuel de nos connaissances.



Prof. Axel Finckh
Président du Groupe «Clinical Affairs» de la Société Suisse de rhumatologie



Prof. Dr méd. Diego Kyburz
Président de la Société Suisse de rhumatologie



La **Société Suisse de Rhumatologie (SSR)** représente les titulaires du titre de formation postgraduée en rhumatologie pour les questions liées aux formations et aux professions et est une société de discipline de la FMH.

Pour de plus amples informations, veuillez consulter le site www.rheuma-nef.ch



Liste «Top 5»

La Société Suisse de Rhumatologie recommande de ne pas pratiquer les tests ou de prescrire les traitements suivants:



1 Ne pas rechercher des anticorps anti-nucléoprotéines spécifiques sans au préalable un test de dépistage positif pour des anticorps antinucléaires (ANA ou FAN) et sans suspicion clinique pour une maladie à médiation immunitaire.

Les tests pour les anticorps (AC) anti-nucléoprotéines spécifiques (y compris les anticorps dirigés contre l'ADN double brin, Smith, RNP, SSA, SSB, Scl-70, centromère) sont habituellement négatifs si l'ANA est négatif. Les exceptions incluent l'AC anti-Jo1, qui peut être positif dans certaines formes de myosite, ou parfois, les anti-SSA, dans le cadre du lupus ou du syndrome de Sjögren. Il faut éviter de procéder à un panel d'auto-AC sans suspicion clinique bien étayée; le choix des auto-anticorps doit plutôt être orienté par la maladie spécifique considérée. [6–8]

2 Ne pas rechercher la maladie de Lyme comme cause des symptômes musculo-squelettiques aspécifiques.

Les manifestations musculo-squelettiques de la maladie de Lyme comprennent de brèves crises d'arthralgie ou des épisodes intermittents ou persistants d'arthrite, dans une ou quelques grosses articulations, typiquement le genou. En l'absence de ces caractéristiques cliniques, effectuer des tests pour la maladie de Lyme augmente la probabilité de résultats faussement positifs, pouvant entraîner des traitements inutiles. Les arthralgies ou myalgies diffuses ou une fibromyalgie isolée ne sont pas des critères devant faire évoquer une maladie de Lyme à manifestation musculo-squelettiques. [9–12]

3 Ne pas effectuer des IRM des articulations périphériques pour suivre une arthrite inflammatoire.

Les données issues de la recherche concernant l'utilisation de l'IRM pour le diagnostic et le pronostic de la polyarthrite rhumatoïde sont actuellement insuffisantes pour justifier l'utilisation généralisée de cette méthode dans la pratique clinique. Bien que la présence d'un œdème osseux mis en évidence par IRM puisse être prédictive de l'évolution de dommages structuraux articulaires dans certaines populations de PR, l'utilisation systématique de l'IRM n'est pas justifiable par rapport à un suivi clinique habituel, qui comprend l'évaluation de l'activité clinique de la maladie et la radiographie standard. [13–15]



4 Ne pas répéter systématiquement les analyses densitométriques DXA plus d'une fois tous les deux ans.

Le dépistage initial de l'ostéoporose doit être effectué conformément aux recommandations cliniques en vigueur. L'intervalle optimal pour répéter la densitométrie (DXA) est incertain, mais comme les changements de densité osseuse sur des intervalles plus courts sont souvent plus petits que l'erreur de mesure de la plupart des scanners DXA, des évaluations plus fréquentes (p. ex., <2 ans) ne sont pas nécessaires chez la plupart des patients. Même chez les patients à risque élevé recevant un traitement médicamenteux contre l'ostéoporose, les changements du DXA ne sont pas toujours corrélés à la probabilité de fracture. Par conséquent, le DXA ne devrait être répété que si le résultat influençait la prise en charge clinique ou si des changements rapides de la densité osseuse sont attendus. Des données récentes suggèrent également que les femmes en bonne santé, âgées de 67 ans et plus, avec une masse osseuse initiale normale, n'auront probablement pas besoin d'un test DXA supplémentaire avant dix ans, pour autant que les facteurs de risque d'ostéoporose ne changent pas significativement. [16, 17]

5 Ne pas prescrire d'analgésiques opiacés pour des lombalgies non spécifiques.

Il n'existe actuellement pas d'évidence en faveur de la prescription d'analgésiques opiacés pour les patients souffrant de lombalgie aiguë non spécifique, et seul un soulagement modeste de la douleur a été démontré avec les analgésiques opioïdes chez les personnes souffrant de lombalgies chroniques. De plus, il existe des inquiétudes grandissantes quant aux effets indésirables des opioïdes, y compris des surdosages et des décès. La prise en charge de la lombalgie chronique comprend en priorité des traitements non pharmacologiques et, en cas d'échec, un traitement pharmacologique par des anti-inflammatoires non stéroïdiens, tandis que les opioïdes faibles devraient être limités seulement en troisième intention. [18–20]

Références

Pour plus d'information, une liste de littérature et de références est disponible sous: www.smartermedicine.ch



Recommandations d'autres sociétés médicales

Actuellement, les recommandations proviennent des sociétés de disciplines suivantes:

- Société Suisse de Médecine Interne Générale (mai 2014 et mai 2016)
- Société Suisse de Médecine Intensive (juin 2017)
- Société Professionnelle Suisse de Gériatrie (juin 2017)
- Société Suisse de Gastroentérologie (octobre 2017)
- Société Suisse de Chirurgie (décembre 2017)

- Société suisse de radio-oncologie (mars 2018)
- Société suisse de néphrologie (juin 2018)
- Société suisse de neurologie (octobre 2018)
- Société suisse d'anesthésiologie et de réanimation (novembre 2018)
- Société suisse d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie Cervico-faciale (juin 2019)
- Société scientifique de soins en gérontologie (octobre 2019)
- Société suisse de rhumatologie (février 2020)



Genèse de la présente Liste

La Société Suisse de rhumatologie (SSR) possède une commission permanente pour les questions cliniques («Clinical Affairs»). Cette commission émet des prises de position et des recommandations sur des traitements spécifiques, basées sur l'évidence scientifique publiée, sur les recommandations établies au plan international et sur des avis de spécialistes reconnus. L'organisation professionnelle de la rhumatologie américaine, – «American College of Rheumatology (ACR)», a déjà mis sur pied un groupe de travail pour la création d'une liste de cinq recommandations «choosing wisely» en 2013. La méthode utilisée par l'ACR pour arriver à leur liste finale des cinq principaux points en rhumatologie a été décrite en détail ailleurs [21]. La liste de recommandations américaine a servi de base à l'établissement d'une liste

de recommandations suisses. Les 5 recommandations américaines ont été discutées à plusieurs reprises par le groupe chargé des recommandations de la SSR. Certaines de ces recommandations ont pu être reprises et adaptées au contexte suisse, d'autres ne semblaient pas relever de la pratique de la médecine en Suisse et ont été remplacées. Dans le cadre des travaux du groupe «clinical affairs», un processus en plusieurs étapes a été mené, combinant une méthodologie consensuelle et des analyses documentaires, pour en arriver aux recommandations finales. La liste des 5 recommandations retenues a été présentée aux membres de la SSR/SGR lors de l'assemblée générale annuelle en janvier 2019 afin d'autoriser un retour de la part des membres, puis approuvée par le comité exécutif de la SSR le 6 juin 2019.