

Carole Rieben¹, Sven Streit¹, Nicolas Rodondi¹

Éviter les examens et traitements inutiles: un rôle clé pour les médecins de famille

Article basé sur des exposés présentés lors de la Swiss Family Docs Conference 2014

Au niveau mondial, les dépenses de santé augmentent, y compris dans le domaine des soins médicaux de base. Or, 30% de ces dépenses sont engendrées par des examens ou traitements médicaux inutiles. Il est nécessaire de porter un regard critique et soucieux des coûts sur le recours aux examens et traitements existants. Ce thème a été abordé au cours de la SwissFamilyDocs Conference 2014; les points principaux sont résumés ci-après.

Aux États-Unis, les traitements et examens médicaux inutiles représentent jusqu'à 30% des dépenses de santé, soit 210 milliards de dollars américains par an [1, 2]. Afin de réduire ces coûts, des initiatives comme «*Choosing wisely*» ou «*Less is more*» poursuivent l'objectif de fournir des soins médicaux de grande qualité tout en veillant aux dépenses [3]. Cependant, les dépenses ne sont pas le seul élément dont ces initiatives tiennent compte: elles veillent aussi à réduire la prise en charge excessive des patients et les traitements excessifs potentiellement néfastes. Pour y parvenir, il est nécessaire d'évaluer les avantages, les inconvénients, les conséquences et les coûts des examens. À titre d'exemple, les tests diagnostiques qui n'ont pas de bénéfices ou dont les bénéfices sont improbables devraient être évités, par ex. en cas de maladie sans traitement.

Pour les tests, il convient de tenir compte de la probabilité pré-test afin d'éviter des résultats faux positifs

Pour un test, c'est non seulement la question de la sensibilité et de la spécificité qui se pose, mais il est également nécessaire de connaître la probabilité pré-test. Lorsqu'un test, aussi bon soit-il, est réalisé dans une population où la maladie recherchée est rare, le risque de résultat faux positif est élevé, ce qui a des répercussions négatives pour les patients et entraîne des coûts évitables. L'ergométrie en est un bon exemple: si un patient asymptomatique de 45 ans souffrant d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie et de diabète subit une ergométrie, la probabilité pré-test de cardiopathie coronaire est d'environ 20%, comme l'ont montré de grandes études. Si l'ergométrie se révélait anormale chez ce même patient, la probabilité de souffrir d'une cardiopathie coronaire ne serait que de 35%. Autrement dit, 65% des ergométries anormales chez les patients présentant ces caractéristiques seraient des faux positifs [4]. Dès lors, l'ergométrie est bien plus utile chez les patients présentant des douleurs thoraciques et une probabilité pré-test intermédiaire que chez les patients ayant une faible probabilité pré-test.

Listes suisses des examens et traitements à éviter

Différents pays ont identifié les examens médicaux à éviter; la Suisse, par le biais de la SSMI, en a fait de même à l'aide de la méthode Delphi [5]. La SSMI a ensuite dressé une liste énumérant cinq procédures du domaine de la médecine interne générale ambulatoire, dont les bénéfices sont souvent faibles voire nuls, qui en-

traînent des effets indésirables ou qui donnent lieu à des examens complémentaires injustifiés (Tableau 1). De manière analogue, la clinique universitaire et policlinique de médecine interne générale de l'Inselspital de Berne a défini une liste de cinq interventions pour la médecine stationnaire (Tableau 2).

Tableau 1

«Smarter Medicine» – SSMI: 5 interventions à éviter en médecine interne générale ambulatoire [5].

Un bilan radiologique chez un patient avec des douleurs lombaires non spécifiques depuis <6 semaines.

Le dosage du PSA pour dépister le cancer de la prostate sans en discuter les 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.

Tableau 2

Liste pour la médecine hospitalière: Universitätsklinik und Poliklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital Berne.

Pas d'antibiotique pour le traitement d'une bactériurie et pas de culture urinaire chez les patients sans symptômes.

Pas de traitement médicamenteux pour abaisser l'HbA1c <7,5% chez les patients ≥65 ans.

Pas de sonde urinaire lors d'incontinence urinaire pour simplifier les soins ou pour surveiller la diurèse.

Pas de benzodiazépine ou d'hypnotiques sédatifs en 1^{er} choix pour les patients agités, délirants ou souffrant d'insomnie.

Pas de transfusion pour atteindre une valeur arbitraire d'Hb, en l'absence de symptôme d'une maladie coronarienne, d'insuffisance cardiaque ou d'attaque cérébrale.

Remettre en question l'utilisation des médicaments, les stopper ou, à l'inverse, les initier

En plus des examens inutiles, il est aussi important de prêter une attention particulière aux médicaments. Il convient d'interrompre le traitement médicamenteux en cas d'indication insuffisante ou manquante, en cas d'effets indésirables ou tout simplement pour éviter une prise sur une trop longue durée (prévention quaternaire). O'Mahony *et al.* ont défini 65 critères STOPP [6] (qui signifie «*Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions*»), qui doivent permettre d'éviter les prescriptions inutiles ou la prise de médicaments sur une période trop longue. Parmi les prescriptions inadéquates les plus fréquentes figurent les inhibiteurs de la pompe à protons, les anti-inflammatoires non stéroïdiens ou les benzodiazépines prescrits depuis trop longtemps,

¹ Universitätsklinik und Poliklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital, Bern.

ainsi que la prescription simultanée de médicaments de la même classe (par ex. inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine en association avec des sartans). Dans le domaine stationnaire, il s'agit d'éviter le recours aux benzodiazépines, aux autres médicaments psychotropes et opiacés qui peuvent entraîner des chutes avec de possibles blessures. De la même manière, il convient d'éviter les contrôles trop stricts de la pression artérielle, en particulier chez les patients âgés, afin d'éviter des réactions orthostatiques. Les critères STOPP ont été complétés par 22 critères START («*Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment*» [6]) afin de ne pas omettre des médicaments essentiels qui améliorent le pronostic des patients.

Les médicaments mal ou trop peu utilisés sont fréquents (Tableau 3). Dans la médecine de famille, 1 médicament sur 5 n'est pas indiqué; ce taux est de 1 sur 3 à l'hôpital et il est même de plus de 1 sur 2 dans les EMS! Le même phénomène existe pour les médicaments utiles: ils ne sont pas utilisés dans plus de la moitié des cas, en particulier dans les EMS.

Tableau 3 [7-9]

Prévalence des prescriptions inadaptées (critères STOPP/START).

Médecine de famille:

Médicaments potentiellement inappropriés (STOPP): 21%
Omissions potentielles de prescriptions (START): 23%

Hôpital:

Médicaments potentiellement inappropriés (STOPP): 35%
Omissions potentielles de prescriptions (START): 58%

EMS:

Médicaments potentiellement inappropriés (STOPP): 57%
Omissions potentielles de prescriptions (START): 58%

Des mesures adaptées peuvent apporter des améliorations durables

De nombreux médicaments sont utilisés alors qu'ils sont inutiles ou, au contraire, ne sont pas administrés alors qu'ils sont nécessaires. Des mesures peuvent-elles changer cette situation? Au final, il n'en va pas seulement de la sécurité des patients, mais également de la hausse des dépenses de santé. Gallagher *et al.* ont étudié l'effet des critères STOPP/START [10]: 400 patients hospitalisés (âgés d'au minimum 65 ans) ont été répartis dans un groupe d'intervention avec vérification de leurs médicaments selon les critères STOPP/START ou dans un groupe contrôle. Dans le groupe d'intervention, les critères STOPP ont permis de réduire la polypharmacie et d'adapter les dosages médicamenteux. Par rapport au groupe contrôle, il en a résulté une réduction significative des interactions médicamenteuses et effets indésirables potentiels au moment de la sortie de l'hôpital et dans les 6 mois suivants. Le nombre de patients devant être évalués afin d'obtenir une amélioration était de 2,8 (intervalle de confiance [IC] à 95% 2,2-3,8). Au cours de la même étude, les médicaments de la liste START ont été plus utilisés dans le groupe d'intervention, ce qui a entraîné une réduction significative des médicaments utiles non administrés lors de la sortie de l'hôpital et dans les 6 mois suivants. Le nombre de patients devant être évalués afin d'obtenir une amélioration était de 4,7 (IC à 95% 3,4-7,5).

Comment améliorer la situation?

Pour faire avancer ce problème, plusieurs mesures sont nécessaires. Il est d'abord nécessaire que la recherche clinique reçoive plus de soutien. Il est essentiel qu'une population de patients re-

présentative, comme celle que nous rencontrons dans nos cabinets, soit étudiée. Les patients polymorbides ne doivent désormais plus être exclus, comme il était d'usage au cours des 15 dernières années. L'étude TRUST en est un bon exemple [11]: avec l'aide de médecins de premier recours de différents pays européens (Pays-Bas, Écosse, Irlande et Suisse), elle évalue si un traitement de substitution profita également aux patients polymorbides en cas d'hypothyroïdie infraclinique.

Les médecins de famille jouent un rôle crucial à cet égard. Ils voient au quotidien à quel point il peut être difficile de travailler en étant tiraillé entre l'expérience, les représentations des patients et les preuves en perpétuel changement. Il est cependant toujours utile de les remettre en question de manière critique. Les médecins de famille ont un rôle essentiel d'interlocuteur avec les patients, pour déterminer si un test ou un médicament est judicieux et quelles conséquences en résultent. De plus, ils connaissent souvent très bien les préférences et les besoins de leurs patients souffrant de maladies chroniques, ce qui est capital pour définir ensemble les priorités et les objectifs thérapeutiques.

Conclusion

La peur de passer à côté de certains diagnostics et le manque d'études adaptées pour identifier les mesures et médicaments vraiment utiles de ce qui est superflu sont à l'origine d'une prise en charge médicale excessive. Tout ce qui est faisable n'est pas forcément bon pour la santé, sans parler des coûts directs et indirects des surdiagnostics et des médicaments non indiqués. Plusieurs campagnes tentent de sensibiliser le corps médical à ce sujet. Les médecins de famille jouent un rôle clé en ce sens qu'ils peuvent enrichir d'informations importantes la discussion au sujet des tests et traitements. Une collaboration des médecins de famille avec les généralistes faisant de la recherche est donc urgente et nécessaire pour clarifier l'efficacité des examens et traitements chez les patients polymorbides. Seuls des efforts communs de nous, généralistes praticiens et hospitaliers, permettront de couper court à cette tendance négative du toujours plus, et ce de manière sensible, afin que nos patients ne bénéficient pas de plus de médecine mais d'une médecine de meilleure qualité.

Références

- Hood VL. High value, cost-conscious care: an international imperative. *Eur J Intern Med.* 2012;23(6):495-8.
- Berwick DM. Eliminating waste in US health care. *JAMA.* 2012;307(14):1513-6.
- Rodondi N. «Less is more» ou pouvons-nous épargner des investigations ou des traitements à nos patients? *Forum Med Suisse.* 2013;13(10):196.
- Rifkin RD. Bayesian analysis of electrocardiographic exercise stress testing. *N Engl J Med.* 1977;297(13):681-6.
- Selby K *et al.* «Smarter Medicine»: 5 interventions à éviter en médecine interne générale ambulatoire. *Bulletin des médecins suisses.* 2014;95:20.
- O'Mahony D *et al.* STOPP & START criteria: A new approach to detecting potentially inappropriate prescribing in old age. *European Geriatric Medicine.* 2010;1(1):45-51.
- Ryan C *et al.* Potentially inappropriate prescribing in an Irish elderly population in primary care. *Br J Clin Pharmacol.* 2009;68(6):936-47.
- Gallagher P *et al.* STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. *Age Ageing.* 2008;37(6):673-9.
- Barry PJ *et al.* START (screening tool to alert doctors to the right treatment) – an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients. *Age Ageing.* 2007;36(6):632-8.
- PF Gallagher *et al.* Prevention of potentially inappropriate prescribing for elderly patients: a randomized controlled trial using STOPP/START criteria. *Clin Pharmacol Ther.* 2011;89(6).
- Rodondi N. Faut-il traiter l'hypothyroïdie infraclinique? *Forum Med Suisse.* 2013;13(39):766.

Correspondance: Prof. Nicolas Rodondi
Universitätsklinik und Poliklinik für Allgemeine Innere Medizin
Inselspital, 3000 Bern, nicolas.rodondi[at]insel.ch