

SMARTER MEDICINE : Les nouveaux Top 5 pour la médecine interne générale

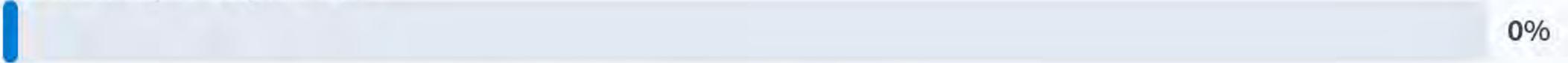
Jeudi après-midi de formation de médecine interne

Jeudi 5 octobre 2023

PD Dre Carole E. Aubert, médecin adjointe, Service de médecine interne, Inselspital,
Berne

Choosing Wisely - smartermedicine ... = ???

Je ne sais pas ce que c'est.



J'en ai entendu parler, mais je ne pourrais pas expliquer ce que c'est.



Je connais bien.



Je trouve bête et inutile.

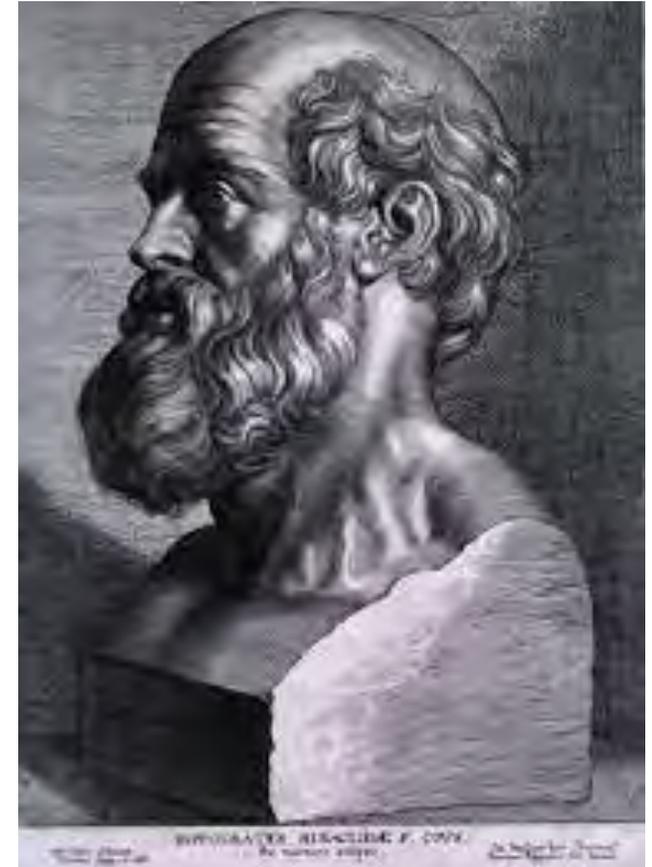


Qualité des soins

Un bon médecin sait ce qu'il faut faire ...

Un meilleur médecin sait ce qu'il NE faut PAS faire ...

Primum non nocere!



fr.wikipedia.org

Information – éducation

59% Médecins de familles (CH)

- Demandes des patient.e.s empêchent de diminuer les prestations inappropriées

Discrédence

- Soins de haute qualité
- Croyances des patient.e.s et de la population

Information – éducation

Fausses croyances :

« Plus de traitements = meilleure qualité de soins »

« Nouveau traitement = plus efficace »

« Traitement plus cher = plus efficace »

« Les médicaments chroniques ne doivent jamais être arrêtés »

Plus, c'est mieux ...

Qualité des soins

Un meilleur médecin sait ce qu'il NE faut PAS faire ...

Primum non nocere!

„Moins, c'est parfois mieux“
„Less is more“

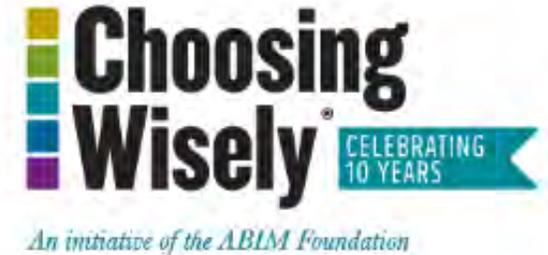


© Jon Anders Wiken / Dreamstime

Moins c'est parfois mieux ...

smarter **medicine**
Choosing Wisely Switzerland

Choosing Wisely : c'est quoi ?



- Initiative lancée par l'*ABIM Foundation* en 2012 aux USA
- But : optimiser la prise en charge des patient.e.s
=> appliquer uniquement les mesures médicales avec réelle plus-value

En Suisse

- Lancement de la campagne *smarter medicine* par la SSMIG en 2014
=> 1^{ère} liste top 5 de la SSMIG
- 2017 Fondation de l'organisation à but non lucratif

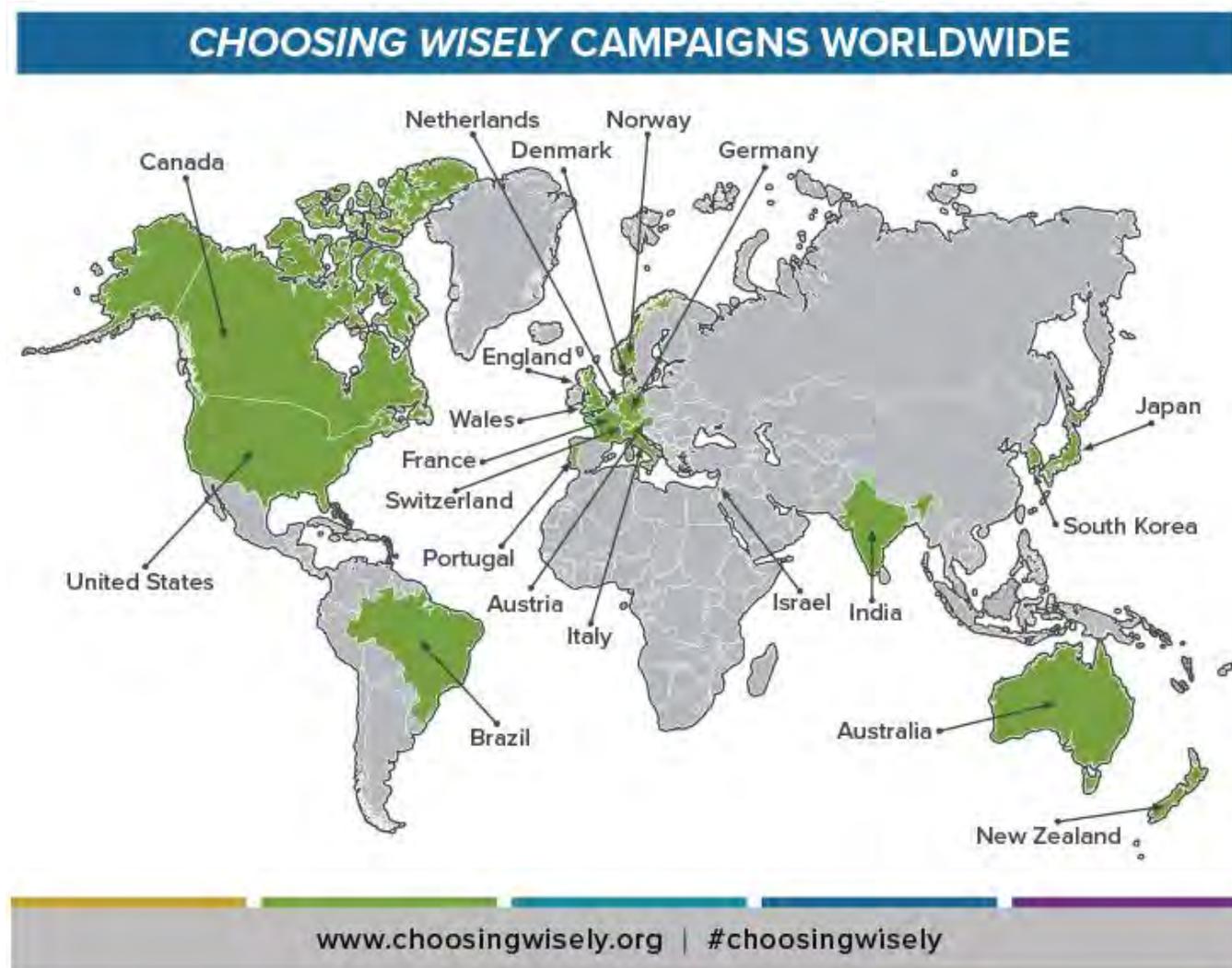
Editorial > [Arch Intern Med. 2010 May 10;170\(9\):749-50. doi: 10.1001/archinternmed.2010.90.](#)

Less is more: how less health care can result in better health

[Deborah Grady, Rita F Redberg](#)

PMID: 20458080 DOI: [10.1001/archinternmed.2010.90](#)

Campagnes dans 36 pays, dont 16 en Europe



BUT

Médecine **optimale**, et non maximale :
éviter la **surmédicalisation**
et les **soins inappropriés**

smarter **medicine**
Choosing Wisely Switzerland

Buts à long terme de smartermedicine

Listes **top-5** + mesures d'accompagnement & caractère contraignant

Initier un **débat public** sur la qualité des soins + obtenir le soutien des **politiques**

Encourager la **recherche** dans le domaine de la qualité des soins

Sensibiliser et développer les compétences des **patient.e.s**

Impliquer activement d'autres professions de santé
(**interprofessionalité**)

Instaurer le thème de la qualité des soins comme composante de la **formation** prégraduée, postgraduée et continue

Réseau de partenaires

36 organisations : hôpitaux, sociétés professionnelles, réseaux ambulatoires, ...



Listes top-5

- **Recommandations** sur 5 mesures inutiles
- **Basées sur l'évidence (*evidence-based*)**
- Développées par les sociétés professionnelles médicales et non-médicales
- **2 versions** : pour patient.e.s et pour professionnel.le.s de la santé
- Aide à une prise en charge optimale en partenariat avec les patient.e.s

> [N Engl J Med](#). 2010 Jan 28;362(4):283-5. doi: 10.1056/NEJMp0911423. Epub 2009 Dec 23.

Medicine's ethical responsibility for health care reform--the Top Five list

Howard Brody ¹

Affiliations + expand

PMID: 20032315 DOI: [10.1056/NEJMp0911423](#)

> [Arch Intern Med](#). 2011 Aug 8;171(15):1385-90. doi: 10.1001/archinternmed.2011.231. Epub 2011 May 23.

The "top 5" lists in primary care: meeting the responsibility of professionalism

Good Stewardship Working Group

Collaborators + expand

PMID: 21606090 DOI: [10.1001/archinternmed.2011.231](#)

Listes top-5

- 23 listes
- Plus de 20 listes en préparation
- Y inclus professions non médicales (sages-femmes, ergothérapie, ...)



- Médecine Interne Générale hospitalière (2023)
- Médecine Interne Générale ambulatoire (2021)
- Médecine interne générale ambulatoire (2014)
- Médecine Interne Générale hospitalière (2016)
- Anesthésiologie et réanimation
- Chirurgie
- Dermatologie et vénéréologie
- Gastroentérologie
- Gériatrie
- Soins gériatriques
- Obstétrique
- Gynécologie et obstétrique
- Infectiologie
- Médecine intensive
- Néphrologie
- Neurologie
- Ophtalmologie
- Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie cervico-faciale
- Pédiatrie
- Physiothérapie
- Radiologie
- Radio-oncologie
- Rhumatologie

Listes top-5

- 23 listes
- Plus de 20 listes en préparation
- Y inclus professions non médicales (sages-femmes, ergothérapie, ...)



- Médecine Interne Générale hospitalière (2023)
- Médecine Interne Générale ambulatoire (2021)
- Médecine interne générale ambulatoire (2014)
- Médecine Interne Générale hospitalière (2016)
- Anesthésiologie et réanimation
- Chirurgie
- Dermatologie et vénéréologie
- Gastroentérologie
- Gériatrie
- Soins gériatriques
- Obstétrique
- Gynécologie et obstétrique
- Infectiologie
- Médecine intensive
- Néphrologie
- Neurologie
- Ophtalmologie
- Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie cervico-faciale
- Pédiatrie
- Physiothérapie
- Radiologie
- Radio-oncologie
- Rhumatologie

Liste top-5 – Médecine interne générale hospitalière – 2023



Patient de 72 ans hospitalisé pour exacerbation de BPCO. Hypertension connue, traitée par perindopril et indapamide. A minuit, appel de l'infirmière: "Le patient n'arrive pas à dormir et la TA est à 184/90 mmHg, asymptomatique". Que faites-vous?

Nitroderm



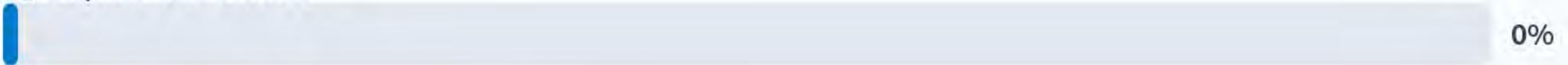
0%

Amlodipin 5mg



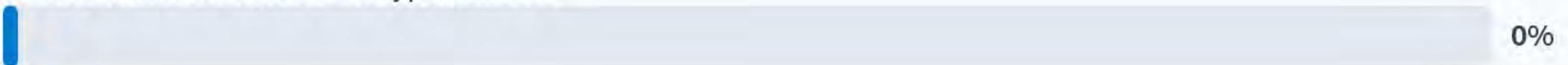
0%

Quelque chose d'autre



0%

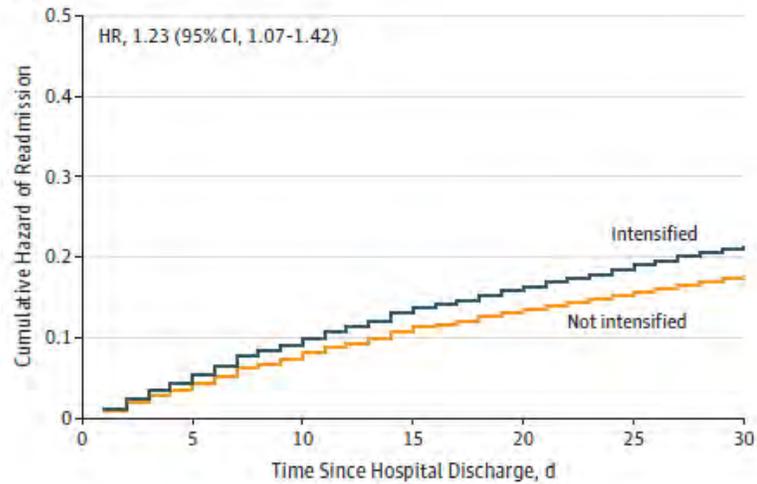
Pas d'administration d'antihypertenseur



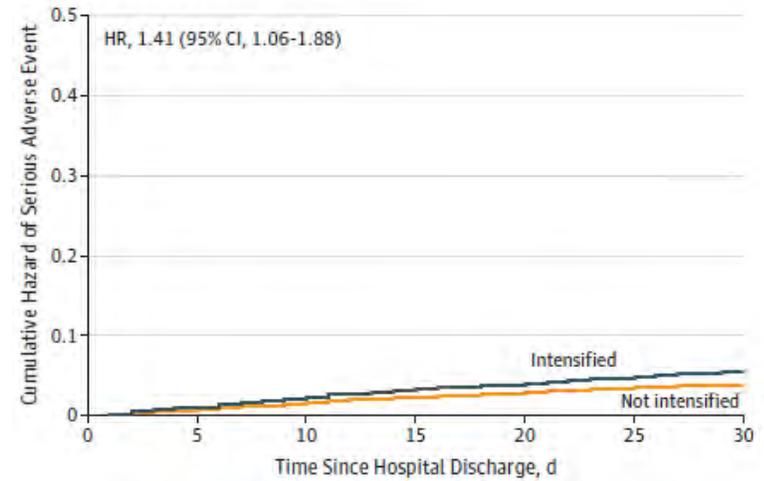
0%

Clinical Outcomes After Intensifying Antihypertensive Medication Regimens Among Older Adults at Hospital Discharge

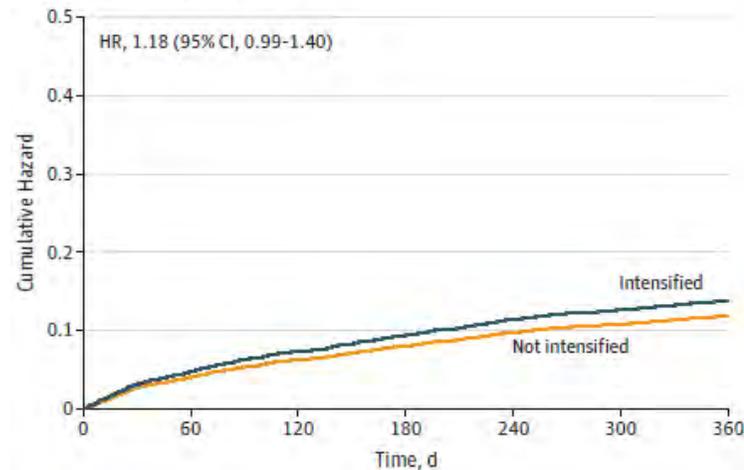
A Readmission



B Serious adverse event



C Cardiovascular event



Anderson TS et al. JAMA internal medicine 2019;179:1528-36.

Treatment and Outcomes of Inpatient Hypertension Among Adults With Noncardiac Admissions

Table 3. Inpatient Outcomes by Treatment Status^a

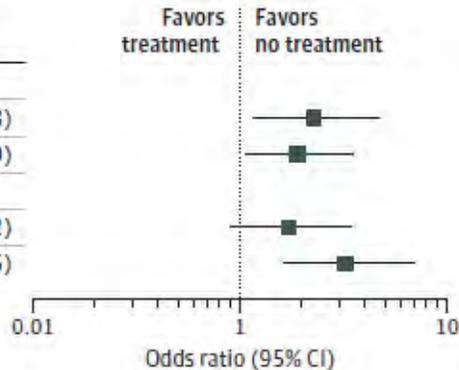
Characteristic	Unmatched cohort			Matched cohort		
	No treatment (n = 11 917)	Treatment (n = 5904)	P value	No treatment (n = 4520)	Treatment (n = 4520)	P value
Composite outcome	728 (6.1)	738 (12.5)	<.001	371 (8.2)	499 (11)	<.001
Stroke	10 (0.1)	6 (0.1)	.92	4 (0.1)	4 (0.1)	>.99
AKI	690 (5.8)	690 (11.7)	<.001	357 (7.9)	466 (10.3)	<.001
Myocardial injury	51 (0.4)	76 (1.3)	<.001	26 (0.6)	53 (1.2)	.003
Length of stay after index BP, mean (SD), d	2.69 (2.2)	4.00 (2.53)	<.001	3.56 (2.55)	3.60 (2.27)	.36

Abbreviations: AKI, acute kidney injury; BP, blood pressure.

^a Values presented as No. (%) unless otherwise specified.

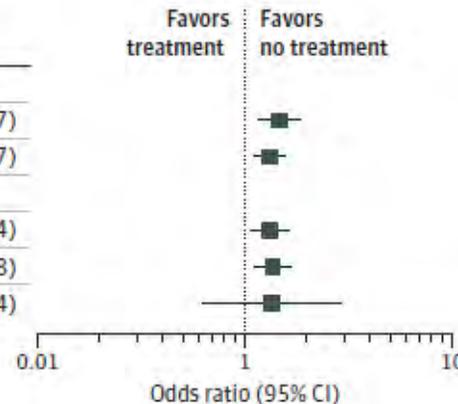
B Myocardial injury

Source	Odds ratio (95% CI)
Treatment route	
IV	2.27 (1.17-4.68)
Oral	1.89 (1.06-3.49)
SBP interval (mm Hg)	
140-159	1.72 (0.90-3.42)
160-199	2.32 (1.64-6.96)



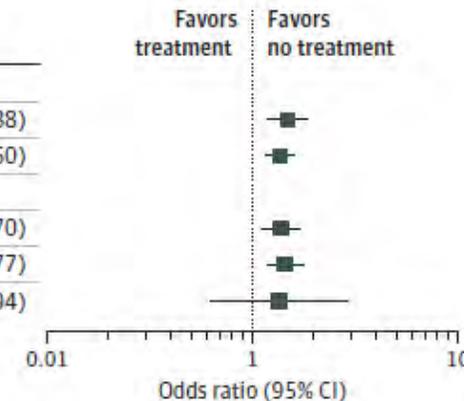
C AKI

Source	Odds ratio (95% CI)
Treatment route	
IV	1.47 (1.16-1.87)
Oral	1.32 (1.12-1.57)
SBP interval (mm Hg)	
140-159	1.32 (1.07-1.64)
160-199	1.37 (1.11-1.68)
≥200	1.35 (0.63-2.94)



D Composite

Source	Odds ratio (95% CI)
Treatment route	
IV	1.49 (1.18-1.88)
Oral	1.36 (1.16-1.60)
SBP interval (mm Hg)	
140-159	1.38 (1.12-1.70)
160-199	1.44 (1.18-1.77)
≥200	1.35 (0.63-2.94)



Rastogi R et al. JAMA internal medicine 2021;181:345-52.

1. Ne pas traiter systématiquement avec des antihypertenseurs des valeurs de pression artérielle supérieures à la normale lors d'une hospitalisation de soins aigus

- Des valeurs de pression artérielle supérieures à la normale sont fréquentes durant une hospitalisation de soins aigus
 - Douleurs, stress, peur, manque de sommeil, sevrage, fièvre, ...
 - Exclure une urgence hypertensive (atteinte d'organes cibles)
- L'initiation ou intensification d'un traitement antihypertenseur à l'hôpital peut favoriser des complications (vertiges, chutes, ...) durant et après l'hospitalisation

Rastogi R et al. JAMA int med 2023; Anderson et al. JAMA int med. 2019; Savigny et al. Rev Med Suisse 2022; Studer et al. Rev Med Suisse 2021.

Patiente de 75 ans hospitalisée pour urosepsis. Elle a reçu de la quétiapine en raison d'une agitation nocturne avec troubles du sommeil. Plan pour la sortie?

Pas de quétiapine



Quétiapine en réserve



Pas de quétiapine, mais Zolpidem pour les troubles du sommeil



Quelque chose d'autre



2. Ne pas prescrire à la sortie de l'hôpital des neuroleptiques initiés en cours d'hospitalisation pour insomnie ou agitation et, en cas de prescription, prévoir une réévaluation de l'indication en dehors de la phase aiguë

- Neuroleptiques de 2ème génération (« atypiques ») : indiqués pour le traitement de différentes maladies neuropsychiatriques (trouble bipolaire, schizophrénie, ...)
- Utilisation *off-label* fréquente à l'hôpital pour état confusionnel hyperactif, troubles du sommeil, ...
 - Pas d'indication à long terme
 - Risque de sevrage en fonction de la dose/durée

Gaertner, Ann Palliat Med 2019; Hojlund, Epid Psychiatr Sci 2021; Alexander, Pharmacoepid Drug Saf 2011; Reus, Am J Psychiatry 2016; Gareri, Clin Interv Aging 2014; Stogios, Neuropsychopharmacol 2022; Yunusa, JAMA Netw Open 2019; Corbett, BMJ 2014; Yunusa, Adv Ther 2022.

2. Ne pas prescrire à la sortie de l'hôpital des neuroleptiques initiés en cours d'hospitalisation pour insomnie ou agitation et, en cas de prescription, prévoir une réévaluation de l'indication en dehors de la phase aiguë

- RCT: haloperidol/risperidone vs. placebo für pour ECA en soins palliatifs
 - Plus de symptômes d'ECA avec risperidone / haloperidol ($p=0.02$)
 - Plus de symptômes extrapyramidaux avec risperidone / haloperidol ($p=0.01$)
 - Survie plus longue sous placebo qu'haloperidol, pas de différence pour risperidone
- RCT: haloperidol, ziprasidone vs. placebo pour ECA en SI
 - Pas de différence
- Revue systématique pour la prise en charge de l'ECA à l'hôpital : 13 études (1 RCT) : pas d'évidence pour un bénéfice des neuroleptiques

Agar, JAMA Int Med 2017;
Girard NEJM 2018;
Flaherty JAGS 2011.

Enzyme	Substrates	Inhibitors	Inductors
CYP1A2	Antipsychotics: clozapine,* olanzapine, asenapine, haloperidol Antidepressants: imipramine, amitriptyline, clomipramine, fluvoxamine, mirtazapine Methylxanthines: theophylline, caffeine Various drugs: paracetamol, R-warfarin, tacrine	Ciprofloxacin Fluvoxamine	Barbiturates Carbamazepine Phenytoin Rifampicin Tobacco
CYP3A4	Antipsychotics: clozapine,* risperidone, ziprasidone,^ sertindole, quetiapine, aripiprazole, asenapine, haloperidol Antidepressants: venlafaxine, clomipramine, citalopram, mirtazapine Benzodiazepines: diazepam, bromazepam Non-benzodiazepine anxiolytics: buspirone Antiepileptics: carbamazepine, felbamate, tiagabine Calcium antagonists: nifedipine, diltiazem, verapamil Various drugs: terfenadine, astemizole, cyclosporine, erythromycin, clarithromycin, tamoxifen, amiodarone, quinidine	Erythromycin Fluconazole Fluvoxamine Grapefruit juice Itraconazole Ketoconazole Nefazodone	Barbiturates Carbamazepine Felbamate# Hypericum Oxcarbazepine# Phenytoin Rifampicin Topiramate#
CYP2D6	Antipsychotics: risperidone, clozapine, olanzapine, aripiprazole, asenapine, zuclopenthixol, haloperidol, thioridazine, perphenazine, fluphenazine Antidepressants: amitriptyline, clomipramine, imipramine, desipramine, fluvoxamine, nortriptyline, fluoxetine, paroxetine, fluvoxamine, citalopram, venlafaxine, mirtazapine, mianserin Opioids: codeine, dextromethorphan, tramadol β -blockers: metoprolol, timolol, pindolol, propranolol Antiarrhythmics: encainide, flecainide, propafenone Various drugs: debrisoquine, sparteine, phenformin	Asenapine° Fluoxetine Paroxetine Perphenazine Propafenone Quinidine Thioridazine	No known agent

Notes: *Also metabolized via CYP2C19. ^Also metabolized via aldehyde oxidase. °Weak inhibitor. #Weak enzymatic inductors.

Abbreviation: CYP, cytochrome P450.

Table 3 Side effects associated with atypical antipsychotics

Side effects	Amisulpride	Clozapine	Risperidone	Olanzapine	Quetiapine	Ziprasidone	Aripiprazole	Paliperidone	Asenapine
EPS	-/+	-	-/++	-/+	-	-/+	-/+	-/++	+
Tardive dyskinesia	+	-	?	-/+	-/+	?	-/+	?	-/+
Seizures	-	+++	?	-/+	-/+	?	-/+	?	-/+
Sedation	++	+++	+	+	+	?	-/+	+	+
NMS	+	+	+	?	?	?	?	+	?
Hypotension	+	-/++	+	+	+++	-/+	-/+	-/++	-/++
QTc	-/+	-	-/+	-	+++	-/+	-	-/+	-/+
Gastrointestinal (nausea, vomiting, constipation)	-/+	-/+	-/+	-	+	-/+	-	-/+	-
Anticholinergic	-	+++	-	+	+	-/+	-	-	-
Hematological	-	+++	-	-	-	-	-	-	-
Other effects	-/+	-/+*	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+
Diabetes	-	+	-/+	+?	-	-	-	-/+	-/+
Hypertriglyceridemia	-	+	-/+	+	-	-	-	-/+	-/+
Hepatic	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-/+	+
Prolactin increase	+	-	-/+++ [^]	-	-	-	-/+	-/+++ [^]	-/+
Weight gain	-/+	+++	+	++	++	-/+	-	+	+

Notes: *Polyserositis, acute interstitial nephritis, increased occurrence of infections, myocarditis; [^]dosage dependent; - indicates no effect; + indicates mild effect; -/+ indicates uncertain effect; -/++ indicates probable dosage-dependent effect; ++ indicates moderate effect; +++ indicates severe effect; ? indicates no conclusive evidence.

Abbreviations: EPS, extrapyramidal symptoms; NMS, neuroleptic malignant syndrome; QTc, corrected QT.

Patiente de 80 ans hospitalisée en raison d'une chute sans perte de connaissance. Connue pour un cancer du sein. CRP 60mg/l, procalcitonine 0.3 ug/l. Afébrile, HD stable, pas de foyer infectieux clinique. Que faites-vous?

Cultures, puis début antibiotique.



Cultures, pas d'antibiotique.



Contrôle de la CRP le lendemain.



Pas de cultures, pas d'antibiotiques, pas de contrôle de laboratoire.



Antibiotiques sans cultures.



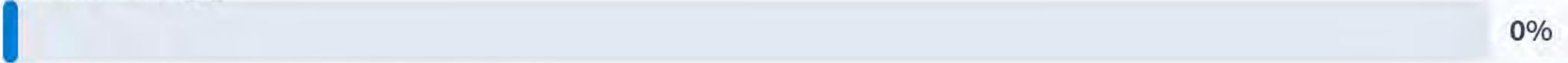
3. Ne pas prescrire d'antibiotique lors de la découverte isolée d'une protéine C-réactive (CRP) ou d'une procalcitonine (PCT) élevée

- Paramètres inflammatoires élevés \neq infection
- Infection \neq infection bactérienne $\Rightarrow \neq$ antibiotique
- Ne pas oublier l'anamnèse et le status!
 - On traite d'abord des patient.e.s, pas leurs valeurs sanguines !

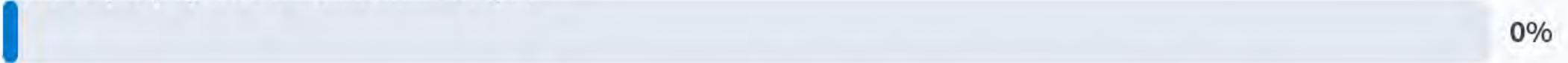
Gabay NEJM 1999, Ten Over J Infect 2015.
Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (dgi-net.de)

Patiente de 73 ans hospitalisée pour une pneumonie. Que faites-vous?

Clexane 40mg/j



Pas de prophylaxie thromboembolique

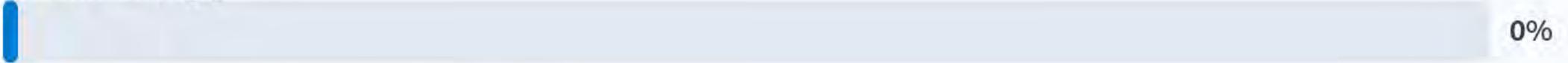


Données insuffisantes pour décider de l'indication à une prophylaxie thromboembolique



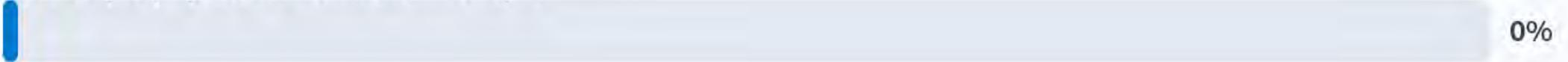
Patiente de 73 ans hospitalisée pour une pneumonie. En BSH, IMC 27kg/m2. Que faites-vous?

Clexane 40mg/j



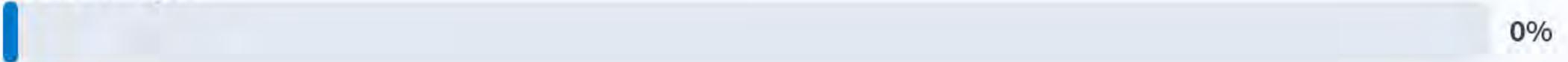
0%

Pas de prophylaxie thrombo-embolique



0%

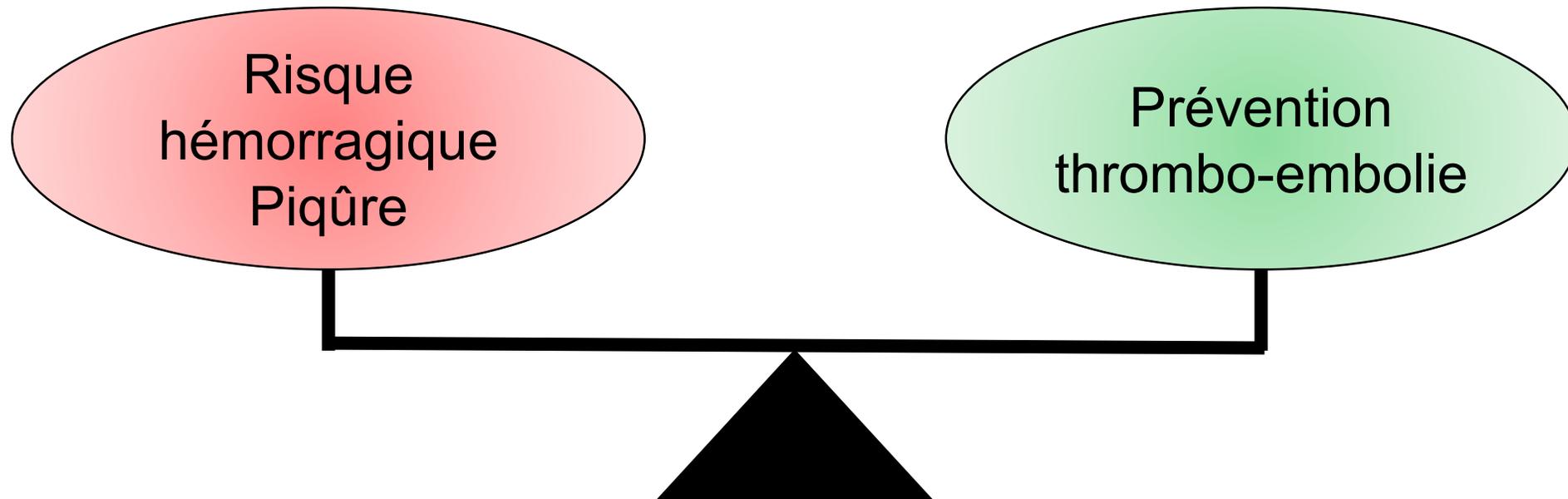
Je ne sais pas



0%

4. Ne pas instaurer une anticoagulation prophylactique chez les patients médicaux aigus ayant un risque bas d'évènement thromboembolique veineux

Balance risques – bénéfices



4. Ne pas instaurer une anticoagulation prophylactique chez les patients médicaux aigus ayant un risque bas d'évènement thromboembolique veineux

VTE risk factor	Points
Decreased mobility	3
Thrombophilia	3
Previous trauma or surgery within the last month	2
Age ≥ 70	1
Heart or respiratory failure	1
Ischemic stroke or acute myocardial Infarction	1
Acute rheumatologic disorder and/or acute infection	1
Obesity	1
Hormonal therapy	1

VTE: venous thromboembolism

Exemple score de PADUA

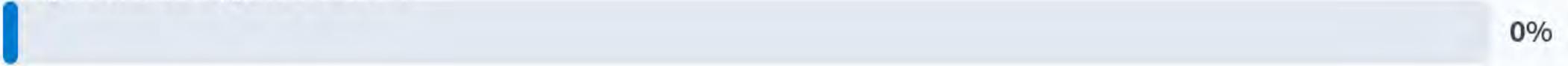
- Risque élevé (11%) : ≥ 4 points
- Risque bas (0.3%) : < 4 points

Patient de 67 ans avec décompensation cardiaque gauche, NYHA III, HFpEF. Saturation à 95% sous 2 litres d'oxygène. Que faites-vous?

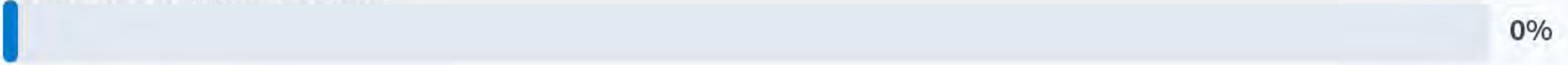
Arrêter l'oxygène



Augmenter l'oxygène à 3l/min



Diminuer l'oxygène à 1l/min



Ne rien changer



5. Ne pas administrer d'oxygène pour maintenir une saturation capillaire en oxygène de 94% ou plus chez les patients médicaux aigus

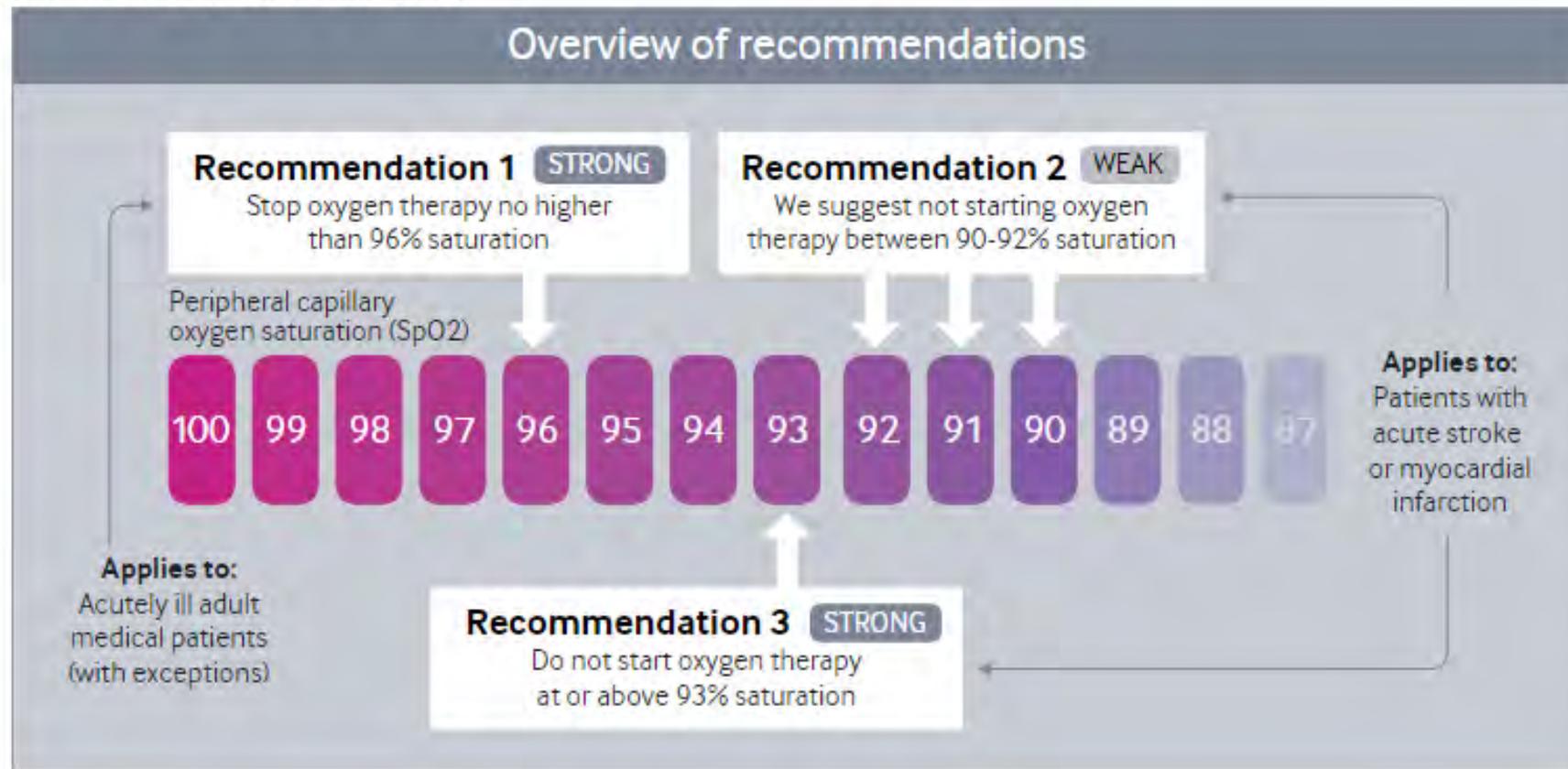
- Administration libérale (vs. conservatrice) d'oxygène en soins aigus (*méta-analyse, 25 RCTs, N=16'037*)
 - Augmentation mortalité intra hospitalière : RR 1.21, 95% 1.03-1.43
 - Augmentation mortalité à 30j: RR 1.14, 95%CI 1.01-1.29
- Désavantages additionnels O2 : Environnement, sécheresse muqueuses

Exception : Intoxication au CO, céphalées en grappe, crises vasoocclusives lors de drépanocytose, pneumothorax

Oxygen therapy for acutely ill medical patients: a clinical practice guideline

BMJ 2018 ; 363 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k4169> (Published 24 October 2018)

Cite this as: *BMJ* 2018;363:k4169



Liste top-5 – Médecine interne générale hospitalière – 2016



Top-5 médecine interne générale hospitalière 2016 - Intrus?

Pas de prises de sang à intervalles réguliers sans répondre à une question spécifique



0%

Pas de sonde urinaire pour des raisons de commodité en dehors de soins de vie



0%

Ne pas transfuser plus que le nombre minimum de culots erythrocytaires nécessaires



0%

Ne pas laisser les personnes âgées alitées pendant leur séjour à l'hôpital.



0%

Pas de neuroleptiques pour l'insomnie, l'agitation ou l'ECA chez les personnes âgées.



0%



Médecine interne générale ambulatoire - 2014

- 1) Pas de prises de sang à intervalles réguliers sans répondre à une question spécifique
- 2) Pas de sonde urinaire pour des raisons de commodité en dehors de soins de vie
- 3) Ne pas transfuser plus que le nombre minimum de culots erythrocytaires nécessaires
- 4) Ne pas laisser les personnes âgées alitées pendant leur séjour à l'hôpital.
- 5) Pas de **benzodiazépines** pour l'insomnie, l'agitation ou l'ECA chez les personnes âgées.

1. Ne pas faire de prises de sang à intervalles réguliers ou planifier des batteries d'examens, y compris des examens radiographiques, sans répondre à une question clinique spécifique

- Les examens servent à répondre à une question clinique spécifique à but diagnostique ou thérapeutique
- Les examens sans conséquence augmentent les coûts et peuvent nuire aux patient.e.s
 - Anémie suite à des prises de sang répétées
 - Incidentalomes avec nécessité d'examens complémentaires
 - ...

2. Ne pas poser ou laisser en place une sonde urinaire uniquement pour des raisons de commodité (incontinence urinaire, surveillance de la diurèse) chez des patients en dehors des soins intensifs et en dehors de soins de fin de vie ou de confort

- Infection urinaires sur cathéter : cause n°1 d'infection nosocomiale
 - Prolonge la durée de séjour
 - Augmente les coûts
- Méta-analyse de 14 études (2 RCTs, 12 pre-post):
 - 52% réduction des infections urinaires sur cathéter
 - 37% réduction durée avec cathéter
 - Pas d'évidence pour d'effets négatifs

3. Ne pas transfuser plus que le nombre minimum de culots érythrocytaires nécessaires pour soulager les symptômes liés à l'anémie ou pour normaliser le taux d'hémoglobine selon des seuils définis

Méta-analyse (19 études, 6'264 patient.e.s)

- Stratégie restrictive: Diminution du risque d'effets indésirables et de mortalité intrahospitalière
- Pas d'effet sur la mortalité à 30j, la morbidité cardiaque et les infections

⇒ 70 g/l pour la plupart des patient.e.s

⇒ Év. 80 g/L lors de coronaropathie (manque de données)

⇒ Éviter l'administration systématique de 2 CEs

4. Ne pas laisser les personnes âgées alitées pendant leur séjour à l'hôpital.

- >80% des personnes âgées hospitalisées peuvent se mobiliser seules
 - >80% du séjour au lit
 - Manque de mobilisation associé avec effets indésirables et coûts
- => Institutionnalisation, perte d'autonomie, durée de séjour prolongée, décès



<https://classic.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT05639231>

<https://kofam.ch/fr/portail-snctp/rechercher-des-essais-cliniques/etude/61939>

Brown, JAGS 2009 &2004; Creditor, Ann Int Med 1993;
Markey, J Nurs Care Qual 2002; Kalisch, J Clin Nurs 2014

5. Ne pas utiliser de benzodiazépines ou autres sédatifs-hypnotiques chez les personnes âgées pour le traitement de l'insomnie, de l'agitation ou d'un état confusionnel aigu et éviter leur prescription à la sortie de l'hôpital

- Augmentation du risque d'accidents de la route, chutes, fractures (RR 1.63), démence (RR 1.25), hospitalisations (OR 3.50), décès
- Coûts des chutes associées aux BZD : 1.8 billion Euros/an (UE)
- Indications pour BZD : sevrage OH, trouble anxieux généralisé, épilepsie



<https://besafe-horizon.eu/en/home>

Chatterjee, Prim Health Care Res Dev 2017; Panneman, Drugs Aging 2003

Top-5 - Médecine interne générale ambulatoire - 2014



Top-5 MIG ambulatoire 2014. Quel est l'intrus?

Pas de bilan radiologique lors de douleurs lombaires non-spécifiques depuis <6 semaines



0%

Pas de dosage de PSA pour dépister le cancer de la prostate sans discussion des risques-bénéfices avec le patient



0%

Pas d'antibiotiques en cas d'IVRS sans signe de gravité



0%

Pas d'ECG dans le bilan préopératoire en l'absence de suspicion de pathologie cardiaque



0%

Pas de poursuite à long terme d'IPP pour des symptômes gastro-intestinaux sans utiliser la plus faible dose efficace



0%



Médecine interne générale ambulatoire - 2014

- 1) Pas de bilan radiologique lors de douleurs lombaires non-spécifiques depuis <6 semaines
- 2) Pas de dosage de PSA pour dépister le cancer de la prostate sans discussion des risques-bénéfices avec le patient
- 3) Pas d'antibiotiques en cas d'IVRS sans signe de gravité
- 4) **Pas de RX thoracique dans le bilan préopératoire en l'absence de suspicion de pathologie thoracique**
- 5) Pas de poursuite à long terme d'IPP pour des symptômes gastro-intestinaux sans utiliser la plus faible dose efficace

Top-5 - Médecine interne générale ambulatoire - 2021



Liste top-5 MIG ambulatoire 2021. Quel est l'intrus?

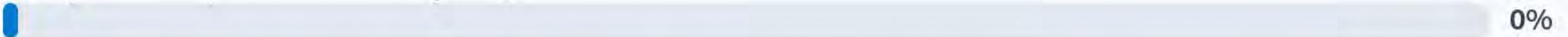
Pas de dépistage ni de nouvelle prise en charge des dyslipidémies en prévention primaire chez les > 75 ans



Pas d'IRM du genou en cas de douleurs de la partie antérieure sans limitation de mouvement ou épanchement articulaire sans traitement conservateur préalable adéquat



Pas de substitution ferrique en l'absence de symptômes et d'anémie et pas de perfusion de fer sans essai p.o. préalable (sauf si malabsorption)



Pas de substitution en vitamine D en l'absence de facteurs de risques pour une carence en vitamine D



Pas de check-up approfondi régulier chez les personnes asymptomatiques





Médecine interne générale ambulatoire - 2021

- 1) Pas de dépistage ni de nouvelle prise en charge des dyslipidémies en prévention primaire chez les > 75 ans
- 2) Pas d'IRM du genou en cas de douleurs de la partie antérieure sans limitation de mouvement ou épanchement articulaire sans traitement conservateur préalable adéquat
- 3) Pas de substitution ferrique en l'absence de symptômes et d'anémie et pas de perfusion de fer sans essai p.o. préalable (sauf si malabsorption)
- 4) **Pas de mesure** de la vitamine D en l'absence de facteurs de risques pour une carence en vitamine D
- 5) Pas de check-up approfondi régulier chez les personnes asymptomatiques

Choosing Wisely – c'est quoi ?

<https://www.smartermedicine.ch/de/kontakt/choosing-wisely-international>

Take-home messages

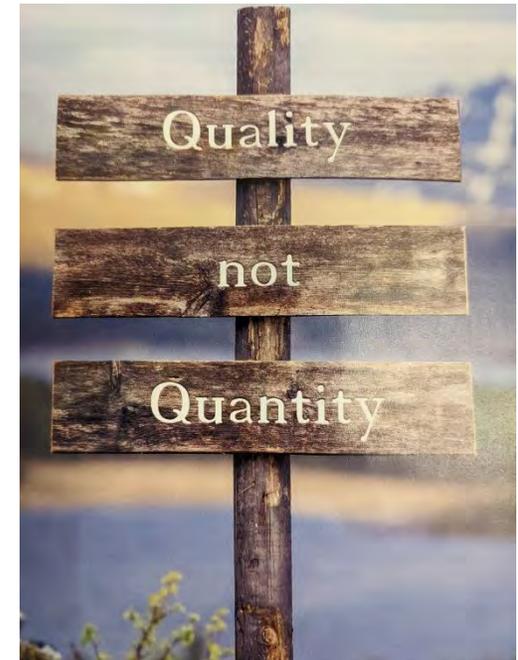
- Moins, c'est parfois mieux !
- Listes top-5 : aide pour une médecine optimale et non maximale
- Avant chaque prescription, toujours se poser la question des conséquences



smarter **medicine**
Choosing Wisely Switzerland

Merci de votre attention !

caroleelodie.aubert@insel.ch



smarter **medicine**
Choosing Wisely Switzerland