



*u<sup>b</sup>*

---

b  
UNIVERSITÄT  
BERN

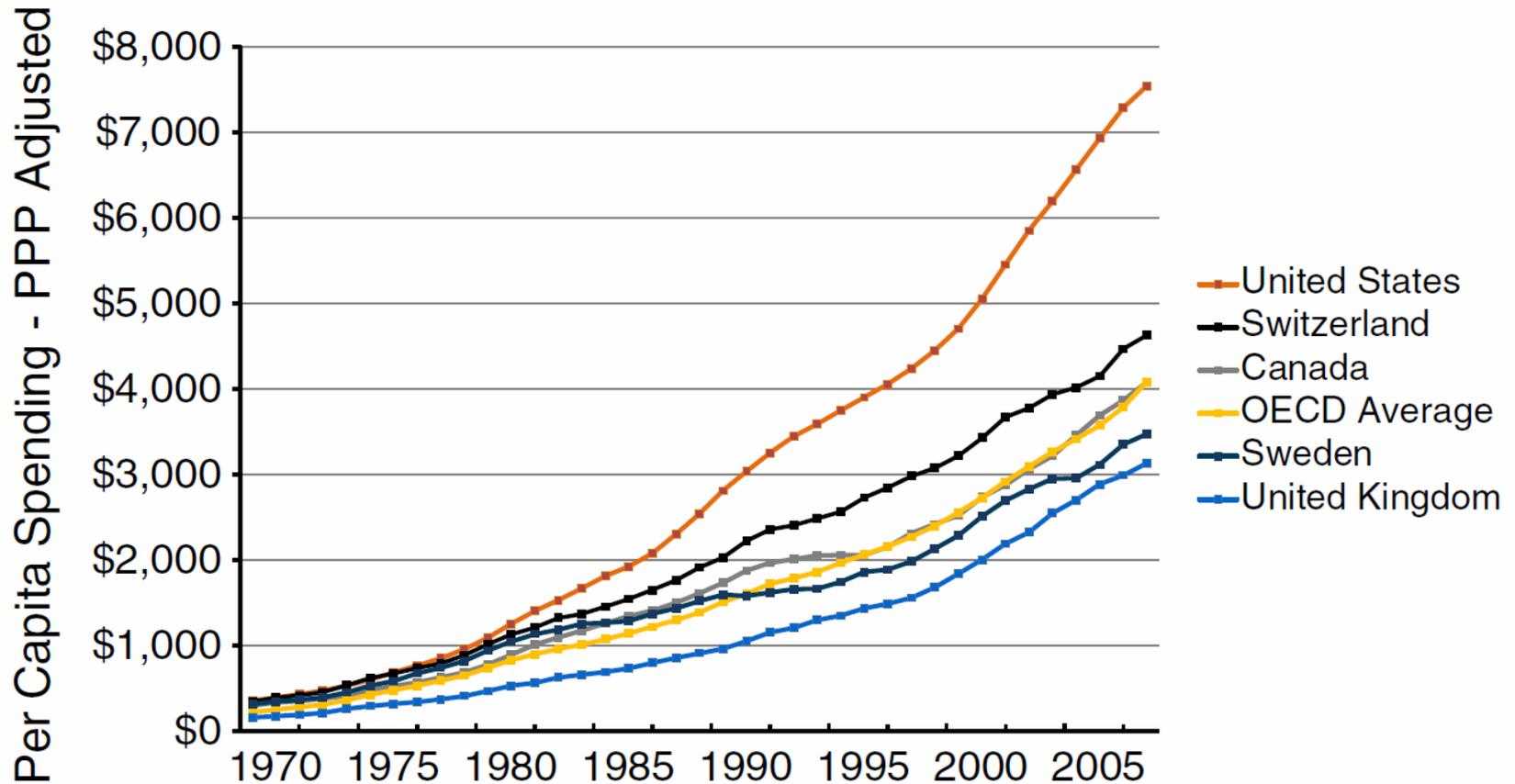
# Initiatives «Choosing wisely» et réduction de la surmédicalisation

Prof. Nicolas Rodondi  
Médecin-Chef de la Policlinique Médicale  
& Directeur du Berner Institut für Hausarztmedizin  
(BIHAM)  
Université de Berne

# Plan

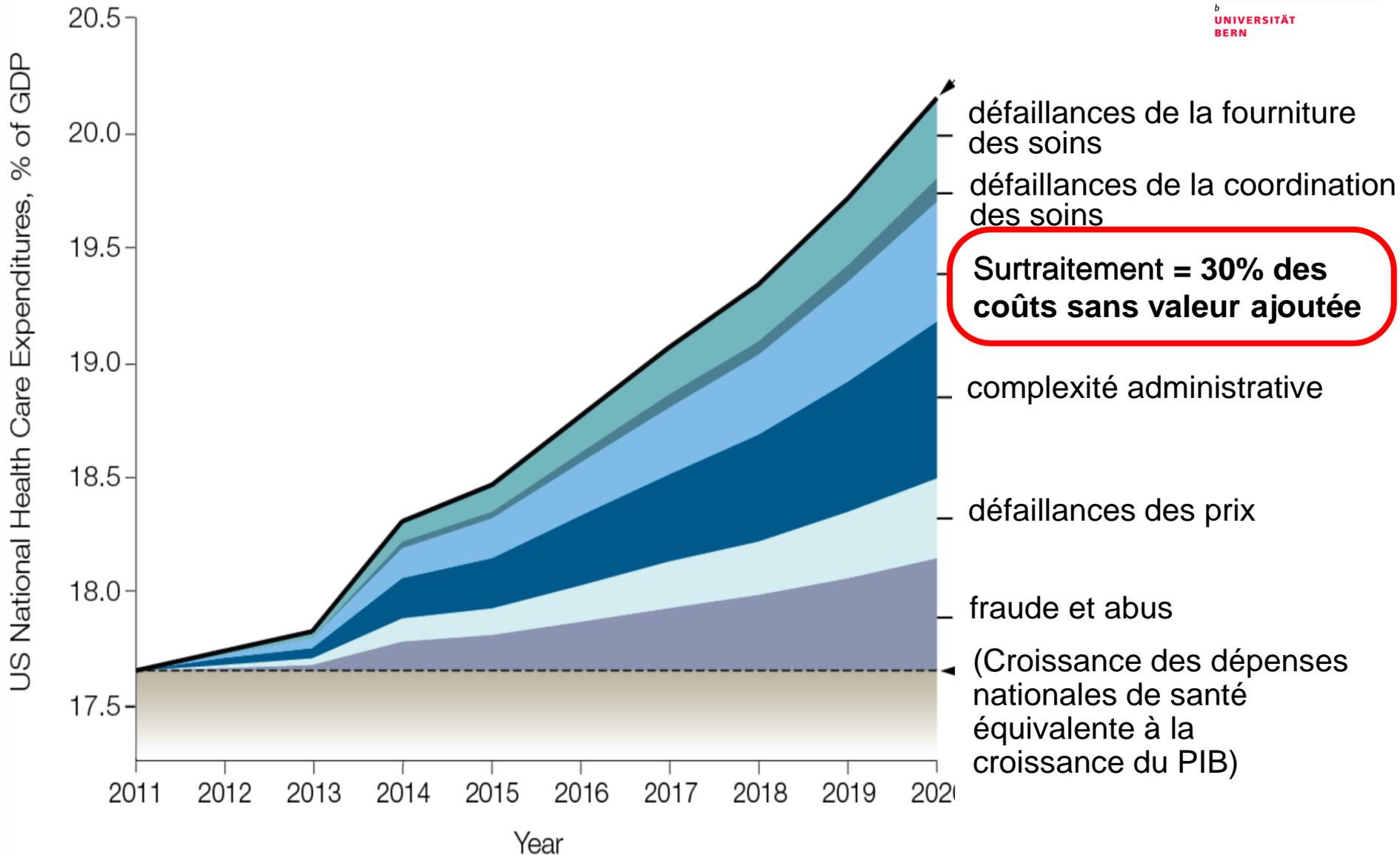
- Facteurs conduisant au surtraitement médical
- Initiatives «Choosing Wisely»
- Listes «Smarter Medicine» de la SGAIM
- Multimorbidité & polypharmacie
- Interventions coûteuses avec preuves de surutilisation
- Un exemple fréquent: prise en charge des dyslipidémies
- Surmédicalisation: points critiques en Suisse
- Rôle des médecins de famille

# Coûts de la santé croissants



**Fig. 2.** Growth in total health expenditure per capita, U.S. and selected countries, 1970–2008.

# Dépenses de santé «sans valeur ajoutée»

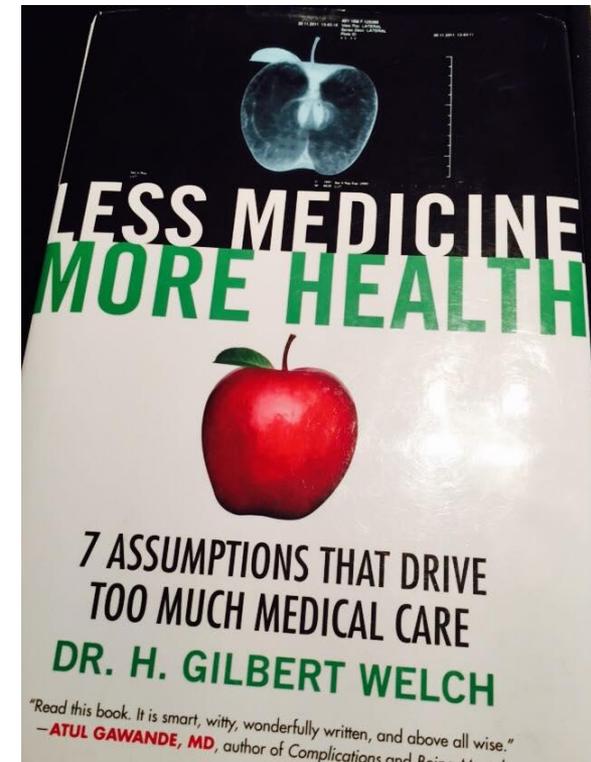


# Facteurs conduisant au surtraitement médical

u<sup>b</sup>

b  
UNIVERSITÄT  
BERN

- **Les risques peuvent toujours être abaissés**
  - Statines en prévention primaire
- **Il est toujours préférable de régler le problème**
  - Angiographie pour MC stable
- **Le plus tôt est toujours le mieux**
  - Screening par CT-scan
- **C'est toujours mieux d'avoir plus d'information**
  - Colonoscopie à >80 ans en cas d'anémie
  - Check-up annuel
- **L'action est toujours préférable à l'inaction**
  - Opération pour une hernie discale
- **Les nouveautés sont toujours meilleures**
  - Cox-2 inhibiteurs
- **Il s'agit avant tout d'éviter la mort**
  - Chimiothérapie en fin de vie



**Choosing Wisely** est un mouvement international qui vise à:

- Aider les médecins et les patients à engager un dialogue au sujet des examens, des traitements et des interventions qui ne sont pas nécessaires
- Soutenir les médecins de manière à ce qu'ils aident leurs patients à faire des choix judicieux et efficaces pour assurer des soins de qualité

# International Choosing Wisely



# “Smarter Medicine”- SGAIM: 5 interventions à éviter en médecine interne générale ambulatoire

- Un **bilan radiologique** en cas de **douleurs lombaires** non-spécifiques depuis < 6 semaines
- Le dosage du **PSA** pour dépister le cancer de la prostate sans discuter des risques et bénéfices avec le patient
- La prescription d'**antibiotiques** en cas d'**infection des voies aériennes supérieures** sans signe de gravité
- Une **radiographie du thorax** dans le **bilan préopératoire**, en l'absence de suspicion de pathologie thoracique
- La poursuite à long terme d'un traitement d'**inhibiteurs de la pompe à proton (IPP)** pour des symptômes gastro-intestinaux sans utiliser la plus faible dose efficace

# "Smarter Medicine" SGAIM à l'hôpital

1. Ne pas faire de **prises de sang** à intervalles réguliers ou des batteries d'examens (y.c. des radios), sans répondre à une question clinique spécifique.
2. Ne pas poser ou laisser une **sonde urinaire** pour des raisons de commodité (incontinence urinaire, surveillance de la diurèse)
3. Ne pas **transfuser** plus que le nombre minimum de culots érythrocytaires nécessaires pour les symptômes liés à l'anémie ou normaliser l'hémoglobine selon des seuils définis:
  - 7 g/dl patients stables non cardiaques
  - 8 g/dl patients stables avec une maladie cardiovasculaire pré-existante
4. Ne pas **laisser les personnes âgées alitées** pendant leur séjour à l'hôpital. De plus, des objectifs thérapeutiques individuels doivent être établis selon les valeurs et préférences de chacun
5. Ne pas utiliser de **benzodiazépines** ou autres sédatifs-hypnotiques chez les personnes âgées pour l'insomnie, l'agitation ou un état confusionnel aigu et éviter leur prescription à la sortie de l'hôpital.

# Rôle de la formation des médecins

- Décisions complexes et individuelles
- Les médecins ont un rôle crucial dans la réduction de la surmédicalisation pour améliorer la qualité des soins:
  - Campagne «Smarter Medicine», SGAIM
  - Journaux de la FMH <sup>1</sup> distribués aux 39'000 médecins suisses chaque semaine
- Les spécialistes suisses devraient aussi élaborer des listes «Top 5» :
  - > 60 sociétés de spécialités aux USA

# Pourquoi informer les patients?

- Enquête auprès de 1500 patients (USA) et «focus groupes»
- Avis de la majorité:
  - + de soins correspond à une meilleure qualité des soins
  - Les nouveaux soins sont + efficaces
  - Les soins coûteux sont + efficaces

# Information pour les patients



**About**  
Learn More about  
Choosing Wisely

- Exemple du PSA

[www.choosingwisely.org](http://www.choosingwisely.org)

# Smarter Medicine: étapes

**Information aux médecins suisses via les journaux spécialisés**

**Formation des médecins assistants**

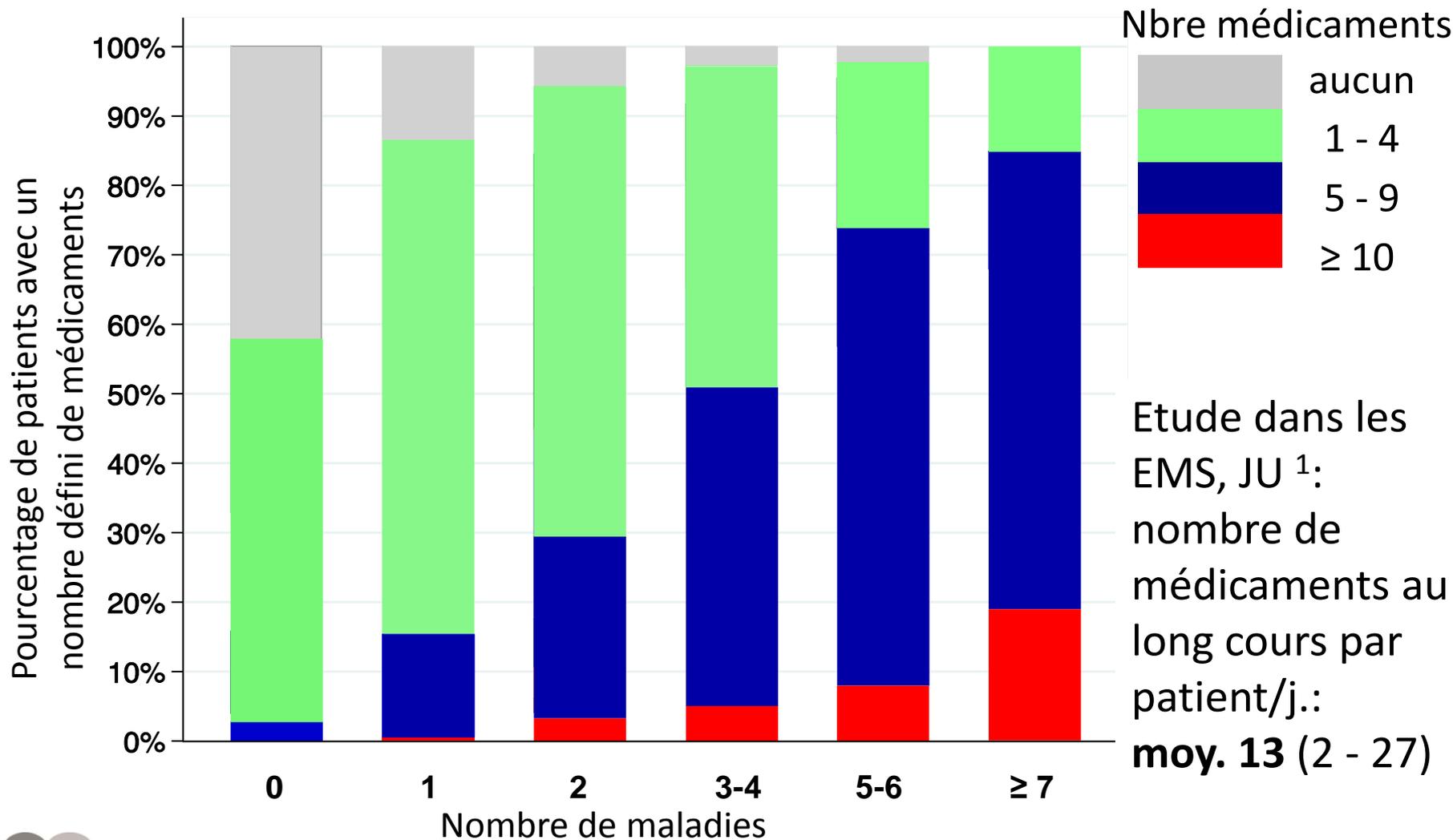
**Campagne destinée au grand public**



# Une limitation majeure des connaissances favorisant la surmédicalisation<sup>1</sup>

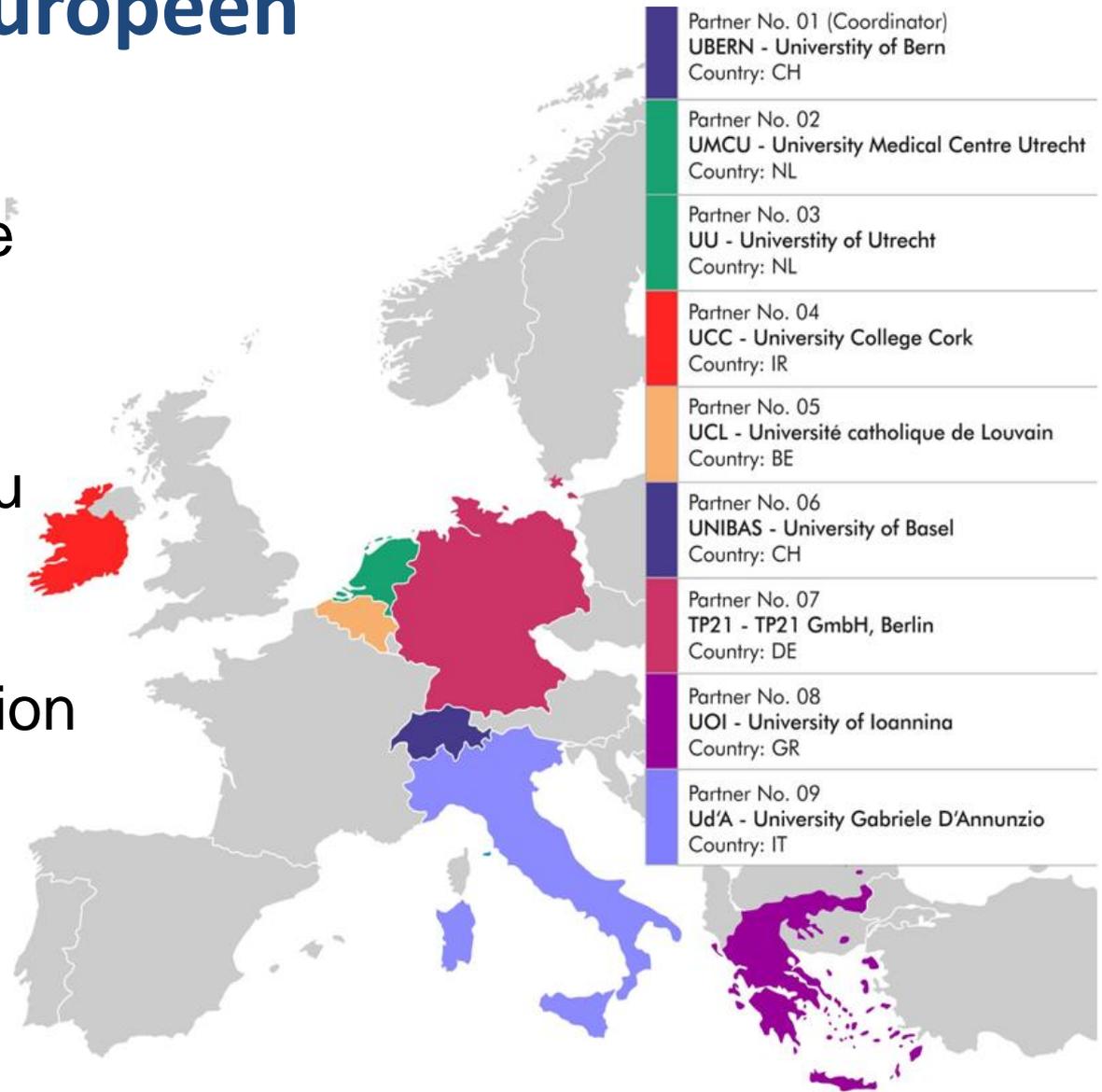
- Les patients multimorbides sont «sous-étudiés»<sup>2</sup>:
  - 63% des études excluent les patients avec multimorbidité ( $\geq 2$  maladies)
  - Seulement 2% sont explicitement inclus
  - 60% de la population  $\geq 65$  ans souffre de  $\geq 2$  maladies
- Recommandations («guidelines») applicables surtout pour les patients avec une seule maladie
- Financement nécessaire pour des études s'adressant aux patients multimorbides

# Multimorbidité et polypharmacie



# Consortium européen OPERAM<sup>1</sup>

- 40 chercheurs de différentes disciplines
- CHF 8 millions du programme EU Horizon 2020 et de la Confédération
- Coordination:  
Prof. N. Rodondi



<sup>1</sup> Optimising thERapy to prevent Avoidable hospital admissions in the Multimorbid elderly

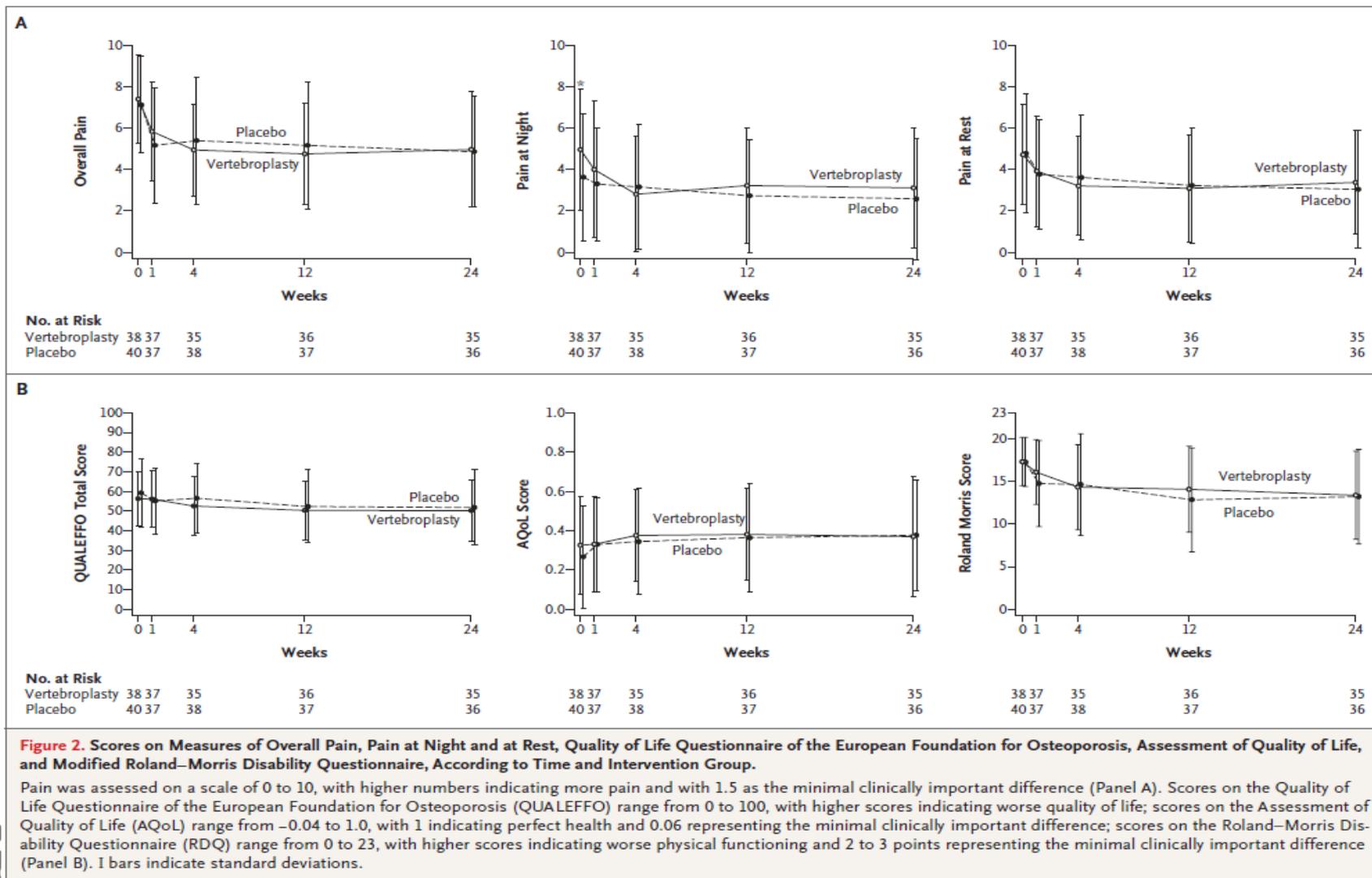
# Impacts attendus d'OPERAM

- Optimiser les traitements et ↓ la surutilisation pour:
  - ↓ hospitalisations et ↑ qualité de vie
  - ↓ coûts des soins: plusieurs millions/pays/an
- Evaluation des perspectives et préférences des patients et des médecins sur la surmédicalisation
- Participation de la Suisse à Horizon 2020 de l'EU:
  - Taille des études et des fonds (3-12 millions/projet)
  - Collaboration internationale:
    - «Networking» avec les meilleurs experts de l'EU
    - Synergies et éviter de dupliquer les études
    - Résultats validés dans différents systèmes de santé

# Interventions coûteuses avec preuves de surutilisation (Prof. A. Perrier)

- Vertébroplastie lors de fractures ostéoporotiques
- Fermeture du foramen ovale (FOP)
- Fermeture de l'auricule pour la fibrillation auriculaire
- Chirurgie vertébrale en cas d'arthrose
- Revascularisation coronarienne chez des patients sans angine de poitrine ou syndrome coronarien aigu:
  - 80% des implémentations de stents aux USAs

# RCT de fractures ostéoporotiques vertébrales douloureuses traitées par vertébroplastie (n=78)

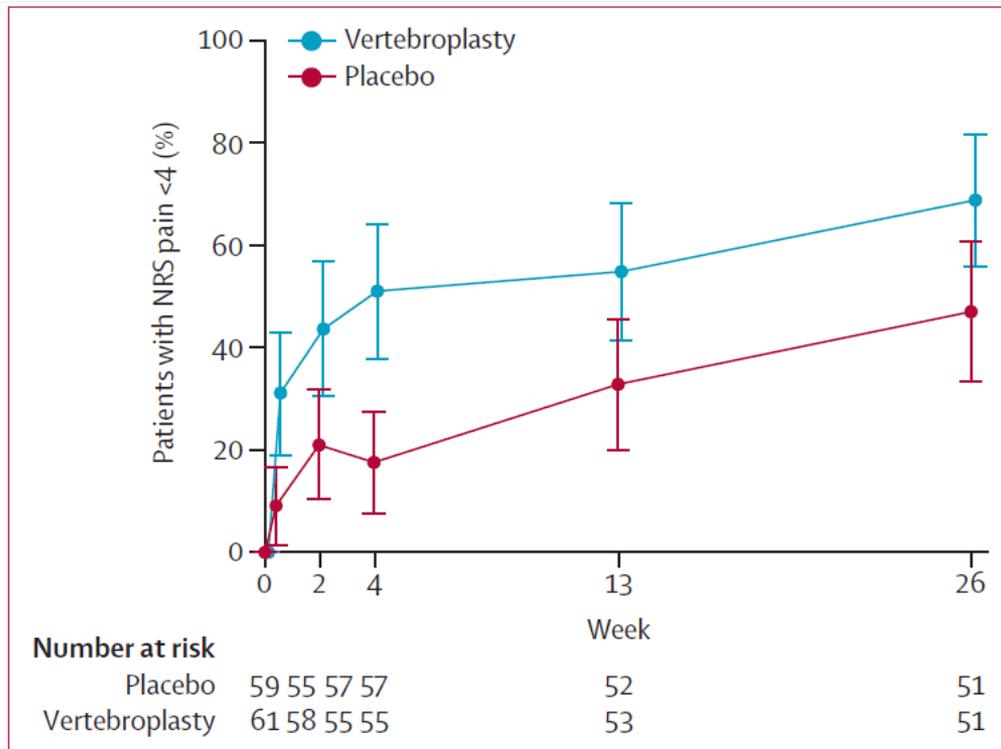


# Vertébroplastie

- Malgré 2 essais randomisés avec procédure sham (“sham”)<sup>1,2</sup>, peu ou pas de diminution des vertébroplasties après ces publications <sup>3</sup>....
- Et en Suisse?
  - Etude en cours (Berne) concernant la surutilisation des interventions invasives:
    - 1<sup>ers</sup> résultats: forte augmentation au cours des dernières années en Suisse...

# Vertébroplastie: une exception possible

- Fracture vertébrale grave < 6 s. avec douleurs incontrôlées

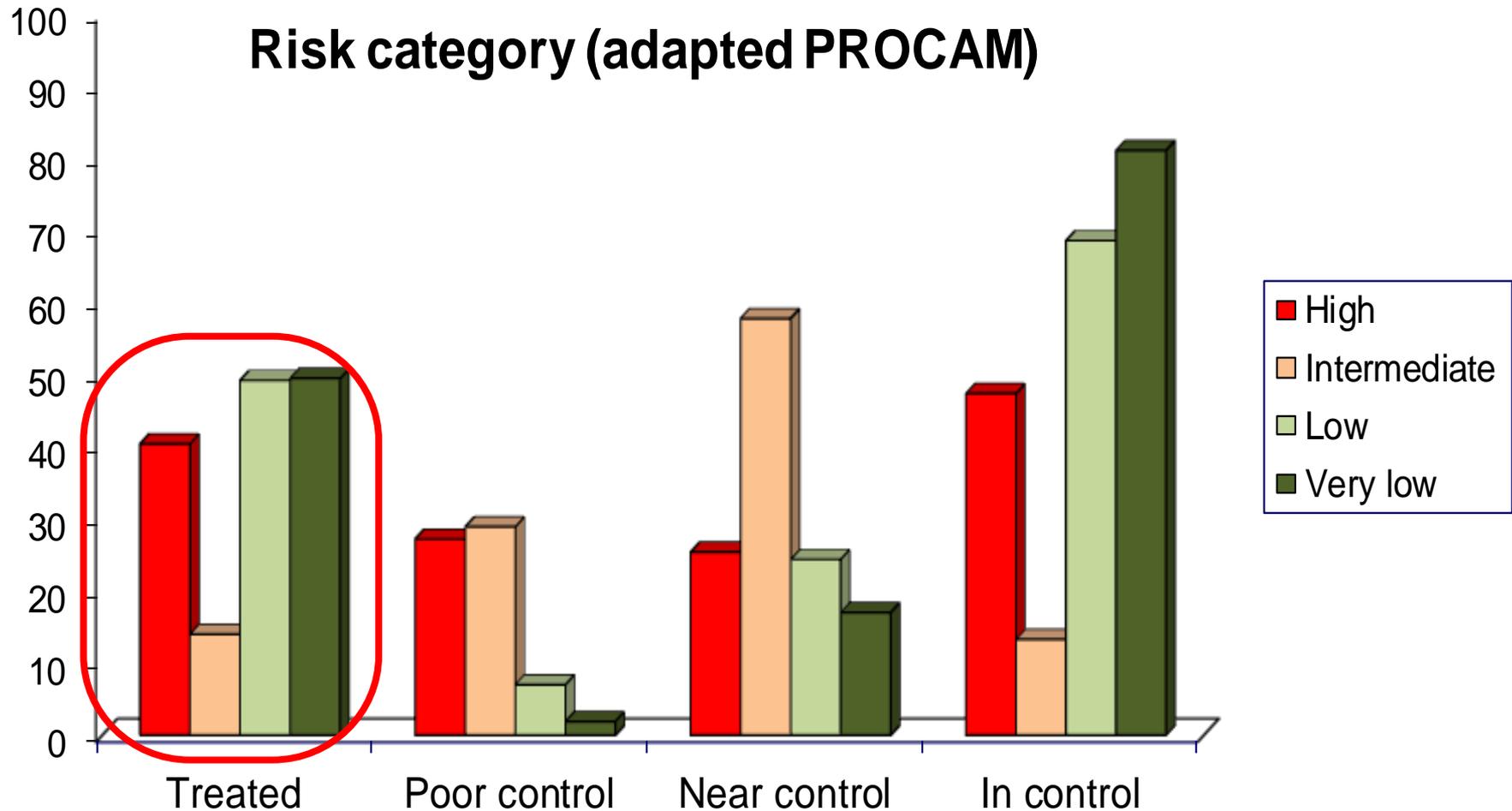


- RCT de 120 patients
- Procédure placebo avec vertébroplastie simulée:
  - Lidocaïne sous-cutanée sans toucher le périoste (pas «masking»)
- Limitation: 80% du groupe vertébroplastie a deviné qu'ils ont subi une vertébroplastie

Figure 2: Proportion of patients in each group with Numeric Rated Scale (NRS) pain intensity of less than 4 out of 10

# Un exemple fréquent: prise en charge des dyslipidémies

# Adéquation du traitement et du contrôle du LDL-cholestérol à Lausanne (Etude CoLaus, n=2111 avec dyslipidémies)



# Recommandations américaines

- Initier un traitement de statines d'intensité élevée permettant de baisser le LDL de  $\geq 50\%$  chez les adultes avec:
  1. Maladie cardiovasculaire < 76 ans
  2. LDL  $\geq 4.9$  mmol/l sans cause secondaire
  3. Diabète entre 40 et 75 ans, avec des complications ou d'autres facteurs de risque
  4. Adultes entre 40 et 75 ans avec un risque d'évènement cardiovasculaire à 10 ans  $\geq 7.5\%$ :
    - selon un nouveau score développé sur la population américaine

# Recommandations américaines: position de l'AGLA <sup>1,2</sup>

- Surestimation du risque CV avec ce score et les scores américains pour la Suisse:
  - Risque doublé par rapport au risque actuel aux USA<sup>3</sup>
- Approche très agressive de l'hypercholestérolémie familiale avec statines systématiques dès l'âge de 12 ans
- Limite le choix des statines
- Hautes doses de statines:
  - Facteur de risque pour les effets secondaires

# Recommandations de l'AGLA/GSLA<sup>1</sup> pour la prise en charge des dyslipidémies

- Patients à haut risque: LDL > 2,6 mmol/l
  - Affections coronariennes ou maladies similaires (AVC, artériopathie périphérique)
  - Diabète
  - Risque à 10 ans  $\geq$  20% (PROCAM-AGLA)

Nombreuses données
- Patients à risque intermédiaire: LDL > 3,4 mmol/l
  - Risque à 10 ans entre 10 et 20%

Quelques études
- Patients à faible risque: ~~LDL > 4,1 mmol/l~~
  - Risque à 10 ans < 10 %

Très peu de données
- Patients sans facteurs de risque: ~~LDL > 4,9 mmol/l~~

Aucune donnée

## AGLA 2014: faible risque: mesures de style de vie

Pour la prévention primaire: toujours recommander des mesures de style de vie de quelques semaines à plusieurs mois!

# Surmédicalisation: points critiques en Suisse

- Meilleures données sur la santé:
  - Pôle national de recherche 74 (PNR)
  - «Health Technology Assessment» / Swiss Medical Board: évaluation des pratiques controversées
- Meilleure coordination des soins:
  - Renforcer la médecine de 1<sup>er</sup> recours (hôpitaux/ cabinets)
- Travail en commun et fonds publics pour:
  - évaluer l'impact de «smarter medicine»
  - des études visant à réduire la surmédicalisation
  - + de soutien à la recherche orientée vers les patients et sur le système de santé pour clarifier les incertitudes

# Acteurs à impliquer pour réduire la surmédicalisation

## Médecins

- Développement de listes/projets de recherche et d'évaluation
- Soutien des sociétés médicales et des hôpitaux

## Patients

- Matériel pour les patients
- Soutien des associations de patients/consommateurs

## Médias

- Information du public
- Multiples voix, un même message

## Stakeholders

- Soutien des différents acteurs (politique, assurances, H+, SAMW, BAG, SNF...) pour le soutien financier et favoriser l'adoption

# Rôle essentiel des médecins de famille dans le choix des tests/interventions et des traitements

- Le patient a-t-il déjà fait le test précédemment?
  - Si oui, qu'est-ce qui justifie de refaire le même test?
- Quelle est la probabilité d'un résultat faux-positif, et quelles en sont les conséquences potentiellement négatives?
- Le résultat du test influencera-t-il la prise en charge de mon patient?
- Est-ce que le pronostic ou la qualité de vie de mon patient (et non les marqueurs biologiques...) peuvent être améliorés par un médicament supplémentaire?

COUNTRY RANKINGS

Top 2*
Middle
Bottom 2*

# Systemes de santé et qualité des soins<sup>1</sup>

**OVERALL RANKING (2013)**

**Quality Care**

Effective Care

Safe Care

Coordinated Care

Patient-Centered Care

**Access**

Cost-Related Problem

Timeliness of Care

**Efficiency**

Equity

Healthy Lives

**Health Expenditures/Capita, 2011\*\***

					
	UK	AUS	SWIZ	FRA	US
<b>Overall Ranking (2013)</b>	1	4	2	9	11
<b>Quality Care</b>	1	2	3	8	5
Effective Care	1	4	8	9	3
Safe Care	1	4	3	2	7
Coordinated Care	1	4	3	9	6
Patient-Centered Care	1	4	3	10	4
<b>Access</b>	1	8	2	11	9
Cost-Related Problem	1	9	7	10	11
Timeliness of Care	3	6	1	10	5
<b>Efficiency</b>	1	4	6	8	11
Equity	2	5	2	7	11
Healthy Lives	10	4	3	1	11
<b>Health Expenditures/Capita, 2011**</b>	\$3,405	\$3,800	\$5,643	\$4,118	\$8,508

Forte médecine de 1<sup>er</sup> recours

Médecins de 1<sup>er</sup> recours en Suisse:

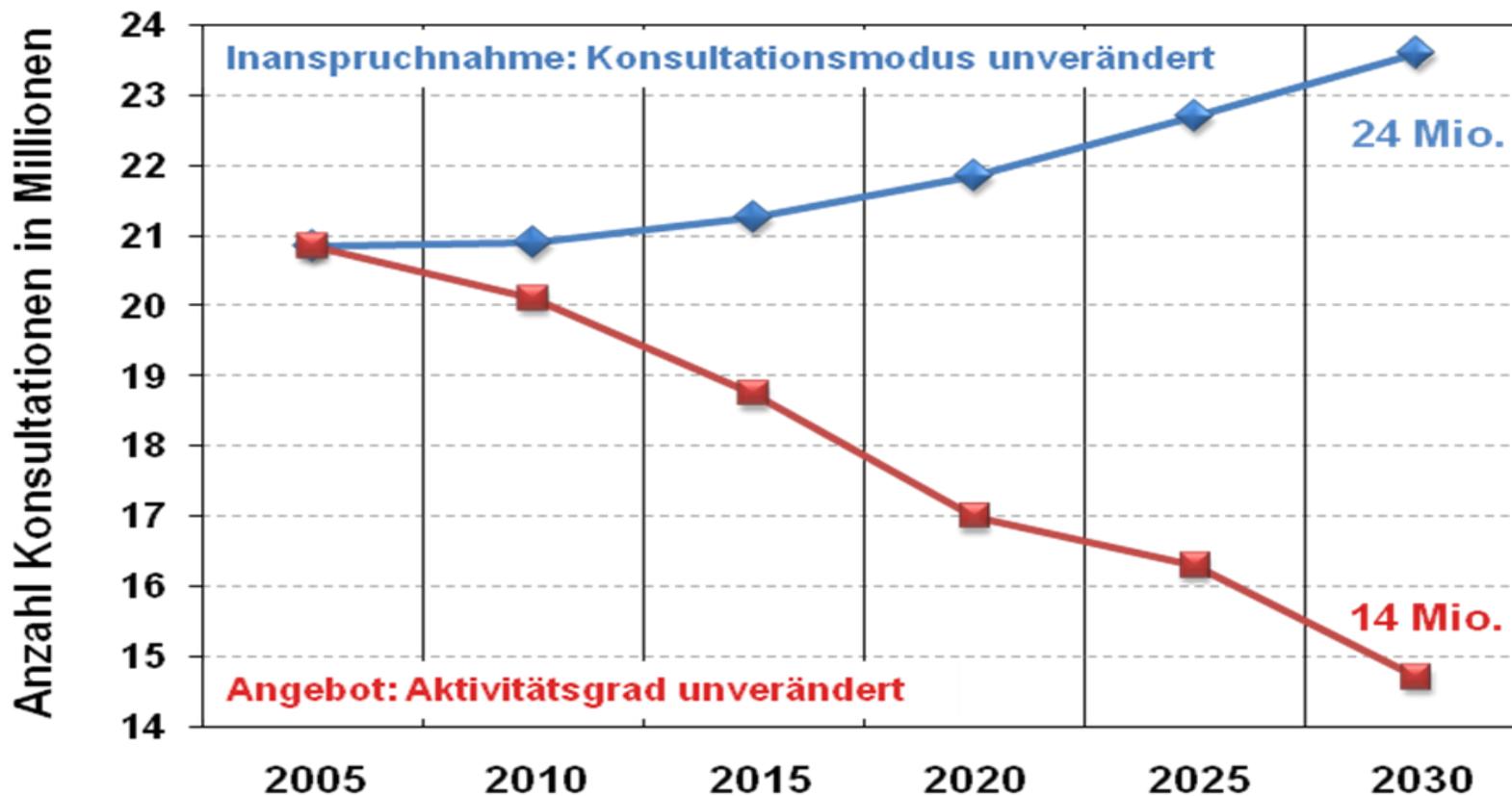
- 50% estiment qu'il y a trop de soins inutiles<sup>2</sup>

<sup>1</sup> The Commonwealth Fund, 2014

<sup>2</sup> The Commonwealth Fund, 2015



# Défi: besoins en médecins de famille en Suisse: volume de consultations et offre



Age des médecins de 1er recours<sup>1</sup>: 30% > 60 J. , 20% < 45 J

**40% du volume de consultations prévues ne pourra plus être assuré !**

<sup>1</sup> Commonwealth Fund 2015



# USA: Médecine de premier recours faible

Ø Nombre de médecins par an impliqués par patient Medicare :

1 maladie chronique → 4 médecins

≥ 5 maladies chronique → 14 médecins

→ FRAGMENTATION DE LA PRISE EN CHARGE  
par une prise en charge non coordonnée

# Conséquences de cette fragmentation

## Plus il y a de médecins différents impliqués, plus:

- Il est difficile pour les patients de comprendre le plan de traitement
- Il y a de perte d'information
  - Explications inutiles, répétées
  - Recommandations contradictoires
- Médicaments – effets secondaires / Hospitalisations / Coûts
- **Mouvement contraire aux USA:**  
„Need for healthcare systems that promote continuity of care and integration of services“ → Renforcement de la médecine de premier recours
- **Mouvement contraire en Suisse: OFSP 2016:** groupe de travail sur «L'augmentation de la spécialisation en médecine humaine & fragmentation»

# Conclusions

- Rôle essentiel des médecins de famille pour discuter des tests / traitements et de leurs bénéfices avec les patients
- Collaboration entre la MIG académique et de famille pour clarifier le bénéfice des examens et des traitements par des études randomisées, incluant des patients avec comorbidités
- Seuls des efforts conjoints des médecins «généralistes», tant en cabinet qu'en hôpital, permettront de diminuer la surutilisation pour perpétuer des soins de haute qualité

# Merci de votre attention

## Contact:

Prof. N. Rodondi

Directeur du Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM)

& Chef de la Policlinique Médicale,

Clinique de Médecine Interne Générale, Hôpital de l'Île

Université de Berne

Tél: 031 / 632 41 63

Email: [Nicolas.Rodondi@insel.ch](mailto:Nicolas.Rodondi@insel.ch)