

Smartermedicine.ch



Samia Hurst

*Un des premiers devoirs du médecin
est d'éduquer les masses
à ne pas prendre de médicaments.
(William Osler, aphorismes)*

Intéressant, le programme *Smartermedicine* [1] que la Société Suisse de Médecine Interne Générale a lancé en mai dernier. Il est basé sur une campagne internationale, lancée initialement en Norvège mais qui a surtout fait parler d'elle lorsqu'elle a été adoptée aux Etats-Unis sous le nom de *Choosing wisely* [2] ou «Choisir avec sagesse». L'idée de base est simple. Parmi toutes les choses que la médecine sait faire, certaines ont substantiellement augmenté l'espérance de vie, la qualité de vie, et plus généralement notre capacité à aider nos patients, mais d'autres sont peu utiles, voire inutiles.

«Face à un problème, on ajoute: un autre médicament, une autre intervention, un autre test.»

Les interventions inutiles ne sont pas seulement superflues. Elles sont néfastes. Le patient n'en aura pas de bénéfice clinique, mais il en aura les effets secondaires et tous en auront les coûts. Sous l'angle éthique, limiter ces interventions est moralement requis. Elles comportent des risques, contre lesquels nous devons protéger nos patients. Leur usage gaspille des ressources: c'est contraire à l'équité car ces ressources ne seront plus disponibles pour des besoins réels, des interventions utiles.

Il semble donc clair que nous devons les limiter, mais ce n'est pas si simple. Certaines sont une source de revenu et il arrive qu'elles soient employées principalement pour cela. Cela représente un échec de nos priorités: faire passer l'intérêt matériel du médecin avant le bien du patient est contraire aux buts de la médecine. Bien plus souvent, pourtant, il ne s'agit en fait pas de cela. On craint de «manquer quelque chose» [3, 4]. On craint un procès [3]. On suit des routines [5]. Les patients (plus rarement que l'on croit mais parfois tout de même) exigent une action [3].

Plus généralement, cependant, on veut s'assurer d'avoir fait *tout*. Face à un problème, on ajoute: un autre médicament, une autre intervention, un autre test. Ajouter à ce qui existe déjà est notre manière d'améliorer la plupart des situations. Souvent, ça marche. Mais combien pourrions-nous faire en remplaçant le but d'en faire *plus* par celui de faire *mieux*?

En clinique, c'est une notion qui devrait nous être familière. Toute intervention n'est pas bonne à faire. Nous passons souvent beaucoup de temps, justement, à déterminer ce qui est le plus adapté pour nos patients, plutôt que de simplement tout faire. Chaque fois que nous ne partageant pas ces considérations, cependant, nous manquons des occasions de progresser. Faire mieux plutôt que plus est un enjeu de progrès réel. C'est d'ailleurs une idée qui progresse. Nous avons eu les antirétroviraux en doses fixes combinées. Aux Etats-Unis, la réforme du système de santé donne lieu à un foisonnement d'expérimentations structurelles dont le but est toujours le même: faire plus ciblé, plus juste, plutôt que *plus* tout court [6]. En Suisse, l'Académie se penche sur la «Médecine durable» [7]. La simplification peut être un défi intellectuel plutôt qu'un renoncement, une amélioration plutôt qu'une résignation, un axe d'innovation plutôt qu'une «simple» affaire de bon sens.

En tentant de viser *mieux* plutôt que *plus*, la campagne *Choosing wisely* va dans ce sens. Son but est de laisser les praticiens de chaque spécialité identifier des interventions employées dans la pratique, mais qui ne sont pas soutenues par des preuves, pas véritablement nécessaires, ou encore qui représentent un doublet avec une intervention déjà existante. Celles dont on pourrait se passer sans dommage pour les patients. Apparemment, ça marche: aux Etats-Unis, cette initiative a été rejointe par 60 sociétés de spécialités depuis 2012. Grâce aux internistes et aux généralistes, la voilà désormais en Suisse. Alors maintenant, à qui le tour?

Samia Hurst*

Références

- 1 Voir: www.smartermedicine.ch/fr
- 2 www.choosingwisely.org
- 3 Rohacek M, Albrecht M, Kleim B, Zimmermann H, Exadaktylos A. Reasons for ordering computed tomography scans of the head in patients with minor brain injury. *Injury*. 2012;43(9):1415-8.
- 4 Seematter-Bagnoud L, Vader JP, Wietlisbach V, Froehlich F, Gonvers JJ, Burnand B. Overuse, and underuse of diagnostic upper gastrointestinal endoscopy in various clinical settings. *Int J Qual Health Care*. 1999;1(4):301-8.
- 5 Sessa C, Pampallona S, Carobbio M, Neuenschwander H, Cavalli F. Palliative care of cancer patients: audit of current hospital procedures. *Support Care Cancer*. 1998;6(3):266-72.
- 6 Keller B. Obamacare: the rest of the story. *New York Times* [Internet]. 2013. Available from: www.nytimes.com/2013/10/14/opinion/keller-obamacare-the-rest-of-the-story.html
- 7 ASSM. Médecine durable. Basel; 2012.

* Professeur à l'Institut Ethique, Histoire, Humanités, Faculté de médecine, Genève