

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 patients¹. 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) 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.smarter-medicine.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].

¹ 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 méniscectomie arthroscopique chez les patients souff-

rant 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?

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 Hausarztmedi-
zin Zürich
Pestalozzistr. 24
CH-8091 Zürich
stefan.neuner-jehle[at]
usz.ch