

# Primary **Care** and Hospital

**Médecine interne générale**

**Supplementum 8**  
ad Primary and Hospital Care  
2017;17: numéro 11  
14 juin 2017

**Edition spéciale**  
*smarter medicine / qualité*

**smarter medicine**

Choosing Wisely Switzerland



 SGAIM SSMIG SSGIM

 **SAMW ASSM**  
Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften  
Accademia Svizzera della Scienze Mediche  
Accademici Società della Scienze Mediche  
Swiss Academy of Medical Sciences

 DACHVERBAND  
SCHWEIZERISCHER PATIENTENSTELLEN

 **EMH Media**  
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG  
EDITIONS MEDICALES SUISSES

 **frc** FÉDÉRATION ROMANDE  
DES CONSOMMATEURS  
LE POUVOIR D'AGIR

 **acsi**  
associazione consumatori  
e consumatori  
della Svizzera italiana

 **svbg fsas**

**Rédaction**

Bernadette Häfliger Berger, Société Suisse de Médecine Interne Générale SSMIG  
 Bruno Schmucki, Société Suisse de Médecine Interne Générale SSMIG  
 Dr méd. Nadja Pecinska, EMH Editions médicales Suisses

**Editorial**

Regula Capaul

3 S **Quel est le lien entre qualité et *smarter medicine*?**

**Prise de positions**

Bernadette Häfliger Berger

4 S **Mise en pratique radicale**

Bernhard Stricker

5 S **«La violence du diagnostic»**

Hermann Amstad

6 S **D'autres sociétés de discipline médicale publient des listes Top 5**

André Bürki

8 S **Planification thérapeutique précoce et consultation interprofessionnelle**

Organisations des consommateurs (ACSI, FRC, SKS)

9 S **La communication entre médecin et patient est décisive**

**Refléxions**

Entretien Professeur Christoph Meier et Erika Ziltener

10 S **Une médecine «reduce to the max»**

Jean-Michel Gaspoz

12 S **Il faut un vaste réseau d'experts**

Stefan Neuner-Jehle

14 S ***smarter medicine* du point de vue des médecins de famille**

Johannes Brühwiler

16 S **De la standardisation à la médecine centrée sur le patient**

Jacques Donzè

18 S **Concept de nouveaux guidelines**

Rosaria Del Giorno, Angela Greco, Luca Gabutti

20 S **Un cercle vertueux basé sur la transparence**

**Impressum****Primary and Hospital Care**

Organe officiel de mfe Médecins de famille et de l'enfance Suisse, de la Société Suisse de Médecine Interne Générale SSMIG, de la Société Suisse de Pédiatrie SSP, du Collège de Médecine de Premier Recours CMPR et de l'Académie Suisse de Médecine Psychosomatique et Psychosociale ASMPP et des Jeunes médecins de premier recours Suisses JHaS.  
**Adresse de la rédaction:** Eveline Maegli, Assistante de la rédaction, EMH Editions Médicales Suisses SA, Farnsbürgerstrasse 8, 4132 Muttentz, tél. +41 (0)61 467 85 58, fax +41 (0)61 467 85 56, office@primary-care.ch, www.primary-hospital-care.ch  
**Soumission en ligne des manuscrits:** http://www.edmgr.com/primarycare

**Editions:** EMH Editions Médicales Suisses SA, Farnsbürgerstrasse 8, 4132 Muttentz, tél. +41 (0)61 467 85 55, fax +41 (0)61 467 85 56, www.emh.ch

**Marketing EMH / annonces:** Dr Karin Würz, Responsable communication et marketing, tél. (0)61 467 85 49, fax (0)61 467 85 56, kwuerz@emh.ch

**Abonnements:** EMH Editions Médicales Suisses SA, Abonnements, Farnsbürgerstrasse 8, 4132 Muttentz, tél. +41 (0)61 467 85 75, fax +41 (0)61 467 85 76, abo@emh.ch

**Prix d'abonnement:** Pour les conditions pour les membres des sociétés gestionnaires voir <http://www.primary-care.ch>. Abonnements pour non-membres: CHF 125.-, Abonnement d'étudiant: CHF 63.-, plus frais de port.

ISSN: version imprimée: 2297-7171 / version en ligne: 2297-721X  
 Mode de parution: paraît 23 fois par année.

**© EMH Editions Médicales Suisses SA (EMH), 2017.**

Primary and Hospital Care est une publication «open-access» de EMH. Sur la base de la licence Creative Commons «Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Pas de Modification 4.0 International», EMH accorde à tous les utilisateurs le droit, illimité dans le temps, de reproduire, distribuer et communiquer cette création au public, selon les conditions suivantes: (1) Citer le nom de l'auteur; (2) ne pas utiliser cette création à des fins commerciales; (3) ne pas modifier, transformer ou adapter cette création. L'utilisation à des fins commerciales peut être possible uniquement après obtention explicite de l'autorisation de EMH et sur la base d'un accord écrit.

**Note:** Toutes les données publiées dans ce journal ont été vérifiées avec le plus grand soin. Les publications signées du nom des auteurs reflètent avant tout l'opinion de ces derniers, pas forcément celle de la rédaction de PrimaryCare. Les doses, indications et formes d'application mentionnées doivent en tous les cas être comparées aux notices des médicaments utilisés, en particulier pour les médicaments récemment autorisés.

Production: Schwabe AG, Muttentz, www.schwabe.ch

printed in  
switzerland

Photo de couverture:  
© Choneschones | Dreamstime.com

Garantie d'une médecine abordable et de grande qualité

# Quel est le lien entre qualité et *smarter medicine*?

**Regula Capaul**

Membre du Comité de la Société Suisse de Médecine Interne Générale, Présidente Association des internistes généralistes et spécialisés Zürich VZI



Regula Capaul

Le supplément de *Primary and Hospital Care* qui vous est présenté ici met en lien deux thèmes centraux de la Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG): la qualité et la campagne *smarter medicine*.

En 2014, en tant que précurseur pour la Suisse, l'ancienne SSMI a lancé à Genève une campagne en vue d'améliorer la qualité et l'efficacité au sein du système de santé suisse. En 2016, la SSMIG a complété cette campagne par la publication d'une première liste Top 5 des traitements et méthodes diagnostiques inutiles dans

**Les patients doivent non seulement être traités selon les directives, mais également en prenant toujours en compte leurs besoins individuels et ce, à tout moment.**

le domaine stationnaire. Ce faisant, elle a été soutenue dès le début par l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM). Désormais, avec la création d'une société faîtière, la campagne *smarter medicine* entend s'établir sur des bases plus étendues.

Lorsque, grâce à la campagne *smarter medicine*, un regard critique est porté sur les interventions médicales, une des principales missions de qualité s'avère remplie. A propos des prescriptions, le serment d'Hippocrate contraint les médecins à respecter la règle suivante «*Dans toute la mesure de mes forces et de mes*

**Il s'agit d'une médecine optimale et non d'une médecine maximale!**

*connaissances, je conseillerai aux malades le régime de vie capable de les soulager et j'écarterai d'eux tout ce qui peut leur être contraire ou nuisible*». L'enjeu de l'art de pratiquer la médecine consiste non seulement à trouver la bonne dose pour le traitement mais aussi pour la mise au point diagnostique et, en dépit des directives existantes, à traiter chaque patient en fonction de ses besoins individuels.

Les listes Top 5 ne sont donc pas des modèles pouvant être appliqués sans esprit critique à chaque situation,

mais plutôt des recommandations qui favorisent l'analyse critique de tout l'agir médical. Une évaluation minutieuse des particularités individuelles est un pré-requis judicieux pour l'utilisation des listes Top 5. Elle doit avoir lieu pendant la conversation avec le patient: au moment de l'anamnèse et également au cours de l'examen physique, lors de la réflexion sur les diagnostics de suspicion, au moment de la prise en compte de diagnostics différentiels pertinents, et aussi lors de la planification des examens complémentaires nécessaires. C'est uniquement lorsque les patients comprennent le raisonnement des médecins traitants qu'il leur est possible de comprendre pourquoi, dans une situation précise, toutes les mesures possibles ne sont pas nécessairement indiquées dans le cas concret. Il s'agit, dès lors, d'une médecine optimale et non d'une

**La *smarter medicine* ne correspond pas à un rationnement, mais à la prise de décisions judicieuses.**

médecine maximale! Le nouveau concept de la Commission de qualité SSMIG s'inscrit dans la continuité de ce principe; il est d'ailleurs détaillé dans ce numéro par Johannes Brühwiler et Jacques Donzé.

Avec la création de l'association faîtière, les patients et les consommateurs sont étroitement impliqués dans l'évolution de cette discussion à l'avenir. En effet, pour la première fois, ils exposent dans ce numéro leur vision de la campagne *smarter medicine*. Etant donné que la qualité des traitements dépend essentiellement de la bonne collaboration entre les médecins et les autres professions médicales, il était primordial pour la SSMIG que ces derniers soient aussi représentés dans la nouvelle association faîtière et qu'ils puissent contribuer à la campagne à l'avenir.

La *smarter medicine* ne correspond pas à un rationnement, mais à la prise de décisions judicieuses pour le bien des patients et pour la garantie d'une médecine abordable de grande qualité et ce, également à l'avenir.

Correspondance:  
Dr. med. Regula Capaul  
Fachärztin für Allgemeine  
Innere Medizin  
Franklinstrasse 1  
8050 Zürich  
regula.capaul[at]hinmail.ch

## Campagne *smarter medicine*: création d'une association faïtière

# Mise en pratique radicale

**Bernadette Häfliger Berger**

Secrétaire générale Société Suisse de Médecine Interne Générale SSMIG

La création de l'association faïtière *smarter medicine*, à laquelle sont associés non seulement la *Société Suisse de Médecine Interne Générale* (SSMIG) et l'*Académie Suisse des Sciences Médicales* (ASSM), mais aussi les patients, les consommateurs et les autres professions de santé, se doit de donner un nouvel élan à la campagne. Outre la publication de nouvelles listes, l'association a notamment pour objectif de sensibiliser les patients et les autres professionnels de santé à la question de l'abus de soins.

Après l'élaboration et la publication par la SSMIG (ou plutôt l'organisation qui l'a précédé, la SSMI), respectivement en 2014 et en 2016 d'un «Top 5» des soins les plus inutiles en médecine ambulatoire et en médecine stationnaire, ce sujet a trouvé un large écho, tant dans les cercles médicaux que dans la presse (spécialisée), et s'est même immiscé dans le débat politique. A l'initiative de l'ASSM, plusieurs autres sociétés de discipline médicale suisses ont examiné et adopté des recommandations. La *Société suisse de médecine intensive* a publié en janvier une liste très remarquée. Le Tessin a également vu la création de la campagne *Choosing Wisely Switzerland*.

### Portée insuffisante

Malgré cela et contrairement à ce que l'on observe dans d'autres pays, la campagne *smarter medicine* n'a pas encore réellement pris pied en Suisse. Comme l'avait déjà observé le philosophe et médecin grec Epictète, les malades se fâchent encore souvent contre un médecin qui ne leur prescrit rien. Ils se sentent abandonnés par lui. Du fait des progrès fulgurants de la médecine moderne, certains patients sont persuadés que toutes les méthodes diagnostiques et thérapeutiques disponibles doivent absolument être utilisées. La question de la pertinence de ces méthodes et de leur utilité pour la guérison est en revanche bien trop rarement posée. C'est forte de ce constat que la SSMIG a décidé avec l'ASSM à l'automne 2016 de créer une association faïtière qui assemble directement les patients, les consommateurs et les autres professionnels de santé à la campagne. L'association *smarter medicine* a été fon-

dée le 12 juin 2017 à Berne. Outre la SSMIG et de l'ASSM, l'association est soutenue par la *Fédération Suisse des Associations professionnelles du domaine de la Santé* (FSAS), l'*Organisation faïtière des associations suisses de défense et d'information des patients* (DVSP) et l'*associazione consumatrici et consumatori della Svizzera italiana* (acsi), la *Fédération Romande des Consommateurs* (FRC) ainsi que, selon les prévisions, par la *Fondation pour la protection des consommateurs* (SKS) (les décisions définitives n'ayant pas encore été prises à la clôture de la rédaction.)

### Buts de l'association

L'association faïtière veut attacher une grande attention au point de vue des patients. Ils devraient être sensibilisés à la question de l'abus de soins autant qu'à celle du déficit de soins afin de pouvoir discuter d'égal à égal avec les personnels soignants de la qualité de leur traitement. Les réflexions sur la qualité de mesures médicales pertinentes étant plus faciles à mener lorsqu'on est encore en bonne santé, les fédérations de consommateurs seront amenées également à jouer un rôle essentiel en la matière. Seule l'action commune de toutes les professions de santé permet d'améliorer la qualité des soins prodigués aux patients. C'est la raison pour laquelle il s'avère crucial que non seulement d'autres sociétés de discipline médicale mais aussi toutes les professions de santé se joignent à cette campagne et y contribuent activement (fig. 1). Les membres fondateurs de l'association s'engagent pour que la campagne *smarter medicine* ne soit pas confisquée par le seul principe d'économie de la santé.

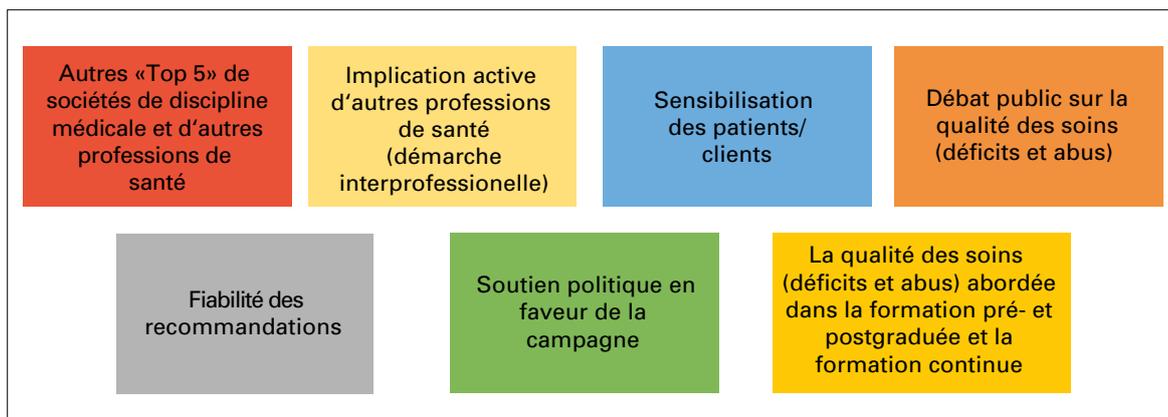


Figure 1: Il s'agit là des priorités que l'association responsable *smarter medicine* souhaite approfondir.



Correspondance:  
Bernadette Häfliger Berger  
Generalsekretärin  
Schweizerische Gesellschaft  
für Allgemeine Innere  
Medizin SGAIM  
Monbijoustrasse 43  
Postfach  
CH-3001 Bern  
bernadette.haefliger[at]  
sgaim.ch

Il s'agit avant tout d'améliorer la qualité des soins selon l'axiome «en médecine, moins c'est plus». Les éventuelles réductions de coûts sont un effet secondaire positif mais ne constituent pas l'objectif de la campagne.

**Vous trouverez plus d'informations à propos de l'association sur [www.smartermedicine.ch](http://www.smartermedicine.ch)**

Dimension politique du travail d'une association de patients

### «La violence du diagnostic»

Jusque dans les années 1960, les médecins étaient considérés comme des dieux en blouse blanche, et la relation médecin-patient était empreinte de traditions et de paternalisme: le médecin choisissait le traitement, le patient obéissait. Beaucoup a changé depuis lors, surtout à partir du moment où les patients ont commencé à s'organiser et à faire valoir leurs droits. Après la fondation en 1979 à Zurich de la première association de patient suisse, un dialogue nouveau s'est instauré entre médecins et patients, ce qui a notamment eu pour conséquence le fait que les patients soient associés toujours plus étroitement au processus de prise de décision. Cela passe notamment par le «consentement éclairé» (*informed consent*) ou la «prise de décision partagée» (*shared decision making*). Ces deux notions sont aujourd'hui la norme en matière de communication éclairée et d'égal à égal entre médecin et patient.

C'est à la lumière de ce processus aussi politique qu'individuel de rapprochement entre le médecin et le patient que l'association de patients «Patientenstelle Zürich» a fait paraître un livre intitulé «*Die Wucht der Diagnose – Aus dem Alltag der Patientenstelle*» («La violence du diagnostic – tiré du quotidien d'une association de patients»). L'ouvrage s'adresse aux patients d'une part (pour les guider et leur venir en aide), au personnel de santé d'autre part (pour stimuler leur réflexion, partout où il existe des lacunes), mais également aux décideurs politiques (quelles solutions sont dans l'intérêt des patients?).

Les deux auteurs, Erika Ziltener et Ruedi Spöndlin, ont réussi à produire un ouvrage passionnant, agréable à lire –notamment grâce aux nombreuses études de cas – et très clair.

Un large éventail de thèmes y sont abordés, parmi lesquels: les risques d'infections nosocomiales, la recherche génétique, la loi relative à la recherche sur l'être humain, l'obtention de données et intérêts, la vaccination obligatoire, la résistance aux



Erika Ziltener, Ruedi Spöndlin:  
«Die Wucht der Diagnose,  
Aus dem Alltag der Patientenstelle»  
Broschur  
Fr. 24.00, Euro: 19.00  
édition 8  
Zürich, 2015  
ISBN: 978-3-85990-263-3

antibiotiques, la prise en charge en cas de dépendance, l'action des autorités de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA), les transplantations d'organe et nombreuses autres thématiques. Les auteurs n'ont pas seulement pour ambition de traiter chaque cas individuellement et d'y apporter une solution, mais également de tirer parti de chaque cas au niveau collectif, de façon à ce qu'il contribue à améliorer la situation globale des patients. La dimension politique de l'action d'une association de patients est ainsi explicitement abordée, avant tout l'évolution (renforcement) des droits des patients, qui, pour les auteurs, passe par le conseil personnalisé et une bonne information de base. En effet, seuls des patients bien informés sont en mesure de s'entretenir avec leur médecin sur un pied d'égalité et de bien évaluer leur propre situation. A la même occasion, une bonne information constitue également le préalable indispensable à un rapport de confiance entre médecin et patient.

Bernhard Stricker



Correspondance:  
Fédération Suisse des Patients  
FSP  
Service aux patients  
Case postale 1437  
1701 Fribourg  
info[at]  
federationdespatients.ch  
www.federationdespatients.ch

La situation avance enfin

# D'autres sociétés de discipline médicale publient des listes Top 5

Hermann Amstad

Secrétaire général Académie Suisse des Sciences Médicales ASSM

En 2011, l'Académie Suisse des Sciences Médicales a lancé le projet «système de santé durable». Le but de ce projet est de sensibiliser de larges couches de la population et du corps médical à cette thématique, d'envisager des solutions possibles et, en même temps, d'amorcer le débat. L'ASSM a réalisé de nombreuses publications et développé ses activités dans cette optique.

Dans cette perspective, l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) a publié en 2013 la feuille de route «Un système de santé durable pour la Suisse». Cette dernière propose comme objectif no 5 («Les prestations médicales dans les domaines de la prévention, du diagnostic, de la thérapie et de la réhabilitation ne sont remboursées que si elles satisfont aux critères EAE») les mesures suivantes: «Sur le modèle du projet, *Choosing Wisely*' de l'American Board of Internal Medicine, élaboration d'une liste de dix interventions qui sont manifestement inutiles et ne devraient donc plus être pratiquées, ni remboursées».

La feuille de route a, à l'époque, été transmise aux présidents et aux secrétaires de toutes les sociétés de discipline médicale. A l'exception de la Société Suisse de Médecine Intensive (qui a par la suite élaboré elle-même des recommandations) et de la Société Suisse de Pédiatrie (qui a repris les recommandations américaines), les sociétés de disciplines médicales n'ont pas mis en œuvre la mesure proposée.

Cela a incité l'ASSM, lors de l'automne 2014, à réaliser une enquête en ligne auprès des sociétés de discipline médicale, en les interrogeant notamment sur l'existence de listes *Choosing Wisely* et sur les problèmes rencontrés lors de leur élaboration. En effet, à cette date, seules ces deux sociétés de discipline médicale (sur 26 ayant répondu) avaient élaboré des recommandations correspondantes. Les raisons avancées étaient le manque de ressources en personnel, de ressources professionnelles et de ressources financières.

## Tout le monde ne doit pas réinventer la roue

Le congrès «*Choosing Wisely*», organisé par le Ente Ospedaliero Cantonale fin septembre 2015 à Lugano, a

apporté deux connaissances essentielles: Premièrement, les autres pays sont en partie bien plus avancés dans la mise en œuvre de cette initiative; deuxièmement, les listes Top 5 de spécialité des différents pays se recoupent en grande partie. Dans ce contexte, en novembre 2015, l'ASSM a fourni la liste *Choosing Wisely* de la société sœur américaine à de nombreuses sociétés de discipline médicale, en leur demandant d'en vérifier l'applicabilité à la Suisse. Des 23 sociétés de discipline médicale contactées, 16 ont réagi; 12 d'entre elles ont repris les recommandations américaines (en partie modifiées), tandis que 4 ont refusé une reprise (en règle générale avec une bonne argumentation).

En ce qui concerne la publication de ces recommandations, le secrétariat général de l'ASSM a contacté la SSMIG pour savoir s'il serait envisageable de publier ces recommandations sous le label *smarter medicine*. De cette demande est née relativement rapidement l'idée d'élargir la base des activités inhérentes au domaine *Choosing Wisely/smarter medicine*, afin d'obtenir d'une part une meilleure visibilité de l'initiative et d'autre part une certaine continuité. Parallèlement à la création de l'organ responsable *smarter medicine*, de nouvelles recommandations sont actuellement en phase de publication, et plus précisément celles de la Société Suisse de Médecine Intensive (SSMI) et celles de la Société Professionnelle Suisse de Gériatrie (SPSG).

## Les recommandations SSMI ne sont pas une «liste noire»

La Société Suisse de Médecine Intensive (SSMI) est une société multiprofessionnelle comptant plus de 1000 membres du corps médical et infirmier; elle s'est fixée pour objectif de garantir une prise en charge de haute qualité, complète et efficace de tous les patients avec

une maladie ou blessure aiguë potentiellement mortelle. L'approche smarter medicine est en parfaite adéquation avec cet objectif. Cela a incité la SSMI à réagir positivement à la demande de l'ASSM. Cependant, la SSMI ne s'est pas contentée de reprendre les mesures américaines telles quelles. Un groupe de travail a identifié dans la littérature des mesures de médecine intensive qui, selon les critères de l'*American Board of Internal Medicine*, sont potentiellement inappropriées. Il a ensuite été demandé aux membres de la SSMI lesquelles de ces mesures pourraient être améliorées. Sur la base de cette enquête, la liste définitive a été établie avec neuf mesures et ces dernières ont fait l'objet de discussions lors de l'assemblée générale de la SSMI en 2016 avant d'être adoptées. Cette liste comprend les domaines suivants:

1. Sédation
2. Transfusion
3. Adéquation des soins
4. Antibiothérapie ciblée
5. Examens complémentaires
6. Nutrition parentérale
7. Fluides
8. Prophylaxie
9. Equipements invasifs

La SSMI attire l'attention sur le fait que ces recommandations ne constituent pas une liste noire. Celles-ci doivent plutôt être le point de départ d'une réflexion approfondie, soit «*a cooking book for thinking cooks*». Le but n'est pas le rationnement mais la rationalisation, c'est-à-dire l'amélioration ciblée des processus.



Correspondance:  
Dr. med.  
Hermann Amstad, MPH  
Generalsekretär  
Schweizerische Akademie  
der Medizinischen Wissen-  
schaften SAMW  
Haus der Akademien  
Laupenstrasse 7  
CH-3001 Bern  
h.amstad[at]samw.ch

## La prise en charge des personnes âgées relève de l'ensemble de la médecine

En raison de l'évolution démographique, le nombre des personnes âgées et très âgées va fortement augmenter en Suisse au cours des prochaines années. Voilà ce qui place également la médecine face à d'importants défis. Les patients âgés présentent souvent une grande vul-

néralité et souffrent de multiples maladies. Une prise en charge globale s'avère donc indiquée dans ces cas.

En tant que discipline de spécialité, la gériatrie s'occupe des aspects physiques, psychiques, fonctionnels et sociaux de la prise en charge médicale des personnes âgées. Toutefois, de nombreux patients âgés sont aussi traités dans d'autres disciplines de spécialité, notamment en médecine de famille. Si la SPSG publie actuellement cinq recommandations dans le cadre de smarter medicine, elle s'adresse en réalité explicitement à l'ensemble du corps médical. Il s'agit en fin de compte de mettre en œuvre les connaissances de base de la médecine gériatrique dans des domaines qui n'ont pas (encore) d'accès direct à des professionnels de gériatrie. La liste Top 5 de gériatrie aborde les domaines suivants:

1. Nutrition des personnes atteintes de démence
2. Utilisation d'antipsychotiques en cas de troubles comportementaux et de symptômes psychiques
3. Traitement du diabète sucré
4. Traitement des troubles du sommeil
5. Traitement des bactériuries asymptomatiques

Le Comité SPSG a évalué les recommandations de la société américaine de gériatrie dans le cadre d'une réunion du Comité et est arrivé à la conclusion que ces recommandations sont tout aussi pertinentes et judicieuses pour la Suisse. Pour la SPSG, ces recommandations devraient être respectées dans toutes les institutions impliquées dans la prise en charge de personnes âgées.

## Perspective

Au cours des prochains mois, les recommandations d'autres sociétés de discipline médicale seront publiées. Parallèlement, des informations destinées aux patients et portant sur des thèmes sélectionnés verront également le jour. Les patients et les médecins sont ainsi amenés à décider ensemble du traitement adéquat et à renoncer aux mesures manifestement inutiles. L'objectif: smarter medicine.

# Planification thérapeutique précoce et consultation interprofessionnelle

André Bürki

Secrétaire général de la Fédération Suisse des Associations professionnelles du domaine de la Santé fsas

La *smarter medicine* a pour objectif d'éviter une prise en charge sanitaire insuffisante ou excessive. Elle vise à soutenir les prestations médicales concentrées sur un traitement étroitement lié au diagnostic. Si cela aboutit, l'ensemble du système de santé renforce sa qualité et sa conscience des coûts.

Cette approche inclut obligatoirement les professions sanitaires non médicales, couvertes par l'assurance de base (LMal/OPAS). Les professions infirmières et thérapeutiques vivent de leur contribution efficace pour aider les patients à reprendre leur vie normale le plus rapidement et le plus complètement possible. Par son principe, la *smarter medicine* soutient la collaboration interprofessionnelle entre tous les professions de la domaine de la santé, ne serait-ce qu'en permettant d'aboutir de manière beaucoup plus efficace à la discussion visée concernant la qualité ainsi qu'à une conscience accrue des coûts.

## L'ergothérapie comme exemple parlant

Cela peut être illustré par l'exemple de l'ergothérapie: dans le domaine de la rééducation de la main, un entretien de planification entre le chirurgien de la main et l'ergothérapeute spécialisé permet de discuter d'un traitement à la fois le plus ciblé et le moins onéreux après une opération. Le traitement a lieu là où il est possible de réussir le plus rapidement et d'éviter au mieux une autre intervention.

L'ergothérapeute spécialisé dans le traitement psychiatrique peut, avec son expertise, aider le psychiatre à convenir d'un processus optimal incluant tous les professionnels traitants. L'objectif est alors d'adapter une réinsertion professionnelle aux possibilités réelles du patient, d'y parvenir avec le moins possible d'efforts, tout en respectant les exigences de l'inclusion. Cela

permet aussi de s'assurer qu'aucune opportunité n'est manquée lors de la réinsertion. Il existe également des exemples similaires dans le domaine de l'ergothérapie spécialisée en pédiatrie, gériatrie et neurologie.

## Un mélange thérapeutique efficace mène au but

La *smarter medicine* est bien plus que la simple publication de listes de traitements inutiles: la planification thérapeutique précoce et la consultation interprofessionnelle entre les prestataires médicaux, thérapeutiques et infirmiers peuvent constituer une aide efficace pour éviter les traitements inutiles ou trop complexes, mais aussi pour prévenir une prise en charge insuffisante, et ce dans l'intérêt de toutes les personnes concernées. Pour le patient, cela peut impliquer le mélange thérapeutique le plus efficace et ainsi le moins chronophage, menant tout droit à l'objectif thérapeutique. Pour les thérapeutes, cela signifie l'inclusion judicieuse dans une chaîne thérapeutique interprofessionnelle et ainsi la possibilité de fournir une contribution essentielle à la prise en charge intégrée. Pour les médecins, cela peut déboucher sur une augmentation de la satisfaction des patients ainsi qu'une reconnaissance efficace à long terme des caisses d'assurance-maladie. Et pour l'ensemble des parties, la contribution à une «médecine plus intelligente» assure un gain de réputation sur la scène politique, auprès des patients et du grand public.

svbg fsas

Correspondance:  
André Bürki  
Geschäftsführer  
Schweizerischer Verband der  
Berufsorganisationen im  
Gesundheitswesen SVBG  
Altenbergstrasse 29  
Postfach 686  
CH-3000 Bern  
andre.buerki[at]svbg-fsas.ch

Enquête sur la surmédicalisation

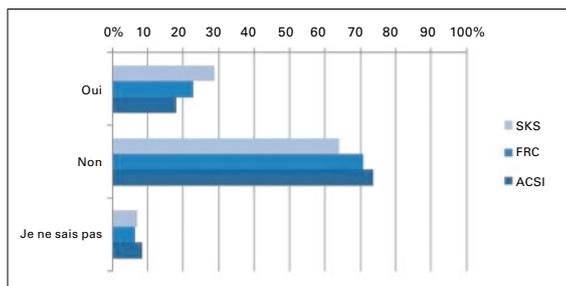
# La communication entre médecin et patient est décisive

Organisations des consommateurs (ACSI, FRC, SKS)

**Indication**

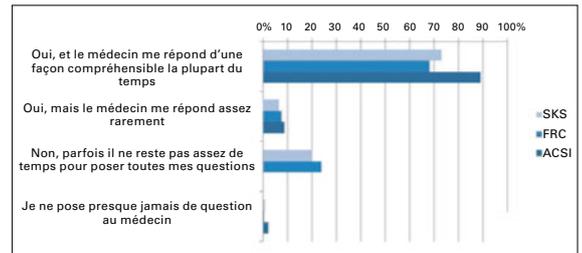
Les résultats détaillés de l'enquête sont disponibles via les liens suivants:  
<http://bit.ly/umfrage-ueberbehandlung>  
<http://bit.ly/sondage-surmedicalisation>  
<http://bit.ly/sondaggio-sovramedicalizzazione>

Etant donné que le système de santé suisse est peu transparent, il n'est pas possible de déterminer le nombre de mesures médicales prises qui s'avèrent en réalité inutiles. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) estime cette proportion à 20%, tandis que des experts indépendants évoquent un chiffre de 30% ou plus. Ces mesures injustifiées ont un impact négatif sur la santé en raison d'effets indésirables et de complications, et engendrent des coûts supplémentaires élevés. L'alliance des organisations de consommateurs (Associazione Consumatrici e consumatori della Svizzera italiana [ACSI], Fédération Romande des Consommateurs [FRC], Stiftung für Konsumentenschutz [SKS]) s'engage donc depuis des années dans la prévention des traitements médicaux inutiles. L'année passée, elle a réalisé une enquête auprès des consommateurs au sein des trois régions linguistiques. Les réponses révèlent que nombreux sont les sujets qui sont conscients du risque des traitements inutiles. Plus de 23% ont même indiqué avoir déjà eu l'impression de recevoir des traitements ou examens inutiles (fig. 1).



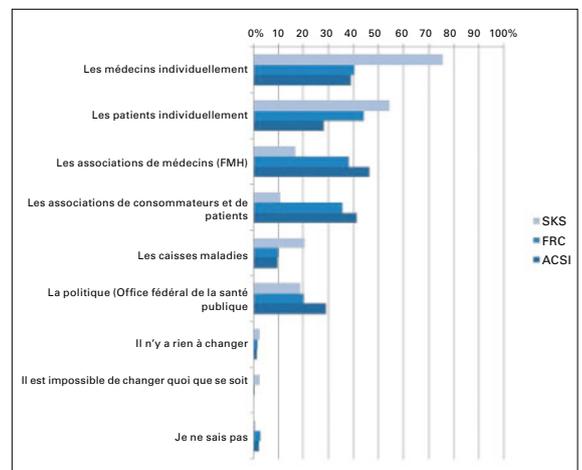
**Figure 1:** Au cours des deux dernières années, si vous avez eu besoin de soins, avez-vous eu l'impression que le test ou l'examen qui vous avait été prescrit était inutile, parce que vous veniez d'en faire un?

Afin d'éviter la surmédicalisation, la communication entre médecin et patient est décisive. Un coup d'œil aux résultats de l'enquête montre toutefois qu'il y a encore beaucoup à faire dans ce domaine. Presque un quart des personnes interrogées ont signalé qu'au cours des consultations médicales, il ne restait pas assez de temps pour éclaircir les questions ouvertes, ou que le médecin n'y répondait pas de manière compréhensible. Fort heureusement, une grande partie des personnes interrogées ne sont pas concernées par de tels problèmes, mais il existe toutefois une réelle nécessité d'agir (fig. 2).



**Figure 2:** Quand vous êtes chez votre médecin, avez-vous le temps de poser toutes les questions que vous aimeriez?

La question se pose de savoir à qui revient la responsabilité de changer la situation actuelle. Les personnes interrogées ne voient pas la prévention des mesures médicales inutiles comme étant de l'unique responsabilité des médecins et patients. Les associations de médecins, les organisations de patients et de consommateurs ainsi que la sphère politique ont, selon les personnes interrogées, également leur part de responsabilité. Il existe toutefois certaines différences entre les régions en ce qui concerne cette déclaration: Alors que les Suisses alémaniques voient avant tout la responsabilité comme étant celle des médecins et patients, les Romands et les Tessinois soulignent également le rôle des associations de médecins, des organisations de patients et de consommations, ainsi que de l'OFSP (fig. 3).



**Figure 3:** On parle souvent de médecine inutile et nuisible pour les patients, même en Suisse. Selon vous, qui doit être impliqué en premier lieu pour changer cet état des choses?



Correspondance:  
 Fédération romande des consommateurs  
 Case postale 6151  
 CH-1002 Lausanne  
 vaud[at]frc.ch

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 sollicité 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*

## 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 aucun 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](http://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/about/nice/whoweare//seniormanagementteam//meetings/2006/21february2006/disinvestment\\_project\\_plan\\_20february2006\\_version1.jsp](http://www.nice.org.uk/about/nice/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]  
huce.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

Considérations éthiques et évidence doivent guider l'activité professionnelle

# smarter medicine du point de vue des médecins de famille

Stefan Neuner-Jehle

Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich

*Choosing Wisely*, ou faire des choix judicieux parmi les investigations diagnostiques ou les modalités thérapeutiques potentielles – nous souhaitons tous prendre des décisions judicieuses et circonspectes avec nos patients<sup>1</sup>. La mise en œuvre réussie de ce principe ne peut toutefois aboutir que si les recommandations sont d'une part orientées vers la pratique quotidienne et d'autre part bien adaptées au patient.

Le point de départ du mouvement *Choosing Wisely* aux Etats-Unis ([www.choosingwisely.org](http://www.choosingwisely.org)) revient à des variations régionales inexplicables en matière d'approvisionnement en soins de santé, qui ont éveillé la suspicion de gaspillage des ressources et de surmédicalisation, et ce, dans le système de santé le plus cher au monde! A cet aspect économique s'est rapidement ajouté l'aspect des dommages pouvant dépasser les bénéfices potentiels d'une intervention médicale: *Why too much medicine is making us sicker and poorer* [1]. La nécessité de proposer une meilleure qualité des soins, que ce soit du point de vue de l'efficacité, des coûts et des dommages potentiels, a été prise à bras le corps par la *Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG)* sous la forme de la campagne *smarter medicine* ([www.smartermedicine.ch](http://www.smartermedicine.ch)). Après des recommandations pour la médecine interne générale ambulatoire quant aux interventions auxquelles il est préférable de renoncer, l'équivalent pour la médecine interne générale stationnaire a suivi en 2016. Les deux listes ont été élaborées

par des experts professionnels via des procédures à plusieurs niveaux.

## Les recommandations smarter medicine sont-elles bien accueillies?

Mais qu'en est-il de la perception de *smarter medicine* chez médecins de famille suisses? Parmi une sélection de 143 médecins de famille, environ deux tiers connaissaient les recommandations pour la médecine ambulatoire et environ 90% approuvaient leur contenu. Avec une proportion allant de un tiers à trois quarts des médecins, la situation était – en fonction du thème – moins positive en ce qui concerne l'application des cinq recommandations [2]. Cette observation attire l'attention, au même titre que les recommandations de 109 médecins de famille relatives aux interventions à éviter (formulées en 2015 au Davoser Kongress der Lunge Zürich): Il n'y avait aucune concordance entre les mentions les plus fréquentes (tab. 1) et la liste *smarter medicine* [3].

<sup>1</sup> Le genre masculin désigne à la fois les hommes et les femmes.

**Tableau 1:** Les cinq interventions les plus souvent proposées par des médecins praticiens, qui devraient être évitées en médecine ambulatoire, d'après la fréquence des appellations, avec le sujet correspondant à partir de listes internationales de *Choosing Wisely* [3].

Fr*	Interventions proposées devant être évitées de préférence	Recommandation respective d'une liste <i>Choosing Wisely</i> (Société, pays, année de publication)
5	Bilan de santé, en particulier chez des sujets jeunes / asymptomatiques	American Society of General Internal Medicine (2013), The College of Family Physicians of Canada (2014)
5	ECG de repos et d'effort chez des sujets asymptomatiques	American Society of Family Physicians (2012), American Society of Cardiology (2012), Canadian Cardiovascular Society (2014), NICE (2015)
5	Analyse du taux de cholestérol chez des personnes âgées de plus de 75 ans ou traitement par statine en prévention primaire et/ou à un âge avancée	Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine (2013)
4	Arthroscopie ou IRM de l'articulation du genou après distorsion, sans instabilité ou blocage	American Medical Society for Sports Medicine (2014)
3	Examen d'imagerie pour la mise au point de céphalées sans signes d'alarme	American College of Radiology (2012), American Headache Society (2013), Canadian Association of Radiologists (2014), NICE (2015)

\* Fr = fréquence: nombre de groupes ayant proposé le sujet en parallèle (tous les groupes: n = 18), NICE = National Institute for Health and Care Excellence, United Kingdom.

Cela ne devrait pas remettre en question la pertinence des recommandations *smarter medicine*, mais révéler plutôt de nouvelles perspectives à même d'améliorer l'adhérence et ainsi l'application des recommandations: On sait ainsi que les médecins qui peuvent s'identifier à une recommandation sont également ceux qui font preuve d'une certaine «observance vis-à-vis de cette recommandation» [4]. En d'autres termes, il est pertinent que la base, c.-à-d. les médecins de famille disposant d'une expérience en cabinet médical, soit activement impliquée dans le développement d'autres recommandations portant sur le concept *Choosing Wisely*.

### Comment les recommandations sont-elles accueillies par le patient?

Il est indispensable de prendre en compte le fait que renoncer à une intervention chez un patient peut susciter des états d'âme. D'une part, certaines personnes redoutent que la raison du renoncement puisse être d'origine économique, dans le sens d'un rationnement des prestations médicales [5]. Ils se sentent alors dévalorisés en tant que patients («On fait des économies sur mon dos»). Une réticence peut également se manifester lorsque des patients partagent l'état d'esprit «Plus est toujours mieux». Une communication consciencieuse des avantages et inconvénients entre le médecin et le patient ainsi qu'une source digne de confiance de ces recommandations s'avèrent être des éléments décisifs pour le succès [6]. L'expérience montre que les patients se laissent facilement convaincre par l'argumentation que le renoncement à une intervention a pour but unique de prévenir tout dommage pour lui-même. En fait, rien de nouveau ici vu que les médecins de l'antiquité le proclamaient déjà ce principe avec leur *primum nil nocere...*!

### En quoi la recherche participe-t-elle...

Au sein des instituts suisses de médecine de famille, certains projets en cours se focalisent sur la surmédicalisation et les soins inappropriés. A l'institut de médecine de famille de Zurich, ce thème est une dominante de la recherche du domaine «*Chronic Care*». Exemples: Dans quelles circonstances les méthodes de dépistage telles que le dosage du PSA ou l'ostéodensitométrie sont-elles inappropriées? Comment gérer la polypharmacie? Quelle position prendre envers les inhibiteurs de la pompe à protons utilisés de manière inappropriée au long? Que penser de la substitution par hormones thyroïdienne sans indication valide? Et les interventions chirurgicales inadaptées telles que la ménisectomie arthroscopique chez les patients souffrant de gonarthrose; ou encore les coronarographies inutiles chez les patients à faible risque. Idéalement, ces cas de figure qualifiés de «dysfonctionnements» devraient être abordés par des comités professionnels indépendants et soumis à un examen systématique, dans le jargon un *Health Technology Assessment (HTA)*. En Suisse, le *Swiss Medical Board*, l'*Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)*, les sociétés de discipline médicale telles que la *SSMIG* ainsi que l'*Office fédéral de la santé publique* assument de telles tâches.

...et qu'en est-il de la politique?

### ...et qu'en est-il de la politique?

L'objectif de ces procédures d'examen, de même que le but des campagnes *Choosing Wisely*, est d'amorcer le débat public sur la valeur intrinsèque de certaines interventions médicales. Pour la mise en application des recommandations, il est d'une pertinence capitale dans quelle mesure, en partant de cette discussion publique, des alliances peuvent se nouer entre les prestataires, les médecins, les consommateurs et les politiciens – ou si, au contraire, des ordonnances réglementaires devront être appliquées pour atteindre l'objectif [7]. En effet, aussi longtemps que dans notre système de santé, l'incitation (incitation mal placée) «*Plus grand le nombre d'interventions, plus grand le bénéfice*» est de mise, il sera très difficile de renoncer à certaines interventions. Prenons très au sérieux le concept de base du *Choosing Wisely* – aussi bien dans notre rencontre avec le patient que dans l'organisation de notre système de santé – et, par ce biais, nous décidons d'emblée d'être des *sages dans notre profession*, et que des réflexions éthiques et l'évidence guident notre activité professionnelle (et non d'autres incitations).

#### Remerciements

Je remercie chaleureusement le Prof. Thomas Rosemann et Prof. Oliver Senn pour leur lecture critique de ce manuscrit.

#### Références

- 1 Brownlee S. *Overtreated: Why Too Much Medicine Is Making Us Sicker and Poorer*, Bloomsbury USA, 1st edition, 2008.
- 2 Selby K, et al. Acceptability and Self-Reported Adherence to the Smarter Medicine «Top 5 List» Among Family Physicians of the SPAM Practice-Based Research Network. Presentation at the North American Primary Care Research Group Annual Meeting, 2016.
- 3 Neuner-Jehle S et al. Neue «Choosing wisely» Empfehlungen zu unangemessenen medizinischen Interventionen: Sicht von Schweizer Hausärzten. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh.wesen (ZEFQ)*. 2016;118/119: 82–6.
- 4 Cabana MD, et al. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement. *JAMA*. 1999;282:1458–65.
- 5 Schuling J, et al. Deprescribing Medication in Very Elderly Patients with Multimorbidity: The View of Dutch GPs. A Qualitative Study. *BMC Fam Pract*. 2012;13:56.
- 6 Santa J. Communicating information about "what not to do" to consumers *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2013;13(Suppl 3):S2.
- 7 Gaspoz JM. Smarter Medicine: Do Physicians Need Political Pressure to Eliminate Useless Interventions? *Swiss Med Wkly*. 2015;145:w14125.

Correspondance:  
Dr. med. Stefan Neuner-Jehle, MPH  
Institut für Hausarztmedizin  
Zürich  
Pestalozzistr. 24  
CH-8091 Zürich  
stefan.neuner-jehle[at]  
usz.ch

## Comment améliorer la qualité?

# De la standardisation à la médecine centrée sur le patient

Johannes Brühwiler

Président du groupe de travail qualité de la Société Suisse de Médecine Interne Générale SSMIG

Le groupe de travail qualité de la SSMIG a, au cours d'un processus intensif, analysé les particularités et les défis de la médecine interne générale. Il est rapidement apparu que la polymorbidité, les pathologies chroniques et les patients très âgés nécessitaient une approche spécifique.

Face aux vastes connaissances sur les maladies, qui sont soumises à un processus de changement continu, se trouve la situation individuelle du patient. De nombreuses publications ainsi que notre propre expérience nous ont permis de savoir que la qualité n'est pas une mesure statique mais un processus d'évolution dynamique qui doit être continuellement contrôlé. À partir de ces observations, le groupe de travail qualité de la SSMIG a développé un processus qui fait appel aux connaissances disponibles sur les pathologies tout en plaçant les patients au centre des préoccupations et en favorisant un développement de la qualité systématique et ciblée.

### Adapter les recommandations au cas par cas

Les recommandations sont au cœur de la discussion sur la qualité depuis de nombreuses années. Elles mettent à disposition les connaissances actuelles sur les pathologies. Les recommandations traitent des maladies. Les nouvelles connaissances acquises par le biais de procédure statistique sont basées sur des études menées auprès de grands groupes de patients, répondant souvent à des critères sélectifs. Les statistiques permettent de passer de cas isolés à des affirmations plus générales. La situation individuelle du patient est mise de côté. La problématique posée par l'élaboration de recommandations a déjà fait l'objet de nombreuses discussions et n'a pas vocation à être traitée plus avant ici.

Toutefois, dans la pratique, un patient individuel se trouve face à nous, avec son contexte spécifique qui modifie les options de traitement de la maladie. Un exemple permet de mieux mettre en lumière cette problématique: le patient présente un diabète de type

II, une pathologie faisant l'objet de nombreuses démarches de qualité. Il existe donc des consignes claires (*standard operation procedures*) quant à la manière de traiter cette pathologie. Notre patient en question, M. Exemple, est en forte surcharge pondérale, ce qui explique son diabète. Il est en forte surcharge pondérale car il consomme beaucoup d'alcool. Il lui est donc difficile de respecter ses engagements et d'être présent aux rendez-vous. Pour le médecin se pose désormais la question suivante: à quel endroit faut-il intervenir dans le traitement à long terme? Il est évident qu'une prise en charge structurée, telle que décrite dans les recommandations sur le diabète, n'est pas réalisable. La prise en charge doit porter prioritairement sur la dépendance à l'alcool afin de lui offrir une chance d'amélioration. Le médecin se doit par conséquent d'adapter les recommandations compte tenu de la situation particulière du patient.

Le problème des recommandations multiples qui s'appliquent à un même patient polymorbide a également été maintes fois discuté. Des recommandations multiples pour un même patient peuvent l'exposer à un danger considérable si elles ne sont pas adaptées de manière cohérente à sa situation particulière.

### **Shared decision making: les objectifs du patient influencent la prise en charge**

Les recommandations doivent être adaptées individuellement au patient. Cela se fait dans un processus commun qui inclut la situation spécifique du patient. Il convient de déterminer quels sont les objectifs et les attentes du patient, notamment lorsqu'il s'agit de maladies chroniques ou de patients très âgés. Voici la réponse de M. Exemple à la question de savoir quels sont

ses objectifs: «je veux vivre sans produits chimiques et il est hors de question de me piquer».

Cela signifie que nous devons expliquer au patient sa situation de manière réaliste. Les discussions sur les chances et les risques sont à étayer à l'aide d'informations aussi neutres que possible. Concernant la communication relative au risque, de nombreuses études montrent que l'ampleur de ce dernier est souvent mal évaluée [1]. La prise en charge du patient part sur de bonnes bases lorsque nous parvenons à concilier les attentes et objectifs de vie du patient avec les risques et les chances liés à un traitement, et ce, qu'il s'agisse d'un traitement bien suivi ou bien d'un abandon de ce dernier. Les décisions sont réparties en fonction des objectifs individuels du patient. Les recommandations ne fournissent que les principes de base par rapport à ce qui est possible et ce à quoi on peut s'attendre en présence d'une pathologie donnée.

Le processus décrit peut s'avérer très long et parfois même lourd pour le patient et le médecin. Il ne peut être appliqué de la même manière dans chaque situation. Il existe toujours des barrières linguistiques et culturelles. En Suisse, des supports d'information adaptés à différentes cultures et rédigés en de nombreuses langues sont disponibles et il existe des centres d'accueil pour les difficultés transculturelles. Lorsqu'une situation est simple et sans malentendu, le médecin fait une proposition de traitement qui est généralement acceptée.

### Définition de l'objectif et planification du traitement

Une fois les attentes et possibilités du patient, d'une part, et les solutions offertes par les médicaments et le médecin, ou la personne soignante, d'autre part, clairement définies dans le cadre du processus de décision commune, le plan thérapeutique est alors établi à l'étape suivante. A cet effet, il s'agit de déterminer quel objectif peut être atteint dans quel délai. Par trop souvent, nous entendons par exemple: «Je vais perdre

20 kg en quatre semaines». Il serait plus réaliste de viser 4 kg en six mois. Les objectifs doivent être atteignables et clairement mesurables et des objectifs intermédiaires peuvent s'avérer utiles. Idéalement, le patient est capable de définir son objectif lui-même avec éventuellement un peu d'aide.

### Atteinte de l'objectif et amélioration de la qualité

Maintenant que nous disposons d'un objectif défini conjointement associé à un horizon temporel, il est désormais possible de déterminer dans quelle mesure l'objectif a été atteint. Une fois ce dernier atteint, un nouvel objectif est discuté, à moins que le maintien de l'état actuel soit déjà une réussite en soi. Si l'objectif n'est pas atteint, nous disposons d'une occasion idéale de discuter des raisons. Les objectifs du patient ont peut-être changé ou le traitement devrait être modifié. Nous sommes ici dans un cycle classique d'amélioration de la qualité. La situation de départ est très favorable pour cette amélioration car le patient est impliqué depuis le départ. Le degré d'atteinte des objectifs fournit une mesure réaliste de la qualité obtenue car le point de vue du patient et sa situation ont été largement pris en compte.

### Perspective

Les membres du groupe de travail qualité sont conscients qu'ils décrivent un processus idéalisé. C'est pour cette raison que nous avons élaboré un exemple concret décrit dans le présent article. Le modèle n'est pas lié à un domaine de spécialité spécifique et peut être utilisé dans un contexte ambulatoire ou stationnaire.

### Références

- 1 Gigerenzer G. Risiko, wie man die richtigen Entscheidungen fällt. C. Berthelsmann Verlag, München 2013.

---

Correspondance:  
Dr. med. Johannes Brühwiler  
Facharzt FMH  
für Innere Medizin  
Klosbachstrasse 123  
8032 Zürich  
johannes.bruehwiler[at]  
hin.ch

# Concept de nouveaux guidelines

Jacques Donzé

Médecin adjoint, service de médecine interne générale, clinique universitaire, Inselspital, Berne

La prise en charge des patients multimorbides est sans nul doute un des principal défi auquel doit faire face actuellement la médecine. L'espérance de vie ces derniers 45 ans a augmentée de plus de 10 ans, pour atteindre maintenant en Suisse une moyenne de près de 83 ans. Les personnes de 65 ans ont donc une espérance de vie de près de 20 ans, dont la moitié de ces années en bonne santé [1]. Les personnes âgées ont donc de plus en plus de temps de développer pas seulement une, mais plusieurs maladies. En Suisse, on estime que plus de trois-quarts de la population de plus de 75 ans souffrent d'au moins 2 maladies chroniques [2].

La multimorbidité chez les patients âgées résonne de façon particulièrement forte en médecine interne générale (MIG), où près de 90% des patients sont multimorbides, que ce soit en cabinet médical ou en milieu hospitalier [3, 4]. Elle est associée à de nombreux événements indésirables, telles que des complications thérapeutiques (liée à la polypharmacie), une réduction de l'indépendance fonctionnelle, un stress psychologique, une augmentation des hospitalisations évitables, et autres utilisation des ressources de soins, une diminution de la qualité de vie, ainsi même qu'une augmentation de la mortalité [5–10]. Une personne souffrant de 4 maladies chroniques aura 100 fois plus de risque d'être hospitalisée qu'une personne sans maladie chronique [7].

Pourtant, le système de soin est orienté vers un modèle de «mono-pathologies» qui tient peu ou mal en compte la multimorbidité. De même, les recommandations de pratique clinique sont presque sans exception destinées à des patients mono-pathologiques. Ces recommandations basées sur l'évidence sont de plus en plus rédigées par des spécialistes ou hyperspécialistes, et reflètent donc de moins en moins la réalité quotidienne de l'interniste généraliste, que ce soit en cabinet ou à l'hôpital. Le médecin interniste généraliste se retrouve donc d'un côté avec un patient qui a de multiples maladies chroniques et ses préférences thérapeutiques, et de l'autre des recommandations pour patients monopathologiques qui ne tiennent pas compte des comorbidités, les rendant ainsi souvent difficilement applicables. Ces limitations ont été bien illustrées par C. Boyd dans le cas hypothétique d'une femme de 79 ans multimor-

bide, qui si l'on suivait les guidelines pour chacune de ses maladies devrait recevoir 12 médicaments en 19 doses, en plus d'une thérapie non-pharmacologique complexe [11]. Or, plus le traitement est compliqué et lourd, plus le risque de non-compliance, le risque de réactions indésirables (chutes, troubles cognitifs, effets secondaires médicamenteux) sont élevés.

## Comment aider le généraliste dans ses prises de décisions?

Avec un nombre quasi illimité de combinaisons de maladies chroniques, comment donc aider le généraliste dans ses prises de décisions et d'intégrer au mieux les évidences scientifiques chez ses patients multimorbides?

Prenons l'exemple d'un patient souffrant de goutte dans le cadre de syndrome métabolique. Son diabète est compliqué par une insuffisance rénale chronique et d'une insuffisance cardiaque post-ischémique. Typiquement, les études et les guidelines s'intéresseront principalement à mettre en avant la meilleure thérapie pour l'ensemble des patients indépendamment de leur comorbidités, reléguant au mieux au second rôle les «moins bonnes» thérapies. Dans le cas de la goutte, il n'y a de plus que très peu d'études comparatives, ce qui rend les choix encore plus difficiles. Cependant, les guidelines s'appliquent à mettre en avant la thérapie qui semble le plus efficace chez un patient qui souffre simplement de goutte, avec certains qui proposeront plutôt les anti-inflammatoires non stéroïdiens, et d'autres les corticoïdes. Cependant, la prescription de ces 2 substances chez notre patient hypothétique devraient soulever des questions de risques de complications, en raison de ses comorbidités. L'hypertension, le diabète, l'insuffisance cardiaque, et l'insuffisance rénale contre-indiquent au moins partiellement la prescription de ces 2 substances. Les guidelines cependant reste muets face aux choix à faire en cas de multimorbidités, laissant le médecin finalement seul, sans qu'aucun des guidelines ne fournisse de réelle aide décisionnel. Ces défis décisionnels en cas de multimorbidités sont illustrés dans la figure 1.

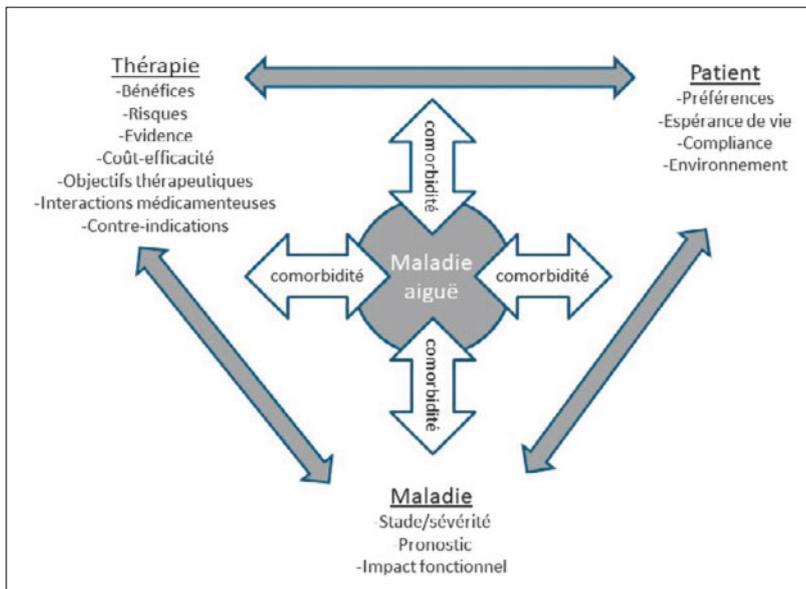


Figure 1: Défis décisionnels chez le patient multimorbide.

### Les guidelines à disposition ne sont pas applicables pour la grande majorité des patients âgés multimorbides

Face à ce défi quotidien et dans l'optique d'une amélioration de la qualité des soins, la commission de la qualité des soins de la SGAIM s'est penché sur la problématique. Dans une optique d'amélioration de la qualité des soins en médecine interne générale, il nous a semblé tout d'abord important de promouvoir des guidelines. Or, il est vite apparu les lacunes à combler pour atteindre ce but. Premièrement, il n'y a pas d'organisme en charge de créer des guidelines spécifiquement pour la Suisse. Bien que les guidelines américains ou européens sont le plus souvent utilisés, une adaptation pour la Suisse est parfois nécessaire. Deuxièmement, les guidelines à disposition ne sont pas applicables pour la grande majorité des patients âgés multimorbides de MIG. Il apparaît donc comme une évidence de devoir combler ces lacunes en vue d'une amélioration de la qualité des soins de patients de médecine interne en Suisse.

Il serait donc utile dans la pratique quotidienne et innovant d'avoir à disposition des guidelines dont le contenu tient compte de la multimorbidité. Concrètement, nous avons donc réfléchi aux stratégies pour créer de tels guidelines. Comme le nombre de combinaisons de maladies est quasi infini il n'est pas envisageable de présenter des aides décisionnelles pour chacune de ces combinaison, mais plutôt de focaliser sur les combinaisons les plus fréquentes. Van den Bussche a identifié par exemple que plus de 50% des patients

multimorbides âgés ont aux moins 3 des maladies suivantes : diabète, hypertension artérielle, hyperlipidémie, maladie coronarienne, lombalgies chroniques, athrose) [12]. Cependant, créer des guidelines en tenant compte uniquement de ces comorbidités fréquentes n'est pas toujours approprié. Il semble plus judicieux d'inclure pour chaque maladie les comorbidités qui lui sont attachées et/ou qui peuvent poser le plus de difficultés décisionnelles. De plus, les contre-indications de chacune des possibles thérapies doivent être clairement exposées, afin de donner au médecin la possibilité de choisir la thérapie la plus adaptée à la circonstance.

C'est avec cet optique qu'un premier guideline a été créé. La goutte a été choisi comme projet pilote, en raison du manque de guidelines dans ce domaine, et de sa prévalence à la fois en milieu ambulatoire et hospitalier. Le guideline contient les rubriques suivantes: 1) Key points; 2) Prévalence et symptômes; 3) Mesures et critères diagnostiques; 4) Algorithme thérapeutique; 5) Résumés des principales thérapies avec leur différences et contre-indications; 6) Indications et contre-indications des thérapies en fonction de comorbidités fréquemment associées à la maladie en question; 7) Références. Ce guideline a pour but de réunir de manière synthétique et en quelques pages les principales informations nécessaires au médecin interniste généraliste pour prendre la meilleure décision possible en fonction des caractéristiques propre de chacun de ses patients.

### Jusqu'à 90% des patients multimorbides sont exclus des études

D'une manière générale, dans le futur quels moyens devraient être mis en œuvre pour rendre les guidelines plus applicable à nos patients multimorbides? Premièrement, il serait nécessaire d'inclure des patients multimorbides dans les études randomisés contrôlées, car seule une minorité de patients multimorbides sont inclus dans ces études qui serviront d'évidence pour les guidelines. En effet, jusqu'à 90% des patients multimorbides sont exclus des études randomisées contrôlées publiées par les principaux journaux médicaux [13]. Une généralisation des résultats à la population de patients âgés multimorbide n'est donc pas sans questionnement. On peut espérer que les stratégies mises en place par l'agence européenne des médicaments en 2011 pour favoriser la recherche chez les patients âgés multimorbides portera ses fruits, ce qui

Suite à la page 22

# Un cercle vertueux basé sur la transparence

Rosaria Del Giorno<sup>a</sup>, Angela Greco<sup>b</sup>, Luca Gabutti<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Département de Médecine, Hôpital Régional de Bellinzona, Ente Ospedaliero Cantonale, Bellinzona

<sup>b</sup> Service de qualité et sécurité des patients, Hôpital de Locarno, Ente Ospedaliero Cantonale, Locarno

En matière de santé publique, en se référant aux pays avec un système de *welfare* libéral et une dotation technologique d' haut niveau, il est intéressant de souligner l'intérêt croissant montré vers les stratégies visant à la réduction des gaspillages sanitaires et de l'utilisation excessive d'interventions diagnostiques et thérapeutiques [1].

La philosophie sociale et des professionnels de la santé, longuement dominée par la conception «*More is better*», a été mise en question par le nouveau slogan «*Less is more*» [2]. Dans ce domaine, l'initiative qui a connu le plus grand succès au niveau international est *Choosing Wisely*; une campagne lancée par l'*American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation*. *Choosing Wisely* a été conçue afin de promouvoir un traitement médical focalisé sur le patient et ses besoins, adéquat et de grande valeur; c'est-à-dire avec un rapport coûts globales/bénéfices favorable [3]. L'ambition principale de cette initiative est de promouvoir un système sanitaire approprié et profitable pour les patients, tout en les impliquant activement [4].

La Suisse a pris part à l'initiative *Choosing Wisely* avec deux projets différents mais complémentaires.

Le premier, parrainé par la *Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG)* avec *smarter medicine* [5].

Le deuxième projet, mis en place au Tessin au niveau du réseau des Hôpitaux Publiques (*Ente Ospedaliero Cantonale, EOC*) a été lancé en juin 2013 en 5 Hôpitaux de soins aigus [6, 7].

Grâce à cette campagne, il a été possible d'évaluer l'adéquation d'une série de prescriptions médicamenteuses ainsi que l'utilisation de la diagnostique de laboratoire et radiologique. Les 5 recommandations proposées au niveau du réseau, en ligne avec la stratégie *Choosing Wisely* ont été d'un côté publiées et partagées avec les professionnels de la santé impliqués (médecins, infirmières/infirmiers, responsables de la qualité, administratifs) et de l'autre évaluées en termes d'efficacité, grâce à une nouvelle approche basé sur trois éléments fondamentaux: le monitoring continu, le *benchmarking* et la transparence (possibilité offerte à tous les collaborateurs impliqués d'accéder sans barri-

ères aux données du monitoring et de se comparer avec les autres hôpitaux du réseau).

Le contexte a permis de mettre en place trois «*before and after studies*» focalisés sur la thérapie médicamenteuse (benzodiazépines, neuroleptiques atypiques, inhibiteurs de la pompe à protons) et sur la prescription d'examens de laboratoire.

## L'adhérence aux recommandations négatives paraît être encore insuffisante

En dehors des projets susmentionnés, l'adhérence aux recommandations négatives (c'est à dire qui énumèrent ce qui ne devrait pas être fait) proposée par *Choosing Wisely* et par les initiatives analogues, paraît être encore insuffisante [8].

Le manque de congruence avec les recommandations est témoigné par l'analyse des estimations des ressources destinées à l'over-treatment et par la variabilité de l'utilisation des ressources diagnostiques et thérapeutiques, qui a été documentée à plusieurs reprises, entre les hôpitaux, entre les régions ainsi que entre les professionnels de la santé qui s'occupent de fournir les mêmes prestations [9, 10]. Les différences mises en évidence par les analyses de variabilité, parfois extrêmes, peuvent en fait être interprétées comme témoignages indirects de l'inadéquation prescriptive potentielle. Ces analyses sont extrêmement importantes et utiles afin de sensibiliser et générer un processus d'autocritique finalisé à la promotion du changement des stratégies et comportements prescriptifs.

L'abandon des habitudes prescriptives inadéquates exige idéalement un processus conscient de croissance. Un cercle vertueux qui, à partir de la bonne connaissance de l'évidence scientifique, de la conscience que spontanément les comportements prescriptifs ont la tendance à devenir chroniques, de la perception du rôle potentiel des préjugés et de l'optimisme thérapeutique ainsi que des conflits d'intérêt économiques, personnels et sociaux; puisse amener progressivement à l'optimisation de la prise en charge du patient (fig. 1).

La stratégie mise en place au Tessin au niveau du ré-

seau EOC, qui visait dès le départ à améliorer l'adhérence aux recommandations proposées, est basée sur une approche multimodale:

- Intervention pédagogique;
- Mise en place d'un système informatique ad hoc nommé *Reporting Wisely*, basé sur trois éléments fondamentaux: transparence, monitoring continu et *benchmarking*.

L'intervention pédagogique, basée sur des rencontres réguliers entre les professionnels concernés et les promoteurs du projet organisés sur le principe *Audit and Feedback*, visait à la diffusion de trois concepts clés:

- L'importance d'une décision thérapeutique partagée en ligne avec les principes et la philosophie *Choosing Wisely* et avec le *shared decision making* (c'est-à-dire

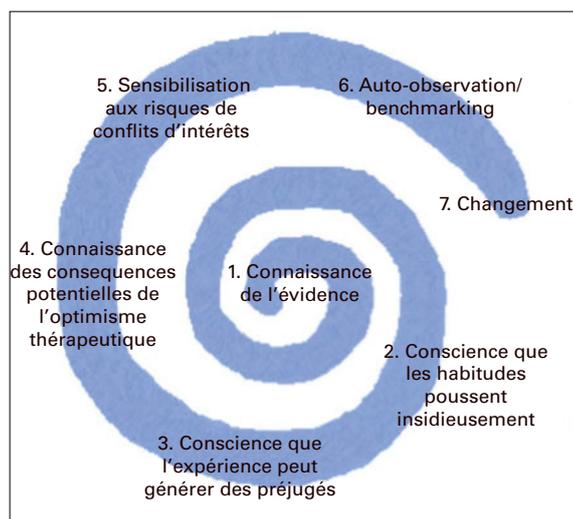


Figure 1: Le cercle vertueux qui mène de la transparence au changement: l'expérience du Tessin.

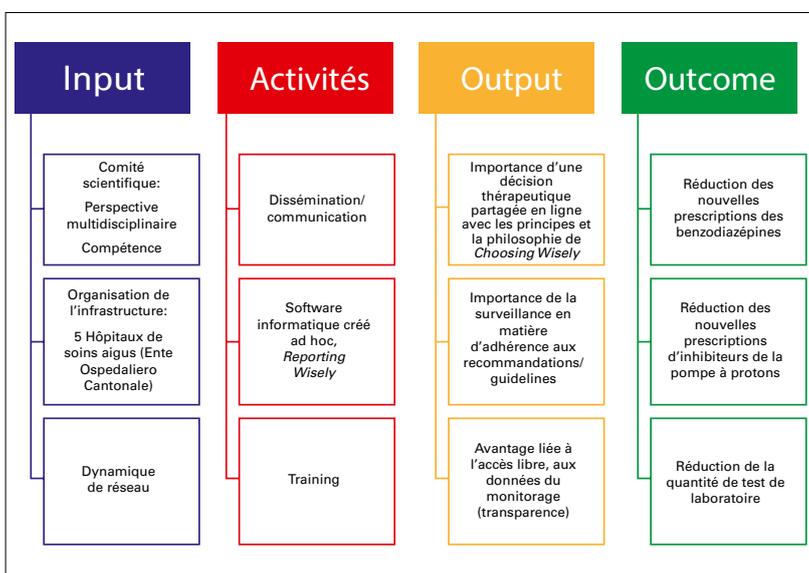


Figure 2: *Choosing Wisely* au niveau des hôpitaux publics tessinois: modèle logique du projet.

- partager avec le patient toutes les informations utiles à construire la meilleure stratégie thérapeutique possible en tenant compte du risque/bénéfice, de ses valeurs, de ses désirs et de ses croyances);
- L'avantage de pouvoir accéder librement aux données du monitoring continu et de pouvoir identifier à tout moments l'apparition de comportements prescriptifs potentiellement inadéquats et, par conséquent, mettre en place précocement des stratégies de correction appropriées;
- L'importance de la surveillance en matière d'adhérence aux recommandations/guidelines.

### Mise en place d'un système informatique nommé *Reporting Wisely*

La mise en place du système informatique *reporting wisely*, avait comme cible le développement d'un software capable de détecter de façon continue et automatique, d'un côté les différences entre les thérapies médicamenteuses au moment de l'admission et de la décharge du patient, et de l'autre les différences entre les prescriptions d'examen de laboratoire. *reporting wisely* a les caractéristiques et les avantages suivants:

- Transparence: chaque professionnel de la santé concerné par le projet a libre accès aux données brutes et à l'analyse des données des prescriptions médicamenteuses et d'examen de laboratoire effectuées dans tous les services du réseau, avec la possibilité de vérifier les évolutions temporelles;
- Continuité: la saisie et l'analyse des données sont effectuées de façon continue et mises à jour hebdomadairement;
- Benchmarking: les données des prescriptions sont comparées intra- et inter-institut et les différences plus importantes sont soulignées dans une newsletter produite par le service qualité et sécurité des patients.

Les médicaments dont on a analysé les prescriptions/nouvelles prescriptions ont été sélectionnés parce qu'ils ont été l'objet de recommandations *Choosing Wisely* précédents et en raison du risque élevé d'inadéquation prescriptive: benzodiazépines, neuroleptiques atypiques, inhibiteur de la pompe à protons (fig. 2).

L'analyse des données après trois ans de monitoring a démontré une réduction progressive des nouvelles prescriptions de benzodiazépines et d'inhibiteur de la pompe à protons ainsi que une diminution des ressources de laboratoire employés. Les résultats obtenus laissent espérer qu'une intervention similaire pourrait être mise en place avec succès dans d'autres réseaux d'hôpitaux, et que *Reporting Wisely* pourrait devenir un instrument utile, capable de générer une nouvelle

conscience chez les professionnels de la santé; une première étape du cercle vertueux qui conduit au changement et à l'optimisation des stratégies prescriptives. La route qui amène à un degré plus élevé de conscience en matière de prescriptions médicales inadéquates et à une thérapie plus rationnelle et ciblée, est encore longue mais le processus de changement a bien démarré.

Nous sommes convaincus que ce voyage nous enrichira, tout en nous mettant en discussion.

De même, nous espérons que ces résultats puissent contribuer à nous faire découvrir les avantages et la nécessité d'observer nous-mêmes avec des yeux nouveaux et de nous comparer avec les autres.

Correspondance:  
Prof. Dr. med Luca Gabutti  
Centro di Medicina  
Ospedale Regionale di  
Bellinzona  
Ente Ospedaliero Cantonale  
CH-6500 Bellinzona  
luca.gabutti[at]eoc.ch

#### Références

- Berwick DM, Andrew D, Hackbarth. Eliminating Waste in US Health Care. *JAMA*. 2012; 307(14):1513–16.
- Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA. Choosing Wisely: a growing international campaign. *BMJ Qual Saf*. 2014;24(2): 167–74.
- Wolfson D, Santa J, Slass L. Engaging physicians and consumers in conversations about treatment overuse and waste: a short history of the choosing wisely campaign. *Acad Med*. 2014;89(7):990–5.
- Ferguson T. Improving health outcomes and promoting stewardship of resources: ABIM Foundation's Choosing Wisely campaign. *Virtual Mentor*. 2012;14(11):880–4.
- Bavarian S, Gabutti L, Kherad O, Rodondi N, Rutishauser J, Waeber G, Meier C.A. Smarter Medicine: la liste «Top 5» pour le secteur hospitalier. *Swiss Medical Forum-Forum Médical Suisse* 2016;16(32):626–9.
- Gabutti L, Pironi M, Della Bruna R, Heinkel J, Clivio L, Greco A. L'expérience des hôpitaux publics tessinois «Choosing Wisely»: de la théorie à la pratique. *Revue Médicale Suisse*. 2015;11(491):1973–7.
- Del Giorno R, Ceschi A, Gabutti L. Benzodiazepine bei älteren Menschen. *Swiss Medical Forum- Schweizerisches Medizin Forum*. 2017;17(8):176–8.
- McCarthy M. US Choosing Wisely campaign has had only modest success, study finds. *BMJ*. 2015;12:351.
- Gaspoz JM. Smarter medicine: do physicians need political pressure to eliminate useless interventions? *Swiss Med Wkly*. 2015; 26:145.
- Jagsi R, Griffith KA, Heimburger D, Walker EM, Grills IS, Boike T, et al. Choosing wisely? Patterns and correlates of the use of hypofractionated whole-breast radiation therapy in the state of Michigan. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2014;1;90(5):1010–6.

#### Suite de la page 19

permettrait une meilleure généralisation de l'évidence scientifique pour ces patients. Deuxièmement, les résultats des études randomisées contrôlées devraient être plus souvent stratifiés en fonction de l'âge et de facteurs de santé. Troisièmement, les patients âgés s'intéressent en général avant tout à un maintien de l'indépendance et de qualité de vie, outcomes trop rarement mesurés dans les études. Finalement, l'avenir passera aussi peut-être par l'aide de l'intelligence artificielle dans la gestion des multiples guidelines, avec une première ébauche testée pour le cancer du sein en Hollande [14].

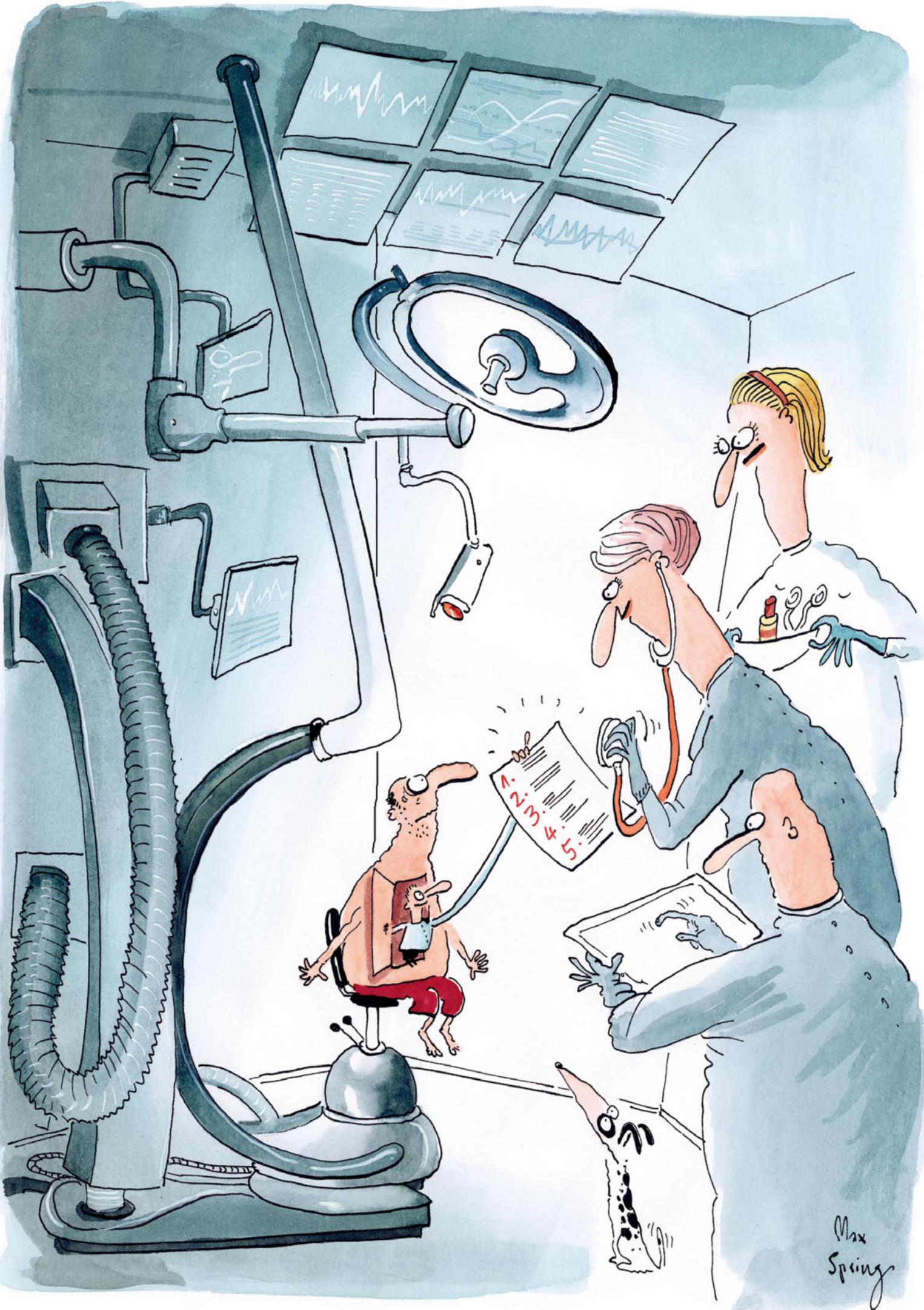
#### Conclusion

Le besoin d'éditer des guidelines pour les patients multimorbides est évident, mais les moyens pour y parvenir restent à mettre en œuvre. Dans l'attente que des mesures soient prises au niveau international, la SGAIM et son comité de qualité des soins ont décidé de créer des guidelines suisse pour nos patients multimorbides en MIG. Le premier de ces guidelines porte sur la goutte et sera publié prochainement.

Correspondance:  
Prof. Dr. med. Jacques Donzé  
Leitender Arzt  
Universitätsklinik für  
Allgemeine Innere Medizin  
Inselspital  
Universitätsspital Bern  
CH-3010 Bern  
Jacques.Donz[at]insel.ch

#### Références

- OECD. «Life expectancy at birth», in *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. (2015):DOI: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-1786-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-1786-en).
- Bahler C, Huber CA, Brungger B, Reich O. Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: a claims data based observational study. *BMC Health Res Res*. 2015;15:23.
- Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med*. 2005;3(3):223–8.
- Schneider F, Kaplan V, Rodak R, Battegay E, Holzer B. Prevalence of multimorbidity in medical inpatients. *Swiss Med Wkly*. 2012;142:w13533.
- Aubert CE, Streit S, Da Costa BR, et al. Polypharmacy and specific comorbidities in university primary care settings. *Eur J Intern Med*. 2016;35:35–42.
- Fortin M, Bravo G, Hudon C, et al. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Qual Life Res*. 2006;15(1):83–91.
- Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med*. 2002;162(20):2269–76.
- Gijzen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, van den Bos GA. Causes and consequences of comorbidity: a review. *J Clin Epidemiol*. 2001;54(7):661–74.
- Nunes BP, Flores TR, Mielke GI, Thume E, Facchini LA. Multimorbidity and mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016;67:130–8.
- Hopman P, Heins MJ, Korevaar JC, Rijken M, Schellevis FG. Health care utilization of patients with multiple chronic diseases in the Netherlands: Differences and underlying factors. *Eur J Intern Med*. 2016;35:44–50.
- Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*. 2005;294(6):716–24.
- van den Bussche H, Koller D, Kolonko T, et al. Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. *BMC Public Health*. 2011;11:101.
- Jadad AR, To MJ, Emara M, Jones J. Consideration of multiple chronic diseases in randomized controlled trials. *JAMA*. 2011;306(24):2670–2.
- Zamborlini V, da Silveira M, Pruski C, et al. Analyzing interactions on combining multiple clinical guidelines. *Artif Intell Med*. 2017.



Max  
Spring

