

smarter medicine – un large soutien en faveur d'une prise en charge optimale des patients

Le volet suisse de la campagne internationale **smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland** se donne pour objectif de garantir une prise en charge optimale plutôt que maximale des patients, selon l'adage «La qualité plutôt que la quantité». L'accent est mis sur la prévention des soins médicaux surabondants et inadaptés ainsi que sur la sensibilisation des patients.

Des voix se font entendre il y a quelques années aux États-Unis afin de mettre en garde contre les conséquences de l'excès de soins médicaux («overuse»). En 2011, des médecins ont lancé l'initiative **Choosing Wisely**. Cette initiative avait pour objectif de garantir des «décisions judicieuses», mais aussi d'encourager une franche discussion entre le corps médical, les patients et le public.

Les soins médicaux surabondants et inadaptés sont également un problème en Suisse, où la part de traitements superflus se situe entre 20 et 30%. C'est pourquoi les sociétés de discipline médicale et professionnelles et les associations défendent les intérêts des patients et des consommateurs ont joint leurs forces pour créer l'association de soutien **smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland**. Ensemble, elles sensibilisent l'opinion publique à l'impact qu'une réduction de soins médicaux dans des cas spécifiques pourrait avoir en termes de qualité de vie pour les personnes concernées.

L'association de soutien poursuit les objectifs suivants:

- promouvoir l'établissement et la publication de nouvelles listes «Top 5» par les sociétés de discipline médicale;
- impliquer activement d'autres professions de santé (approche interprofessionnelle);
- sensibiliser les patients et les assurés à la problématique;
- lancer un débat public sur la qualité des soins (soins surabondants ou insuffisants).

ancrer le thème de la qualité des soins dans la formation initiale et continue des médecins;

- faire en sorte que le monde politique et les autorités soutiennent la campagne.

Clé de vôtre de la campagne **Choosing Wisely**, les listes «Top 5» contiennent cinq mesures médicales qui ne sont a

priori pas nécessaires. Autrement dit, médecins et patients devraient se demander conjointement s'il ne vaudrait pas mieux faire l'impasse sur un traitement figurant dans cette liste, parce que les risques qui y sont associés sont potentiellement supérieurs aux avantages offerts.

L'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) et la Société suisse de médecine interne générale (SSMIG) luttent depuis de longues années déjà contre les soins médicaux surabondants et inadaptés. L'ASSM a intégré l'initiative **Choosing Wisely** dans sa feuille de route «Système de santé durable» en 2011. La SSMIG a également à cœur de promouvoir une prise en charge optimale des patients. Pionnière en Suisse, elle a été la première société de discipline médicale à publier, en 2014, une liste «Top 5» pour le domaine ambulatoire en Suisse, qui a été suivie deux ans plus tard par une autre pour le domaine stationnaire.

Entre-temps, l'association de soutien **smarter medicine** a conclu un grand nombre de nouveaux partenariats et publié plus d'une douzaine de listes «Top 5». Pour renforcer la portée de la campagne en Suisse, les sociétés de discipline médicale sont incitées à se joindre à l'initiative et à publier leur liste «Top 5». Vous trouverez de plus amples informations sur le site www.smartermedicine.ch

Contact – Impressum

Association de soutien **smarter medicine** – **Choosing Wisely Switzerland**

c/o Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG)

Mombiolistrasse 43, Case postale 3001 Berne

Tél. 031 370 40 00

www.smartermedicine.ch

smartermedicine@sgaim.ch

Comment la smarter medicine peut-elle être appliquée à la pédiatrie ?

renoncer à une mesure donnée dès lors que les risques et effets indésirables associés dépassent le bénéfice. Le message central est que le mieux peut être l'ennemi du bien («more is not always better»).

Cette liste comprend cinq recommandations pour le traitement des nourrissons, des enfants et des adolescents et s'adresse aux pédiatres, mais aussi aux médecins généralistes qui s'occupent d'enfants. Ces recommandations doivent naturellement être toujours étudiées au cas par cas.

La première recommandation porte sur la réhydratation intraveineuse et concerne les cabinets au même titre que les hôpitaux, car une orientation éventuelle vers un service spécialisé peut le cas échéant être empêchée par une réhydratation orale en cabinet. Éviter une perfusion parfois difficile et

traumatisante répond à l'exigence de limiter les surtraitements, conformément au principe primum nil nocere. La deuxième recommandation de ne pas traiter d'emblée les otites moyennes aiguës par des antibiotiques semble être appliquée depuis longtemps déjà par la majorité des soignants. Cependant, face à une résistance généralement croissante et aux effets indésirables des antibiotiques, il existe dans ce domaine un important potentiel d'amélioration en matière de prise de décision partagée, afin de renoncer à l'usage d'antibiotiques en accord avec les parents.

Le troisième recommandation, invitant à ne pas utiliser des médicaments contre la toux en raison d'un manque de preuves d'efficacité, nécessitera un certain temps avant que leur caractère de surtraitement ne soit admis tant par les médecins que par les patients et leur famille. Les pharmaciens jouent également un rôle important et devraient être plus largement sensibilisés sur cette question

et impliqués dans une éventuelle campagne. Une éducation solide sur l'évolution spontanée de la toux et l'identification des signaux d'alerte est décisive dans ce sens.

Les deux dernières recommandations concernent le traitement des nourrissons. Le fait d'éviter tant les inhibiteurs de la sécrétion acide pour le traitement du reflux gastro-œsophagien que l'usage systématique de glucocorticoïdes ou de bronchodilatateurs pour le traitement de la bronchiolite a une grande importance pour ce groupe de patients vulnérables. Ces deux recommandations peuvent poser des difficultés face à un quotidien clinique fréquent, et un temps suffisant doit être consacré afin de bien conseiller les parents et d'ouvrir la voie à une prise de décision partagée. Les médecins assistants doivent eux aussi être formés et bénéficier d'un solide soutien.

Pédiatrie suisse considérée qu'avec cette Liste Top 5 destinée aux pédiatres, un premier pas important a été franchi pour la concrétisation de l'initiative smarter medicine.

- Dr méd. Corinne Wyder**
Co-Présidente CW Groupe de Travail pédiatrie suisse, Kinderärzte KurWerk, Burgdorf
- Dr méd. Dominique Gùr**
Co-Président CW Groupe de Travail pédiatrie suisse, MedZentrum - kinderpraxis farberhof, Hochdorf
- Prof. Dr. méd. Gian Paolo Ramelli**
Past President pédiatrie suisse, Ospedale San Giovanni, Bellinzona
- Prof. Dr. méd. Roland Ammann**
Kinderärzte KurWerk, Burgdorf
- Dr. méd. Gérard Berther**
Clinique pédiatrique Kantonsspital Aarau AG, CHUV, Lausanne
- Dr. Sc. Ermindo Di Paolo PH.D. MER Clinique UNIL**
CHUV, Lausanne
- Prof. Dr. méd. Mario Geirli**
CHUV, Lausanne
- Dr. méd. Benedikt Huber**
HFR Fribourg - Hôpital cantonal, Fribourg
- Dr méd. Sara Schwyder**
Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche Inespiral, Berne
- Dr. méd. Marc Sider**
Président Association professionnelle de la pédiatrie ambulatoire, Binningen

La pédiatrie suisse (Société suisse de pédiatrie) est l'organisation professionnelle de tous les pédiatres en Suisse et la voix compétente de la santé des enfants et des adolescents depuis 1901.

La mission de la société est axée sur le bien-être des enfants en Suisse. Cela nécessite une médecine de haute qualité pour les enfants et les adolescents.

Pour plus d'information voir sous: www.paediatr.ch



Liste «Top 5»

La Société suisse de pédiatrie recommande d'éviter les cinq interventions suivantes en pédiatrie:

1 Ne pas utiliser de solutés intraveineux chez des enfants présentant une déshydratation légère à modérée avant d'avoir débuté par une réhydratation orale bien conduite.

La réhydratation par voie entérale (orale ou par sonde nasogastrique) avec une solution de réhydratation orale (SRO) est aussi efficace que la réhydratation par voie intraveineuse et est associée à moins d'effets indésirables. Dans de nombreux pays développés, l'utilisation de jus de pomme dilué et des liquides préférés (par exemple le lait maternel) peut constituer une alternative appropriée à la SRO chez les enfants souffrant de déshydratation légère. La pose d'une voie veineuse est par ailleurs souvent difficile chez les enfants déshydratés, ce qui retarde encore sa réhydratation.

Le risque d'échec de la thérapie de réhydratation entérale chez les enfants souffrant de diarrhée et de vomissements est de 5 % dans les revues systématiques et encore inférieur chez les patients souffrant de diarrhée seule.

2 Ne pas traiter d'emblée les otites moyennes aiguës par des antibiotiques.

Évitez l'utilisation systématique d'antibiotiques en cas d'otite moyenne aiguë non compliquée chez les enfants de plus de 6 mois, car celle-ci résulte d'une infection virale des voies respiratoires supérieures. Une réévaluation clinique à 24–48 heures après prescription d'un traitement antalgique est recommandée. Une amélioration spontanée des symptômes se produit dans la plupart des cas. L'utilisation d'antibiotiques favorise le développement de résistances bactériennes, peut provoquer des effets indésirables sans empêcher la survenue des rares complications graves.

3 Ne pas utiliser des médicaments contre la toux chez les enfants.

La toux est généralement un mécanisme de défense normal de l'organisme. Les recherches montrent que les médicaments antitussifs prescrits lors d'infections virales des voies aériennes, qu'ils soient à base de produits chimiques ou de plantes, ne sont pas efficaces et peuvent avoir des effets indésirables potentiellement graves. De nombreux produits contiennent plus d'un principe actif, ce qui augmente le risque d'intoxication accidentelle, en particulier lorsqu'ils sont combinés à d'autres médicaments.



Pédiatrie

4 Ne pas utiliser systématiquement de gluco-corticoïdes ou de bronchodilatateurs chez les nourrissons atteints de bronchiolite.

Les recherches actuelles ne montrent aucun impact clinique sur le traitement par gluco-corticoïdes systémiques ou inhalés sur les admissions ou la durée d'hospitalisation des nourrissons atteints de bronchiolite.

L'évidence scientifique montre que les bronchodilatateurs comme le salbutamol n'améliorent pas la saturation en oxygène, ne réduisent pas les admissions à l'hôpital ou ne raccourcissent pas la durée d'hospitalisation et le délai de résolution de symptômes chez les nourrissons atteints de bronchiolite. Le salbutamol est associé à des effets indésirables tels que tachycardie, désaturation en oxygène et tremblements.

5 Ne pas utiliser d'emblée un inhibiteur de la sécrétion acide pour le traitement du reflux gastro-œsophagien chez les nourrissons.

Les médicaments qui réduisent l'acidité dans l'estomac n'améliorent ni les pleurs ni les régurgitations des bébés. Ces symptômes si fréquents en pédiatrie disparaissent habituellement par eux-mêmes à mesure que l'enfant grandit. Face à un processus physiologique des médicaments supprimeurs d'acide ne sont pas nécessaires. L'utilisation inappropriée des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) ou des antagonistes des récepteurs H2 peut entraîner des effets indésirables, tels que des infections des voies respiratoires inférieures, des modifications du microbiote intestinal, un retard de la vidange gastrique, elle est également associée à une minéralisation osseuse réduite.

Les rares nourrissons atteints de reflux gastro-œsophagien (GERD) symptomatiques (retard de croissance, infections respiratoires récurrentes, saignements, etc.) nécessitent une évaluation rigoureuse. Un traitement d'épreuve par IPP n'est pas recommandé.

Références

Pour plus d'information, une liste de littérature de références est disponible sous: www.smartermedecine.ch



A propos de la genèse de cette liste

Le groupe de travail (GdT) Choosing Wisely (CW) de pédiatrie suisse (Société Suisse de Pédiatrie) a été fondé en novembre 2018 et se compose de représentants de la médecine pédiatrique en cadre hospitalier et en ambulatoire. Dans un premier temps, le GdT a collecté, évalué, rédigé et complété les listes CW pédiatriques déjà disponibles dans d'autres pays, puis une première liste de 65 items a été établie. Le niveau de preuve de ces items a été étudié, tout comme leur applicabilité ou encore leur pertinence en Suisse.

Ensuite, un premier sondage Delphi organisé par SurveyMonkey s'est intéressé à leur fréquence, leur pertinence et leur applicabilité au sein du GdT et plus largement auprès des représentants d'une grande diversité de groupes d'intérêt et de spécialistes en pédiatrie. Une échelle de Likert à sept points a été employée pour les trois questions, avec en complément la possibilité d'ajouter de nouveaux items. Une analyse statistique de la liste a été menée sur la base des réponses et son contenu a été réajusté en fonction des fréquences (valeur moyenne, écart-type, écart interquartile, médiane), donnant lieu à une deuxième liste de 47 items.

Un deuxième sondage Delphi a ensuite été adressé aux membres de pédiatrie suisse (membres ordinaires, membres assistants), les invitant à donner leur opinion sur la pertinence des différents items à l'aide de l'échelle de Likert à 7 points.

L'objectif était dès le début de s'appuyer aussi largement que possible sur les pédiatres pour le développement de la liste CW. Il était également demandé si la formulation était claire et compréhensible. Un commentaire pouvait être formulé pour chaque item. Après l'évaluation statistique des réponses et des commentaires, une troisième liste de 19 items a été établie.

Pour parvenir enfin à la Liste Top 5 finale, le GdT a sélectionné quatre items de la troisième liste et un item de la deuxième liste, ce dernier présentant une grande importance pratique pour le GdT et une très bonne adéquation avec la campagne CW. Les aspects relatifs à la mise en œuvre et au contrôle des mesures ont également été pris en compte dans la compilation de la Liste Top 5. Cette première Liste Top 5 de pédiatrie en Suisse porte à la fois sur la pédiatrie hospitalière et en cabinet et aborde avant tout les aspects thérapeutiques selon une approche «do not harm».

La liste finalisée a été contrôlée par le comité de pédiatrie suisse. Suite à plusieurs échanges et aux commentaires du comité, le GdT a procédé à une réévaluation de l'item portant sur la bronchiolite et a remplacé à l'unanimité l'item «Diagnostic de bronchiolite», qui avait à l'origine été adopté de peu, par l'item «Traitement de la bronchiolite». La Liste Top 5 désormais finalisée contient des recommandations dont la mise en pratique doit être étudiée au cas par cas.



Recommandations d'autres sociétés médicales

Actuellement, les recommandations proviennent des sociétés de disciplines suivantes:

- Société Suisse de Médecine Interne Générale (mai 2014, mai 2016, avril 2021)
- Société Suisse de Médecine Intensive (juin 2017)
- Société Professionnelle Suisse de Gériatrie (juin 2017)
- Société Suisse de Gastroentérologie (octobre 2017)
- Société Suisse de Chirurgie (décembre 2017)
- Société Suisse de Radio-Oncologie (mars 2018)
- Société Suisse de Néphrologie (juin 2018)
- Société Suisse de Neurologie (octobre 2018)
- Société Suisse d'Anesthésiologie et de Réanimation (novembre 2018)
- Société Suisse d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale (juin 2019)
- Société scientifique de soins en gérontologie (novembre 2019)
- Société Suisse de Rhumatologie (février 2020)
- Société Suisse d'Infectiologie (août 2020)
- Société Suisse de Dermatologie et Vénérologie (octobre 2020)
- Société Suisse de Radiologie (novembre 2020)
- Société Suisse de Pédiatrie (juillet 2021)