

«Smarter Medicine in the Hospital»

Vers une pratique en médecine interne hospitalière plus performante

Sabine Bavamian^a, Luca Gabutti^b, Omar Kherad^{a,c}, Nicolas Rodondi^{d,h}, Jonas Rutishauser^e, Gérard Waeber^f, Christoph A. Meier^g

^a Hôpitaux universitaires de Genève; ^b Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, Bellinzona; ^c Hôpital de La Tour, Genève; ^d Clinique Universitaire de Médecine Interne Générale, Hôpital de l'Île, Berne; ^e Hôpital cantonal de Bâle-Campagne; ^f Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne; ^g Hôpital universitaire de Bâle; ^h Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Université de Berne

Deux ans après la parution d'une première liste, qui cible cinq interventions à éviter dans le domaine de la médecine interne ambulatoire, la SSMIG a dévoilé lors de son Assemblée de printemps 2016 une 2^e «Top-5» liste de cinq interventions qui visent cette fois la médecine interne hospitalière.

Introduction

Au cours des cinq dernières années, de nombreux projets visant à combattre le surdiagnostic et la surprescription médicale ont vu le jour dans le monde entier. Toutes ces campagnes militent pour une médecine plus efficiente, mais également plus rationnelle et visent à replacer le bien-être du patient au centre de la démarche thérapeutique. C'est dans ce contexte que la campagne intitulée «Choosing Wisely» – choisir avec sagesse – a été lancée aux Etats-Unis en 2011 [1]. Cette initiative avait pour but de favoriser une discussion ouverte entre le personnel soignant, les patients et le grand public sur le thème de la surmédicalisation. La mobilisation de chaque société de discipline a ainsi permis d'établir des «Top-5» listes d'interventions jugées inefficaces et qu'il convient d'éviter. Ces listes constituant la pierre angulaire de la campagne comprennent cinq mesures médicales fréquemment utilisées pour lesquelles il n'y a pas de bénéfice pour le patient et qui peuvent l'exposer à des effets indésirables. Faisant écho à cette campagne, de nombreux pays anglo-saxons (Canada, Australie) et européens (Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas) ont publié à leur tour leurs listes de procédures ou d'examens superflus à éviter.

En Suisse, dans sa feuille de route publiée en 2012 et intitulée «Un système de santé durable pour la Suisse», l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) a encouragé les sociétés de disciplines médicales suisses à adhérer à un tel mouvement [2]. La Société Suisse de Médecine Interne (SSMI) a joué un rôle pionnier en publiant la première liste suisse en mai 2014. Cette liste cible cinq interventions à éviter dans le domaine de la médecine interne ambulatoire [3].

La SSMIG publie sa 2^e liste

Deux ans après la parution de cette première liste, la SSMI devenue Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG) après avoir fusionné avec la Société Suisse de Médecine Générale a dévoilé lors de son Assemblée de printemps 2016 une 2^e «Top-5» liste de cinq interventions qui visent cette fois la médecine interne hospitalière. C'est sous la direction du Professeur Christoph A. Meier que cette nouvelle liste a été élaborée avec le soutien de cinq experts issus de la médecine interne générale hospitalière et 22 chefs de Service d'hôpitaux suisses. Comme le mentionne le Professeur Nicolas Rodondi, membre de cette commission, l'intérêt de cette liste est d'autant plus important que 46% des coûts de la santé sont générés à l'hôpital. Ces recommandations sont notamment destinées aux internistes, qui traitent souvent des patients gravement malades et polymorbides. La question de la surmédicalisation et de la limitation de la qualité de vie se pose alors très clairement lors de la prise en charge de ces patients. Enfin, comme le souligne le Professeur Jean-Michel Gaspoz, co-président de la SSMIG, au vu de la longue espérance de vie en Suisse, le sujet revêt une pertinence non seulement médicale, mais également sociétale.

Liste «Top-5» des interventions à éviter dans le domaine stationnaire

C'est en s'appuyant sur la campagne «Choosing Wisely» que ce groupe de spécialistes s'est penché sur plus de 400 recommandations publiées par les différentes sociétés américaines [4]. Après élimination des recommandations redondantes et en ne basant leur sélection que sur les plus pertinentes pour la pratique hospita-

lière, 37 recommandations ont pu être présélectionnées. Ces 37 recommandations ont ensuite fait l'objet d'un classement sur la base de la pertinence clinique en Suisse. Ce classement intégrait notamment les critères de sélection suivants: fréquence de l'intervention, évidences scientifiques à la base de cette recommandation, évaluation du rapport bénéfice/risque pour le patient et possibilité d'influencer la pratique médicale. A l'issue de ce classement, les 10 recommandations ayant obtenu les meilleurs scores ont été soumises à l'appréciation de 22 chefs de Service de médecine interne en Suisse qui les ont classées selon ces mêmes critères. Enfin, le groupe de travail a retenu sur la base d'un consensus les cinq recommandations qui ont fait l'objet de cette deuxième liste officielle (fig. 1).

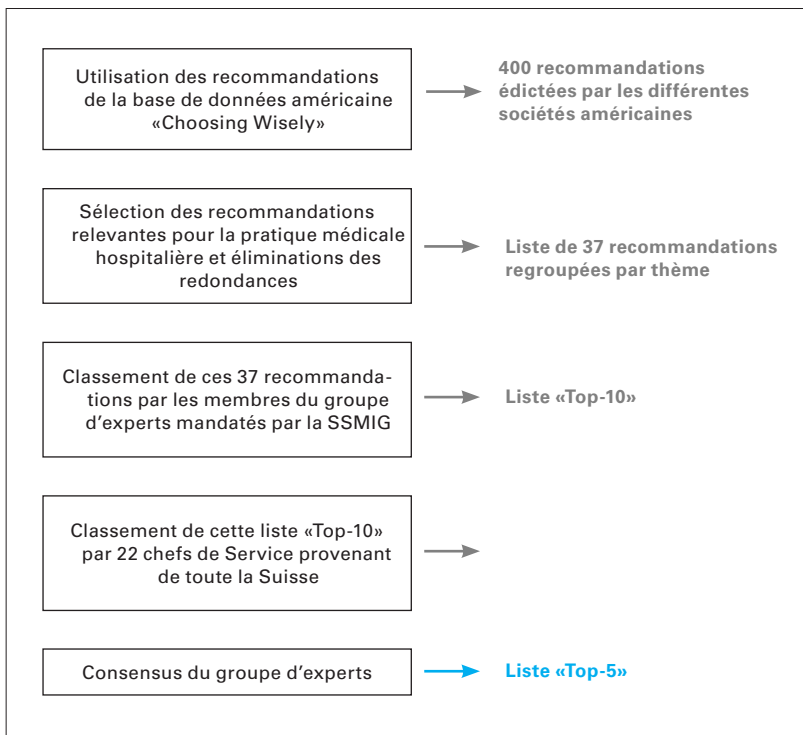


Figure 1: Processus de sélection de la liste «Top-5» recommandations pour le milieu hospitalier.

5 recommandations à la base d'une médecine plus rationnelle (fig. 2)

Parmi les tests et prescriptions à éviter en milieu hospitalier, on note les prises de sang répétitives injustifiées, la pose de sondes urinaires pour des raisons de commodité en dehors des soins intensifs, les transfusions sanguines excessives, l'alitement prolongé des personnes âgées et l'usage de sédatifs pour traiter l'insomnie ou l'agitation chez les patients âgés hospitalisés.

Recommandation 1: Ne pas faire de prises de sang à intervalles réguliers (par exemple chaque jour) ou planifier des batteries d'examen, y compris des examens radiographiques, sans répondre à une question clinique spécifique.

Les patients hospitalisés ont régulièrement des prises de sang, parfois de manière quotidienne et ce, sans que cela ne réponde à une question médicale. En effet, ces examens (y inclus radiologiques) ne devraient être réalisés que si leur résultat peut influencer la prise en charge du patient. Ces prélèvements sanguins répétés comportent en outre le risque de conduire à une anémie pouvant nécessiter des transfusions sanguines [5].

Recommandation 2: Ne pas poser ou laisser en place une sonde urinaire uniquement pour des raisons de commodité (incontinence urinaire, surveillance de la diurèse) chez des patients en dehors des soins intensifs.

Les infections urinaires causées par les sondes sont les infections les plus fréquemment rencontrées dans les unités de soins. L'utilisation de sonde urinaire pour le traitement de l'incontinence ou par commodité, sans indication précise ou sans mention d'une durée d'utilisation est très fréquente et augmente ainsi le risque d'infection [6, 7].

Recommandation 3: Ne pas transfuser plus que le nombre minimal de culots érythrocytaires nécessaires pour soulager les symptômes liés à l'anémie ou pour normaliser le taux d'hémoglobine selon des seuils définis: 7 g/dl chez des patients stables non cardiaques et 8 g/dl chez des patients stables avec une maladie cardiovasculaire pré-existante.


Il a été démontré qu'une politique de transfusion libérale avec des seuils de transfusion plus élevés n'avait pas permis une meilleure prise en charge des symptômes liés à l'anémie. Au contraire, cette approche, en plus de générer des coûts supplémentaires, expose le patient à des effets indésirables potentiels liés à la transfusion (infections, réactions d'hémolyse, augmentation de la durée d'hospitalisation, mortalité, etc.) [8, 9].

Recommandation 4: Ne pas laisser les personnes âgées alitées pendant leur séjour à l'hôpital. De plus, des objectifs thérapeutiques individuels doivent être établis en fonction des valeurs et des préférences de chacun.

Jusqu'à 65% des personnes âgées indépendantes sur le plan fonctionnel à l'admission risquent de perdre leur

Liste « Top 5 »

La Société Suisse de Médecine Interne Générale recommande de ne pas pratiquer les tests et prescriptions suivants dans le domaine hospitalier:



1 Ne pas faire de prises de sang à intervalles réguliers (par exemple chaque jour) ou planifier des batteries d'examens, y compris des examens radiographiques, sans répondre à une question clinique spécifique.

2 Ne pas poser ou laisser en place une sonde urinaire uniquement pour des raisons de commodité (incontinence urinaire, surveillance de la diurèse) chez des patients en dehors des soins intensifs.

3 Ne pas transfuser plus que le nombre minimum de culots érythrocytaires nécessaires pour soulager les symptômes liés à l'anémie ou pour normaliser le taux d'hémoglobine selon des seuils définis: (7 g/dL chez des patients stables non cardiaques et 8 g/dL chez des 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 en fonction des valeurs et des préférences de chacun.

5 Ne pas utiliser de benzodiazépines ou autres sédatifs-hypnotiques chez les personnes âgées pour le traitement de l'insomnie, de l'agitation ou d'un état confusionnel aigu et éviter leur prescription à la sortie de l'hôpital.




Figure 2: Liste «Top-5» recommandations pour le milieu hospitalier.

autonomie pendant un séjour à l'hôpital et ceci en raison d'un alitement prolongé [10]. Aussi, il est impératif que le personnel soignant prenne conscience de ce danger particulièrement chez les personnes âgées et intègre la mobilisation précoce comme partie intégrante des soins à prodiguer aux patients durant leur séjour à l'hôpital.

Recommandation 5: Ne pas utiliser de benzodiazépines ou autres sédatifs hypnotiques chez les personnes âgées pour le traitement de l'insomnie, de l'agitation ou d'un état confusionnel aigu et éviter leur prescription à la sortie de l'hôpital.

En dépit d'un risque augmenté de chutes, fractures ou encore d'accidents de la route, l'utilisation de benzodiazépines chez les personnes âgées en milieu hospitalier et leur prescription à la sortie de l'hôpital restent élevées (~9%) [11, 12]. Leur prescription ne devrait être réservée qu'au traitement de delirium observé lors du sevrage de l'alcool ou en cas de troubles anxieux généralisés sévères lorsque les autres traitements se sont montrés inefficaces.

Conclusions

Les cinq interventions listées précédemment présentent une marge d'amélioration importante dans le cadre de leur utilisation. Ce deuxième volet de «Smarter

Medicine» qui postule que «moins peut être mieux» devrait ainsi permettre de poursuivre une réflexion sur la surutilisation en médecine interne générale pour laquelle un grand besoin d'information et de concertation avec les patients est nécessaire.

Références

- 1 Choosing Wisely. 2013. at <http://www.choosingwisely.org/>.
- 2 Académie Suisse des Sciences Médicales. Médecine durable. Bâle: Académie suisse des sciences médicales. 2012:1–32.
- 3 Selby K, et al. Creating a list of low-value health care activities in Swiss primary care. *JAMA Intern Med.* 2015;175(4):640–2.
- 4 <http://choosingwisely.org/wp-content/uploads/2015/01/choosing-wisely-recommendations.pdf>
- 5 Alonso-Cerezo MC, Martín JS, García Montes MA, de la Iglesia VM. Appropriate utilization of clinical laboratory tests. *Clin Chem Lab Med.* 2009;47(12):1461–5.
- 6 Chenoweth CE, Gould CV, Saint S. Diagnosis, management, and prevention of catheter-associated urinary tract infections. *Infect Dis Clin North Am.* 2014;28(1):105–19.
- 7 Hooton TM, et al. Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2010;50(5):625–63.
- 8 Retter A, et al. Guidelines on the management of anaemia and red cell transfusion in adult critically ill patients. *Br J Haematol.* 2013;160(4):445–64.
- 9 Carson JL, Carless PA, Hebert PC. Transfusion thresholds and other strategies for guiding allogeneic red blood cell transfusion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 4:CD002042.
- 10 Hirsch CH, Sommers L, Olsen A, Mullen L, Winograd CH. The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc.* 1990;38(12):1296–303.
- 11 American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63(11):2227–46.
- 12 Olfson M, King M, Schoenbaum M. Benzodiazepine use in the United States. *JAMA Psychiatry.* 2015;72(2):136–42.

Correspondance:
Sabine Bavamian
Hôpitaux universitaires
de Genève
CH-1205 Genève 14
sabine.bavamian[at]
gmail.com