



CHOISIR AVEC SOIN

Améliorer la pertinence des soins en gériatrie

Plan

- Présentation de la démarche *Choisir avec soins*
- Elaboration des propositions pour la gériatrie :
Notre *liste de 5*
- Campagne expérimentale en Bretagne
- Premiers résultats et leçons tirées

Les causes de la non-pertinence

J'ai toujours
fait comme ça

Le patient le veut

€€€€
€€€€

Les nouveaux
tests sont
mieux

Pas envie
d'avoir de
problèmes

Le médecin qui
m'a adressé le
patient le veut

Mieux vaut faire
quelque chose
que rien

Les principes de la démarche

- La pertinence est un enjeu professionnel
- La pertinence est un levier de la qualité des soins
- La pertinence doit s'appuyer sur un dialogue avec le patient
- Le message : *Plus n'est pas mieux*

La campagne « choosing wisely »

- Une campagne née aux USA en 2012 pour améliorer la pertinence des soins – choosing wisely®
- A l'initiative de la société savante de médecine interne US (ABIM) et suite à sa prise de position de 2002 : *Medical professionalism in the new millennium: a Physician Charter*
- Identifier par spécialité, 5 prescriptions sur lesquelles :
 - La balance bénéfice – risque doit être évaluée avec soins
 - Le risque de non pertinence est réel
- Aujourd'hui la campagne existe dans 15 pays et engage plusieurs dizaines de sociétés savantes...



Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger

1 Ne recourez pas systématiquement aux études de neuro-imagerie (TDM, IRM ou Doppler carotidien) pour l'évaluation d'une simple syncope chez les patients dont l'examen neurologique est normal.

Bien qu'il s'agisse d'une cause rare de syncope, les médecins doivent considérer une source neurologique pour chaque patient présentant une perte de conscience transitoire. En l'absence de signes ou de symptômes associés à des causes neurologiques de syncope (par exemple, mais sans s'y limiter, à des déficits neurologiques focalisés), l'utilité des études de neuro-imagerie présente un intérêt limité. Malgré l'absence de preuve de l'utilité diagnostique de la neuro-imagerie chez les patients présentant une véritable syncope, les professionnels de la santé continuent d'effectuer des tomodensitométries (TDM) du cerveau. Ainsi, l'utilisation inappropriée de cette modalité d'imagerie diagnostique entraîne des coûts élevés et soumet les patients à des risques d'exposition au rayonnement.

2 N'installez pas ou ne laissez pas en place des sondes urinaires sans avoir une indication acceptable (comme une maladie grave, une obstruction ou des soins palliatifs).

L'utilisation de sondes ou de cathéters urinaires sans avoir une indication acceptable augmente la probabilité de développer une infection qui entraîne une hausse du taux de morbidité et des coûts de soins de santé. La bactériurie associée au cathéter conduit souvent au mauvais usage d'antimicrobiens et à des complications secondaires, notamment l'émergence d'organismes résistants aux antimicrobiens et d'infections au *Clostridium difficile*. Une étude antérieure a montré que les médecins ignorent souvent l'usage d'une sonde urinaire chez leurs patients. L'utilisation de cathéters urinaires a été jugée inappropriée dans 50 % des cas, l'incontinence urinaire étant répertoriée comme la raison la plus commune justifiant l'installation inappropriée et continue d'un cathéter urinaire. Les lignes directrices de pratique clinique appuient le retrait ou l'évitement des cathéters urinaires inutiles pour réduire le risque d'infections urinaires associées aux sondes.

3 Ne transfusez pas de globules rouges pour des seuils d'hémoglobine ou d'hématocrite arbitraires en l'absence de symptômes d'une maladie coronarienne active, d'insuffisance cardiaque ou d'un AVC.

Les indications pour une transfusion sanguine dépendent de l'évaluation clinique et sont également guidées par l'étiologie de l'anémie. Aucune mesure de laboratoire et aucun paramètre physiologique unique ne peuvent prédire la nécessité d'une transfusion sanguine. Les transfusions sont associées à une morbidité et à une mortalité accrues chez les patients à haut risque qui sont hospitalisés. Les effets indésirables varient de légers à graves et comprennent des réactions allergiques, des réactions hémolytiques aiguës, l'anaphylaxie, des lésions pulmonaires aiguës post-transfusionnelles, une surcharge circulatoire associée à la transfusion et une septicémie. Des études de stratégies de transfusion, qui ont été menées auprès de plusieurs populations de patients, suggèrent qu'une approche restrictive est associée à de meilleurs résultats.

4 En milieu hospitalier, ne commandez pas de tests VTC et d'analyses chimiques de façon répétée au détriment de la stabilité clinique et laboratoire.

Les analyses sanguines répétées fréquemment sont associées à des conséquences néfastes pour le patient hospitalisé, comme l'anémie iatrogène et la douleur. Une étude canadienne a montré d'importantes réductions de l'hémoglobine à la suite de la phlébotomie. Comme l'anémie chez les patients hospitalisés est associée à la prolongation du séjour et à la hausse des taux de réadmission et des exigences de transfusion, réduire les examens inutiles peut améliorer les résultats. Des études confirment que la réduction sécuritaire de tests de laboratoire répétitifs n'a pas d'effets négatifs sur les événements indésirables, les taux de réadmission, l'utilisation de soins intensifs ou la mortalité. Des interventions de laboratoire réduites ont également permis d'importantes économies.

5 N'effectuez pas systématiquement d'examens préopératoires (comme une radiographie des poumons, une échocardiographie ou un test cardiaque à l'effort) chez les patients subissant des chirurgies à faible risque.

Les examens préopératoires courants pour des chirurgies à faible risque sont la source de délais inutiles, d'une détresse possible chez les patients et de coûts importants pour le système de soins de santé. De nombreuses études et lignes directrices soulignent le manque de bénéfices prouvés des examens préopératoires courants (par exemple, une radiographie des poumons, une échocardiographie, etc.) chez les patients devant subir une chirurgie à faible risque. Les analyses économiques suggèrent d'importantes économies possibles découlant de la mise en œuvre de lignes directrices.





Vous croyez avoir besoin de certains examens, traitements et interventions? Pensez-y bien.

Choisir avec soin est une campagne visant à aider les médecins et les patients à amorcer la conversation au sujet de l'utilisation excessive de tests, de traitements et d'interventions, et à appuyer les efforts que font les médecins pour aider leurs patients à faire des choix intelligents et efficaces afin d'assurer la prestation de soins de grande qualité. Ce programme se concentre sur les tests, les traitements et les interventions pour lesquels il existe des preuves concrètes indiquant qu'ils ne présentent aucun avantage pour les patients.

Le nombre de tests, de traitements et d'interventions disponibles est important et il augmente sans cesse. Or, ce n'est pas simplement parce que quelque chose est disponible que nous devrions l'utiliser. Et pourtant, cela est plus facile à dire qu'à faire. Il faut souvent à un médecin moins de temps pour prescrire un test que pour expliquer pourquoi la meilleure option est de ne rien faire. Les médecins peuvent parfois acquiescer aux demandes des patients, et certains patients peuvent avoir le sentiment que leur médecin ne s'est pas vraiment occupé d'eux s'il ne leur a pas donné une ordonnance ou s'il n'a pas prescrit un test.

Des tests, des traitements et des interventions inutiles n'ajoutent pas de valeur aux soins. En fait, ils peuvent même être nocifs pour la santé des patients. Par exemple, les radiographies et la tomodensitométrie exposent les patients à des rayonnements qui sont potentiellement cancérigènes et elles peuvent entraîner des examens de suivi et des traitements qui comportent des risques supplémentaires.

Choisir avec soin cherche à dissiper la perception erronée que « plus de soins égalent une meilleure prise en charge ». Ses objectifs sont de promouvoir la communication entre les médecins et leurs patients afin que les



soins dispensés soient véritablement centrés sur le patient et qu'ils ne causent pas de préjudices.

En partenariat avec l'Association médicale canadienne, la campagne Choisir avec soin est dirigée par des médecins canadiens par l'entremise de leurs sociétés de spécialistes. Ces sociétés ont dressé une liste des "cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger" qui, selon elles, sont prescrits excessivement. Voici cinq exemples puisés de ces listes. Pour en savoir plus, veuillez consulter le site Internet ChoisirAvecSoin.org.

1 ECG (électrocardiogramme)

Le problème : Un ECG est une représentation graphique de l'activité électrique du cœur au repos. Il mesure le rythme et la fréquence cardiaque et peut détecter un accroissement de la taille du cœur (hypertrophie cardiaque) causé par la pression artérielle élevée (hypertension) ou par une crise cardiaque antérieure (infarctus du myocarde).

Les risques : L'ECG est sans danger. Cependant, il peut parfois détecter de légères anomalies

imprécises qui ne sont pas dues à une maladie cardiaque sous-jacente, mais qui causent de l'inquiétude et qui peuvent vous amener à subir d'autres tests et à avoir des traitements dont vous n'avez pas besoin.

Quand devriez-vous envisager de subir un ECG?

Vous devriez subir ce test si vous avez des facteurs de risque d'hypertrophie cardiaque, comme l'hypertension artérielle, ou des symptômes de maladie cardiaque, comme une douleur thoracique, un essoufflement, un rythme cardiaque irrégulier (arythmie) ou de forts battements de cœur. Vous pouvez aussi avoir besoin de subir ce test si vous avez des antécédents personnels ou familiaux de maladie cardiaque, de diabète ou d'autres risques.

2 Examens d'imagerie pour les douleurs au bas du dos

Le problème : Subir une radiographie, une tomodensitométrie (TDM) ou une imagerie par résonance magnétique (IRM) peut sembler une bonne idée si vous avez des douleurs au bas du dos. Or, la plupart des personnes qui souffrent de telles douleurs se sentent mieux un mois plus tard, qu'elles aient passé un test ou non. D'ailleurs, selon une étude, les



En France

- Projet piloté par la FHF
- Implication des sociétés savantes et des représentations des usagers (CISS)
- La gériatrie est la première spécialité à avoir rédigé des propositions
- Le GCS CAPPSS Bretagne a proposé d'accompagner le déploiement d'une 1ère campagne expérimentale à l'intention d'établissements volontaires de la région

Notre liste de 5 : objectifs

- Ne pas réécrire les recommandations existantes
- Choisir des items consensuels
- Identifier les problèmes de non-pertinence fréquents
- Cibler les pratiques susceptibles d'évoluer par un simple rappel

Notre liste de 5 : méthode

- Groupe de travail associant le secrétaire général de la SFGG, un représentant des patients, + 4 gériatres
- Travail à partir des propositions canadiennes et américaines, et de l'expérience de chacun
- Elaboration de 10 propositions, puis sélections de 5 propositions prioritaires par un panel de gériatres
- La campagne dans les établissements bretons est l'occasion de tester l'intérêt de gériatres hospitaliers pour chacune des propositions

Liste de 5

1. Les infections urinaires asymptomatiques ne doivent pas être recherchées ni traitées.
- 2 Les antipsychotiques augmentent la mortalité des patients souffrant de démence. Devant des troubles du comportement, ils ne doivent être prescrits qu'en cas d'échec des mesures non médicamenteuses et après analyse étiologique, sur une durée encadrée.
3. Il n'y a pas d'indication à un traitement prolongé par benzodiazépine. En cas d'usage ancien, l'intérêt d'un sevrage et les moyens d'y parvenir doivent être expliqué au patient.
4. Les traitements des personnes âgées fragiles doivent être régulièrement réévalués en fonction du bénéfice attendu, des risques potentiels, et, pour les traitements préventifs, de l'espérance de vie.
5. Il n'y pas lieu de proposer une nutrition entérale devant des troubles de déglutition apparaissant dans un contexte troubles cognitifs évolués secondaires à une maladie neurodégénérative.

Méthodologie de la campagne test

- Evaluation transversale 1 jour donné (répété si besoin)
- Critère général d'inclusion : Patient âgé de 75 ans et plus, hospitalisé le jour de l'enquête + critères spécifiques selon les propositions
- Elaboration (collaboration équipe de gériatrie et CAPPS) et test d'une grille d'évaluation par proposition
- Elaboration d'un guide de remplissage par proposition
- Mise à disposition des outils sur la plateforme eFORAP
- Accompagnement pour la mise en forme et la présentation des résultats

Calendrier

Décembre 2015

Validation par le Conseil scientifique



Mars 2016

1ère réunion d'information (sollicitation des équipes de gériatrie des CH et présentation de la liste des 5 propositions)



Juin 2016

2^e réunion : présentation des outils

Engagement des établissements après présentation aux instances (envoi de la lettre d'engagement signée)

- Choix des services engagés (pas exclusivement les services de gériatrie)
- Choix des propositions évaluées / service
- Liste et coordonnées des professionnels référents



Ouverture d'un compte pour la saisie en ligne



Du 15 juillet au 15 octobre 2016

Recueil réalisé par les professionnels du service (+/- aide équipe qualité; CAPPs en soutien par tël)

Participation

16 établissements - 27 services



Résultats

Proposition 1: Les infections urinaires asymptomatiques ne doivent être ni recherchées ni traitées

- Proposition la plus choisie (689 recueils) dans 19 services (14 court séjour ou SSR, 2 EPHAD, 3 USLD).
- 11% des patients avaient eu une BU ou ECBU
- 1/3 de ces BU ou ECBU étaient faites chez des patients asymptomatiques
- 7 patients asymptomatiques traités

Proposition 2: Les antipsychotiques augmentent la mortalité des patients souffrant de démence.

- 300 recueils dans 10 services (9 court séjour ou SSR, 1 USLD)
- 20% des patients sont traités par NL
- $\frac{3}{4}$ des patients traités ont un sd démentiels en l'absence de psychose chronique
- Mesures non médicamenteuse tentées 1 fois sur 2, durée le plus souvent non encadrée.

Proposition 3: Il n'y a pas d'indication à un traitement prolongé par benzodiazépine.

- 229 recueils dans 9 services (8 court séjour ou SSR, 1 USLD)
- 50% des patients sont traités par bzd et apparentés (1/3 débutés en hospitalisation)
- Traitement prescrit sans limitation de durée prévue
- Patients non informés des modalités de sevrage

Proposition 4: Les traitements des personnes âgées fragiles doivent être régulièrement réévalués

- 215 recueils dans 9 services (7 court séjour ou SSR, 1 EHPAD, 1 USLD)
- L'arrêt des traitements est en général justifié, le maintien l'est plus rarement
- Questionnaire à revoir (ehpad / hospitalisation)
- Formulation de la proposition à rediscuter

Proposition 5 : Il n'y a pas lieu de proposer une nutrition entérale devant des troubles de déglutition...

- Proposition peu choisie + situation peu fréquente
- Question éthique non accessible par la démarche « choisir avec soin »
- Proposition à remplacer

Leçons

- Rester simple dans l'élaboration des items, permettre une évolution
- Bonne adhésion des services participants, acteurs dans le choix des items et des moyens d'action
- Difficulté à concevoir un outil convivial
 - Question sur la pertinence non comprise

Suite...

- Relancer le groupe de travail sur la liste de 5 :
 - Suppression de la proposition 5 (alimentation entérale)
 - Reformulation de la proposition 4 (réévaluation), 3 ?
- Réaliser une analyse qualitative pour comprendre les freins, les facteurs facilitant
- Proposer une version actualisée des grilles et des guides de remplissage (*test programmé auprès de quelques établissements volontaires*)
- Relancer une nouvelle campagne en Bretagne
- Partager l'expérimentation au niveau national
 - Autres régions ?
 - Autres spécialités ?

Choisir avec soin

- Une démarche des professionnels, avec les patients
- Le choix des 5 items est déterminant
- Enjeu de l'accompagnement (méthode, grilles, guides, plateforme)
- Adhésion libre des professionnels à la démarche (choix des items)
- Intérêt d'une démarche partagée et de la mutualisation