

L'initiative *Choosing Wisely* Tessinoise

Un cercle vertueux basé sur la transparence

Rosaria Del Giorno^a, Angela Greco^b, Luca Gabutti^a

^a Département de Médecine, Hôpital Régional de Bellinzona, Ente Ospedaliero Cantonale, Bellinzona

^b Service de qualité et sécurité des patients, Hôpital de Locarno, Ente Ospedaliero Cantonale, Locarno

En matière de santé publique, en se référant aux pays avec un système de *welfare* libéral et une dotation technologique d'haut niveau, il est intéressant de souligner l'intérêt croissant montré vers les stratégies visant à la réduction des gaspillages sanitaires et de l'utilisation excessive d'interventions diagnostiques et thérapeutiques [1].

La philosophie sociale et des professionnels de la santé, longuement dominée par la conception «*More is better*», a été mise en question par le nouveau slogan «*Less is more*» [2]. Dans ce domaine, l'initiative qui a connu le plus grand succès au niveau international est *Choosing Wisely*; une campagne lancée par l'*American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation*. *Choosing Wisely* a été conçue afin de promouvoir un traitement médical focalisé sur le patient et ses besoins, adéquat et de grande valeur; c'est-à-dire avec un rapport coûts globaux/bénéfices favorable [3]. L'ambition principale de cette initiative est de promouvoir un système sanitaire approprié et profitable pour les patients, tout en les impliquant activement [4].

La Suisse a pris part à l'initiative *Choosing Wisely* avec deux projets différents mais complémentaires.

Le premier, parrainé par la *Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG)* avec *smarter medicine* [5].

Le deuxième projet, mis en place au Tessin au niveau du réseau des Hôpitaux Publics (*Ente Ospedaliero Cantonale, EOC*) a été lancé en juin 2013 en 5 Hôpitaux de soins aigus [6, 7].

Grâce à cette campagne, il a été possible d'évaluer l'adéquation d'une série de prescriptions médicamenteuses ainsi que l'utilisation de la diagnostique de laboratoire et radiologique. Les 5 recommandations proposées au niveau du réseau, en ligne avec la stratégie *Choosing Wisely* ont été d'un côté publiées et partagées avec les professionnels de la santé impliqués (médecins, infirmières/infirmiers, responsables de la qualité, administratifs) et de l'autre évaluées en termes d'efficacité, grâce à une nouvelle approche basé sur trois éléments fondamentaux: le monitorage continu, le *benchmarking* et la transparence (possibilité offerte à tous les collaborateurs impliqués d'accéder sans barri-

ères aux données du monitorage et de se comparer avec les autres hôpitaux du réseau).

Le contexte a permis de mettre en place trois «*before and after studies*» focalisés sur la thérapie médicamenteuse (benzodiazépines, neuroleptiques atypiques, inhibiteurs de la pompe à protons) et sur la prescription d'examens de laboratoire.

L'adhérence aux recommandations négatives paraît être encore insuffisante

En dehors des projets susmentionnés, l'adhérence aux recommandations négatives (c'est à dire qui énumèrent ce qui ne devrait pas être fait) proposée par *Choosing Wisely* et par les initiatives analogues, paraît être encore insuffisante [8].

Le manque de congruence avec les recommandations est témoigné par l'analyse des estimations des ressources destinées à l'over-treatment et par la variabilité de l'utilisation des ressources diagnostiques et thérapeutiques, qui à été documentée à plusieurs reprises, entre les hôpitaux, entre les régions ainsi que entre les professionnels de la santé qui s'occupent de fournir les mêmes prestations [9, 10]. Les différences mises en évidence par les analyses de variabilité, parfois extrêmes, peuvent en fait être interprétées comme témoignages indirects de l'inadéquation prescriptive potentielle. Ces analyses sont extrêmement importantes et utiles afin de sensibiliser et générer un processus d'autocritique finalisé à la promotion du changement des stratégies et comportements prescriptifs.

L'abandon des habitudes prescriptives inadéquates exige idéalement un processus conscient de croissance. Un cercle vertueux qui, à partir de la bonne connaissance de l'évidence scientifique, de la conscience que spontanément les comportements prescriptifs ont la tendance à devenir chroniques, de la perception du rôle potentiel des préjugés et de l'optimisme thérapeutique ainsi que des conflits d'intérêt économiques, personnels et sociaux; puisse amener progressivement à l'optimisation de la prise en charge du patient (fig. 1). La stratégie mise en place au Tessin au niveau du ré-

seau EOC, qui visait dès le départ à améliorer l'adhérence aux recommandations proposées, est basée sur une approche multimodale:

- Intervention pédagogique;
- Mise en place d'un système informatique ad hoc nommé *Reporting Wisely*, basé sur trois éléments fondamentaux: transparence, monitorage continu et *benchmarking*.

L'intervention pédagogique, basée sur des rencontres réguliers entre les professionnels concernés et les promoteurs du projet organisés sur le principe *Audit and Feedback*, visait à la diffusion de trois concepts clés:

- L'importance d'une décision thérapeutique partagée en ligne avec les principes et la philosophie *Choosing Wisely* et avec le *shared decision making* (c'est-à-dire

partager avec le patient toutes les informations utiles à construire la meilleure stratégie thérapeutique possible en tenant compte du risque/bénéfice, de ses valeurs, de ses désirs et de ses croyances);

- L'avantage de pouvoir accéder librement aux données du monitorage continu et de pouvoir identifier à tout moments l'apparition de comportements prescriptifs potentiellement inadéquats et, par conséquence, mettre en place précocement des stratégies de correction appropriées;
- L'importance de la surveillance en matière d'adhérence aux recommandations/guidelines.

Mise en place d'un système informatique nommé *Reporting Wisely*

La mise en place du système informatique *reporting wisely*, avait comme cible le développement d'un software capable de détecter de façon continue et automatique, d'un côté les différences entre les thérapies médicamenteuses au moment de l'admission et de la décharge du patient, et de l'autre les différences entre les prescriptions d'examens de laboratoire. *reporting wisely* a les caractéristiques et les avantages suivants:

- Transparence: chaque professionnel de la santé concerné par le projet a libre accès aux données brutes et à l'analyse des données des prescriptions médicalementes et d'examens de laboratoire effectuées dans tous les services du réseau, avec la possibilité de vérifier les évolutions temporelles;
- Continuité: la saisie et l'analyse des données sont effectuées de façon continue et mises à jour hebdomadairement;
- Benchmarking: les données des prescriptions sont comparées intra- et inter-institut et les différences plus importantes sont soulignées dans une newsletter produite par le service qualité et sécurité des patients.

Les médicaments dont on a analysé les prescriptions/nouvelles prescriptions ont été sélectionnés parce qu'ils ont été l'objet de recommandations *Choosing Wisely* précédents et en raison du risque élevé d'inadéquation prescriptive: benzodiazépines, neuroleptiques atypiques, inhibiteur de la pompe à protons (fig. 2).

L'analyse des données après trois ans de monitorage a démontré une réduction progressive des nouvelles prescriptions de benzodiazépines et d'inhibiteur de la pompe à protons ainsi que une diminution des ressources de laboratoire employés. Les résultats obtenus laissent espérer qu'une intervention similaire pourrait être mise en place avec succès dans d'autres réseaux d'hôpitaux, et que *Reporting Wisely* pourrait devenir un instrument utile, capable de générer une nouvelle

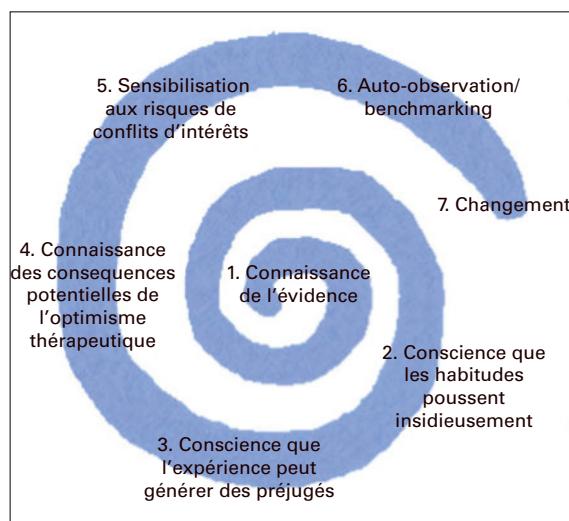


Figure 1: Le cercle vertueux qui mène de la transparence au changement: l'expérience du Tessin.

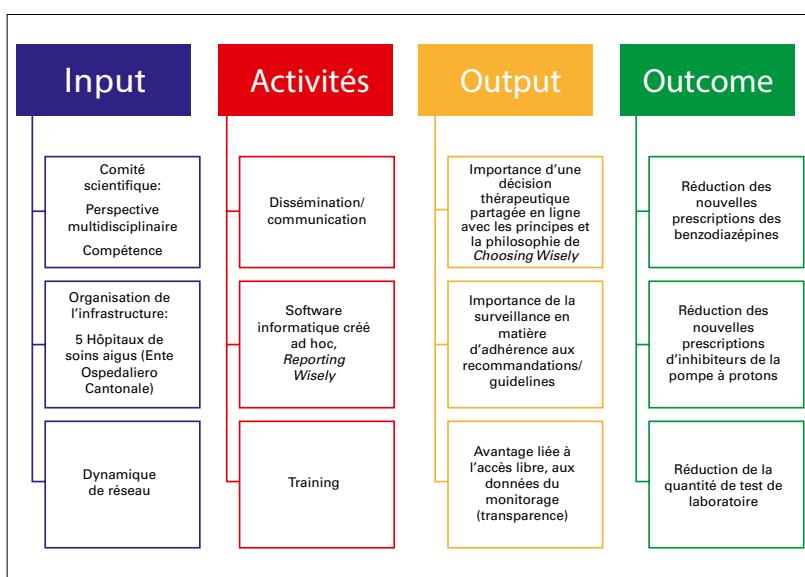


Figure 2: *Choosing Wisely* au niveau des hôpitaux publics tessinois: modèle logique du projet.

conscience chez les professionnels de la santé; une première étape du cercle vertueux qui conduit au changement et à l'optimisation des stratégies prescriptives. La route qui amène à un degré plus élevé de conscience en matière de prescriptions médicales inadéquates et à une thérapie plus rationnelle et ciblée, est encore longue mais le processus de changement a bien démarré.

Nous sommes convaincus que ce voyage nous enrichira, tout en nous mettant en discussion.

De même, nous espérons que ces résultats puissent contribuer à nous faire découvrir les avantages et la nécessité d'observer nous-mêmes avec des yeux nouveaux et de nous comparer avec les autres.

Références

- 1 Berwick DM, Andrew D. Hackbart. Eliminating Waste in US Health Care. *JAMA*. 2012; 307(14):1513–16.
- 2 Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA. Choosing Wisely': a growing international campaign. *BMJ Qual Saf*. 2014;24(2): 167–74.
- 3 Wolfson D, Santa J, Slass L. Engaging physicians and consumers in conversations about treatment overuse and waste: a short history of the choosing wisely campaign. *Acad Med*. 2014;89(7):990–5.
- 4 Ferguson T. Improving health outcomes and promoting stewardship of resources: ABIM Foundation's Choosing Wisely campaign. *Virtuel Mentor*. 2012;1:14(11):880–4.
- 5 Bavaman S, Gabutti L, Kherad O, Rodondi N, Rutishauser J, Waeber G, Meier C.A. Smarter Medicine: la liste «Top 5» pour le secteur hospitalier. *Swiss Medical Forum-Forum Médical Suisse* 2016;16(32):626–9.
- 6 Gabutti L, Pironi M, Della Bruna R, Heinkel J, Clivio L, Greco A. L'expérience des hôpitaux publics tessinois «Choosing Wisely»: de la théorie à la pratique. *Revue Médicale Suisse*. 2015;11(49):1973–7.
- 7 Del Giorno R, Ceschi A, Gabutti L. Benzodiazepine bei älteren Menschen. *Swiss Medical Forum- Schweizerisches Medizin Forum*. 2017;17(8):176–8.
- 8 McCarthy M. US Choosing Wisely campaign has had only modest success, study finds. *BMJ*. 2015;12:351.
- 9 Gaspoz JM. Smarter medicine: do physicians need political pressure to eliminate useless interventions? *Swiss Med Wkly*. 2015; 26:145.
- 10 Jaggi R, Griffith KA, Heimburger D, Walker EM, Grills IS, Boike T, et al. Choosing wisely? Patterns and correlates of the use of hypofractionated whole-breast radiation therapy in the state of Michigan. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2014;1;90(5):1010–6.

Suite de la page 19

permettrait une meilleure généralisation de l'évidence scientifique pour ces patients. Deuxièmement, les résultats des études randomisées contrôlées devraient être plus souvent stratifiés en fonction de l'âge et de facteurs de santé. Troisièmement, les patients âgés s'intéressent en général avant tout à un maintien de l'indépendance et de qualité de vie, outcomes trop rarement mesurés dans les études. Finalement, l'avenir passera aussi peut-être par l'aide de l'intelligence artificielle dans la gestion des multiples guidelines, avec une première ébauche testée pour le cancer du sein en Hollande [14].

Conclusion

Le besoin d'éditer des guidelines pour les patients multimorbidites est évident, mais les moyens pour y parvenir restent à mettre en œuvre. Dans l'attente que des mesures soient prises au niveau international, la SGAIM et son comité de qualité des soins ont décidé de créer des guidelines suisse pour nos patients multimorbidites en MIG. Le premier de ces guidelines porte sur la goutte et sera publié prochainement.

Références

- 1 OECD. «Life expectancy at birth», in *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. (2015):DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-1786-en.
- 2 Bahler C, Huber CA, Brungger B, Reich O. Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: a claims data based observational study. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:23.
- 3 Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med*. 2005;3(3):223–8.
- 4 Schneider F, Kaplan V, Rodak R, Battegay E, Holzer B. Prevalence of multimorbidity in medical inpatients. *Swiss Med Wkly*. 2012;142:w13533.
- 5 Aubert CE, Streit S, Da Costa BR, et al. Polypharmacy and specific comorbidities in university primary care settings. *Eur J Intern Med*. 2016;35:35–42.
- 6 Fortin M, Bravo G, Hudon C, et al. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Qual Life Res*. 2006;15(1):83–91.
- 7 Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med*. 2002;162(20):2269–76.
- 8 Gijsen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Sarafiano WA, van den Bos GA. Causes and consequences of comorbidity: a review. *J Clin Epidemiol*. 2001;54(7):661–74.
- 9 Nunes BP, Flores TR, Mielke GI, Thume E, Facchini LA. Multimorbidity and mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016;67:130–8.
- 10 Hopman P, Heins MJ, Korevaar JC, Rijken M, Schellevis FG. Health care utilization of patients with multiple chronic diseases in the Netherlands: Differences and underlying factors. *Eur J Intern Med*. 2016;35:44–50.
- 11 Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*. 2005;294(6):716–24.
- 12 van den Bussche H, Koller D, Kolonko T, et al. Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. *BMC Public Health*. 2011;11:101.
- 13 Jadad AR, To MJ, Emara M, Jones J. Consideration of multiple chronic diseases in randomized controlled trials. *JAMA*. 2011;306(24):2670–2.
- 14 Zamborlini V, da Silveira M, Pruski C, et al. Analyzing interactions on combining multiple clinical guidelines. *Artif Intell Med*. 2017.