

«Smarter Medicine»: 5 interventions à éviter en médecine interne générale ambulatoire

K. Selby^a, J. Cornuz^a,
S. Neuner-Jehle^b, A. Perrier^c,
A. Zeller^d, C. A. Meier^e,
N. Rodondi^f, J. M. Gaspoz^g

- a Polyclinique médicale universitaire, Lausanne
- b Institut für Hausarztmedizin Zürich
- c Service de médecine interne générale, Hôpitaux Universitaires de Genève
- d Institut für Hausarztmedizin, Basel
- e Department Innere Medizin und Spezialdisziplinen, Stadtspital Triemli, Zürich
- f Clinique Universitaire de Médecine Interne Générale, Hôpital de l'Île, Université de Berne
- g Service de médecine de premier recours, Hôpitaux Universitaires de Genève

Introduction

Dès 2012, la Société Suisse de Médecine Interne Générale s'est intéressée à la problématique de la sur-utilisation en médecine et a décidé d'établir, dans le domaine de la médecine interne générale ambulatoire, une liste de 5 interventions, pratiquées chez un nombre important de patients, sans leur apporter de bénéfice, ou un bénéfice marginal, tout en comportant de possibles effets secondaires et en contribuant à augmenter les coûts de la santé.

Méthodes

Une version plus détaillée de la méthodologie utilisée sera publiée prochainement. En bref, une revue de la littérature a identifié trois projets internationaux, dont la «Choosing wisely initiative» aux Etats-Unis, qui ont énuméré des interventions à éviter, dans le but d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins [1–3]. Sur cette base, une présélection de 38 interventions de médecine interne générale ambulatoire a été effectuée. 35 experts issus de la médecine interne générale et de la médecine de famille ont participé à un processus Delphi électronique, lors duquel ils ont classé les recommandations internationales selon leur degré de priorité et proposé 12 nouvelles recommandations. Les 18 interventions ayant obtenu les scores les plus élevés ont été revues et classées selon la fréquence de leur utilisation en Suisse, pour retenir une liste finale de 10 interventions. Sur la base des recommandations du Comité d'experts, le Comité de la SSMI a ensuite choisi parmi elles 5 interventions pour sa première liste officielle de recommandations.

Résultats

La Société suisse de médecine interne générale recommande de ne pas pratiquer les tests ou prescriptions suivants:

1. Un bilan radiologique chez un patient avec des douleurs lombaires non-spécifiques depuis moins de 6 semaines.

33% de la population suisse de > 15 ans déclare souffrir de légers maux de dos et 10% de douleurs sévères [4]. Des recommandations internationales existent depuis plusieurs années visant à proposer une prise en charge conservatrice pour tout patient sans signaux d'alarme («red flags»), tels que déficits neurologiques graves ou progressifs, ou suspicion de processus malin ou infectieux. Malgré cela, une étude récente a montré une augmentation de l'utilisation des nouvelles technologies d'imagerie (CT et IRM), sans diminution de l'utilisation de radiographies standards, entre 2000 et 2010 [5]. Or, une imagerie dans les six premières se-

maines d'une lombalgie non-spécifique augmente les coûts de la santé sans amélioration de la douleur ni diminution du risque de handicap [6]; en particulier, la prescription d'IRMs augmente le taux de chirurgie lombaire sans diminuer l'intensité ou la durée des douleurs et de l'invalidité [7].

2. Le dosage du PSA pour dépister le cancer de la prostate sans en discuter les risques et bénéfices avec le patient.

25% des hommes de 50 à 74 ans en Suisse subissent une mesure du PSA (prostate specific antigen) chaque année [4]. Deux grandes études randomisées ont donné des résultats contradictoires concernant le bénéfice de ce dépistage; or les risques de faux positifs, de sur-diagnostic, ainsi que ceux des investigations et traitements subséquents sont non négligeables [8]. Quasiment tous les guidelines actuels recommandent qu'un homme ne soit pas dépisté par un test du PSA sans être au clairement informé sur les enjeux d'un résultat positif et les limites de cet examen, en utilisant un entretien structuré selon le modèle des décisions partagées. De plus, ce dépistage ne devrait pas être proposé au-delà de l'âge de 75 ans. Néanmoins, seuls 13% des hommes américains ayant subi ce dépistage ont eu une discussion approfondie avec leur médecin portant sur les avantages, désavantages et incertitudes liés au dépistage par le PSA [9].

3. La prescription d'antibiotiques en cas d'infection des voies aériennes supérieures sans signe de gravité.

En Angleterre, un quart de la population consulte chaque année son généraliste pour une infection des voies aériennes supérieures et le traitement d'infections respiratoires est responsable de 60% des antibiotiques prescrits [10]. Or, l'on sait que la plupart de ces infections sont d'origine virale, les expectorations purulentes ne prédisant pas une cause bactérienne; les symptômes d'IVRS durent en moyenne de 7 à 11 jours; la prise d'antibiotiques n'en raccourcit pas la durée et augmente le risque de résistances [11]. Les prescriptions symptomatiques et les conseils spécifiques semblent satisfaire autant les patients qu'une ordonnance d'antibiotiques [10].

4. Une radiographie du thorax dans le bilan préopératoire en l'absence de suspicion de pathologie thoracique.

Plus d'un million d'interventions chirurgicales sont effectuées annuellement en Suisse; un bilan préopératoire incluant une radiographie de thorax est souvent

Correspondance:
Kevin Selby
Polyclinique médicale universitaire
Rue du Bugnon 44
CH-1011 Lausanne

demandé. Cependant, seules 2% des radiographies effectuées chez des patients asymptomatiques vont modifier leur prise en charge; aucune étude ne montre qu'une radiographie de thorax apporte des informations supplémentaires à celles amenées par l'anamnèse et l'examen physique, ou qu'une radiographie de thorax apporte un bénéfice au patient. Il n'y a pas de données suggérant qu'une radiographie «de base» change la prise en charge en cas de complications, sauf chez des patients âgés (70+) avec maladie pulmonaire préexistante [12].

5. La poursuite à long terme d'un traitement d'inhibiteurs de la pompe à proton pour des symptômes gastro-intestinaux sans utiliser la plus faible dose efficace.

La prescription d'IPP est en forte augmentation. Par exemple, entre le début 2000 et la fin 2008, la consommation d'IPP dans le canton de Genève a augmenté de presque 500% [13]! Les IPP sont efficaces pour réduire des symptômes récurrents de reflux et traiter les ulcères gastro-intestinaux au stade aigu; mais en dehors d'indications formelles basées sur des résultats pathologiques d'endoscopies, ils n'ont aucun bénéfice préventif [14]. En revanche, un traitement chronique par IPP peut provoquer une augmentation du risque de fractures ostéoporotiques, de pneumonies, d'infections à *Clostridium difficile*, de néphrites interstitielles et de carence en vitamine B12 [13] et ces risques augmentant en fonction de la dose. Par conséquent, il convient d'évaluer la nécessité de poursuivre toute prescription à long terme et, si nécessaire, de donner la plus faible dose efficace, dans le cas de symptômes fréquents, considérer une prise intermittente lors de symptômes récurrents, ou proposer un autre médicament.

Conclusion

Cette première liste de tests ou de prescriptions à éviter fait partie d'un projet ambitieux lancé par la SSMI, nommé *Smarter Medicine* (www.smartermedicine.ch), qui vise à améliorer la qualité des soins tout en préservant l'autonomie de décision des médecins et des patients. Elle devrait permettre une réflexion sur la sur-utilisation en médecine et promouvoir le concept de décisions partagées entre médecins et patients.

Références

- 1 American Board of Internal Medicine Foundation. Choosing Wisely. 2013. www.choosingwisely.org/
- 2 National Institute of Health and Clinical Excellence. NICE «do not do» recommendations. 2013. www.nice.org.uk/usingguidance/donotdorecommendations/
- 3 Elshaug AG, Watt AM, Mundy L, Willis CD. Over 150 potentially low-value health care practices: an Australian study. *The Medical Journal of Australia*. 2012;197:556-60.
- 4 David Altwegg et al. Statistiques de la santé 2012. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique; 2012.

smarter medicine

En médecine, moins peut aussi être plus

La campagne «Smarter Medicine»: un engagement judicieux et durable en faveur du bien-être du patient en Suisse

Le 14 mai 2014, dans le cadre du congrès ESCIM 2014 de Genève, la Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMI) dressera, pour la première fois en Suisse, une liste d'examen et de traitements qui, dans le contexte de la médecine interne générale, ne comportent pas de valeur ajoutée pour les patients et dont les risques peuvent dépasser les bénéfices potentiels. Cette liste constitue la base des activités prévues par la SSMI dans le cadre de sa campagne «Smarter Medicine». Cette campagne unique en Suisse, qui comprend également des activités de recherche, par exemple dans le cadre de l'appel à projets «Choosing wisely» 2013/2014 de la SGIM-Foundation, s'inscrit dans l'objectif d'une médecine efficiente et basée sur les preuves scientifiques, et se fonde sur la prise de position «Un système de santé durable pour la Suisse» de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM). Les activités prévues donnent la priorité au bien-être du patient ainsi qu'à l'augmentation de la qualité et de l'efficacité du système de santé suisse.

www.smartermedicine.ch

- 5 Mafi JN, McCarthy EP, Davis RB, Landon BE. Worsening trends in the management and treatment of back pain. *JAMA internal medicine*. 2013;173:1573-81.
- 6 Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo RA. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2009;373:463-72.
- 7 Jarvik JG, Hollingworth W, Martin B, et al. Rapid magnetic resonance imaging vs radiographs for patients with low back pain: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2003;289:2810-8.
- 8 Moyer VA, USPST. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of internal medicine*. 2012;157:120-34.
- 9 Han PK, Kobrin S, Breen N, et al. National evidence on the use of shared decision making in prostate-specific antigen screening. *Annals of family medicine*. 2013;11:306-14.
- 10 Centre for Clinical Practice. Respiratory tract infections - antibiotic prescribing. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008.
- 11 Gonzales R, Bartlett JG, Besser RE, et al. Principles of appropriate antibiotic use for treatment of nonspecific upper respiratory tract infections in adults: background. *Annals of internal medicine*. 2001;134:490-4.
- 12 Mohammed TL, Kirsch J, et al. ACR Appropriateness Criteria routine admission and preoperative chest radiography. Reston: American College of Radiology; 2011.
- 13 Roulet L, Vernaz N, Giostra E, Gasche Y, Desmeules J. [Adverse effects of proton pump inhibitors: should we worry about long-term exposure?]. *La Revue de médecine interne / fondée par la Société nationale française de médecine interne*. 2012;33:439-45.
- 14 Kahrilas PJ, Shaheen NJ, Vaezi MF, et al. American Gastroenterological Association Institute technical review on the management of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology*. 2008;135:1392-413, 413 e1-5.