

Pas de pression politique, technocratique ou administrative

## Il faut un vaste réseau d'experts

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<sup>1</sup>. 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.

Par Jean-Michel Gaspoz, co-président de la Société Suisse de Médecine Interne Générale SSMIG

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

Une association faitière a été créée à Berne, afin de donner une nouvelle impulsion en Suisse à la campagne smarter medicine lancée il y a trois ans. Les orientations de la campagne sont soutenues par des organisations médicales spécialisées et professionnelles, mais aussi par des associations qui défendent les intérêts des patients et des consommateurs. Ensemble, elles souhaitent sensibiliser le public au fait qu'en médecine et pour certains traitements, en faire moins peut parfois signifier plus de qualité de vie pour les personnes concernées. Afin de concrétiser cette démarche, l'association faitière a présenté aujourd'hui deux nouvelles listes de soins auxquels renoncer en gériatrie et en médecine intensive, qui viennent compléter les deux listes existantes de la médecine interne générale. De gauche à droite: Bernadette Häfliger Berger (SSMIG), Erika Ziltener (FSP), André Bürki (fsas), Claudia Galli (fsas), Jean-Michel Gaspoz (SSMIG), Antoine Casabianca (acsi), Daniel Scheidegger (ASSM), Ivo Meli (SKS). [www.smartermedicine.ch](http://www.smartermedicine.ch)



de la campagne smarter medicine; ce taux augmentait à 70% en Suisse alémanique<sup>2</sup>. 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<sup>3</sup>.

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<sup>4</sup>. 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 comme 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 survinrent: 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 remis 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 recommandations». 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 importantes 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<sup>1</sup>.

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. Accep-

tability 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: www.nice.org.uk/aboutnice/whoweare/seniormanagementteam/meetings/2006/21february2006/disinvestment\_project\_plan\_20february2006\_version1.jsp

### Le Systeme suisse de médecine est-il en bonne santé?

Plus que jamais aujourd'hui, le monde médical subit une profonde mutation. On ne parle pas d'évolution mais de bouleversement. Technique et technologique bien sûr, éthique évidemment, mais aussi et surtout structurel. Ajouter à la difficile maîtrise des coûts de la santé l'intensification de la digitalisation et voilà les codes traditionnels du monde médical sérieusement secoués. Avec, au final, toujours les mêmes questions pour les patients. Quelle qualité de soins pour aujourd'hui et demain ? A quel prix ? C'est sur ces questions fondamentales ainsi que sur la présence grandissante du digital que débattront des experts du monde scientifique, médical mais aussi politique.

Deux tables rondes pour décrypter les enjeux du système de santé suisse et offrir une radiographie actuelle et future du milieu médical. Lundi, 30 octobre 2017, Hôtel Alpha Palmiers, Lausanne. Introduction et animation: François Egger, journaliste de la RTS.

#### Table ronde No 1 : «Quel Avenir pour la médecine de demain?»

Professeur Jean-Michel Gaspoz, Co-président de la Société Suisse de Médecine Interne Générale, Chef du Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences, HUG, Docteur Bertrand Kiefer, Rédacteur en chef de la « Revue Médicale Suisse », Paul Rabaglia, Directeur général du Groupe Mutuel.

#### Table ronde No 2: «La digitalisation dans la médecine, le progrès qui inquiète?»

Antoine Hubert, Administrateur délégué Aevis Victoria – Swiss Medical Network, Professeur Christian Lovis, Président de la Fédération Européenne d'Informatique, Médicale Médecin-chef du service des sciences de l'information médicale – HUG, Marcel Napierala, CEO du groupe Medbase.

www.skgg.ch