

Smarter Medicine pour la médecine interne ambulatoire

Christian von Plessen

Unisanté

26.03.2026

OJ

- Définition et historique
- Pourquoi
- Top 5 médecine interne ambulatoire
- Evaluation
- Recherche
- Conclusion

OJ

- Définition et historique
- Pourquoi
- Top 5 médecine interne ambulatoire
- Evaluation
- Recherche
- Conclusion

Advancing a national dialogue around avoiding unnecessary medical tests and treatments

Our Mission

Our Mission

The mission of *Choosing Wisely* is to promote conversations between clinicians and patients by helping patients choose care that is:

- Supported by evidence
- Not duplicative of other tests or procedures already received
- Free from harm
- Truly necessary

▪ **SPECIALTY SOCIETY PARTNERS**

▪ **HISTORY**

▪ **NEWS**

[Choosing Wisely: An Initiative of the ABIM Foundation](#)



Médecine durable

Feuille de route de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)

2012

How to Stop the Overconsumption of Health Care

by Eve A. Kerr, MD and John Z. Ayanian, MD

December 11, 2014



Harvard Business Review 2014



>50% des suisses prennent > médicaments par jour (EMS : 85%)

VAUD

Plus d'un Vaudois sur trois touche un subside d'assurance maladie



Publié il y a 1 semaine, le 18 janvier 2023

De julie.marti@lfm.ch



Smarter medicine :

- Mouvement professionnel
- Evidence based medicine
- Listes de top 5 médecine interne (2014 et 2021)
- Information pour patient·e·s
- Réseau de partage, collaboration et recherche
- Recherche
- Formations
- Conventions, visibilité

Liste « Top 5 »

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



1 Un bilan radiologique chez un patient avec des douleurs lombaires non-spécifiques depuis moins de 6 semaines

Une lombalgie est considérée comme non-spécifique en l'absence de signes d'alarme (« red flags »), tels qu'un déficit neurologique sévère ou progressif, ou une suspicion de processus malin ou infectieux. Un bilan radiologique dans la lombalgie non-spécifique ne modifie pas le pronostic du patient, mais augmente l'exposition aux radiation et les coûts.

Sources: Agency for Health Care Research and Quality, National Institute for Health and Care Excellence
Niveau de preuve: méta-analyse d'essais cliniques randomisés

2 Le dosage du PSA pour dépister le cancer de la prostate sans en discuter les risques et bénéfices avec le patient

Les résultats des essais cliniques sont contradictoires sur les bénéfices du dépistage par PSA. Les hommes devraient comprendre les risques de sur-diagnostic et de traitement superflus, ainsi que les conséquences des interventions en cas de dépistage positif. Le dépistage ne devrait pas être fait au-delà de l'âge de 75 ans.

Sources: American College of Physicians, National Health Service, Swiss Society of Urology
Niveau de preuve: essais cliniques randomisés

3 La prescription d'antibiotiques en cas d'infection des voies aériennes supérieures sans signe de gravité

La grande majorité des infections des voies aériennes supérieures sont des infections virales, contre lesquelles les antibiotiques sont inefficaces.

Sources: Centers for Disease Control, American Academy of Family Physicians, National Institute for Health and Clinical Excellence
Niveau de preuve: plusieurs essais cliniques randomisés

4 Une radiographie du thorax dans le bilan préopératoire en l'absence de suspicion de pathologie thoracique

Elle n'apporte aucun changement dans la prise en charge et l'évolution du patient asymptomatique.

Sources: American College of Radiology, Royal College of Radiologists
Niveau de preuve: plusieurs études d'observation

5 La poursuite à long terme d'un traitement d'inhibiteurs de la pompe à proton pour des symptômes gastro-intestinaux sans utiliser la plus faible dose efficace

L'indication du traitement doit être régulièrement revue avec les patients en raison du risque d'effets secondaires, y compris à long terme. A noter que cette recommandation est également valable pour le traitement d'antagonistes des récepteurs histaminiques H2.

Sources: American Gastroenterological Association, National Institute for Health and Clinical Excellence
Niveau de preuve: essais cliniques randomisés et plusieurs études d'observation

2014

> JAMA Intern Med. 2015 Apr;175(4):640-2. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.8111.

Creating a list of low-value health care activities in Swiss primary care

Kevin Selby¹, Jean-Michel Gaspoz², Nicolas Rodondi³, Stefan Neuner-Jehle⁴, Arnaud Perrier⁵, Andreas Zeller⁶, Jacques Cornuz¹

Liste « Top 5 »

La Société Suisse de Médecine Interne Générale formule les cinq recommandations suivantes pour la médecine ambulatoire:



1 Pas de dépistage ni de nouvelle prise en charge des dyslipidémies pour les personnes de plus de 75 ans en prévention primaire.

En raison de leur bénéfice probablement faible et des effets secondaires possibles, la SSMIG recommande de renoncer à commencer un traitement aux statines et donc à mesurer les lipides dans le sang pour les seniors de plus de 75 ans sans maladies cardio-vasculaires. Pour les patients avec des maladies cardio-vasculaires et notamment ayant subi un infarctus du myocarde, la décision de savoir si le recours aux statines est justifié devrait être prise d'entente avec le patient sur la base d'une information préalable détaillée de ce dernier. Pour les personnes de plus de 75 ans sans antécédents cardiovasculaires, on ne sait pas si un traitement aux statines réducteur des lipides venant d'être commencé empêche les événements cardiovasculaires ou le décès. En conséquence, on peut renoncer à mesurer les lipides pour ce groupe de patients.

2 Pas d'IRM de l'articulation du genou en cas de douleurs dans la partie avant de genou en l'absence de limitation de mouvement ou d'épanchement articulaire sans traitement conservateur préalable adéquat.

Les rares études disponibles pour les patients avec des douleurs antérieures du genou ne révèlent aucune différence de l'évolution de la douleur et de la mobilité selon qu'un examen IRM ait ou non été effectué. En revanche, les IRM donnent souvent lieu à des résultats faussement positifs, qui peuvent déclencher par la suite des interventions coûteuses, risquées et inutiles.

3 Pas de substitution ferrique chez les patients asymptomatiques non anémiques et pas d'infusion de fer sans essai thérapeutique préalable par voie orale (sauf en cas mauvaise absorption).

La baisse de performance et la fatigue ne sont pas forcément causées par le manque de fer. Quand l'hémoglobine est présente en quantité suffisante et que les réserves en fer dans l'organisme (dans le foie, la rate et la moelle osseuse) sont pleines, la fatigue a souvent d'autres causes. Jusqu'à présent, aucune indication claire selon laquelle l'apport de fer réduit la fatigue dans cette situation n'a été trouvée. Pour les patients asymptomatiques sans anémie dont les réserves de fer sont suffisamment remplies (ferritine $\geq 15 \mu\text{g/L}$), il n'y a pas d'évidence scientifique claire du bénéfice d'une substitution ferrique, quel que soit le mode d'administration. Chez des femmes non anémiques avec des taux de ferritine assez élevés et une fatigue accrue, deux RCTs ont révélé un faible bénéfice subjectif d'une substitution ferrique orale du point de vue de la fatigue. Un effet placebo ne peut pas être exclu et la qualité de l'évidence scientifique a été jugée modérée à très faible. Si une substitution ferrique est indiquée, il faudrait d'abord tenter une substitution par voie orale compte tenu des risques potentiels de l'infusion, sauf dans les situations spéciales (mauvaise absorption).

4 Ne pas mesurer la vitamine D 25(OH) par habitude pour les personnes ne présentant pas de facteurs de risques pour une carence en vitamine D.

Il est très rarement utile de mesurer la vitamine D 25(OH), car le résultat influence peu la procédure recommandée.

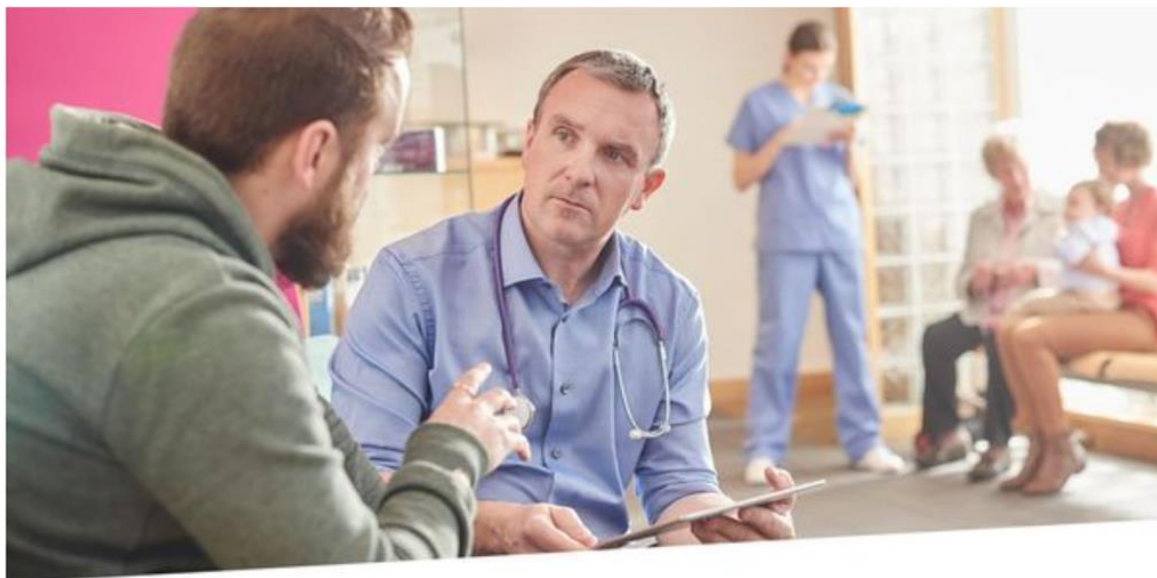
5 Aucun check-up de santé approfondi régulier chez les personnes asymptomatiques

Pour les personnes asymptomatiques, il n'y a pas d'évidence scientifique du bénéfice des check-up de santé périodiques du point de vue des événements cardiovasculaires ainsi que de la mortalité, que ce soit pour la mortalité du cancer ou la mortalité générale. En revanche, ces examens comportent un risque de surdiagnostic, et notamment d'investigations complémentaires après des résultats faussement positifs d'analyses sanguines, d'imagerie ou d'ECG. Les examens de dépistage fondés sur l'évidence scientifique font figure d'exception (p. ex. dépistage de cancers spécifiques en fonction de l'âge et du sexe, tension artérielle, cholestérol), tout comme les consultations sur le mode de vie, dont le bénéfice est clairement attesté scientifiquement.

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



2021



Liste Top 5 pour patients

En médecine, la surmédicalisation et les soins inappropriés portent plus préjudice qu'ils ne sont bénéfiques. C'est pourquoi les sociétés de discipline médicale sont de plus en plus nombreuses à publier dans le monde entier des listes Top 5 recensant les mesures médicales qui sont le



5 questions à poser à votre médecin.

La meilleure relation entre le patient et le médecin est celle de partenaires. C'est pourquoi préparez-vous toujours à parler de votre santé lors d'une consultation médicale et assurez-vous d'avoir obtenu des réponses aux cinq questions suivantes.

1. Y a-t-il plusieurs traitements possibles ?

Il existe presque toujours plusieurs possibilités de traitement ou thérapie. Parlez de toutes les options avec votre médecin. En discutant avec lui, vous pourrez déterminer laquelle de ces possibilités vous convient le mieux et est la plus adaptée à vos besoins.

2. Quels sont les opportunités et les risques du traitement recommandé ?

Renseignez-vous sur le bénéfice du traitement recommandé, mais aussi sur le préjudice qui peut en résulter. Plus vous en savez sur un traitement, mieux vous pourrez décider de ce qui est important pour vous ou connaître les effets secondaires possibles à escompter.

3. Quelle est l'ampleur des opportunités et des risques ?

Vous ne devez pas uniquement connaître les opportunités et les risques d'un traitement. Vous devez également savoir quelle est la probabilité pour qu'ils surviennent. Demandez des explications correspondantes à votre médecin, et lors de l'entretien, évaluez l'influence que le traitement peut avoir sur votre état de santé et votre vie en général.

4. Que se passera-t-il si je ne fais rien ?

Parfois, on peut attendre. Et certaines douleurs disparaissent d'elles-mêmes ou ne sont pas soulagées par le traitement. Si vous ne voulez pas d'un traitement médical ou que vous préférez attendre, discutez des conséquences avec votre médecin.

5. Que puis-je faire moi-même pour ma santé ?

La responsabilité de sa santé ne se délègue pas facilement. La rapidité avec laquelle vous guérez dépend aussi de vous. Demandez donc ce que vous pouvez faire très concrètement pour avoir une influence positive sur votre santé. Même dans le cas des maladies chroniques, vous pouvez contribuer à ralentir voire empêcher la progression.

**Plus n'est pas toujours plus.
Décidons ensemble.**

smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland
c/o SwissMed Suisse de Médecine Interne Générale (SISMG)
Intelligence Suisse AG, Casagorale, 3001 Berne
Téléphone +41 31 570 40 00, Fax +41 31 370 40 79
smartermedicine@sigim.ch

www.smartermedicine.ch





Choosing Wisely Switzerland

(version 1.3 du 28 avril 2020)

Règlement relatif aux organisations partenaires et donneurs

PARTNENAIRE

smartermedicine
Choosing Wisely Switzerland

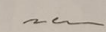
L'association
smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland
certifie par la présente que

unisanté

en tant que partenaire officiel de
smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland
et donne ainsi un signal contre surmedicalisation sans valeur
ajoutée pour les patient-e-s.

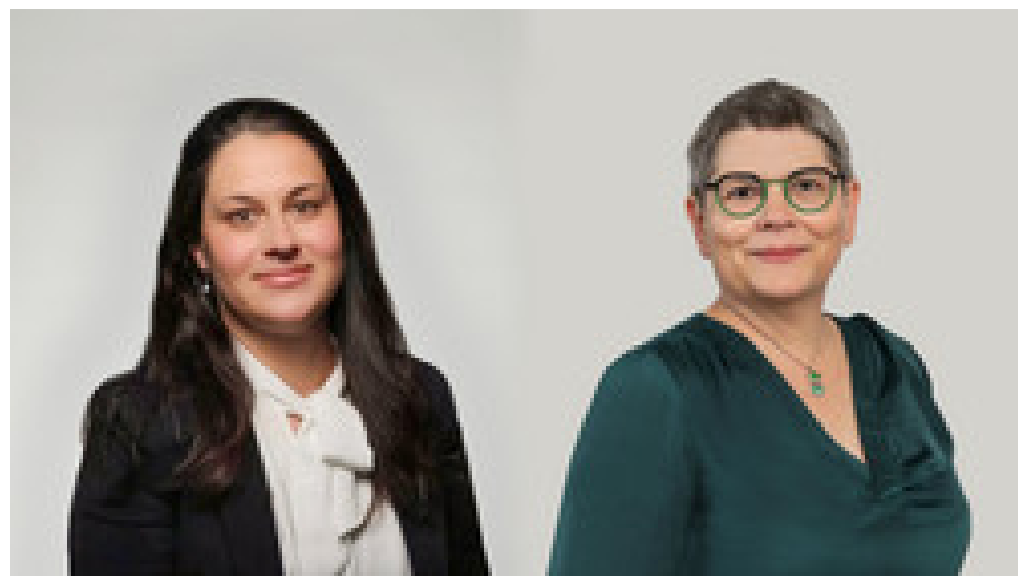
Berne, 21.02.2023


Prof. Dr. méd. Nicolas Rodondi
Président de smarter medicine –
Choosing Wisely Switzerland


Dr. méd. Lars Clarfeld, MASHEM
Directeur général de smarter medicine
– Choosing Wisely Switzerland

20. janvier 2026

Attribution de la bourse de recherche «smarter medicine» 2025



Sous la devise «Patient Involvement in smarter medicine», smarter medicine a attribué deux bourses de recherche d'un montant de 20 000 francs chacune. Pour l'année 2025, le choix s'est porté sur le Dre Clara Podmore (à gauche) et Dre Yolanda Müller (à droite). FÉLICITATIONS!

» Suivante

JANVIER FÉVRIER MARS AVRIL MAI JUIN JUILLET AOÛT SEPTEMBRE OCTOBRE NOVEMBRE DÉCEMBRE

NOUVEAU

12 MOIS
12 ACTIONS

MARS

Infographie issue de la campagne 12 mois 12 actions de la Revue médicale suisse

RÉDUIRE LA CONSOMMATION DES MÉDICAMENTS

Réduire l'utilisation des médicaments présente des avantages majeurs pour la santé et l'environnement. Cela diminue le risque d'interactions médicamenteuses et d'effets secondaires chez les patient-es, mais aussi la contamination des écosystèmes, notamment aquatiques.¹ En questionnant chaque prescription, on contribue à une meilleure qualité de vie et des soins, ainsi qu'à la préservation de l'environnement.

34% des assurés suisses de plus de 65 ans ont reçu une prescription de médicament potentiellement inappropriée en 2019.²

32 000 hospitalisations en Suisse par an sont dues aux effets indésirables des médicaments.³

60 tonnes de médicaments sont retrouvées dans le Lac Léman. L'impact environnemental de la production et de la consommation de médicaments équivaut à l'impact des transports aériés, selon des évaluations faites dans certains pays européens (France, Grande-Bretagne).

Comment réduire la consommation des médicaments ?
L'exemple des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), couramment utilisés pour limiter la fièvre, l'inflammation et les douleurs.

BON À SAVOIR
Pour soulager les douleurs, des alternatives non médicamenteuses existent : physiothérapie, application de chaud/froid, ostéopathie, acupuncture, autohypnose.⁴

BÉNÉFICES POUR LA SANTÉ
Réduire la consommation des AINS permet d'éviter leurs effets secondaires : douleurs abdominales, problèmes cardiovasculaires et rénaux.⁵
Les AINS interagissent avec beaucoup de médicaments (par ex. anticoagulants et antidépresseurs) en agissant sur ou diminuant leurs effets.⁶ Réduire leur consommation peut éviter des interactions indésirables.

BÉNÉFICES POUR L'ENVIRONNEMENT
Diminuer la consommation des AINS permet par exemple de préserver la faune, car ils sont une cause d'intoxication du fœtus des poissons et de décès de la population de poissons par sensibilité réduite.
En diminuant la consommation de médicaments, on diminue la pollution des eaux et on réduit le pillage.⁷

LA PRESCRIPTION DURABLE
Eviter les prescriptions inutiles.
Rationaliser la prescription de chaque médicament.
Trouver des alternatives aux traitements médicamenteux.
Pour les médicaments, utiliser d'abord les recommandations.
Choisir le médicament le plus sûr et le moins coûteux.
Quand aborder la question de la déprescription ou de la réduction des AINS : lors de chaque renouvellement d'ordonnance ou introduction d'un nouveau médicament. Pour les AINS, notamment en cas de douleur chronique épisodique, bon de consultation pour un état grippal ou une vécue.

RÉFÉRENCES
1. WHO, 2019. 2. Revue médicale suisse, 2020. 3. Revue médicale suisse, 2020. 4. Revue médicale suisse, 2020. 5. Revue médicale suisse, 2020. 6. Revue médicale suisse, 2020. 7. Revue médicale suisse, 2020.

RÉDUIRE LA CONSOMMATION DES MÉDICAMENTS

Réduire l'utilisation des médicaments présente des avantages majeurs pour la santé et l'environnement. Cela diminue le risque d'interactions médicamenteuses et d'effets secondaires chez les patient-es, mais aussi la contamination des écosystèmes, notamment aquatiques. En questionnant chaque prescription, on contribue à une meilleure qualité de vie et des soins, ainsi qu'à la préservation de l'environnement...



TÉLÉCHARGER LES DOCUMENTS EN PDF

FRANÇAIS

OJ

- Définition et historique
- Pourquoi
- Top 5 médecine interne ambulatoire
- Evaluation
- Recherche
- Conclusion

D'abord...

- Eviter les effets indésirables
- Sécurité
- Qualité de vie
- Réduire les inégalités

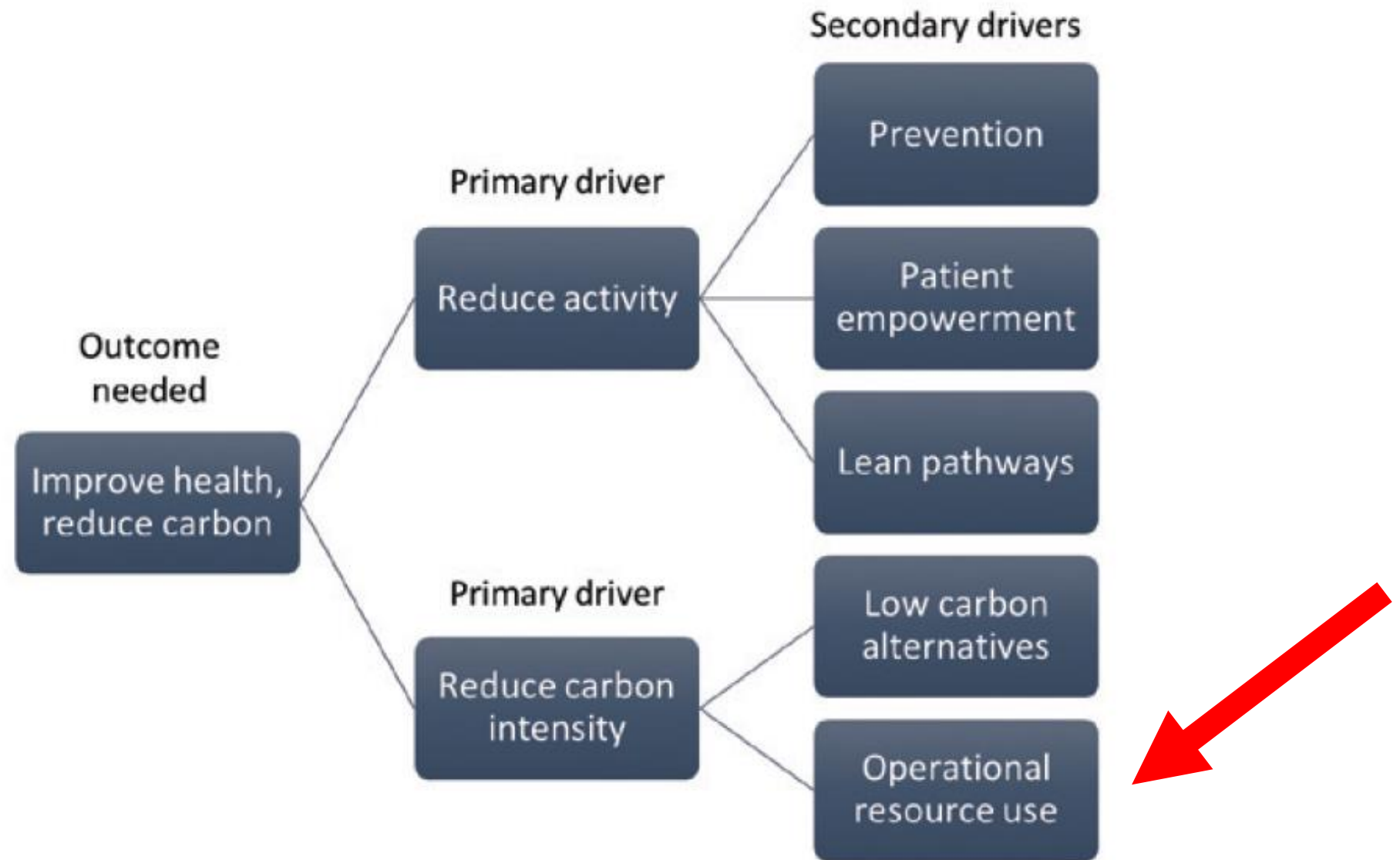


Figure 7: The principles of sustainable healthcare illustrated by a driver diagram [12].

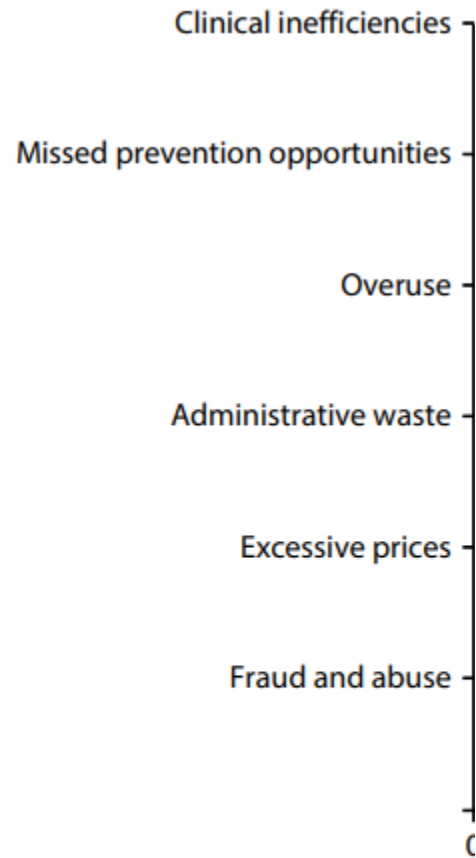


FIGURE 1—Estimates of Wasteful US Medical Care Spending Identified in the Published Literature, Shown as Median Estimate and Range in 2019 US\$ Billions and Per Capita

Speer M, McCullough JM, Fielding JE, Faustino E, Teutsch SM. Excess Medical Care Spending: The Categories, Magnitude, and Opportunity Costs of Wasteful Spending in the United States. *Am J Public Health*. 2020 Dec;110(12):1743-1748. doi: 10.2105/AJPH.2020.305865. Epub 2020 Oct 15. PMID: 33058700; PMCID: PMC7661971.

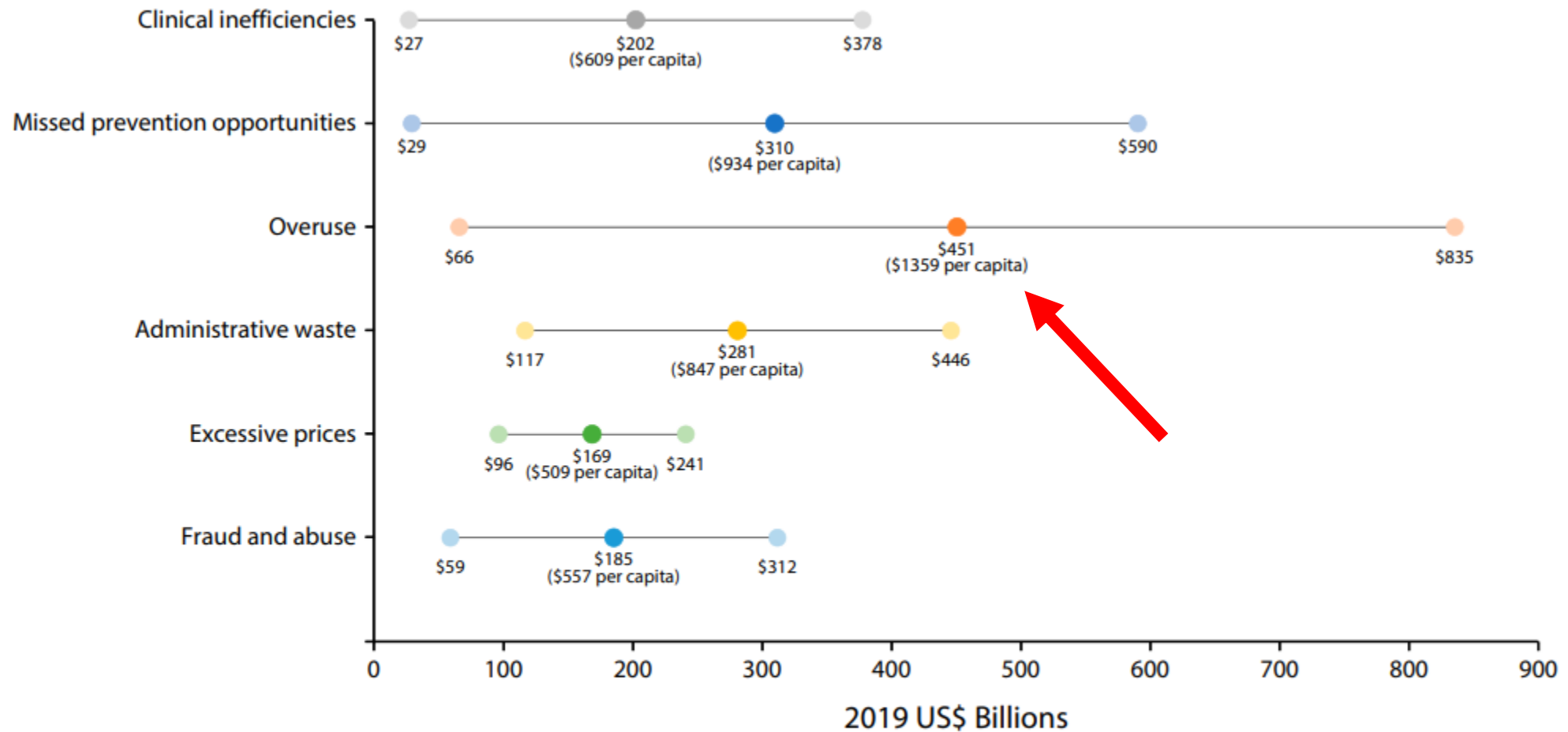


FIGURE 1—Estimates of Wasteful US Medical Care Spending Identified in the Published Literature, Shown as Median Estimate and Range in 2019 US\$ Billions and Per Capita

Waste in the US Health Care System

Estimated Costs and Potential for Savings

2019

Table 2. Cost Estimates by Waste Domain

Domain	Costs, \$US Billion	
	Annual Estimates	Total Range
Failure of Care Delivery		
Hospital-acquired conditions and adverse events ¹⁸⁻²²	5.7-46.6	102.4-165.7
Clinician-related inefficiency (variability in care, inefficient use of high-cost physicians) ^{27,28}	8.0	
Lack of adoption of preventive care practices (obesity, vaccines, diabetes, hypertension) ²³⁻²⁶	88.6-111.1	
Failure of Care Coordination		
Unnecessary admissions and avoidable complications ^{19,29}	5.9-56.3	27.2-78.2
Readmissions ^{30,31}	21.25-21.93	
Overtreatment or Low-Value Care		
Low-value medication use ^{12,32-35}	14.4-29.1	75.7-101.2
Low-value screening, testing, or procedures ^{14,36,37}	17.2-27.9	
Overuse of end-of-life care ³⁸	44.1	
Pricing Failure		
Medication pricing failure ⁸	169.7	230.7-240.5
Payer-based health services pricing failure ^{39,40}	31.4-41.2	
Laboratory and ambulatory pricing ⁴¹	29.7	
Fraud and Abuse		
Fraud and abuse in Medicare ⁴²⁻⁴⁴	58.5-83.9	58.5-83.9
Administrative Complexity		
Billing and coding waste ⁴⁵	248	265.6
Physician time spent reporting on quality measures ¹⁰	17.6	
Total		760-935

OJ

- Définition et historique
- Pourquoi
- Top 5 médecine interne ambulatoire
- Evaluation
- Recherche
- Conclusion

Liste « Top 5 »

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

ambulatory
care

1 Un bilan radiologique chez un patient avec des douleurs lombaires non-spécifiques depuis moins de 6 semaines

Une lombalgie est considérée comme non-spécifique en l'absence de signes d'alarme (« red flags »), tels qu'un déficit neurologique sévère ou progressif, ou une suspicion de processus malin ou infectieux. Un bilan radiologique dans la lombalgie non-spécifique ne modifie pas le pronostic du patient, mais augmente l'exposition aux radiation et les coûts.

Sources: Agency for Health Care Research and Quality, National Institute for Health and Care Excellence
Niveau de preuve: méta-analyse d'essais cliniques randomisés

2 Le dosage du PSA pour dépister le cancer de la prostate sans en discuter les risques et bénéfices avec le patient

Les résultats des essais cliniques sont contradictoires sur les bénéfices du dépistage par PSA. Les hommes devraient comprendre les risques de sur-diagnostic et de traitement superflus, ainsi que les conséquences des interventions en cas de dépistage positif. Le dépistage ne devrait pas être fait au-delà de l'âge de 75 ans.

Sources: American College of Physicians, National Health Service, Swiss Society of Urology
Niveau de preuve: essais cliniques randomisés

3 La prescription d'antibiotiques en cas d'infection des voies aériennes supérieures sans signe de gravité

La grande majorité des infections des voies aériennes supérieures sont des infections virales, contre lesquelles les antibiotiques sont inefficaces.

Sources: Centers for Disease Control, American Academy of Family Physicians, National Institute for Health and Clinical Excellence
Niveau de preuve: plusieurs essais cliniques randomisés

4 Une radiographie du thorax dans le bilan préopératoire en l'absence de suspicion de pathologie thoracique

Elle n'apporte aucun changement dans la prise en charge et l'évolution du patient asymptomatique.

Sources: American College of Radiology, Royal College of Radiologists
Niveau de preuve: plusieurs études d'observation

5 La poursuite à long terme d'un traitement d'inhibiteurs de la pompe à proton pour des symptômes gastro-intestinaux sans utiliser la plus faible dose efficace

L'indication du traitement doit être régulièrement revue avec les patients en raison du risque d'effets secondaires, y compris à long terme. A noter que cette recommandation est également valable pour le traitement d'antagonistes des récepteurs histaminiques H2.

Sources: American Gastroenterological Association, National Institute for Health and Clinical Excellence
Niveau de preuve: essais cliniques randomisés et plusieurs études d'observation

Liste « Top 5 »

La Société Suisse de Médecine Interne Générale formule les cinq recommandations suivantes pour la médecine ambulatoire:

ambulatory
care

1 Pas de dépistage ni de nouvelle prise en charge des dyslipidémies pour les personnes de plus de 75 ans en prévention primaire.

En raison de leur bénéfice probablement faible et des effets secondaires possibles, la SSMIG recommande de renoncer à commencer un traitement aux statines et donc à mesurer les lipides dans le sang pour les seniors de plus de 75 ans sans maladies cardio-vasculaires. Pour les patients avec des maladies cardio-vasculaires et notamment ayant subi un infarctus du myocarde, la décision de savoir si le recours aux statines est justifié devrait être prise d'entente avec le patient sur la base d'une information préalable détaillée de ce dernier. Pour les personnes de plus de 75 ans sans antécédents cardiovasculaires, on ne sait pas si un traitement aux statines réducteur des lipides venant d'être commencé empêche les événements cardiovasculaires ou le décès. En conséquence, on peut renoncer à mesurer les lipides pour ce groupe de patients.

2 Pas d'IRM de l'articulation du genou en cas de douleurs dans la partie avant de genou en l'absence de limitation de mouvement ou d'épanchement articulaire sans traitement conservateur préalable adéquat.

Les rares études disponibles pour les patients avec des douleurs antérieures du genou ne révèlent aucune différence de l'évolution de la douleur et de la mobilité selon qu'un examen IRM ait ou non été effectué. En revanche, les IRM donnent souvent lieu à des résultats faussement positifs, qui peuvent déclencher par la suite des interventions coûteuses, risquées et inutiles.

3 Pas de substitution ferrique chez les patients asymptomatiques non anémiques et pas d'infusion de fer sans essai thérapeutique préalable par voie orale (sauf en cas mauvaise absorption).

La baisse de performance et la fatigue ne sont pas forcément causées par le manque de fer. Quand l'hémoglobine est présente en quantité suffisante et que les réserves en fer dans l'organisme (dans le foie, la rate et la moelle osseuse) sont pleines, la fatigue a souvent d'autres causes. Jusqu'à présent, aucune indication claire selon laquelle l'apport de fer réduit la fatigue dans cette situation n'a été trouvée. Pour les patients asymptomatiques sans anémie dont les réserves de fer sont suffisamment remplies (ferritine $\geq 15 \mu\text{g/L}$), il n'y a pas d'évidence scientifique claire du bénéfice d'une substitution ferrique, quel que soit le mode d'administration. Chez des femmes non anémiques avec des taux de ferritine assez élevés et une fatigue accrue, deux RCTs ont révélé un faible bénéfice subjectif d'une substitution ferrique orale du point de vue de la fatigue. Un effet placebo ne peut pas être exclu et la qualité de l'évidence scientifique a été jugée modérée à très faible. Si une substitution ferrique est indiquée, il faudrait d'abord tenter une substitution par voie orale compte tenu des risques potentiels de l'infusion, sauf dans les situations spéciales (mauvaise absorption).

4 Ne pas mesurer la vitamine D 25(OH) par habitude pour les personnes ne présentant pas de facteurs de risques pour une carence en vitamine D.

Il est très rarement utile de mesurer la vitamine D 25(OH), car le résultat influence peu la procédure recommandée.

5 Aucun check-up de santé approfondi régulier chez les personnes asymptomatiques

Pour les personnes asymptomatiques, il n'y a pas d'évidence scientifique du bénéfice des check-up de santé périodiques du point de vue des événements cardiovasculaires ainsi que de la mortalité, que ce soit pour la mortalité du cancer ou la mortalité générale. En revanche, ces examens comportent un risque de surdiagnostic, et notamment d'investigations complémentaires après des résultats faussement positifs d'analyses sanguines, d'imagerie ou d'ECG. Les examens de dépistage fondés sur l'évidence scientifique font figure d'exception (p. ex. dépistage de cancers spécifiques en fonction de l'âge et du sexe, tension artérielle, cholestérol), tout comme les consultations sur le mode de vie, dont le bénéfice est clairement attesté scientifiquement.

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

ambulatory
care

2014

2021

1 Pas de dépistage ni de nouvelle prise en charge des dyslipidémies pour les personnes de plus de 75 ans en prévention primaire.

En raison de leur bénéfice probablement faible et des effets secondaires possibles, la SSMIG recommande de renoncer à commencer un traitement aux statines et donc à mesurer les lipides dans le sang pour les seniors de plus de 75 ans sans maladies cardio-vasculaires. Pour les patients avec des maladies cardio-vasculaires et notamment ayant subi un infarctus du myocarde, la décision de savoir si le recours aux statines est justifié devrait être prise d'entente avec le patient sur la base d'une information préalable détaillée de ce dernier. Pour les personnes de plus de 75 ans sans antécédents cardiovasculaires, on ne sait pas si un traitement aux statines réducteur des lipides venant d'être commencé empêche les événements cardiovasculaires ou le décès. En conséquence, on peut renoncer à mesurer les lipides pour ce groupe de patients.

OJ

- Définition et historique
- Pourquoi
- Top 5 médecine interne ambulatoire
- **Evaluation**
- Recherche
- Conclusion

Audit Smarter medicine à la Policlinique de médecine générale Unisanté

Cas par item de 6 Top 5 en 2022 , total 4219 patients

Pas de dépistage ni de nouvelle prise en charge des dyslipidémies pour les personnes de plus de 75 ans en prévention primaire	413
Pas de substitution ferrique chez les patients asymptomatiques non anémiques et pas d'infusion de fer sans essai thérapeutique préalable par voie orale (sauf en cas mauvaise absorption)	245
Ne pas mesurer la vitamine D 25(OH) par habitude pour les personnes ne présentant pas de facteurs de risques pour une carence en vitamine D.	680
Un bilan radiologique chez un patient avec des douleurs lombaires non-spécifiques depuis moins de 6 semaines	146
Le dosage du PSA pour dépister le cancer de la prostate sans en discuter les risques et bénéfices avec le patient	132
Pas d'IRM de l'articulation du genou en cas de douleurs dans la partie avant de genou en l'absence de limitation de mouvement ou d'épanchement articulaire sans traitement conservateur préalable adéquat.	12
Total	1628

Table X: Appropriateness of tests pre concilium

	N	%
Justified	55	49.6
Unjustified	20	18.0
Grey area	11	9.9
NA	25	22.5
*In total 111 patients files were audited		

Table X: Appropriateness of tests post concilium

	N	%
Justified	63	56.8
Unjustified	24	21.6
NA	24	21.6
*In total 111 patients files were audited		

OJ

- Définition et historique
- Pourquoi
- Top 5 médecine interne ambulatoire
- Evaluation
- Recherche
- Conclusion



smartermedicine : créer le pont entre patient.e.s et généralistes

Alexandra Cillero Goiriastuena, méd ass Unisanté



Campagne 2022



La décision partagée intègre la discussion autour des « soins de faible valeur ajoutée »

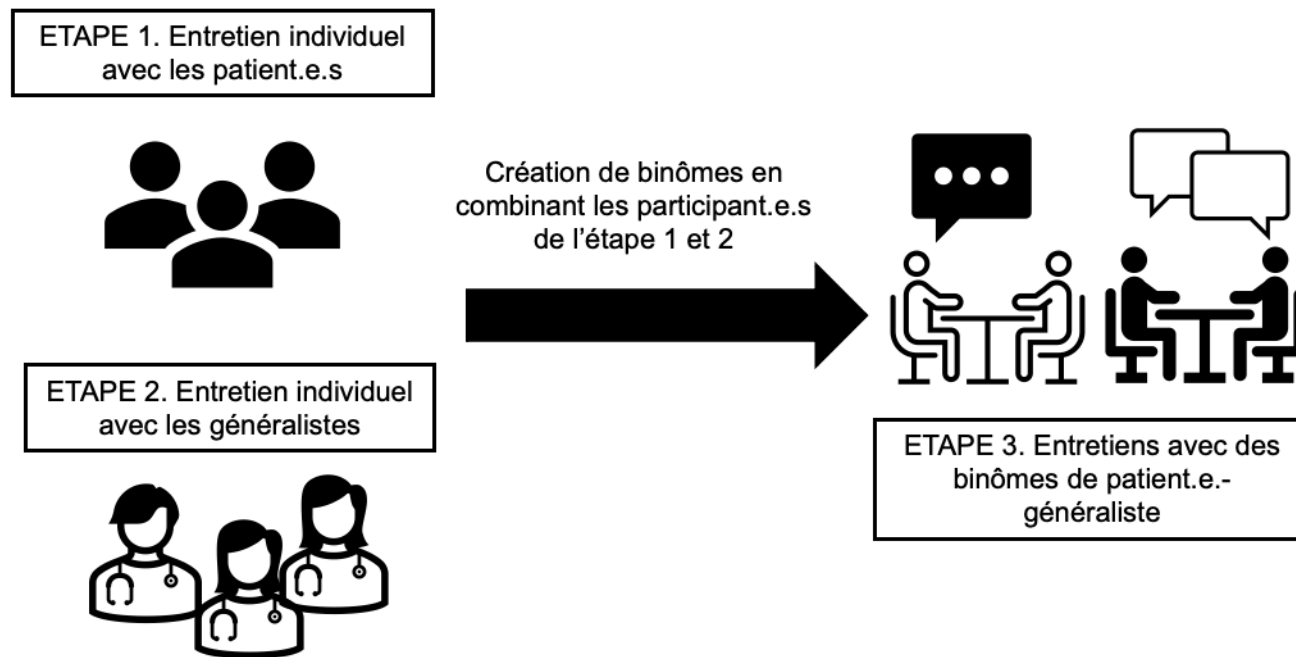
L'avis des patient.e.s sur les initiatives *smarter medicine/choosing wisely* et la mise en œuvre des listes « top-5 » est très peu établi

?

Les études dans le domaine se focalisent majoritairement sur la perspective des généralistes: qui citent fréquemment un frein lié à la relation thérapeutique ou la demande des patient.e.s



Alexandra Cillero Goiriastuena, méd ass Unisanté



En 3 étapes, notre étude qualitative vise à décrire:

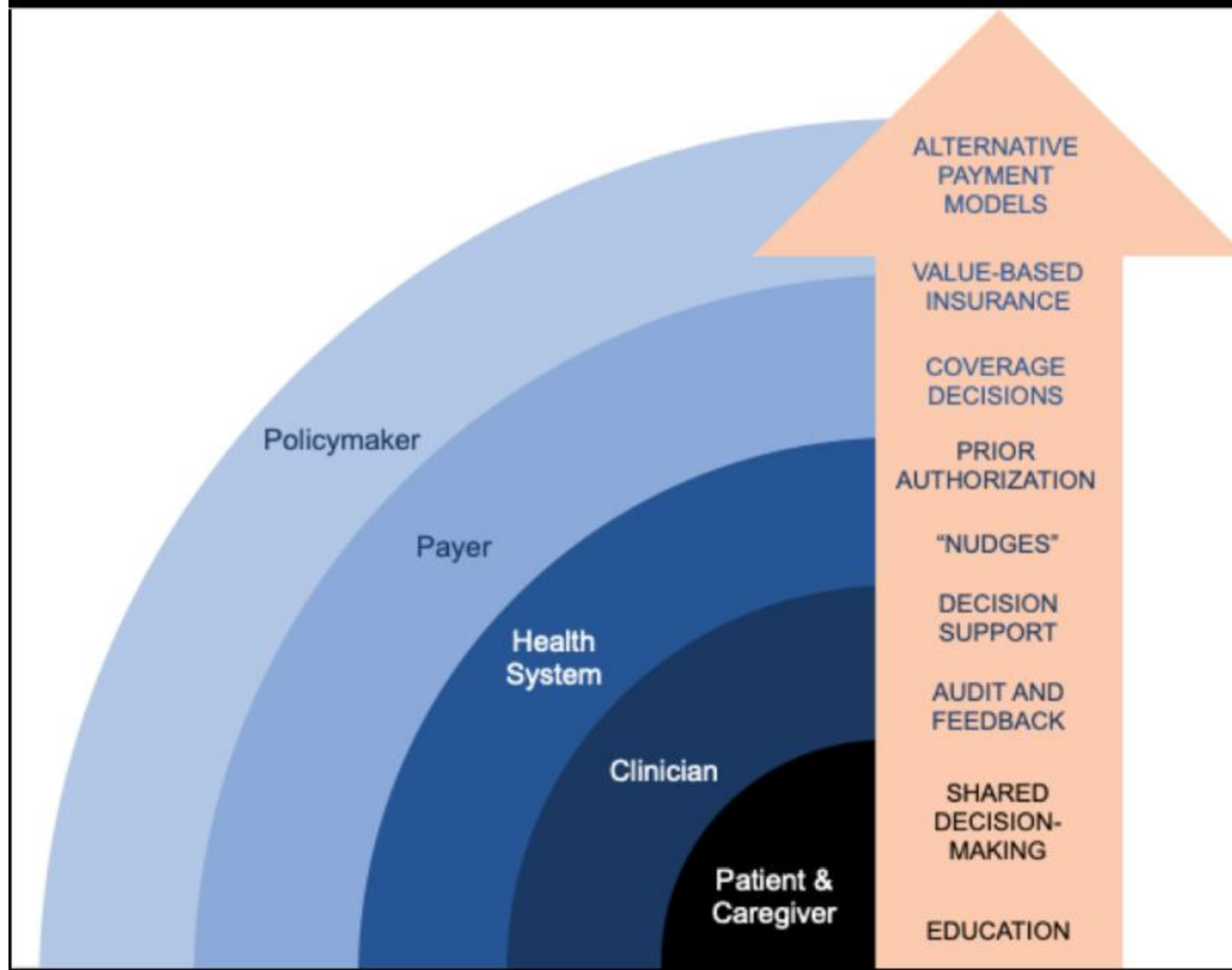
1. Comment est-ce que les généralistes et patient.e.s comprennent et réagissent aux recommandations 'top-5' pour la médecine interne générale ambulatoire ?
2. Comment est-ce que les patient.e.s et généralistes souhaiteraient communiquer au sujet des 'soins à faible valeur ajoutée' ?
3. Comment est-ce que patient.e.s et médecins généralistes pourraient réduire les 'soins à faible valeur ajoutée' ensemble?

OJ

- Définition et historique
- Pourquoi
- Smarter medicine en ambulatoire (médecine interne)
- Evaluation
- Recherche
- Conclusion

Policy Points

- Dissemination of Choosing Wisely guidelines alone is unlikely to reduce the use of low-value health services.
- Interventions by health systems to implement Choosing Wisely guidelines can reduce the use of low-value services.
- Multicomponent interventions targeting clinicians are currently the most effective types of interventions.



Kini V et al; American Heart Association Council on Quality of Care and Outcomes Research. Strategies to Reduce Low-Value Cardiovascular Care: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2022 Mar;15(3):e000105.

Conclusions

- Sensibilisation croissante à la “médecine plus intelligente” comme contribution à un système de santé durable
- Smarter medicine propose des outils pratiques pour la clinique développés par des collègues
- L’audit de sa propre pratique constitue un point de départ utile
- Des opportunités prometteuses pour la recherche
- Commencez là où vous travaillez, trouvez un partenaire, collaborez avec les patients