

Avertissement : Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 25 Septembre 2018  
Hôpital cantonal de Genève

## « Lost in translation » ...14 ans plus tard

Prof. J.M.Gaspoz

Patron de la polyclinique ou de la médecine de 1<sup>er</sup> recours, depuis 2006, Jean Michel Gaspoz s'en va...et sera remplacé par Idris Guessous...

Arnaud Perrier retrace brièvement sa carrière, comme d'habitude, en insistant sur son rôle de « cheville ouvrière » dans la réunion des généralistes et des internistes sous un même toit : La société suisse de médecine interne-générale (SSMIG), et dans « Smarter medicine, choosing wisely, Switzerland » dont on va parler tout à l'heure...

L'exposé d'aujourd'hui s'appuie sur une leçon de Claude Lenfant : Shattuck Lecture: Clinical research to clinical practice - Lost in translation? (N Engl J Med. 2003 Aug 28;349(9):868-74).

La « translational » dont il s'agit aujourd'hui n'est pas l'abîme linguistique entre l'anglais et le japonais, comme le décrit le film du même nom...

BILL MURRAY SCARLETT JOHANSSON

# Lost In Translation

...mais plutôt la difficulté pour la recherche fondamentale, puis la recherche clinique d'être appliqués dans la vie réelle...

En 2003 , the EuroHeart Failure survey programme (EUR.Heart J 2003 ; 24 :464-475) montrait que lors d'insuffisance cardiaque...

- 87% des patients recevaient des diurétiques
- 66% un antagoniste de l'enzyme de conversion (IEC) ou antagoniste du récepteur de l'angiotensine II (ARAII)
- 37% un bêta-bloqueur
- 36% de la digoxine
- 29% de l'aspirine
- 21% des anticalciques
- 21% de la spironolactone
- 17% une combinaison de diurétique, IEC et beta bloqueurs
- 

...bref qu'une petite minorité recevait un traitement adéquat alors que celui-ci avait déjà fait ses preuves, et faisait partie des guidelines...

...ça c'était si on peut dire « la faute aux médecins »...

Mais en 1998 (Bloom, Clin Ther 1998 ; 20 :671-81) 26-58% des patients avaient arrêté leur traitement antihypertenseur à 12 mois...

...ce qui nous déculpabilise un peu...mais pas pour longtemps...

...vu que 14% -30%des PTCA (angioplastie coronarienne) sont inappropriées aux USA, 10-14% des pontages coronariens aussi (Schneider, Ann Intern Med 2001, 135 :328-37, Korenstein Arch Int Med 2012 :172, 171-78, Académie Suisse des Sciences Médicales. Médecine durable ; feuille de route, Basel 2012).

Message : Ce n'est pas facile d'inventer et de découvrir, mais c'est encore plus difficile de disséminer la découverte et de susciter le changement.

La situation s'améliore lentement...

Et en Suisse, entre 2009 et 2014 la prévention secondaire de la maladie coronarienne est correcte pour 75-85% des patients...( "Quality of secondary prevention of coronary heart disease in Swiss primary care: lessons learned from a 6-year observational study. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 118-119:40-47").

Comment faire passer les messages et faire changer les habitudes des médecins et des patients ?

Il y a des groupes ad hoc de « Translational research » dans chaque université...

De plus une autre mutation est en train de toucher la médecine, c'est celle de la médecine de précision centrée sur le gène...avec comme conséquence des traitements « sur mesure » définis par la génomique...

Par exemple en oncologie, plutôt que de classer les tumeurs selon leurs caractéristiques histologiques et anatomiques, de les classer selon l'altération

génomique identifiée...ceci permet d'identifier 96% des tumeurs d'origine indéterminée et de les traiter par un médicament dans 85% des cas...

Ceci permet aussi d'identifier les patient(e)s qui ne bénéficieront pas d'un traitement, par exemple, un score génétique de 21 gènes a permis d'identifier les femmes avec un cancer du sein de stade précoce ne nécessitant pas de chimiothérapie en sus d'un traitement hormonal...( soprano, Adjuvant chemotherapy guided by a 21-gene expression assay in breast cancer, NEJM 2018 ; 379 (2) : 111-21).

Pas impossible qu'un jour le génome sera consigné dans le dossier de chaque patient...

Pour améliorer la « translation » donc la mise en pratique et la diffusion de la nouveauté..., il y a...

- la formation des médecins
- les guidelines
- l'évaluation de la performance
- le « benchmarking » (l'analyse comparative...)

Depuis 2009, avec la mise en place de « l'Obama Care », soit une assurance de base pour tous aux USA, il a été demandé aux compagnies d'assurance, aux maisons pharmaceutiques aux hôpitaux et aux médecins de renoncer à une petite partie de leurs profits futurs pour soutenir ces changements..

Les sociétés médicales étasuniennes ont fait la grimace et ont apparemment déclarés qu'ils avaient déjà fait leur boulot et qu'ils ne pouvaient pas faire mieux...

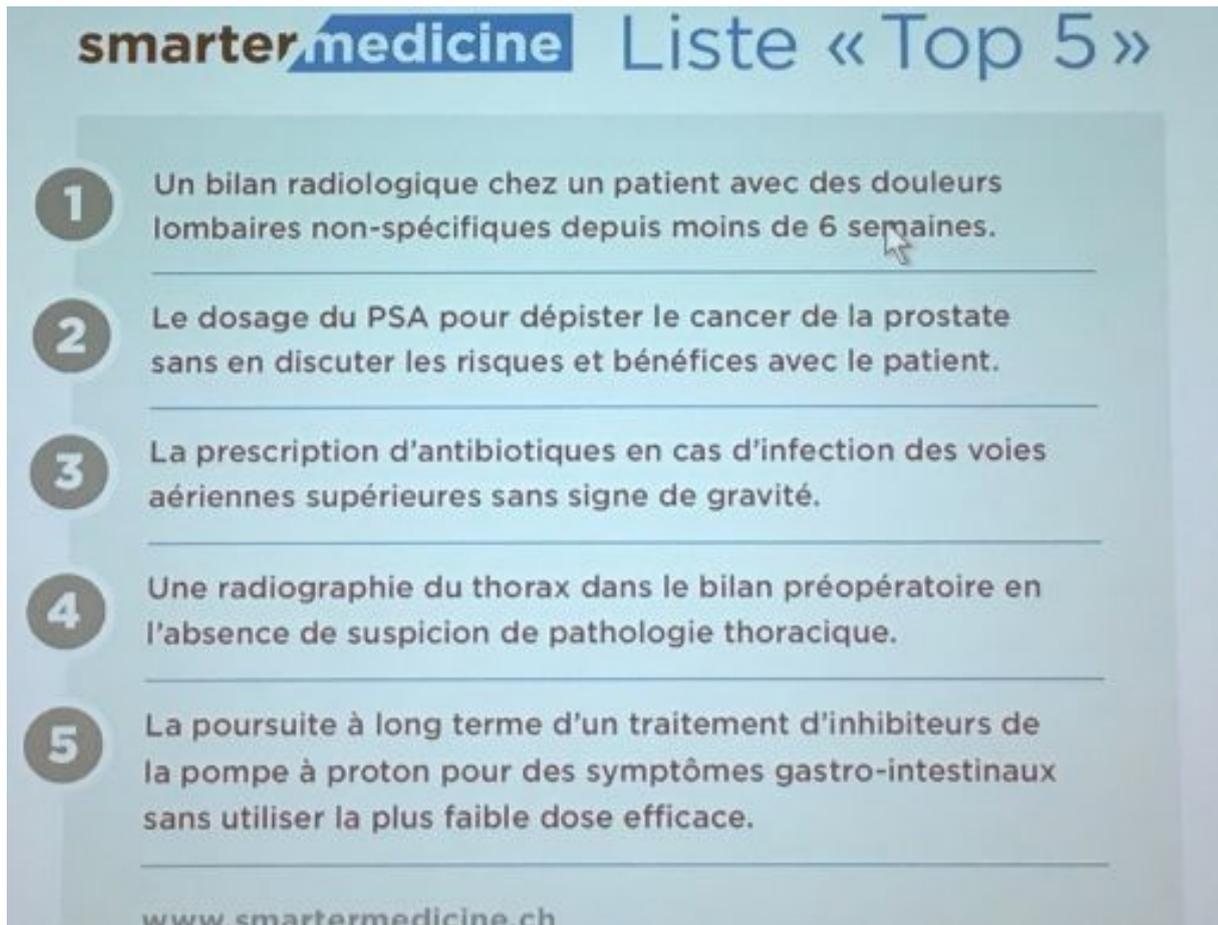
...ce qui a fait hurler Howard Brody, éthicien, dans un éditorial du NEJM (2010 :362(4) ; 283-5), écrivant que les médecins ont fait le serment d'Hippocrate, et devraient faire passer leurs intérêts après ceux de leurs patients, ce qu'ils sont incapables de faire, alors que les diverses industries (pharma..etc...) n'ont jamais rien jurés, mais qu'elles ont été prêtes à faire un effort dans ce sens...comment est-ce possible ?

A la suite de ce papier il a été proposé que chaque société médicale, établisse une liste de 5 tests ou traitements souvent prescrits, coûteux, et inutiles...

Par exemple pour la médecine de famille étasunienne...

- Éviter de faire systématiquement des radiographies lombaires pour des lombalgies
- Éviter de prescrire systématiquement des antibiotiques pour une sinusite d'une durée de moins d'une semaine
- Éviter de faire des ECGs annuels pour des patients asymptomatiques
- Éviter de faire des PAP tests chez les patientes de moins de 21 ans, ou après hystérectomie
- Éviter de faire des minéralométries de dépistage chez des femmes de moins de 65 ans ou des hommes de moins de 70 ans...

Ceci a conduit en 2014, la société suisse de médecine interne générale (SSMIG), à se mettre au travail elle aussi et d'élaborer le concept de « Smarter Medicine » avec sa liste de 5 tests et/ou traitements à éviter...



**smartermedicine** Liste « Top 5 »

- 1 Un bilan radiologique chez un patient avec des douleurs lombaires non-spécifiques depuis moins de 6 semaines.
- 2 Le dosage du PSA pour dépister le cancer de la prostate sans en discuter les risques et bénéfices avec le patient.
- 3 La prescription d'antibiotiques en cas d'infection des voies aériennes supérieures sans signe de gravité.
- 4 Une radiographie du thorax dans le bilan préopératoire en l'absence de suspicion de pathologie thoracique.
- 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.

[www.smartermedicine.ch](http://www.smartermedicine.ch)

une même liste a été établie pour la médecine hospitalière...

## Liste « top 5 » hopital mai 2016

1. Ne pas faire de prises de sang à intervalles réguliers (par exemple chaque jour) ou planifier des batteries d'examens, y compris des examens radiographiques, sans répondre à une question clinique spécifique.
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.
3. Ne pas transfuser plus que le nombre minimum de culots erythrocytaires nécessaires pour soulager les symptômes liés à l'anémie ou pour normaliser le taux d'hémoglobine selon des seuils définis
4. Ne pas laisser les personnes âgées alitées pendant leur séjour à l'hôpital. De plus, des objectifs thérapeutiques individuels doivent être établis en fonction des valeurs et des préférences de chacun.
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.

D'où le slogan "less can be more" et la recommandations que les médecins en discutent avec leurs patients, et que chaque société médicale se penche sur une liste potentielle d'actes et de traitements à ne pas effectuer systématiquement...

Ainsi nous arrivons à la campagne 2018 de la SSMIG « Can less be more ? » qui ser lancée à Zürich le 1.10.2018...pour plus de qualité et moins de gaspillage...

**Halte au gaspi....**



jeudi 20 mars 2014



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan  
[ericbdh@bluewin.ch](mailto:ericbdh@bluewin.ch)

transmis par le laboratoire MGD  
[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)