

Le dernier kilomètre

Stefan Neuner-Jehle

Le dernier kilomètre est toujours le plus difficile. Tous les sportifs d'endurance savent quel effort cela demande lorsque les muscles sont douloureux, les poumons travaillent à l'excès et le cerveau refuse d'avancer. La médecine se trouve elle aussi confrontée au problème du dernier kilomètre avant l'arrivée.

La recherche et le progrès technologique de ces derniers siècles nous ont donné accès à d'incroyables connaissances médicales et d'innombrables possibilités thérapeutiques. De plus en plus de connaissances (*évidence*) sont générées au prix de grands efforts. L'efficacité théorique (*efficacy*) d'interventions diagnostiques et thérapeutiques est évaluée dans des populations d'études sélectionnées. L'efficacité pratique en cas d'utilisation à une vaste échelle (*effectiveness*) est alors le plus souvent moindre, ce qui est naturel, et dans la vie réelle, sur le dernier kilomètre de ce parcours, l'efficacité et le bénéfice d'une méthode peuvent parfois devenir dérisoires (fig. 1). Nous devons donc accorder

cale s'établisse dans la pratique [1]? Cette durée est certes bien plus courte que pour la lutte contre le scorbut: env. 260 ans ont passé entre la première étude contrôlée ayant évalué l'administration de vitamine C chez des marins en 1601 et l'introduction de cette substitution dans la pratique de routine [2]. Toutefois, cette latence de 17 ans semble encore longue et suggère l'existence de dysfonctionnements, puisque les patients peuvent uniquement profiter de nouvelles connaissances après ce délai. Il existe néanmoins aussi des arguments en faveur d'une certaine retenue dans la mise en œuvre de nouveaux procédés; rappelons-nous de la débâcle avec le rofécoxib (Vioxx®), dont le retrait tardif avait «produit» entre 2000 et 2004 env. 270 000 infarctus du myocarde et insuffisances cardiaques pour un nombre estimé de 80 millions (!) de personnes traitées. Dans ce cas de figure, une intégration plus tardive de ce médicament dans la routine de prescription, sur la base des données des autorités chargées de l'homologation des médicaments, aurait sauvé des vies [3].

La mise en œuvre de recommandations, qui sont des directives concrètes se fondant sur des preuves, implique non seulement une latence, mais il s'agit aussi d'un chemin parsemé d'embûches. La littérature ne mentionne pas moins de 293 barrières potentielles qui s'opposent à la mise en application des recommandations [4]. En outre, les recommandations les plus récentes pour le traitement du diabète et de l'hypertension artérielle chez les patients âgés et multimorbides préconisent désormais des objectifs thérapeutiques moins stricts, car les données issues de la pratique en vie réelle indiquent de plus en plus qu'un contrôle trop strict de la pression artérielle et de la glycémie n'est pas automatiquement associé à un plus grand bénéfice.

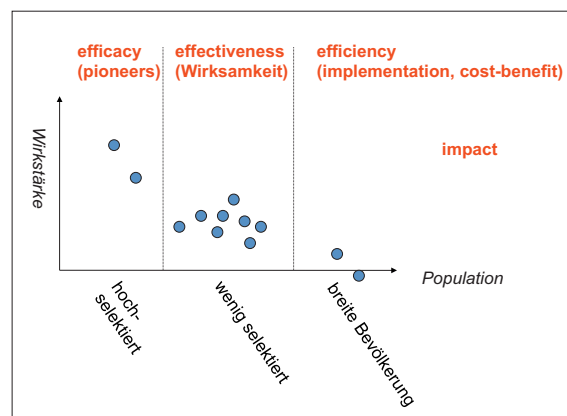


Figure 1: Visualisation de l'efficacité, de l'efficience, de l'activité et de l'impact.

une attention particulière à ce dernier kilomètre si nous voulons réussir en termes de rapport coût-efficacité et compte tenu des ressources limitées. La recherche sur les services de santé tente d'établir cette passerelle entre la science et la pratique.

Le «evidence-performance gap»

Saviez-vous par ex. qu'un délai moyen de 17 ans s'écoule jusqu'à ce qu'une nouvelle découverte médi-

"It is fundamentally the confusion between effectiveness and efficiency that stands between doing the right things and doing things right. There is surely nothing quite so useless as doing with great efficiency what should not be done at all."

Peter F. Drucker [9]

L'«*evidence-performance gap*», qui est souvent mis sur le compte des médecins de famille, correspond plutôt dans l'exemple ci-dessus à un manque de preuves d'efficacité des recommandations jusqu'alors en vigueur et nécessite dès lors une remise en question critique. De toute manière, la plupart des médecins de premier recours appliquaient uniquement de manière réticente et incomplète les anciennes recommandations strictes chez ces patients fragiles, et l'évolution des preuves leur donne à présent raison.

Exemple de la polypharmacie

Les particularités du dernier kilomètre peuvent bien être mises en évidence en prenant l'exemple de la meilleure gestion possible de la polypharmacie chez les patients multimorbides. Nous avons aujourd'hui d'assez bonnes connaissances sur la fréquence de la polypharmacie, sa pertinence et les stratégies associées. Et les propositions pour venir à bout de ce problème ne manquent pas: listes négatives (médicaments à éviter), passage en revue systématique de tous les médicaments utilisés au moyen d'algorithmes validés et «paquets de mesures» globaux (par ex. STRIP ou OPTI-SCRIPT [5]). Mais seulement voilà: tous ces procédés élaborés sont vains si nous négligeons les inquiétudes du patient lorsque nous communiquons avec lui [6]. Ainsi, la réduction des médicaments peut être perçue comme un signal indiquant que le médecin jette l'éponge. Il est clair qu'il n'est pas facile de parler de l'es-

pérance de vie restante et de prioriser les objectifs thérapeutiques. Des instruments visant à soutenir cette communication spécifique font largement défaut. L'argument selon lequel les médicaments devraient être diminués pour des raisons de coûts est un facteur de démotivation clair pour les patients, qui pourraient alors penser qu'ils n'ont pas payé durant toute leur vie les primes d'assurance-maladie pour y renoncer maintenant. L'argument selon lequel la suppression de médicaments nuisibles augmente les bénéfices pour la santé porte beaucoup plus ses fruits.

Exemple de l'adhésion

D'un autre côté, l'adhésion aux traitements qui aurait un bénéfice évident pour le patient est souvent insuffisante. La fréquence journalière d'administration, le nombre total de médicaments à prendre, la taille et même la couleur des comprimés, ainsi que la durée qui s'est écoulée depuis la dernière crise (événement) jouent un rôle. Toutefois, des plans thérapeutiques clairs, assortis d'explications justifiant pourquoi un médicament est utilisé, font aussi souvent défaut et là, nous médecins, ne pouvons nous en prendre qu'à nous-mêmes [7]. Le traitement est trop rarement discuté avec le patient et l'harmonisation des listes entre les différents professionnels est elle aussi souvent négligée dans notre système de soins fragmenté.

Les facteurs de succès sur le dernier kilomètre

Dans le sport d'endurance, le niveau d'entraînement, la forme du jour et la force mentale sont sans doute les principaux facteurs qui déterminent la manière dont le dernier kilomètre est géré. Dans le monde médical, les approches suivantes sont prometteuses pour surmonter ce dernier kilomètre capital [7]:

- *informer*: justifier le choix d'un médicament et le documenter par écrit;
- *définir des objectifs thérapeutiques*, après avoir sondé le point de vue du patient, par ex. au moyen du concept ICE (*ideas, concerns, expectations*);
- «*shared decision making*»: soulever les différentes options en tenant compte des valeurs et préférences du patient ...
- ... et en veillant au *fardeau du traitement* («*burden of treatment*»).
- mener un *entretien motivationnel* concernant la prise de médicaments, en tenant compte des obstacles.
- *Communiquer, communiquer et encore communiquer!*

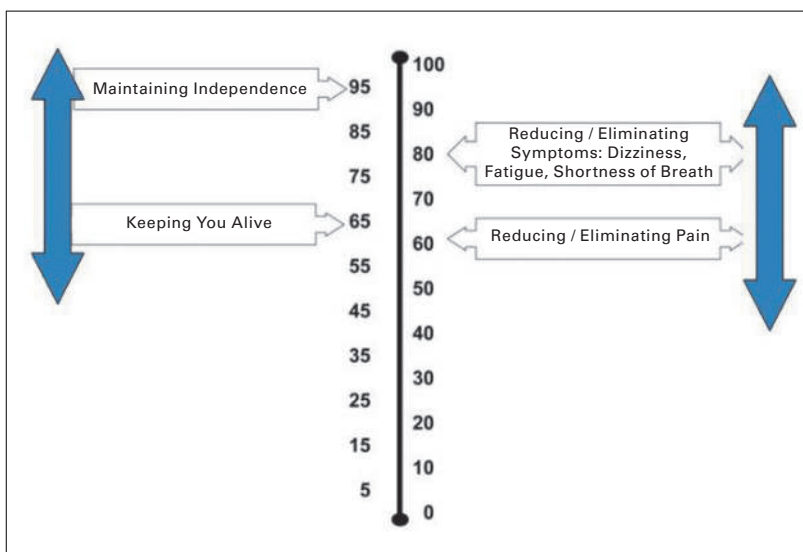


Figure 2: Outil de priorisation de Fried (reproduction de: Fried TR, Tinetti M, Agostini J, Iannone L, Towle V. Health outcome prioritization to elicit preferences of older persons with multiple health conditions. *Patient Educ Couns*. 2011;83(2):278–82, avec l'aimable autorisation de Elsevier). Explications: les curseurs avec les objectifs thérapeutiques peuvent être déplacés vers le haut ou le bas (flèches bleues) le long de l'échelle verticale et leurs valeurs (d'échelle) peuvent ensuite être comparées les unes aux autres.

- La recherche sur les services de santé peut aider à réduire le «evidence-performance gap»!

Des modèles sophistiqués ne sont pas toujours nécessaires. Souvent, il suffit de faire preuve d'une volonté d'apprentissage, mais toujours critique, vis-à-vis des nouvelles connaissances et de leur transfert dans notre propre pratique. En ce qui concerne le patient, il est fondamental de prêter une oreille attentive à ses besoins et de faire preuve d'empathie. Les aides à la décision, telles que l'outil d'une grande simplicité de Fried (fig. 2), peuvent s'avérer utiles pour la détermination des objectifs thérapeutiques.

L'objectif de réduire le fardeau de la maladie (*«burden of disease»*) pour nos patients est essentiel et nous devrions attacher une importance tout aussi grande à l'objectif consistant à ne pas laisser prendre trop d'ampleur au fardeau du traitement (*«burden of treatment»*) de nos patients. Pour ces deux objectifs, le dernier kilomètre est déterminant.

Remerciements Je remercie chaleureusement le Prof. Oliver Senn, de l'Institut de médecine de famille de Zurich, pour sa relecture critique de l'article.

Références

- 1 Balas EA. Information systems can prevent errors and improve quality. *J Am Med Inform Assoc.* 2001;8(4):398–99.
- 2 http://research.microsoft.com/en-us/collaboration/fourthparadigm/4th_paradigm_book_part2_gillam.pdf
- 3 Jüni P, Nartey L, Reichenbach S, Sterchi R, Dieppe PA, Egger M. Risk of cardiovascular events and rofecoxib: cumulative meta-analysis. *Lancet.* 2005;364:2021–9.
- 4 Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA.* 1999;282(15):1458–65.
- 5 Neuner-Jehle S. Polypharmacie, la nouvelle épidémie. *Rev Med Suisse.* 2016 (in press).
- 6 Schuling JI, Gebben H, Veehof LJ, Haaijer-Ruskamp FM. Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity: the view of Dutch GPs. A qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2012;13:56.
- 7 Brown M, Bussell J. Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clin Proc.* 2011;86(4):304–14.
- 8 Fried TR, Tinetti ME, Iannone L, O'Leary JR, Towle V, Van Ness PH. Health outcome prioritization as a tool for decision making among older persons with multiple chronic conditions. *Arch Intern Med.* 2011;171(20):1854–6.
- 9 Drucker PF. Managing for Business Effectiveness. *Harvard Business Review.* 1963;3:53–60.

Correspondance:
Dr Stefan Neuner-Jehle,
MPH
Institut für Hausarzt-
medizin
Universität Zürich
Pestalozzistrasse 24
CH-8091 Zürich
sneuner[at]bluewin.ch