

# Choisir avec soin

Société Nationale Française de Médecine Interne  
Campagne mondiale « Choosing Wisely »

Thomas Hanslik

Service de médecine interne, Hôpital Ambroise Paré  
UFR des sciences de la santé Simone Veil  
Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines

Réseau Sentinelles, Inserm UMR-S 1136

- Présentation à deux voies
  - A Bauvois (AJI)
  
- Conflit d'intérêt
  - Futur malade !
  - Responsable pédagogie (inquiet)
  - Acteur de la surmédicalisation...



**CHOOSING**  
*wisely*

Countries Participating



Belgium



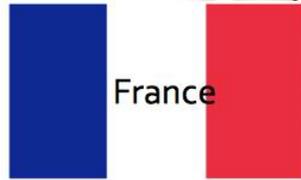
Cyprus



Czech Republic



Estonia



France



Germany



Greece



Iceland



Israel



Italy



Latvia



Netherlands



Norway



Poland



Portugal



Romania



Russian Federation



Serbia



Slovakia



Spain



Sweden



Switzerland



Turkey



UK

## About

*Choosing Wisely* aims 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

In response to this challenge, national organizations representing medical specialists asked their providers to “choose wisely” by identifying tests or procedures commonly used in their field whose necessity should be questioned and discussed. The resulting lists of “[Things Providers and Patients Should Question](#)” will spark discussion about the need—or lack thereof—for many frequently ordered tests or treatments.

---

- [HISTORY](#)

---

- [NEWS](#)

---

- [PARTNERS](#)

---

- [RESEARCH REPORT](#)

---

- [FACTS AND FIGURES](#)

---

- [CONTACT](#)

---



*An initiative of the ABIM Foundation*

American College of Rheumatology



AMERICAN COLLEGE  
OF RHEUMATOLOGY  
EDUCATION • TREATMENT • RESEARCH

## **Five Things Physicians and Patients Should Question**

1. Don't test ANA sub-serologies without a positive ANA and clinical suspicion of immune-mediated disease
2. Don't test for Lyme disease as a cause of musculoskeletal symptoms without an exposure history and appropriate exam findings
3. Don't perform MRI of the peripheral joints to routinely monitor inflammatory arthritis
4. Don't prescribe biologics for rheumatoid arthritis before a trial of methotrexate (or other conventional non-biologic DMARDs)
5. Don't routinely repeat DXA scans more often than once every two years

# How this list was created

- The American College of Rheumatology (ACR) established a Top 5 Task Force to oversee the creation of its recommendations
- As part of this group's work, a multi-stage process combining consensus methodology and literature reviews was used to arrive at the final recommendations
- Items were generated by a group of practicing rheumatologists in diverse clinical settings using the Delphi method
- Recommendations with high content agreement and perceived prevalence advanced to a survey of ACR members, who comprise more than 90% of the U.S. rheumatology workforce
- Based on member input related to content agreement, impact and item ranking, candidate items advanced to literature review
- The Top 5 Task Force discussed the items in light of their relevance to rheumatology, level of evidence to support their inclusion, and the member survey results, and drafted the final rheumatology Top 5 list
- The list was reviewed by a sample of patients with rheumatic disease and approved by the ACR Board of Directors





*An initiative of the ABIM Foundation*

Society of Hospital Medicine – **Adult Hospital Medicine**



## **Five Things Physicians and Patients Should Question**

1. Don't place, or leave in place, urinary catheters for incontinence or convenience or monitoring of output for non-critically ill patients
2. Don't prescribe medications for stress ulcer prophylaxis to medical inpatients unless at high risk for GI complications
3. Avoid transfusions of red blood cells for arbitrary hemoglobin or hematocrit thresholds and in the absence of symptoms of active coronary disease, heart failure or stroke
4. Don't order continuous telemetry monitoring outside of the ICU without using a protocol that governs continuation
5. Don't perform repetitive CBC and chemistry testing in the face of clinical and lab stability

# How this list was created

- The Society of Hospital Medicine (SHM) created a Choosing Wisely® subcommittee comprised of representatives of the Hospital Quality and Patient Safety committee and included diverse representation of academic, community and adult hospitalists
- SHM committee members submitted 150 recommendations for consideration, which were discussed for frequency of occurrence, the uniqueness of the tests and treatments and whether the cost burden for a specific test or treatment proved to be significant, narrowing the list to 65 items
- The Choosing Wisely subcommittee ranked these items and a survey was sent to all SHM members to arrive at 11 recommendations, of which the final five were determined utilizing the Delphi method
- SHM's Board approved the final recommendations



*An initiative of the ABIM Foundation*

Society of General Internal Medicine



## **Five Things Physicians and Patients Should Question**

1. Don't recommend daily home finger glucose testing in patients with Type 2 diabetes mellitus not using insulin
2. Don't perform routine general health checks for asymptomatic adults
3. Don't perform routine pre-operative testing before low-risk surgical procedures
4. Don't recommend cancer screening in adults with life expectancy of less than 10 years
5. Don't place, or leave in place, peripherally inserted central catheters for patient or provider convenience

# How this list was created

- An ad hoc committee of the Society of General Internal Medicine (SGIM) was impaneled, taking advantage of the clinical expertise of members from the existing Clinical Practice and the Evidence-Based Medicine Committees within the Society
- Members of the ad hoc committee were then solicited to determine possible topics for consideration
- The topics chosen were selected to meet the goals of the *Choosing Wisely*<sup>®</sup> campaign, utilizing the unique clinical perspective of members of the Society in ambulatory General Medicine as well as hospital-based practice
- The final topics were selected by a vote of committee members based on the strength of the existing evidence, the unique standing members of the Society have in addressing the clinical topics selected, as well as contributions the recommendations would make in terms of patient safety, quality and economic impact
- The final recommendations were approved by the governing Council of SGIM



- Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Cette campagne vise à aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue au sujet des examens et des traitements inutiles et à les aider à faire des choix judicieux et efficaces en vue d'assurer des soins de qualité
- Certains examens et traitements ne sont pas nécessaires et n'ajoutent aucune valeur aux soins. En fait, ils réduisent la qualité des soins, car ils exposent les patients à des risques potentiels. Ils peuvent mener à un plus grand nombre de tests pour éliminer des faux positifs et ils contribuent au stress des patients. De plus, les examens et traitements inutiles mettent une pression accrue sur les ressources de notre système de soins de santé

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

---

Publié le 2 avril 2014

---

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
2. N'installez pas ou ne laissez pas en place des sondes urinaires sans avoir une indication acceptable
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
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
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

# Comment cette liste a-t-elle été créée ?

- La Société canadienne de médecine interne (SCMI) a établi la liste de ses cinq recommandations dans le cadre du programme Choisir avec soin en convoquant un comité de vingt membres représentant un groupe diversifié d'internistes généraux venant de partout au Canada, reflétant un large éventail de régions géographiques, de milieux de pratique, de types d'établissements et d'expériences
- Le comité a choisi d'adopter les recommandations préexistantes déjà publiées qui ont fait l'objet d'un examen rigoureux
  - Five Things Physicians and Patients Should Question (© 2013 American College of Physicians; © 2012 Society of Hospital Medicine; © 2013 Society of General Internal Medicine),
  - Recommandations de l'American College of Physicians High Value Cost Conscious Care
  - « Choses à ne pas faire » du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) du Royaume-Uni
- De plus, les membres ont apporté des recommandations fondées sur l'expérience et la pertinence de la pratique
- De façon anonyme, chaque membre du comité a été invité à présenter son classement électronique de toutes les recommandations en ligne. Chacune des recommandations a été notée. Le taux de réponse a été de cent pour cent (19 sur 19)
- Les membres du comité ont examiné les recommandations les mieux classées et sont parvenus à un consensus sur une liste de cinq recommandations
- La liste des cinq recommandations a été présentée au cours d'un forum ouvert de la SCMI et au conseil d'administration lors de l'Assemblée générale annuelle 2013 de la SCMI à Toronto, au Canada. Les membres de la SCMI qui ont assisté à la réunion du conseil et à la séance d'information sur Choisir avec soin ont également eu l'occasion de livrer leurs commentaires. Des améliorations mineures à la liste ont été apportées et, ensuite, approuvées par le comité.
- Le conseil de direction de la SCMI approuve et soutient pleinement la liste définitive des recommandations de la SCMI en lien avec Choisir avec soin.

# Externes et étudiants en médecine

## Six principes pour les externes et étudiants en médecine

---

Publié le 14 novembre 2015

---



1. Ne pas suggérer les investigations et traitements les plus invasifs avant d'avoir envisagé les autres options
2. Ne pas suggérer d'examens, de traitements ou d'interventions qui changeront ni l'évolution clinique du patient, ni votre conduite
3. Saisir l'opportunité d'initier une conversation avec votre patient au sujet de la pertinence d'un examen, d'un traitement ou d'une intervention
4. Demander des précisions au sujet des examens, des traitements ou des interventions qui vous paraissent inutiles
5. Éviter de suggérer des examens ou des interventions dans l'unique but d'acquérir de l'expérience clinique personnelle
6. Ne pas suggérer d'examens ou de traitements dans le seul but d'anticiper ce que votre superviseur voudrait

# Comment cette liste a-t-elle été créée ?

- La liste des six principes pour les externes et étudiants en médecine est issue d'un partenariat entre la Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada (FEMC) et la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ), qui représentent ensemble la totalité des étudiants en médecine au Canada
- Un groupe de travail dirigé par trois étudiants en médecine et trois responsables de Choisir avec soin a été formé afin de proposer des pratiques que les étudiants en médecine devraient adopter ou remettre en question pendant leur formation
- Le groupe de travail a produit une liste de 10 principes potentiels avec l'aide d'un groupe d'intervenants composé de représentants étudiants, de médecins résidents et de personnel enseignant
- Les recommandations ont ensuite été communiquées aux étudiants en médecine partout au Canada au moyen d'un questionnaire en ligne. Les répondants ont été invités à classer les recommandations par ordre de pertinence en fonction des critères suivants : la situation devait (i) se produire souvent pendant la formation médicale, (ii) être pertinente pour les étudiants en médecine, (iii) contribuer à façonner les comportements cliniques et (iv) constituer une pratique que les externes pourraient facilement adopter pendant leur formation
- Le groupe de travail a reçu les commentaires de près de 2000 étudiants provenant des 17 facultés de médecine canadiennes et en a tenu compte pour dresser la liste finale des 6 recommandations
- Les exécutants de la FEMC et de la FMEQ ont donné leur appui et entériné officiellement la présence des principes.



Sentinelles



# Liste Top-5 Médecine Interne

[top5snfmi@gmail.com](mailto:top5snfmi@gmail.com)

# Objectifs

- Créer une liste de 5 pratiques et procédures que les médecins et patients devraient remettre en question (listes "Top-5")
- Sensibiliser les professionnels de santé et les patients sur le sujet des examens/traitements inutiles et potentiellement néfastes

Méthodes

# Étapes de l'étude

- 1) Création du groupe de travail
- 2) Préparation du listing de conduites médicales
- 3) Sélection des participants
- 4) Vote sur la plateforme en ligne
- 5) Méthode de classement et sélection de la liste finale



# Groupe de travail

## AJI

Marie CHILLES, CCA, Orléans  
Adeline BAUVOIS, interne, Tours  
Marie BISMUT, interne, Strasbourg  
Baptiste GRAMONT, interne, Saint-Etienne  
Nathan PEIFFER-SMADJA, interne, Paris  
Camille THOREY, interne, Tours

## SNFMI

Elisabeth ASLANGUL, Colombes  
Anne BOURGARIT-DURAND, Bondy  
Pascal CATHEBRAS, Saint Etienne  
Isabelle DURIEU, Lyon  
Thibaut FRAISSE, Alès  
**Thomas HANSLIK, Boulogne Billancourt, Coordinateur**  
Eric OZIOL, Béziers  
Olivier STEICHEN, Paris  
Laurent SAILLER, Toulouse

## Réseau Sentinelle

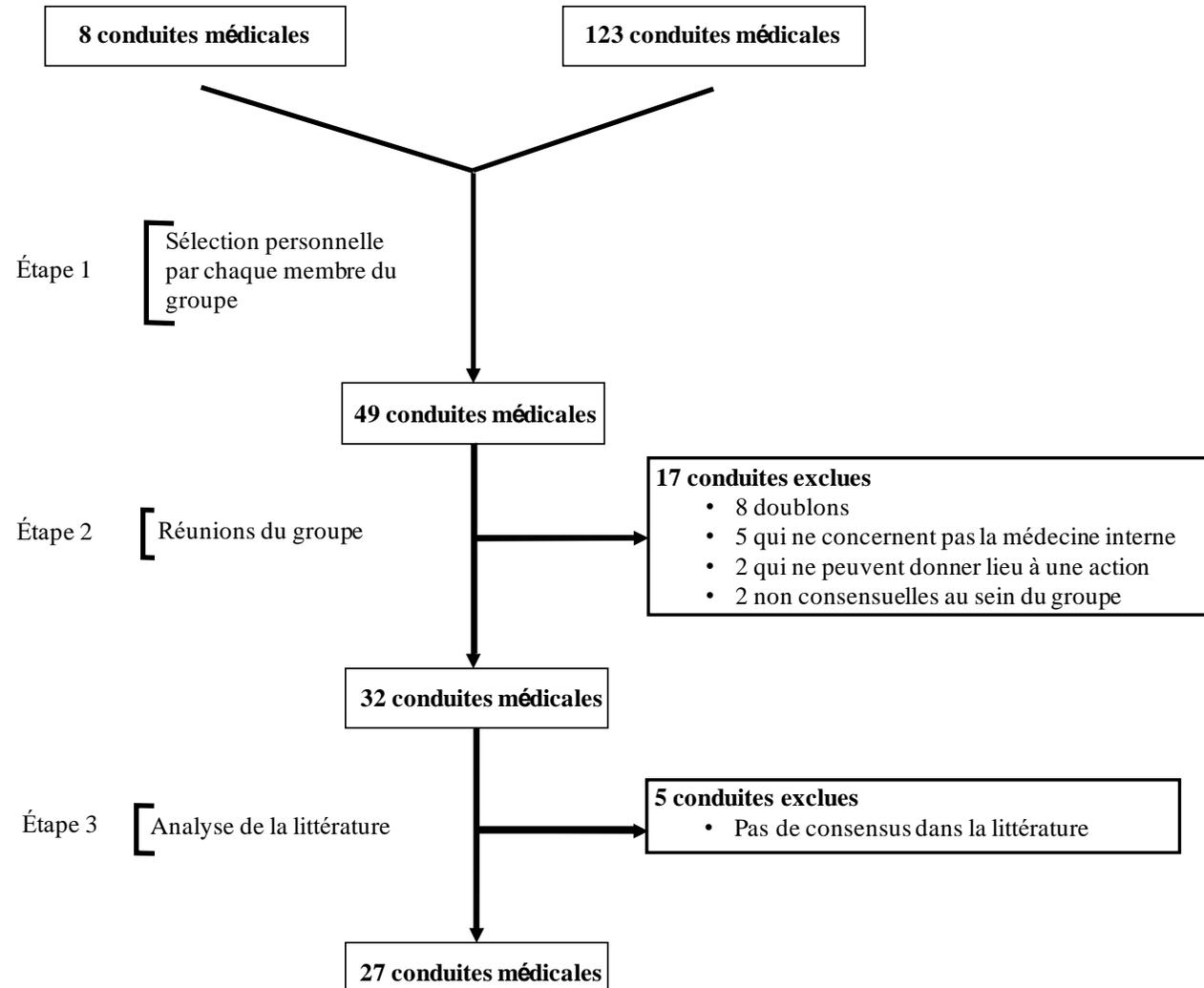
Thibaud PITEL, Ingénieur d'étude, BioInformaticien, réseau Sentinelles, UMR-S 1136 Inserm UPMC ([www.sentiweb.fr](http://www.sentiweb.fr))

# Sélection des conduites médicales

Propositions des membres du groupe de travail

Choisir avec soin - Canada  
Choosing wisely - USA  
Choosing wisely - Australia  
Choosing wisely - UK

Médecine interne  
Médecine polyvalente  
Médecine générale  
Rhumatologie  
Gériatrie  
Médecine vasculaire  
Maladies infectieuses  
Immunologie clinique



# 27 conduites médicales

1. Prescrire une recherche d'anticorps antinucléaires en l'absence de signes évocateurs de lupus érythémateux systémique ou d'une autre connectivite.

2. Prescrire systématiquement un régime strict sans sel, une supplémentation potassique et/ou un traitement par inhibiteurs de la pompe à protons en cas de corticothérapie prolongée.

3. Prescrire des inhibiteurs de la pompe à protons au long cours sans réévaluation régulière de l'indication.

4. Prescrire un bilan de thrombophilie pour un premier évènement thromboembolique en dehors d'éléments cliniques ou anamnestiques orientant vers une cause secondaire.

5. Prescrire une recherche de D-Dimères en cas de probabilité pré-test forte de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire.

6. Doser la vitamine D en dehors d'une suspicion d'atteinte osseuse ou de troubles du métabolisme phosphocalcique.

7. Doser la TSH en l'absence d'argument clinique ou biologique pour une dysthyroïdie.

8. Rechercher la présence de *Clostridium difficile* dans les selles en l'absence de diarrhée.

9. Prescrire des coprocultures en cas de diarrhée en dehors d'un contexte d'immunodépression, de retour de voyage ou de signes de gravité.

...

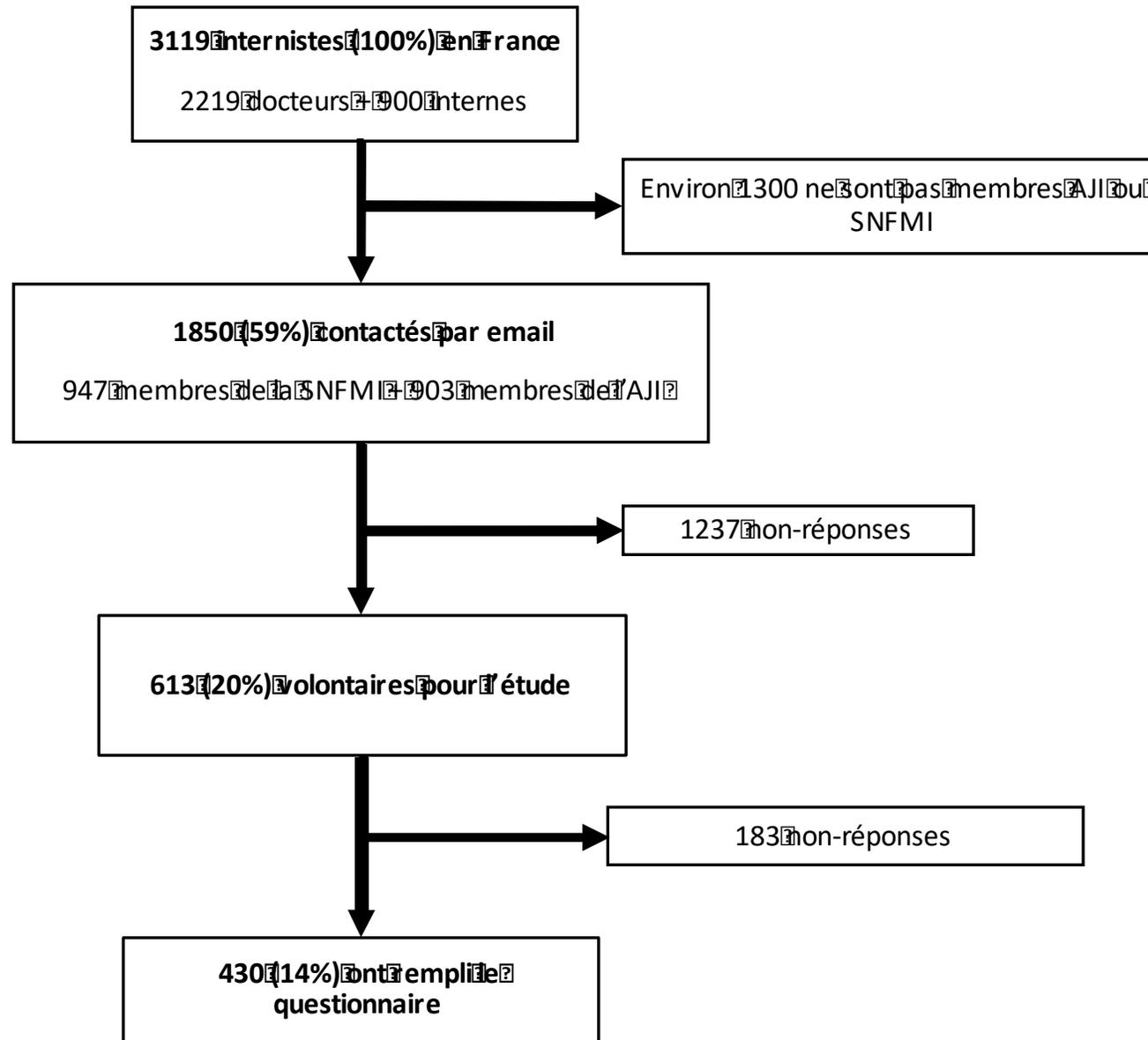
# 27 conduites médicales (suite)

10. Prescrire une sérologie de borréliose de Lyme en l'absence d'une histoire et/ou de signes cliniques évocateurs.
11. Prescrire systématiquement un scanner cérébral ou une échographie doppler des troncs supra-aortiques pour un bilan de lipothymie/syncope sans signe d'alerte à l'examen neurologique.
12. Prescrire d'autres examens biologiques que la ferritine pour le diagnostic de carence martiale en l'absence de syndrome inflammatoire.
13. Réaliser un dépistage du cancer mammaire, pulmonaire, colorectal ou prostatique sans avoir considéré au préalable l'espérance de vie et les risques liés au dépistage et au traitement.
14. Administrer d'emblée par voie intraveineuse un traitement qui pourrait être administré par voie entérale.
15. Prescrire une sonde vésicale dans le seul but de surveiller la diurèse.
16. Prescrire un relais par héparine lors des interruptions d'anticoagulants oraux pour une intervention ou une procédure invasive en dehors d'un risque thromboembolique élevé (tel que par exemple un épisode thromboembolique de moins de 3 mois, une valve cardiaque mécanique ou un antécédent de syndrome des anti-phospholipides).
17. Anticoaguler plus de trois mois une première thrombose veineuse profonde proximale des membres inférieurs lorsqu'un facteur favorisant a été identifié et maîtrisé.
18. Prescrire systématiquement un repos au lit après le diagnostic d'une thrombose veineuse profonde des membres inférieurs.
19. Chercher et/ou traiter une bactériurie asymptomatique en dehors d'un contexte de grossesse.

# 27 conduites médicales (suite)

20. Transfuser des concentrés de globules rouges pour des seuils d'hémoglobine supérieurs à 8 g/dL en dehors d'un contexte de syndrome coronarien aiguë ou de thrombopénie sévère.
21. Prescrire à des patients qui ne sont pas à haut risque d'ulcère gastroduodéal un traitement préventif par inhibiteurs de la pompe à protons lors de l'introduction d'un traitement par antiagrégant plaquettaire ou par anti-inflammatoire non stéroïdien.
22. Prescrire en première intention un hypnotique pour le traitement de l'insomnie.
23. Répéter les bilans biologiques en cas d'évolution clinique stable ou favorable.
24. Prescrire une auto-surveillance glycémique pluriquotidienne chez des adultes dont le diabète de type 2 est stabilisé à l'aide d'agents ne provoquant pas d'hypoglycémie.
25. Prescrire des médicaments à visée préventive (cholestérol, HTA...) chez des personnes âgées démentes.
26. Prescrire des anti-nauséux anti-dopaminergique (type métoclopramide) lors des nausées accompagnant les maladies aiguës.
27. Prescrire des fluoroquinolones à une personne recevant une corticothérapie au long cours alors qu'il existe d'autres alternatives antibiotiques.

# Sélection des participants



# Plateforme de vote

Top-5 SNFMI

Groupe de travail

Liste des conduites

Références

Contacts

Accéder à l'enquête

Bienvenue sur la plateforme de la « Top-5 list » française de médecine interne.

---

▶ Accéder à l'enquête

🔗 En cas de question ou de problème, n'hésitez pas à nous contacter par mail à [top5snfmi@gmail.com](mailto:top5snfmi@gmail.com)

---

Sentinelles



# Plateforme de vote (suite)

## Conduite médicale

## Fréquence

## Utilité

## Risque

Rechercher la présence de Clostridium difficile dans les selles en l'absence de diarrhée.

1

Réaliser un dépistage du cancer mammaire, pulmonaire, colorectal ou prostatique sans avoir considéré au préalable l'espérance de vie et les risques liés au dépistage et au traitement.

1

Répéter les bilans biologiques en cas d'évolution clinique stable ou favorable.

1

Prescrire des médicaments à visée préventive (cholestérol, HTA...) chez des personnes âgées démentes.

1

Administrer d'emblée par voie intraveineuse un traitement qui pourrait être administré par voie entérale.

1

## Références

### 1. Prescrire une recherche d'anticorps antinucléaires en l'absence de signes évocateurs de lupus érythémateux systémique ou d'une autre connectivite.

- o Kavanaugh A, Tomar R, Reveille J, Solomon DH, Homburger HA. Guidelines for clinical use of the antinuclear antibody test and tests for specific autoantibodies to nuclear antigens. American College of Pathologists. Arch Pathol Lab Med 2000;124(1):71-81.
- o American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Immunologic Testing Guidelines. Guidelines for immunologic laboratory testing in the rheumatic diseases: an introduction. Arthritis Rheum 2002 Aug;47(4):429-33.
- o Solomon DH, Kavanaugh AJ, Schur PH; American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Immunologic Testing Guidelines. Evidence-based guidelines for the use of immunologic tests: Antinuclear antibody testing. Arthritis Rheum 2002;47(4):434-44.
- o Tozzoli R, Bizzaro N, Tonutti E, Villalta D, Bassetti D, Manoni F, et al. Guidelines for the laboratory use of autoantibody tests in the diagnosis and monitoring of autoimmune rheumatic diseases. Am J Clin Pathol 2002;117(2):316-24.
- o Binder A, Spencer E. When to order an antinuclear antibody test. BMJ 2013;347:f5060.
- o Fatemi G, Kermani TA. Clinical Significance of a Positive Antinuclear Antibody Test. JAMA 2015 Aug 25;314(8):827-8.
- o BC Guidelines. Antinuclear antibody (ANA) testing protocol. <http://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/ana.pdf>. Accès au site le 13 avril 2017.
- o Fritzier MJ. Choosing wisely: Review and commentary on anti-nuclear antibody (ANA) testing. Autoimmun Rev 2016 Mar;15(3):272-80.

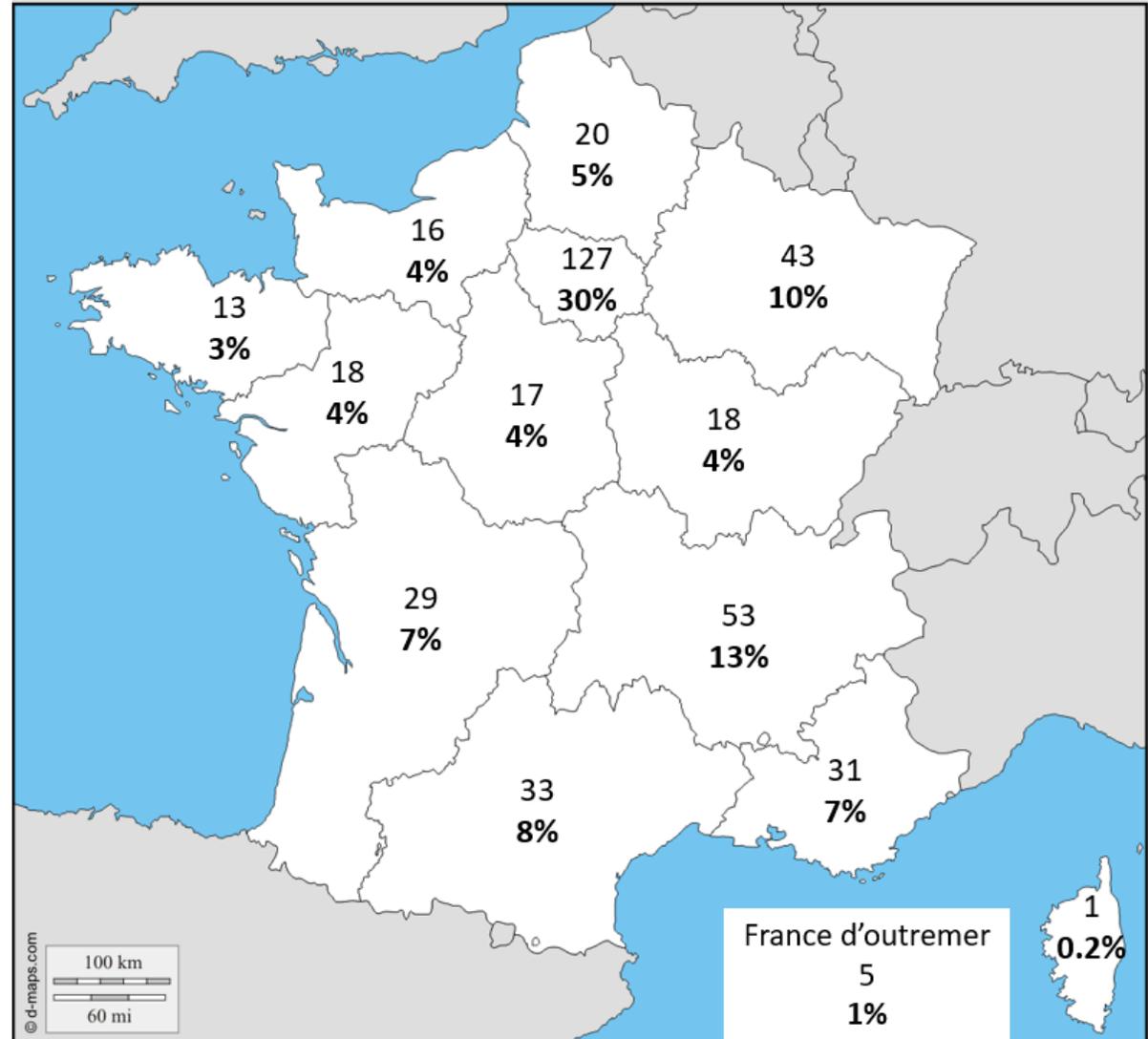
### 2. Prescrire systématiquement un régime strict sans sel, une supplémentation potassique et/ou un traitement par inhibiteurs de la pompe à protons en cas de corticothérapie prolongée.

- o Conn HO, Poynard T. Corticosteroids and peptic ulcer: meta-analysis of adverse events during steroid therapy. J Intern Med 1994 Dec;236(6):619-32.
- o Pecora PG, Kaplan B. Corticosteroids and ulcers: is there an association? Ann Pharmacother 1996 Jul-Aug;30(7-8):870-2.
- o Garcia Rodríguez LA, Hernández-Díaz S. The risk of upper gastrointestinal complications associated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs, glucocorticoids, acetaminophen, and combinations of these agents. Arthritis Res 2001;3(2):98-101.
- o Fardet L, Hanslik T, Blanchon T, Perdoncini-Roux A, Kettaneh A, Tiev KP, et al. Mesures adjuvantes à une corticothérapie systémique prolongée : description des pratiques des médecins internistes français. Rev Med Interne 2008 Dec;29(12):975-80.
- o Arena C, Morin AS, Blanchon T, Hanslik T, Cabane J, Dupuy A, et al. Impact of glucocorticoid-induced adverse events on adherence in patients receiving long-term systemic glucocorticoid therapy. Br J Dermatol 2010 Oct;163(4):832-7.

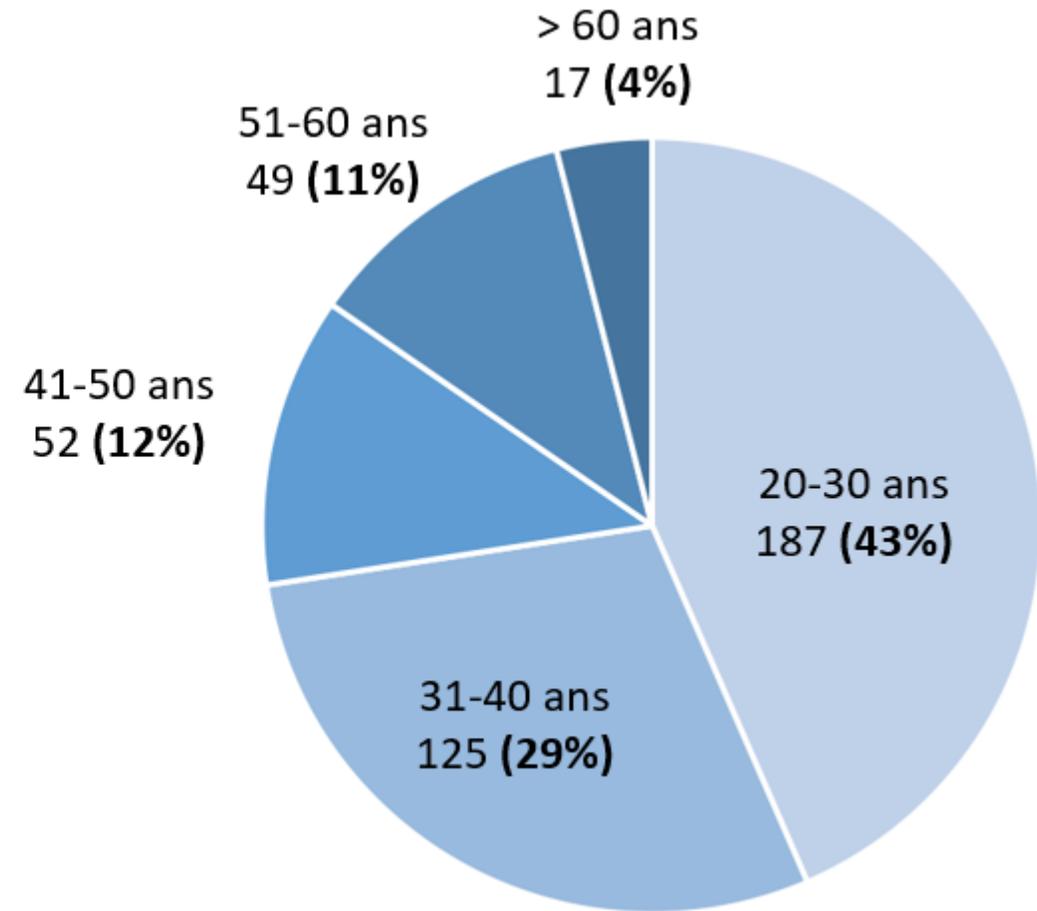
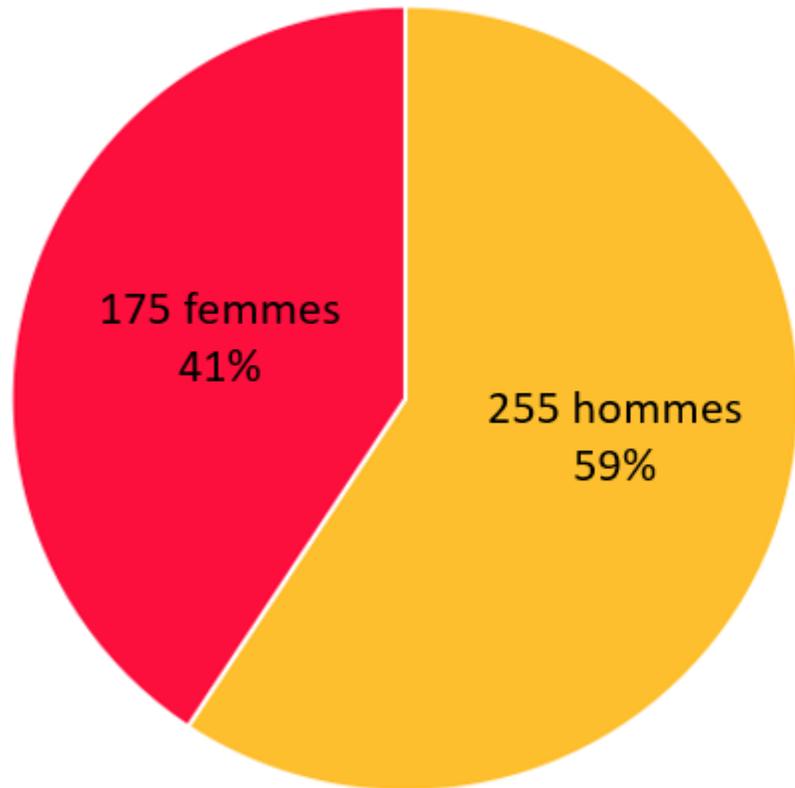
Résultats

# Caractéristiques démographiques des participants

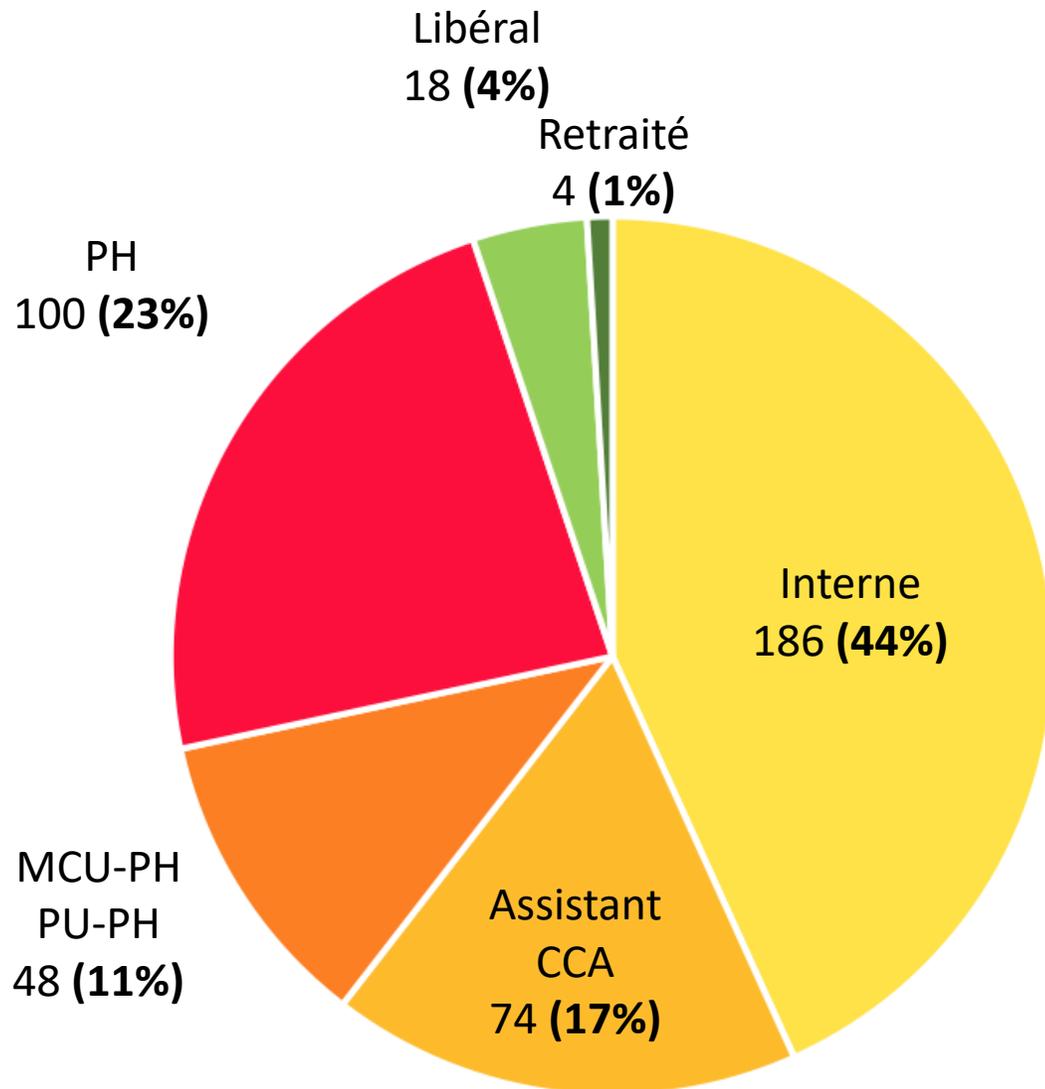
- 430 participants
- Répartition géographique des participants:



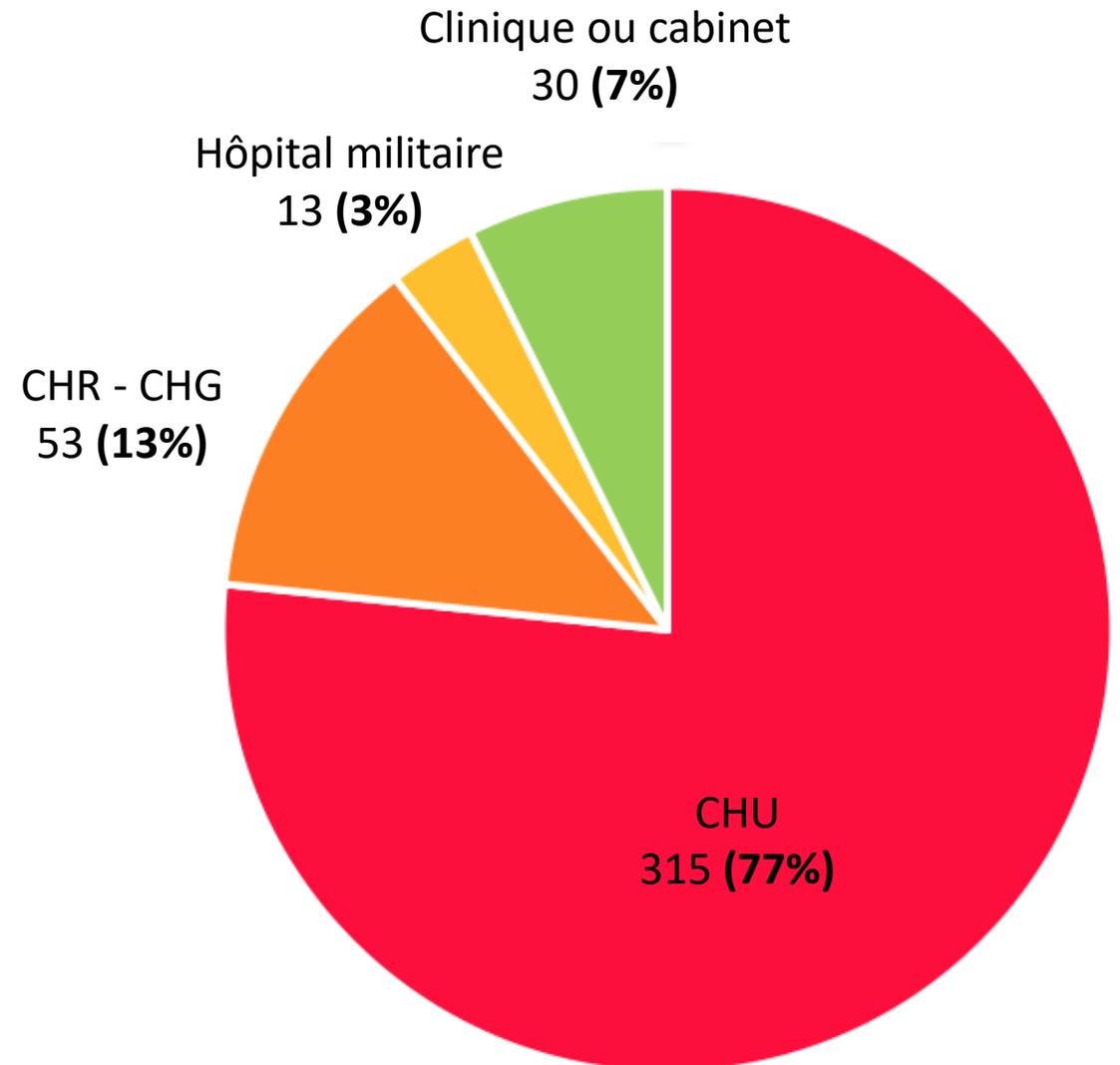
# Caractéristiques démographiques des participants



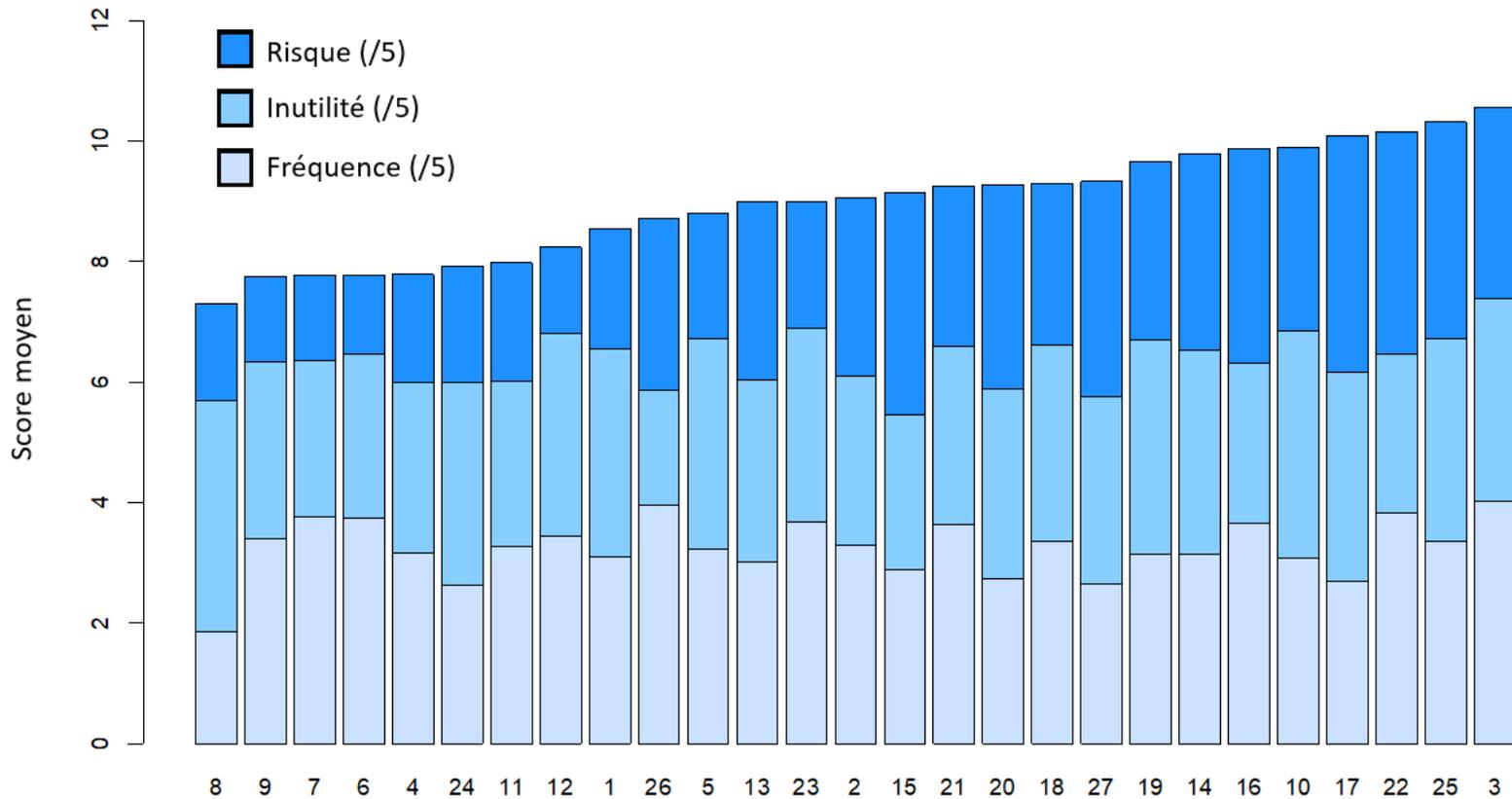
# Statut professionnel



# Lieu de travail



# Score moyen de la fréquence, inutilité et risque pour chacune des 27 procédures médicales



→ 3 listes des 5 pratiques :

- les plus risquées
- les plus fréquentes
- les moins utiles

# Les 5 les plus risquées

1. Anticoaguler plus de trois mois une première thrombose veineuse profonde proximale des membres inférieurs lorsqu'un facteur favorisant a été identifié et maîtrisé.
2. Prescrire en première intention un hypnotique pour le traitement de l'insomnie.
3. Prescrire une sonde vésicale dans le seul but de surveiller la diurèse.
4. Prescrire des médicaments à visée préventive (cholestérol, HTA...) chez des personnes âgées démentes.
5. Prescrire des fluoroquinolones à une personne recevant une corticothérapie au long cours alors qu'il existe d'autres alternatives antibiotiques.

# Les 5 les plus fréquentes

1. Prescrire des inhibiteurs de la pompe à protons au long cours sans réévaluation régulière de l'indication.
2. Prescrire des anti-nauséeux anti-dopaminergique (type métopropramide) lors des nausées accompagnant les maladies aiguës.
3. Prescrire en première intention un hypnotique pour le traitement de l'insomnie.
4. Doser la TSH en l'absence d'argument clinique ou biologique pour une dysthyroïdie.
5. Doser la vitamine D en dehors d'une suspicion d'atteinte osseuse ou de troubles du métabolisme phosphocalcique.

# Les 5 les moins utiles

1. Rechercher la présence de Clostridium difficile dans les selles en l'absence de diarrhée.
2. Prescrire une sérologie de borréliose de Lyme en l'absence d'une histoire et/ou de signes cliniques évocateurs.
3. Chercher et/ou traiter une bactériurie asymptomatique en dehors d'un contexte de grossesse.
4. Prescrire une recherche de D-Dimères en cas de probabilité pré-test forte de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire.
5. Anticoaguler plus de trois mois une première thrombose veineuse profonde proximale des membres inférieurs lorsqu'un facteur favorisant a été identifié et maîtrisé.

# Liste finale

## Calcul:

**Score fréquence + Score risque + Score d'inutilité = Score final**

## Exemple:

1. Prescrire une recherche d'anticorps antinucléaires en l'absence de signes évocateurs de lupus érythémateux systémique ou d'une autre connectivite.

Score fréquence + Score risque + Score d'inutilité

$3.10 + 2.00 + 3.45 = 8.55$

Rang : 19<sup>ème</sup>/27

# La liste Top-5 Française de Médecine Interne

- 1. Prescrire des inhibiteurs de la pompe à protons au long cours sans réévaluation régulière de l'indication.**
- 2. Prescrire des médicaments à visée préventive (cholestérol, HTA...) chez des personnes âgées démentes.**
- 3. Prescrire en première intention un hypnotique pour le traitement de l'insomnie.**
- 4. Anticoaguler plus de trois mois une première thrombose veineuse profonde proximale des membres inférieurs lorsqu'un facteur favorisant a été identifié et maîtrisé.**
- 5. Prescrire une sérologie de borréliose de Lyme en l'absence d'une histoire et/ou de signes cliniques évocateurs.**

# Limites

- Possible problème de représentativité des votants :
  - faible taux de participants (14%)
  - importante participation des internes (44%)
  - mais plus de 400 internistes
- Absence de Gold Standard pour l'établissement de ce type de liste et pour le calcul des scores
- Impact non connu de Choosing Wisely et des Top 5 lists sur les pratiques des médecins
- Pas de participation et d'inclusion de patients dans notre étude

# Conclusion

- Création d'une liste de 5 conduites médicales fréquentes, inutiles ou risquées
  - ces 5 pratiques diagnostiques ou thérapeutiques sont jugées comme étant à éviter prioritairement dans un objectif d'amélioration des soins
- Perspectives : élaboration de la liste européenne (EFIM)

Sentinelles



Merci pour votre attention

[top5snfmi@gmail.com](mailto:top5snfmi@gmail.com)

Listes Top 5 : et maintenant ?

# Surabondance ? (puits sans fond)



An initiative of the ABIM Foundation

NEWS CONTACT US

Our Mission

Clinician Lists

For Patients

Getting Started

Success Stories



Home > Getting Started > Lists of Recommendations > Search Recommendations

## Continue the Conversation

- ✓ Access information for both providers and patients
- ✓ View over 500 specialty society recommendations
- ✓ Share resources through text, email and social



Download on the  
App Store

## Clinician Lists

Complete lists of recommendations by society can be found by clicking the society name or via individual recommendation pages.

# Pertinence ?



BMJ 2015;351:h6760 doi: 10.1136/bmj.h6760 (Published 15 December 2015)

Page 1 of 2



## FEATURE



---

TOO MUCH MEDICINE

## Choosing Wisely: setbacks and progress

Despite questions about its effectiveness the campaign is beginning to change attitudes, **Jeanne Lenzer** reports

Jeanne Lenzer *associate editor, The BMJ, New York, USA*

# Evaluating the Evidence for Choosing Wisely™ in Primary Care Using the Strength of Recommendation Taxonomy (SORT)

*Kenneth W. Lin, MD, MPH, and Joseph R. Yancey, MD*

---

**Objective:** The goal of this study was to evaluate the quality of evidence supporting primary care–relevant Choosing Wisely™ recommendations using the Strength of Recommendation Taxonomy (SORT).

**Methods:** All Choosing Wisely “top 5” lists published by American medical specialty societies through June 2014 were reviewed for relevance to primary care. Both authors independently applied SORT to generate an evidence letter grade for each of the included recommendations, relying on citations supplied by the nominating organizations.

**Results:** Of 310 recommendations, 224 were identified as being relevant to primary care. We rated 43 (19%) as SORT level of evidence A, 57 (25%) as B, and 124 (55%) as C.

**Conclusion:** We found that a majority of primary care–relevant Choosing Wisely recommendations are based on expert consensus or disease-oriented evidence. Further research is warranted to strengthen the evidence base supporting these recommendations in order to improve their acceptance and implementation into primary care. (J Am Board Fam Med 2016;29:512–515.)

# BMJ Open Choosing Wisely: assessment of current US top five list recommendations' trustworthiness using a pragmatic approach

---

Karl Horvath,<sup>1,2</sup> Thomas Semlitsch,<sup>1</sup> Klaus Jeitler,<sup>1,3</sup> Muna E Abuzahra,<sup>1</sup> Nicole Posch,<sup>1</sup> Andreas Domke,<sup>1</sup> Andrea Siebenhofer<sup>1,4</sup>

- 131 (/412) of current US top 5 list recommendations were found to be sufficiently trustworthy.
- For a substantial number of current US top 5 list recommendations, their trustworthiness remains unclear.
- Methodological requirements for developing top 5 lists are recommended.

# Impact sur les pratiques ?

- Tout au plus modeste et limité dans le temps ?
- Non appropriation par les médecins

# Early Trends Among Seven Recommendations From the Choosing Wisely Campaign

Alan Rosenberg, MD; Abiy Agiro, PhD; Marc Gottlieb, MPA; John Barron, PharmD; Peter Brady, MBA; Ying Liu, MS;  
Cindy Li, MSc; Andrea DeVries, PhD

JAMA Internal Medicine 2015

**OBJECTIVE** To quantify the frequency and trends of some of the earliest ChoosingWisely recommendations using nationwide commercial health plan population-level data.

- (1) imaging tests for uncomplicated headache;
- (2) cardiac imaging without history of cardiac conditions;
- (3) low back pain imaging without red-flag conditions;
- (4) preoperative chest x-rays with unremarkable history and physical examination results;
- (5) human papillomavirus testing for women younger than 30 years;
- (6) use of antibiotics for acute sinusitis;
- (7) use of prescription nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for members with hypertension, heart failure, or chronic kidney disease.

# Résultat sans surprise

(suivre des recommandations ce n'est pas si simple...)

- Changes were modest but showed a desirable decrease for 2 recommendations (imaging for headache, cardiac imaging for low-risk patients).
- The effect sizes were marginal
- These results suggest that additional interventions are necessary for wider implementation of Choosing Wisely recommendations

# Choosing Wisely Campaign: Valuable For Providers Who Knew About It, But Awareness Remained Constant, 2014–17

DOI: 10.1377/hlthaff.2017.0945  
HEALTH AFFAIRS 36,  
NO. 11 (2017): -  
©2017 Project HOPE—  
The People-to-People Health  
Foundation, Inc.

**ABSTRACT** Together with physician specialty societies, the Choosing Wisely® campaign has codified recommendations of which health care services' use should be questioned and discussed with patients. The ABIM Foundation administered surveys in 2014 and 2017 to examine physicians' attitudes toward and awareness of the use of low-value care. The surveys included questions on the factors driving that use, physicians' comfort in having conversations with patients about that use, and physicians' exposure to the Choosing Wisely campaign. Despite continued publicity and physician outreach efforts, there were no significant changes between 2014 and 2017 in awareness of the campaign among physicians (awareness increased from 21 percent to 25 percent) or physician-reported difficulty in talking to patients about avoiding a low-value service (42 percent reported that such conversations had gotten harder in 2014, and 46 percent did so in 2017). Barriers to the adoption of recommendations included malpractice concerns, patient demand and satisfaction, and physicians' desire for more information to reduce uncertainty. Multifaceted interventions that reinforce guidelines through personalized education, follow-up, and feedback, as well as aligned financial incentives, should be pursued to reduce the use of low-value services.

**Carrie H. Colla** is an associate professor at the Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice, Geisel School of Medicine at Dartmouth, in Lebanon, New Hampshire.

**Alexander J. Mainor** (Alexander.J.Mainor@Dartmouth.edu) is a research project coordinator at the Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice, Geisel School of Medicine at Dartmouth.

Listes Top 5 : pour conclure

# Une étape intéressante...

- Difficile à mesurer, mais...
  - Pour mobiliser les équipes médicales
  - Pour échanger avec les patients
    - idéalement en construisant les listes avec eux
  - Pour impliquer les plus jeunes
- National Choosing Widely campaigns may serve as a forerunner to a more global initiative
  - Battegay EJ (ZEFQ 2017)

# ...Pour aller où ? (dans un monde idéal)

- Ne plus avoir besoin de faire des listes !
- Adaptation de la formation des médecins +++
  - *Bonjour Pr Hanslik,*
  - *Je vous remercie pour votre réponse bien complète, et pour l'article sur la surmédicalisation - dont on nous parle très peu.*
- Renforcement de la formation clinique : encore possible ?
- Durant le 2<sup>ème</sup> cycle : stage (seule possibilité)
- Gestion de l'incertitude
- Etc...

# Merci !

- Merci à l'Association des Jeunes Internistes !