

La surconsommation de prestations médicales: un problème de qualité

Michelle Gerber^a, Esther Kraft^b, Christoph Bosshard^c

^a lic. phil. hum., collaboratrice scientifique DDQ/ASQM; ^b lic. rer. oec., cheffe de la division DDQ; ^c Dr med., vice-président de la FMH, responsable du département DDQ/ASQM

La division Données, démographie et qualité (DDQ) publie dans le *Bulletin des médecins suisses* les documents-cadres qu'elle établit sur différents thèmes relevant du domaine de la qualité en se fondant sur la littérature scientifique. La FMH s'appuie sur ces réflexions pour déterminer son point de vue et le rendre officiellement public dans le document «Position de la FMH». Nous vous présentons ici les documents-cadres ainsi que la prise de position de la FMH sur le thème de la surconsommation de prestations médicales.

«J'ai peur de ne pas recommander de mammographie à une femme qui reviendra peut-être plus tard avec un cancer du sein et qui me demandera pourquoi je ne l'ai pas prescrite. Pour cette raison, je recommande cet examen, bien que je sois personnellement convaincue qu'il ne faudrait pas le faire.» (Déclaration d'une gynécologue [1])*

La surconsommation est une notion bien connue du corps médical [2]: le personnel de santé ne devrait fournir aucune prestation médicale inutile, voire dangereuse, si elle n'améliore pas le pronostic ou même le péjore. De nombreux médecins estiment que la surconsommation est un problème [3, 4]. En 2015, les mé-

decins de premier recours étaient à 51% d'avis que les patients recevaient beaucoup trop de prestations [5]. La surconsommation diminue la qualité des soins médicaux. A l'instar de tous les traitements, les traitements inutiles peuvent aussi provoquer des complications et des effets secondaires, même la mort chez les patients à risque. En outre, les diagnostics inutiles occasionnent chez les personnes concernées [6] beaucoup d'inquiétude, d'angoisse et de stress qui peuvent durer un certain temps [7, 8]. De plus, ils rendent nécessaires d'autres diagnostics et traitements chronophages, aussi bien pour les médecins que pour les patients, avec la charge émotionnelle que cela implique. Enfin, ces diagnostics inutiles empêchent souvent les patients de conclure de nouvelles assurances complémentaires [6]. La surconsommation est devenue un sujet d'actualité chez les politiciens et le public au cours de ces dernières années et elle a été traitée entre autres dans la prise de position sur la médecine durable de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) [9], dans l'initiative *Smarter Medicine* (cf. «Solutions possibles» ci-après) et dans différentes interpellations parlementaires (par ex. motion «Faire mieux avec moins. Surconsommation de prestations médicales en Suisse» [10])¹. Dans son rapport Santé2020 [15], le Conseil fédéral exige une «diminution des prestations, des médicaments et des processus inefficients et inefficaces afin d'améliorer la qualité et de réduire les coûts».

La surconsommation est un problème pour la qualité des soins, c'est pourquoi le présent article a pour objectif d'en donner une vue d'ensemble, d'en analyser les

* Les références se trouvent sous www.bullmed.ch
→ Numéro actuel ou
→ Archives → 2016 → 7.

1 D'autres interpellations ont également été déposées dans ce contexte, par ex. concernant le taux trop élevé de césariennes, [11], la multiplication des interventions médicales [12], les opérations inutiles [13] ou les examens cardiaques trop fréquents [14].

Résumé

La notion de «surconsommation» désigne les prestations médicales qui n'apportent aucun bénéfice pour les patients ou dont les risques dépassent le bénéfice potentiel. Des examens et des traitements superflus peuvent également découler de surdiagnostics, c'est-à-dire de diagnostics qui, d'après des examens avec des patients lors d'études à long terme, n'auraient jamais entraîné ni de symptômes ni le décès du patient. Le présent article vise à fournir aux spécialistes intéressés une vue d'ensemble de la littérature scientifique sur la surconsommation et de ses différents facteurs d'influence et à identifier des pistes de solutions. La surconsommation nuit à la qualité des soins médicaux et compromet la sécurité des patients en les exposant aux risques liés aux tests, examens et traitements inutiles. Concernant les prestations superflues, hormis une recherche accrue et une sensibilisation du corps médical et des patients, il s'agit aussi de développer des recommandations fondées sur l'évidence scientifique pour chaque discipline médicale.

causes et de proposer des solutions. Il indique également les bases scientifiques nécessaires pour les organisations de médecins, le corps médical et autres intéressés désireux d'approfondir cette problématique.

A côté de la surconsommation, la «sous-consommation»² est également un défi pour le système de santé suisse. Bien que ces deux thèmes soient proches l'un de l'autre [18–20], leurs origines et les solutions proposées ne sont pas toujours les mêmes. Dans les lignes qui suivent, seule la surconsommation est examinée et comme notre article porte sur les aspects de la qualité touchés par la surconsommation, nous n'entrerons pas en matière sur les coûts de santé ni sur des sujets apparentés comme la polypharmacie [21] et les soins donnés en fin de vie [9, 22].

Qu'est-ce que la surconsommation?

Dans le présent document, la définition retenue de la «surconsommation» est la suivante: *prise en charge avec un diagnostic ou un traitement médical déterminé*

Des autopsies révèlent en effet la présence de maladies sous-cliniques chez de nombreuses personnes sans symptôme correspondant.

qui n'est d'aucune utilité pour le patient ou dont les risques dépassent le bénéfice potentiel [16, 23–25]. Dans la littérature, on trouve aussi des termes apparentés tels que surtraitement [26], surdiagnostic [26] ou prévention quaternaire [27]. La surconsommation est en étroite relation avec la *qualité de l'indication*, laquelle comprend l'adéquation et la nécessité d'interventions médicales [28]. En outre, la surconsommation ne respecte pas, d'une part, le principe de l'*efficacité* selon lequel des prestations [29] sont fournies uniquement à des patients qui peuvent en profiter compte tenu des connaissances scientifiques et, d'autre part, le principe de l'*adéquation* [30] selon lequel l'apport bénéfique attendu d'une prestation dépasse les conséquences négatives prévues.

On définit comme surconsommation les prestations inappropriées pour une indication donnée et dont l'inutilité ou la dangerosité est clairement évidente pour le patient concerné. Cette définition ne s'applique qu'à certaines prestations médicales car nombre d'entre elles présentent plusieurs options avec des avantages et des inconvénients pour les patients [31]. L'indication doit également être de bonne qualité. Pour définir la surconsommation, on recommande la méthode *RAND Appropriateness Method (RAM)* car elle combine la meilleure évidence scientifique disponible avec l'avis d'experts. On peut également recourir aux

listes *Choosing Wisely* (cf. «Solutions possibles» ci-après) ou aux guides de pratique³. Ceux-ci doivent toutefois être élaborés en fonction de différents scénarios cliniques. Il apparaît ainsi clairement que les prestations définies comme surconsommation changent avec le développement des connaissances scientifiques et des techniques médicales.

Pour mesurer la fréquence des prestations inutiles, il faut collecter des détails cliniques en suffisance de façon à évaluer correctement l'adéquation du traitement ou de l'examen [16, 24, 32]. Or les études à ce sujet sont très coûteuses. *L'Institute of medicine* [29], Korenstein et al. [24] et Kale et al. [16], documentent différentes prestations très spécifiques, bien que peu nombreuses, dans des articles publiés aux USA. Les études portent majoritairement sur la prescription d'antibiotiques et les procédures cardiologiques. Une étude suisse montre que chez 34% des patients, les angiographies coronariennes réalisées pour déterminer des maladies cardiovasculaires étaient inappropriées. Or les directives ne prévoient cet examen invasif (un cathéter est introduit jusque dans le cœur) qu'en présence d'un résultat significatif d'un examen non invasif réalisé au préalable. En effet, de graves complications surviennent, telle une attaque, dans près de 3% des cas [33, 34].

La surconsommation apparaît également lors d'un traitement consécutif à des diagnostics inutiles. Les *surdiagnostics* sont définis comme des diagnostics qui ne sont d'aucune utilité pour une personne parce que la maladie diagnostiquée pendant le temps de vie res-

De nombreux patients (et médecins en partie aussi) croient intuitivement que les nouvelles prestations médicales et leur fréquence sont des signes de qualité.

tant n'a ni conduit à la mort ni provoqué de symptômes [35–37]. Les surdiagnostics sont désignés comme pseudomaladie, diagnostic clinique erroné ou anomalie bénigne [35]. Les surdiagnostics ne font pas partie des erreurs de diagnostic, à savoir des diagnostics posés de façon erronée ou faussement positifs⁴ parce qu'un test a indiqué la présence d'une maladie de façon erronée [36, 37]. Le surdiagnostic est donc un diagnostic posé correctement, mais n'étant d'aucune utilité pour le patient. Les surdiagnostics sont occasionnés par exemple par des dépistages (cf. «D'où vient la surconsommation?» ci-après). En effet, les tumeurs détectées ne se développent pas toutes en cancer mortel. Elles peuvent aussi régresser, se stabiliser ou progresser très lentement. Parfois, un cancer à l'issue fatale se développe en très peu de temps alors que le dépistage ne l'a absolument pas détecté pour la simple raison

² Sous-consommation veut dire soins manquants en présence d'un diagnostic ou traitement médical déterminé et doté d'une utilité nette et suffisamment garantie [16, 17].

³ Pour une discussion sur la qualité des guides, cf. Hostettler et al. [31].

⁴ Dans la pratique, il n'est pas toujours facile de distinguer entre surdiagnostic et diagnostic faussement positif [6].

qu'il est apparu après coup [6, 37]. Les surdiagnostics sont problématiques parce que les patients continuent généralement à subir des examens et à être traités (de manière inutile) en étant parfois exposés à des risques graves [36].

Les surdiagnostics ne peuvent être prouvés que par des études sur des groupes de personnes et non pas dans des cas particuliers, car on ne sait pas d'avance si les symptômes de la maladie vont réapparaître [35]. Des autopsies révèlent en effet la présence de maladies sous-cliniques chez de nombreuses personnes sans symptôme correspondant. On a constaté ainsi des petites tumeurs de la prostate évoluant très lentement chez 30 à 70% d'hommes âgés de plus de 60 ans [6, 36, 38, 39]. On trouve également des indices de surdiagnostics dans les statistiques. Lorsque le dépistage a été introduit, l'incidence des maladies cancéreuses (par ex. cancer de la prostate) a augmenté massivement, alors que le taux de mortalité restait constant [6]. La part de surdiagnostics est calculée au moyen d'études randomisées et contrôlées telles que les études longitudi-

nostic estimé était de 2,8 à 9,7% [40] et de 30% dans une revue Cochrane [42].

D'où vient la surconsommation?

La surconsommation résulte de différents facteurs d'influence. La figure 1 donne une vue d'ensemble des facteurs les plus importants, explicités dans les pages suivantes.

Développement médical et technologique

Les surdiagnostics sont favorisés par les avancées médicales et les développements technologiques suivants:

- Elargissement des définitions de la maladie: Les critères diagnostiques ont été élargis et les valeurs-seuils abaissées, par ex. pour l'hypertension, afin d'éviter des conséquences négatives comme l'infarctus du myocarde. Il en résulte toutefois une augmentation des personnes considérées comme malades et la frontière entre facteur de risque et maladie s'estompe. Pour cette raison, ce phénomène est également désigné comme une pathologisation de personnes en bonne santé (en anglais: *disease mongering*). Plus une valeur-seuil est basse, plus l'utilité du traitement est faible, particulièrement en comparaison avec les effets secondaires possibles. Le succès thérapeutique obtenu dans le cas d'une anomalie grave ne veut pas dire forcément qu'on l'obtiendra aussi dans le cas d'une anomalie légère [6, 36, 37].
- Dépistage (screening): Le dépistage effectué sur des personnes en bonne santé sert à détecter le premier stade d'une maladie comme le cancer de la prostate et à diminuer la

Alors que les surdiagnostics ne sont pas sanctionnés, les médecins craignent plutôt qu'on leur reproche d'avoir omis un test, un examen ou un traitement.

nales.⁵ Les estimations relatives à la part de surdiagnostics varient parfois très fortement. Pour le cancer du sein, cette part va de 1 à 54% en raison de différences liées aux méthodes d'étude et d'estimation, aux groupes de personnes, à la fréquence du dépistage, etc. [40, 41]. Dans une étude menée aux Pays-Bas de 1990 à 2006 concernant la mise en place d'un programme de mammographie au niveau national, le taux de surdiag-

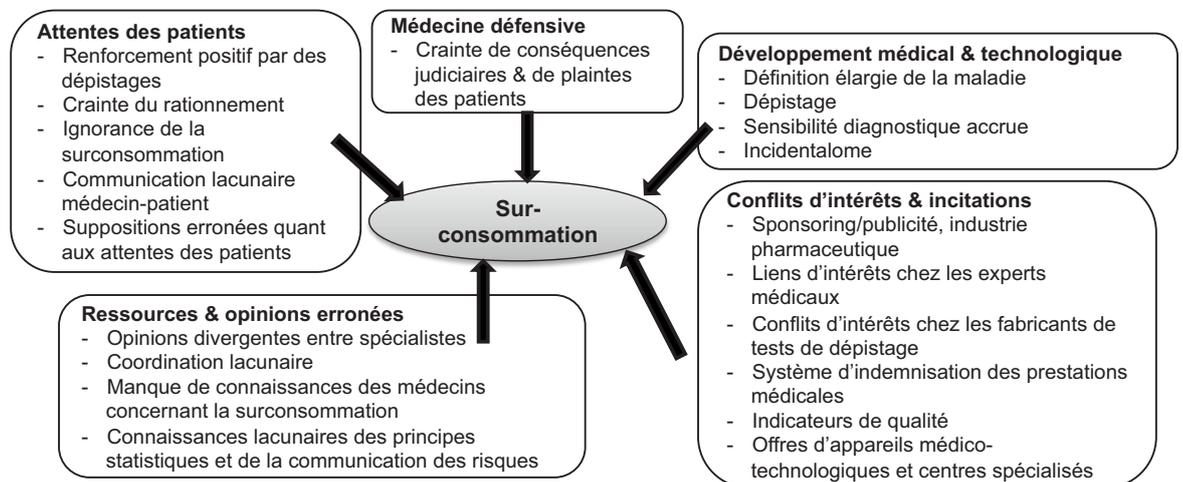


Figure 1: Facteurs exerçant une influence sur la surconsommation.

⁵ Informations détaillées sur les méthodes utilisées cf. [36, 40, 41].



Il ressort d'une étude américaine que les patients oncologiques n'ont demandé des tests ou des traitements inappropriés que dans 1% de toutes les consultations et que les demandes de patients n'ont incité les médecins à effectuer une intervention inutile que dans 0,14% de toutes les consultations [70].

mortalité par un traitement précoce. Mais les dépistages peuvent aussi conduire à des surdiagnostics lorsque certains cancers se résorbent, se stabilisent ou ne se développent que très lentement (cf. «Qu'est-ce que la surconsommation?» ci-avant).

Le risque de surdiagnostic augmente avec l'intensification de la recherche d'indices, par exemple lorsque des dépistages sont effectués très fréquemment ou dans un groupe d'âge très étendu [6, 36, 39].

- Augmentation de la sensibilité diagnostique et de l'incidentalome:

L'imagerie médicale comme la tomographie par ordinateur est toujours plus utilisée et sa résolution a constamment été améliorée au cours du temps, de sorte qu'on découvre aujourd'hui davantage de petites anomalies. En outre, on détecte quelquefois par hasard dans les examens diagnostiques (par ex. analyses de laboratoire, imagerie médicale ou tests génétiques) des anomalies sans lien avec le motif de l'examen; on les nomme alors incidentalomes. Néanmoins, les petites anomalies mènent rarement à des symptômes et s'avèrent être souvent des surdiagnostics [6, 36, 38].

Conflits d'intérêts et incitations

Notre système de santé connaît des conflits d'intérêts et des incitations susceptibles d'occasionner une surconsommation. L'industrie pharmaceutique et les fabricants d'appareils médicaux sont intéressés à vendre leurs produits. Plus le nombre de personnes à soigner est élevé, plus ils en profitent. La publicité au-

près des médecins, le sponsoring des organisations de patients, les campagnes de dépistage précoce et les subventions versées à la recherche peuvent influencer les médecins et les patients [1, 6, 38, 43–45]. En outre, une étude [46] révèle que, parmi les experts qui fixent les nouveaux critères diagnostiques, 75% ont des liens d'intérêts avec l'industrie. Cette dernière a en effet intérêt à ce que beaucoup de personnes participent à un examen de prévention. On observe ainsi un conflit d'intérêt entre l'incitation à participer et une information neutre sur les avantages et inconvénients. Dans les pays anglophones et scandinaves, aucune des brochures d'information sur les mammographies de dépistage financées par des fonds publics en 2004/2005 ne contenait d'informations sur les surdiagnostics [47] (cf. analyse en Allemagne [48]). En Suisse, il n'existe pas encore d'analyse à ce sujet mais la surconsommation va probablement être prise en considération dans les nouvelles brochures⁶.

Le système de financement des prestations médicales est aussi un facteur d'incitation à la surconsommation. Plus le nombre d'exams et de traitements augmente, plus les recettes s'accroissent [4, 50–52]. Dans une étude sur les répercussions des forfaits DRG chez les médecins hospitaliers [53] en Suisse, 49% ont admis avoir

Les surdiagnostics déclenchent souvent chez les patients et leurs familles une grande charge émotionnelle.

ordonné des mesures médicales inutiles parfois pour des raisons économiques. De même, les tests diagnostiques demandés par les assurances pour remettre une garantie de prise en charge des coûts peuvent inciter à effectuer des exams. Les mesures qualité peuvent parfois aussi être des incitations (indicateur qualité pour un taux élevé de participants à des exams de prévention [6, 38] ou fixation d'un nombre minimal de cas pour des opérations déterminées). De même, le nombre élevé d'appareils de technologie médicale ou de centres spécialisés peut créer une incitation à la surconsommation car ils se justifient sur le plan financier uniquement lorsqu'ils sont fortement mis à contribution [50, 54]. Plus la densité médicale est élevée dans un pays ou une région, plus le volume des prestations et des coûts est élevé. Pourtant, on ignore dans quelle mesure cette situation conduit à la surconsommation au sens de prestations inutiles pour le patient comme nous le définissons dans le présent article [55–57].

Ressources spécialisées et divergence d'opinion

Les différences régionales observées dans la fréquence des traitements⁷ – et probablement aussi de la sur-

⁶ Exemple cf. [49].

⁷ La recherche dans ce domaine est menée sous la notion de «Variations in Care» et elle décrit de grandes différences dans la fréquence des prestations médicales entre différents pays [58] ou régions d'un pays (par ex. www.dartmouthatlas.org).

consommation – résultent de la divergence d'opinion quant aux indications [44] et de la répartition géographique disparate des nouvelles technologies et procédures. De même, les taux divergents relatifs au nombre de patients envoyés chez des spécialistes sont à l'origine des différences enregistrées dans la fréquence des traitements et la communication lacunaire entre médecins de premier recours et spécialistes; l'absence de dossiers médicaux uniformes peut également provoquer des examens inutiles [32, 51].

Une autre raison pour la surconsommation est le manque de connaissances à son sujet. Une étude réalisée en Allemagne a révélé que seuls 7 des 20 gynécologues interrogés connaissaient la probabilité d'une utilité du dépistage du cancer du sein. Aucun n'a considéré les traitements inutiles comme un risque possible [59]. Pour pouvoir évaluer l'utilité d'une intervention, il est en outre important que les médecins comprennent correctement les principes statistiques et qu'ils y recourent dans la communication du risque⁸. Par exemple, les informations sur la réduction de la mortalité devraient toujours être données en chiffres absolus et non relatifs sous forme de pourcentage; les notions de biais de surdiagnostic et de biais du temps de devancement (*Lead time bias*) devraient être appliquées lors de l'interprétation de statistiques de la mortalité [6, 36, 61].

Attentes des patients

De nombreux patients (et médecins en partie aussi) croient intuitivement que les nouvelles prestations médicales et leur fréquence sont des signes de qualité. Ils n'ont pas la patience d'attendre simplement de voir comment la maladie va évoluer [20, 54]. Les patients

L'influence de l'attente des patients sur la surconsommation est probablement surestimée.

sont en général très critiques face aux médicaments [62] alors qu'il jugent les dépistages de façon très positive, car ils y voient la possibilité d'agir eux-mêmes pour leur santé. L'idée d'être atteint d'une maladie sans avoir développé des symptômes correspondants éveille une crainte qui est remplacée par du soulagement après l'insignifiance du résultat ou un résultat faussement positif. Si la maladie se déclare, le patient est content d'être traité rapidement sur la base du dépistage. Par contre, il se reprocherait de ne pas avoir participé au dépistage. Les patients pensent que le dépistage exerce une influence positive sur l'évolution de la maladie [6, 36, 39, 62], ce qui n'est toutefois pas obligatoirement le cas (cf. biais de surdiagnostic [60]). Les interpellations parlementaires qui demandent de limiter les dépistages ou un traitement selon les guides de

pratique sont plutôt vues d'un œil critique par les patients qui cachent souvent la crainte d'un rationnement, d'une limitation des traitements médicaux appropriés pour des raisons économiques [62–64] ou d'une application de recommandations thérapeutiques sans prise en compte de leur situation personnelle.

Les brochures destinées aux patients contiennent très rarement des informations sur la surconsommation (cf. «Conflits d'intérêts et incitations» ci-avant); par conséquent, ils sont peu informés à ce sujet. Aux États-Unis, une étude menée sur 317 patients invités à un dépistage [65] montre que seuls 9,5% d'entre eux ont été informés par leur médecin du risque de surdiagnostic. De nombreux patients aimeraient bien être informés des avantages et inconvénients d'un dépistage [63, 65, 66] et ce droit leur appartient. Les médecins indiquent souvent que c'est par manque de temps qu'ils ont omis de mener un entretien avec les patients sur l'utilité et les risques d'un dépistage [67].

Néanmoins, les connaissances lacunaires des médecins et des patients n'est pas le seul facteur responsable car l'interaction entre ces deux groupes joue également un rôle. Selon une étude américaine [67], 41% des médecins de premier recours qui étaient d'accord avec une nouvelle recommandation de la *US-Preventive Services Task Force* ont continué d'effectuer le test PSA au motif qu'ils répondaient à l'attente des patients. Une étude italienne [68] montre que l'attente des parents relative à la prescription de médicaments par les pédiatres exerce une grande influence sur la prescription effective d'antibiotiques pour les enfants. Néanmoins, les médecins évaluent souvent les attentes des patients de manière erronée [69] et l'influence de l'attente des patients sur la surconsommation est probablement surestimée. Il ressort d'une étude américaine que les patients oncologiques n'ont demandé des tests ou des traitements inappropriés que dans 1% de toutes les consultations et que les demandes de patients n'ont incité les médecins à effectuer une intervention inutile que dans 0,14% de toutes les consultations [70].

Médecine défensive

Alors que les surdiagnostics ne sont pas sanctionnés, les médecins craignent plutôt qu'on leur reproche d'avoir omis un test, un examen ou un traitement. Cette situation les incite à fournir des prestations supplémentaires par peur de plaintes judiciaires ou de critiques émises par les patients ou leurs proches. Ce comportement est désigné comme médecine défensive positive (par ex. ordonner des tests inutiles, réaliser des procédures diagnostiques, envoyer les patients chez des spécialistes ou à l'hôpital [71–75]). La médecine défensive positive a augmenté avec le temps [73] et elle

⁸ Pour une vue d'ensemble compréhensible des notions statistiques dans la communication des risques: cf. [60].

Tableau 1: Solutions susceptibles de réduire la surconsommation.

La recherche	Déterminer les procédures inappropriées	Améliorer l'information et la communication	Éviter les fausses incitations
<ul style="list-style-type: none"> – Etudes comparatives sur l'efficacité – Registres – Méthodes d'observation – Évaluation des dépistages lors de valeurs-seuils de faible intensité ou très élevées – Analyse des facteurs d'influence – Évaluation des projets visant à réduire la surconsommation 	<ul style="list-style-type: none"> – Rédaction et diffusion de guides de pratique ou de listes <i>Choosing Wisely</i> – <i>Health Technology Assessments</i> 	<ul style="list-style-type: none"> – Transmission des connaissances de la surconsommation aux professionnels et aux patients – Formation sur la communication des risques – <i>Shared Decision Making</i> 	<ul style="list-style-type: none"> – Contrôle des incitations financières sur le risque de surconsommation – Contrôle des incitations à la surconsommation dans les mesures qualité – Publication des conflits d'intérêts

est maintenant très répandue. Des études américaines indiquent qu'au moins 90% des médecins exerçant dans des domaines à risque élevé pratiquent la médecine défensive [71]⁹. Dans ce contexte, il n'est pas précisé si la médecine défensive positive a permis de réduire le nombre de plaintes ou si, au contraire, les tests supplémentaires ont augmenté le risque d'erreur et donc aussi de plaintes [72]. En Suisse, les médecins sont moins souvent assignés en justice qu'aux États-Unis. Pour pouvoir être indemnisé en Suisse, le plaignant doit prouver que le médecin a commis une faute et qu'il a occasionné une importante atteinte à sa santé¹⁰. Néanmoins, une enquête réalisée auprès de généralistes en Suisse [80] révèle que 43% d'entre eux ont recommandé parfois ou souvent le test PSA pour des raisons juridiques, ce qui laisse supposer qu'ils veulent éviter, au moyen de la médecine défensive, non seulement des conséquences judiciaires mais aussi des accusations pénibles de la part de leurs patients [74].

Solutions possibles

Les problèmes causés par la surconsommation sont multiples et surviennent dans toutes les spécialisations mais pas obligatoirement sous la même forme. De ce fait, il faut les analyser de manière différenciée et spécifique [81]. Les discussions scientifiques portent sur les solutions possibles suivantes, réparties dans quatre champs d'action:

La recherche

En Suisse, les chercheurs ont besoin de bases scientifiques supplémentaires pour étudier la surconsommation de manière ciblée. La mise au concours du programme de recherche national 74 «Système de santé» du 1^{er} octobre 2015 [82] a pour but de combler dans notre pays les lacunes relatives à la recherche sur les soins [83]. La recherche internationale dans le domaine de la surconsommation ne fournit des résultats que

pour un petit nombre choisi de traitements ou d'examen (cf. «Qu'est-ce que la surconsommation?» ci-avant). Les études comparatives sur l'efficacité (en anglais *comparative effectiveness research*) [51, 84] sont une aide précieuse. Il serait utile de développer des méthodes, d'observer les changements et de les évaluer à l'aide de registres sans commencer immédiatement un traitement [38, 39, 81]. Pour les dépistages, il faudrait analyser les effets d'une faible intensité (par ex. par l'augmentation des intervalles de temps, par des tranches d'âge restreintes ou par la limitation à des groupes de personnes à risque) ainsi que le relèvement des valeurs-seuils pour les examens diagnostiques approfondis [36, 38, 39]. Pour pouvoir développer des solutions, il convient de mieux connaître l'importance des différents facteurs favorisant la surconsommation. Il est aussi important d'évaluer l'efficacité des solutions proposées (par ex. campagnes *Choosing Wisely*) pour réduire efficacement la surconsommation [81].

Campagne *Choosing Wisely*

En 2012, l'*American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation* a lancé aux États-Unis la campagne *Choosing Wisely*, dans le but d'éviter les prestations inutiles et coûteuses. A sa suite, plus de 70 sociétés de discipline médicale américaines ont publié des listes «Top 5» contenant les examens ou traitements les plus fréquents à remettre en question par les médecins et les patients en raison de leur inutilité voire de leur nocivité, compte tenu de l'évidence scientifique. La campagne *Choosing Wisely* demandait l'introduction des entretiens médecin-patient (*Shared Decision Making*). On a alors développé des modules de conduite d'entretien pour les médecins (cf. www.choosingwisely.org) et élaboré pour les patients un matériel d'information¹¹ sur les listes «Top 5» avec le soutien de l'organisation de consommateurs «*Consumer Reports*» [90–92]. La campagne *Choosing Wisely* s'est répandue rapidement au niveau international: Canada¹², Australie, Grande-Bretagne, Italie, Japon, Pays-Bas, etc. En 2014, la Société suisse de médecine interne générale a publié la première liste «Top 5» applicable dans notre pays sous le titre *Smarter Medicine* (cf. www.smartermedicine.ch et Selby et al. [93, 94]).

9 Cf. [72, 75, 76]

10 De plus, les médecins doivent respecter leur devoir d'information du patient conformément aux lois cantonales sur la santé et aussi en fournir la preuve, le cas échéant [77–79].

11 Cf. <https://www.youtube.com/watch?v=FqQJuRDk18> pour une vidéo très limpide sur la campagne *Choosing Wisely* du professeur James McCormack de l'Université de la Colombie britannique.

12 Au Canada, la campagne *Choosing Wisely* est très avancée, avec un matériel différencié pour l'information du patient ou les *Choosing Wisely Canada STARS*, une campagne par et pour les étudiants en médecine (www.choosingwiselycanada.org).

Déterminer les procédures inappropriées

Lorsque les études scientifiques nécessaires sont à disposition, il faut déterminer pour une indication précise en s'appuyant sur une base consensuelle quels sont les traitements ou examens appropriés ou inappropriés, par ex. au moyen de la *RAND Appropriateness Method*, de guides de pratique (recommandations sur ce qu'il ne faudrait pas faire) ou de listes *Choosing Wisely* (cf. «Qu'est-ce que la surconsommation?» ci-avant). Ces outils doivent néanmoins remplir les critères qualité¹³ comme la transparence quant à l'évidence scientifique [23]. En outre, ils exercent une grande influence lorsque les cliniciens ont participé à leur rédaction ou à leur diffusion [85]. Une revue [86] parvient à la conclusion que les guides de pratique clinique peuvent empêcher des opérations inutiles mais que leur impact varie fortement. La question de savoir

Les médecins devraient évaluer les avantages et inconvénients avec leurs patients et prendre une décision d'un commun accord.

si une prestation médicale est superflue est également traitée dans les *Health Technology Assessments (HTA)* effectuant des comparaisons entre différentes prestations médicales quant au rapport coûts-efficacité¹⁴. Ces études ne visent pas seulement l'amélioration de la qualité mais aussi les économies de coûts selon des critères économiques (rationnement [64]).

Améliorer l'information et la communication

Pour réduire la surconsommation, il ne suffit pas de déterminer les procédures médicales inutiles, il faut encore communiquer ces connaissances et les appliquer (cf. [31, 87]). En outre, il est important de sensibiliser le corps médical et la population au problème de la surconsommation. Les revues médicales comme «*The Journal of the American Medical Association JAMA*» avec la collection d'articles *Less is More* et le «*The BMJ*» *Too Much Medicine* (<http://www.bmj.com/too-much-medicine>) s'engagent à cet effet. Les campagnes *Choosing Wisely* et *Smarter Medicine* (cf. encadré) sont connues. Comme les patients se renseignent souvent sur des sujets de santé en consultant Internet, il serait judicieux de mettre à leur disposition des informations compréhensibles et scientifiques comme des guides de pratique, des aides à la prise de décision, des grilles d'option, des listes de faits afin qu'ils puissent s'informer sur les avantages et inconvénients des différentes options, y compris le risque de surdiagnostic [60, 62, 88]. Les médecins devraient évaluer les avantages et inconvénients avec leurs patients et prendre une décision d'un commun accord (*Shared Decision Making*) [85, 88].

En effet, la décision sera différente car elle dépendra de la préférence du patient, par ex. importance donnée au risque de surdiagnostic [89]. Pour la prise de décision commune, il faut toutefois que les médecins soient encore mieux formés en matière de notions statistiques fondamentales et de communication des risques aux patients (cf. «Ressources spécialisées et divergence d'opinion» ci-avant).

Eviter les fausses incitations

Les incitations et les structures existantes ou planifiées devraient toujours être examinées quant au risque de surconsommation. Les incitations financières (par ex. bonus) et les mesures qualité (par ex. indicateurs de la qualité) ne devraient pas encourager les examens ou traitements inutiles ou favoriser la prescription directe de tests en remplacement de l'entretien avec le patient sur les avantages et les inconvénients [2, 6, 50, 52]. Lorsqu'on définit une maladie, on devrait y intégrer le risque de surconsommation. Mais le fait d'intervenir dans les incitations et structures pour réduire la surconsommation cache toujours aussi le risque de conséquences involontaires, raison pour laquelle il ne faudrait s'engager dans de telles mesures qu'avec retenue. Par contre, il est indispensable d'exiger la publication des liens d'intérêts, que ce soit pour les études, le sponsoring ou les experts médicaux chargés d'établir des directives ou de définir des maladies. Dans ce contexte, on ignore toutefois si cette mesure peut contribuer à réduire la surconsommation. On conseille ainsi aux médecins d'éviter les séances d'information organisées par les relations publiques de l'industrie pharmaceutique [45].

Conclusion

La surconsommation est un problème touchant la sécurité des patients car une partie de ceux qui ont été exposés à des tests, examens et traitements inutiles souffrent d'effets secondaires et de complications pouvant même causer la mort dans les cas extrêmes. Les surdiagnostics déclenchent souvent chez les patients et leurs familles une grande charge émotionnelle et les patients peuvent subir des préjudices dans l'accès aux assurances complémentaires. Les surdiagnostics mènent souvent à un surcroît d'examens et de traitements chronophages pour les patients et les médecins alors qu'ils manquent ailleurs.

Malgré la problématique actuelle de la surconsommation pour le corps médical et les politiques, la recherche n'est menée de façon intensive que dans peu de domaines parce que la collecte de données est exigeante. Pour effectuer une recherche, il faut d'abord

¹³ Pour évaluer la qualité des guides de pratique, cf. [31].

¹⁴ Pour des exemples en Suisse, cf. www.swissmedicalboard.ch.

établir des définitions reconnues et basées sur l'évidence pour les traitements inappropriés dans les spécialisations étudiées, ce qui n'est possible que pour certaines prestations médicales: il faut en effet disposer d'une évidence claire quant au manque d'utilité ou aux préjudices pour le patient. Or ces définitions peuvent changer à la suite des avancées médicales et du développement technologique.

De surcroît, les collectes de données concernant les surdiagnostics ne sont pas simples car elles ne peuvent pas être effectuées de manière individuelle pour chaque patient, au plus après leur décès. De ce fait, la saisie informatique des symptômes et de la mortalité doit être effectuée dans des études de longue durée. Les données acquises sur la fréquence des surdiagnostics varient fortement, d'où la difficulté d'informer clairement le patient. Pour pouvoir analyser le problème de la surconsommation de manière efficace, il faut d'urgence développer la recherche. C'est le seul moyen de créer les bases nécessaires à la définition des prestations médicales inappropriées, par ex. avec des listes *Choosing Wisely*. En particulier, il faut accroître les connaissances sur l'importance des différents facteurs d'influence et l'efficacité des solutions proposées. Etant donné le grand nombre de facteurs d'influence, il convient

- d'examiner d'un œil critique les avancées médicales et le développement technologique qui définissent comme malades un nombre croissant de personnes et de tenir compte du risque de surdiagnostic. Il faut donc soupeser soigneusement les avantages et inconvénients des dépistages étendus, des définitions élargies de la maladie et des examens diagnostiques supplémentaires de confirmation;
- de remettre en question les incitations qui augmentent la quantité d'examens et d'exiger expressément la publication des liens d'intérêts;
- de sensibiliser le corps médical et la population à la problématique de la surconsommation et de les in-

former à ce sujet. Les patients devraient avoir accès aux informations de l'évidence scientifique quant aux avantages et inconvénients d'examens ou traitements controversés et être rendus attentifs aux risques provoqués par les surdiagnostics;

- de promouvoir dans la formation prégraduée, postgraduée et continue les compétences en matière d'interprétation des données statistiques, de communication des risques et d'entretien;
- de diminuer l'attitude défensive des médecins qui craignent les plaintes judiciaires et les accusations de patients (médecine défensive positive) en leur proposant la procédure dite de *Shared Decision Making*.

Le défi posé par la surconsommation est différent selon la spécialisation et il exige des réponses différentes [35, 37, 81]. De ce fait, les sociétés de discipline médicale sont invitées à examiner cette problématique dans leur spécialisation; les sociétés cantonales de médecine et les organisations faitières sont invitées quant à elles à coordonner les initiatives dans ce domaine.

Réduire la surconsommation peut aussi contribuer à économiser des coûts, ce qui serait une bonne chose pour les personnes et institutions concernées comme pour toute la population. Néanmoins, économiser des coûts ne doit pas être le but principal car les patients et les médecins critiqueraient cet argument en le taxant de rationnement. La surconsommation ne doit pas être réduite au détriment de diagnostics indispensables ni mener à une sous-consommation, car il s'agit en priorité d'améliorer la qualité médicale. Les recommandations relatives aux prestations médicales inutiles devraient toujours être évaluées par rapport à la situation individuelle et aux préférences du patient; les décisions devraient être prises en commun avec le patient dans le cadre de la procédure dite de *Shared Decision Making* [88].

Crédit photo

© Alexraths | Dreamstime.com

Correspondance:
FMH/division DDQ
Elfenstrasse 18
CH-3000 Berne 15
Tél. 031 359 11 11
Fax 031 359 11 12

Littérature

- 1 Gigerenzer G. Bauchentscheidungen. Die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition. München: Wilhelm Goldmann Verlag; 2008.
- 2 Malhotra A, Maughan D, Ansell J, Lehman R, Henderson A, Gray M, et al. Choosing Wisely in the UK: the Academy of Medical Royal Colleges' initiative to reduce the harms of too much medicine. *Bmj*. 2015;350:h2308.
- 3 PerryUdem Research/Communication. Unnecessary tests and procedures in the health care system. What physicians say about the problem, the causes, and the solutions. Results from a national survey of physicians. 2014. Available from: <http://www.abimfoundation.org/Initiatives/Choosing-Wisely.aspx>.
- 4 Sirovich BE, Woloshin S, Schwartz LM. Too little? Too much? Primary care physicians' views on US health care. *Archives of Internal Medicine*. 2011;171(17):1582–85.
- 5 Merçay C. Médecins de premier recours – Situation en Suisse, tendances récentes et comparaison internationale. Analyse de l'International Health Policy Survey 2015 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé; 2015.
- 6 Welch GH, Schwartz LM, Woloshin S. Die Diagnose Falle. München: Riva; 2013.
- 7 Brodersen J, Siersma VD. Long-term psychosocial consequences of false-positive screening mammography. *Ann Fam Med*. 2013;11(2):106–15.
- 8 DeFrank J, Brewer NT. Some more evidence of long-term psychosocial harms from receiving false-positive screening mammography results. *Evid Based Med*. 2014;19(1):38.
- 9 Scheidegger D, Amstad H, Hurst S, Lehmann A, Nadig J, Sax A, et al. Médecine durable. Feuille de route de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM). 2012.
- 10 Cassis I. Faire mieux avec moins. Surconsommation de prestations médicales en Suisse? Motion 13.3222. Curia Vista - Objets parlementaires. Accessed: 21.11.2015, Available from: http://www.parlament.ch/f/suche/Pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20133222.
- 11 Fehr J. Directives pour les césariennes. Motion 08.4023. Curia Vista - Objets parlementaires. Accessed: 13.11.2015, Available from: http://www.parlament.ch/f/suche/Pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20084023.
- 12 Hardegger T. Système des forfaits par cas. Multiplication du nombre d'interventions médicales. Postulat 13.3207. Curia Vista - Objets parlementaires. Accessed: 13.11.2015, Available from: http://www.parlament.ch/f/suche/Pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20133207.
- 13 Bischof P. Explosion des coûts de la santé. De plus en plus d'opérations inutiles? Interpellation 13.3995. Curia Vista - Objets parlementaires. Accessed: 13.12.2015, Available from: http://www.parlament.ch/f/suche/Pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20133995.
- 14 Estermann Y. Examens cardiaques trop fréquents et sans indication. Question 15.5116. Curia Vista - Objets parlementaires. Accessed: 13.11.2015, Available from: http://www.parlament.ch/f/suche/Pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20155116.
- 15 Office fédéral de la santé publique (OFSP). Rapport Santé2020. 2013. Available from: <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=fr>.
- 16 Kale MS, Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. Trends in the overuse of ambulatory health care services in the U.S. *JAMA Intern Med*. 2013;173(2):142–48.
- 17 Unterversorgung. Psyhyrembel Premium Online. Walter de Gruyter GmbH.
- 18 Craig JC, Williams GJ, Jones M, Codarini M, Macaskill P, Hayen A, et al. The accuracy of clinical symptoms and signs for the diagnosis of serious bacterial infection in young febrile children: prospective cohort study of 15 781 febrile illnesses. *Bmj*. 2010;340:c1594.
- 19 Almeida C, Rodriguez M, Skootsky S, Pregler J, Steers N, Wenger N. Cervical cancer screening overuse and underuse: patient and physician factors. *Am J Manag Care*. 2013;19(6):482–9.
- 20 Mamede S, Schmidt HG. The twin traps of overtreatment and therapeutic nihilism in clinical practice. *Med Educ*. 2013;48(1):34–43.
- 21 Thürmann PA. Weniger wäre tatsächlich mehr - die Arzneimittelversorgung alter Menschen. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw*. 2013;107(148–152).
- 22 von Lutterotti N. Übertherapie am Lebensende. *NZZ*. 26.6.2014. Available from: <http://www.nzz.ch/wissenschaft/uebertherapie-am-lebensende-1.18329117>.
- 23 Strech D. Darf es auch weniger sein? Methodische und ethische Herausforderungen bei der Verringerung von Überversorgung. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw*. 2013;107(2):156–63.
- 24 Korenstein D, Falk R, Howell EA, Bishop T, Keyhani S. Overuse of health care services in the United States: an understudied problem. *Arch Intern Med*. 2012;172(2):171–8.
- 25 Überversorgung. Psyhyrembel Premium Online. Walter de Gruyter GmbH.
- 26 Morgan DJ, Wright SM, Dhruva S. Update on medical overuse. *JAMA Intern Med*. 2015;175(1):120–4.
- 27 Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Health Policy Manag*. 2015;4(2):61–4.
- 28 Kraft E, Hersperger M, Herren D. Diagnostic et indication: des dimensions clés de la qualité. *Bulletin des médecins suisses*. 2012;93(41):1485–89.
- 29 Institute of medicine. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century – Brief report. 2001. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309072808/html/>.
- 30 AGQ-FMH. Les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité vus par les médecins. *Bulletin des médecins suisses*. 2007;88(40):1665–69.
- 31 Hostettler S, Kraft E, Bosshard C. RPC – Identifier les critères de qualité. *Bulletin des médecins suisses*. 2014;95(3):45–51.
- 32 Keyhani S, Siu AL. The underuse of overuse research. *Health Serv Res*. 2008;43:1923–30.
- 33 Chmiel C, Reich O, Signorell A, Tandjung R, Rosemann T, Senn O. Appropriateness of diagnostic coronary angiography as a measure of cardiac ischemia testing in non-emergency patients – A retrospective cross-sectional analysis. *PLoS One*. 2015;10:e0117172. DOI: doi:10.1371/journal.pone.0117172.
- 34 Straumann F. Ärzte machen vorschnell teure Herzkatheter-Untersuchungen. *Tages Anzeiger*. 04.03.2015.
- 35 Hofmann B. Diagnosing overdiagnosis: conceptual challenges and suggested solutions. *Eur J Epidemiol*. 2014;29(9):599–604.
- 36 Chiolerio A, Paccaud F, Aujesky D, Santschi V, Rodondi N. How to prevent overdiagnosis. *Swiss Med Wkly*. 2015;145:w14060.
- 37 Carter SM, Rogers W, Heath I, Degeling C, Doust J, Barratt A. The challenge of overdiagnosis begins with its definition. *Bmj*. 2015;350.
- 38 Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *Bmj*. 2012;344:e3502.
- 39 Esserman LJ, Thompson IM, Reid B, Nelson P, Ransohoff DF, Welch HG, et al. Addressing overdiagnosis and overtreatment in cancer: a prescription for change. *Lancet Oncol*. 2014;15(6):e234–42.
- 40 de Gelder R, Heijnsdijk EA, van Ravesteyn NT, Fracheboud J, Draisma G, de Koning HJ. Interpreting overdiagnosis estimates in population-based mammography screening. *Epidemiol Rev*. 2011;33(1):111–21.
- 41 Etzioni R, Gulati R, Mallinger L, Mandelblatt J. Influence of study features and methods on overdiagnosis estimates in breast and prostate cancer screening. *Ann Intern Med*. 2013;158(11):831–8.
- 42 Gotzsche PC, Jorgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;6:CD001877.
- 43 Kaiser T, Ewers H, Waltering A, Beckwermer D, Jennes C, Sawicki P. Sind die Aussagen medizinischer Werbeprospekte korrekt? *arznei-telegramm*. 2004;35.
- 44 Klemperer D. Sur- et sous-approvisionnement en médecine. *Forum Médical Suisse*. 2015;15(39):866–71.
- 45 Spurling GK, Mansfield PR, Montgomery BD, Lexchin J, Doust J, Othman N, et al. Information from pharmaceutical companies and the quality, quantity, and cost of physicians' prescribing: a systematic review. *PLoS Med*. 2010;7(10):e1000352.
- 46 Moynihan RN, Cooke GP, Doust JA, Bero L, Hill S, Glasziou PP. Expanding disease definitions in guidelines and expert panel ties to industry: a cross-sectional study of common conditions in the United States. *PLoS Med*. 2013;10(8):e1001500.
- 47 Jorgensen KJ, Gotzsche PC. Content of invitations for publicly funded screening mammography. *Bmj*. 2006;332(7540):538–41.
- 48 Kurzenhäuser S. Welche Informationen vermitteln deutsche Gesundheitsbroschüren über die Screening-Mammographie? *ZaeFQ*. 2003;97:53–57.
- 49 Swiss cancer screening. La mammographie de dépistage. Cancer du sein – le dépistage augmente les chances de guérison. 2014. Available from: http://www.swisscancerscreening.ch/fileadmin/user_upload/Documents/SwissCancerScreening/WWW/Editors/

- Downloads/Brustkrebs/Downloads_f_Brustkrebs/Brosch%C3%BCre_f_Fr%C3%BCherkennung_Mammografie.pdf.
- 50 McCulloch P, Nagendran M, Campbell WB, Price A, Jani A, Birkmeyer JD, et al. Strategies to reduce variation in the use of surgery. *The Lancet*. 2013;382(9898):1130–39.
 - 51 Birkmeyer JD, Reames BN, McCulloch P, Carr AJ, Campbell WB, Wennberg JE. Understanding regional variation in the use of surgery. *Lancet*. 2013;382(9898):1121–29.
 - 52 Meyer B. Bonus – la position de la FMH. *Bulletin des médecins suisses*. 2013;94(51/52).
 - 53 Fässler M, Wild V, Clarinval C, Tschopp A, Faehrich JA, Biller-Andorno N. Impact of the DRG-based reimbursement system on patient care and professional practise: perspectives of Swiss hospital physicians. *Swiss Med Wkly*. 2015;145:w14080.
 - 54 Hofmann BM. Too much technology. *Bmj*. 2015;350:h705.
 - 55 Leonard C, Stordeur S, Roberfroid D. Association between physician density and health care consumption: a systematic review of the evidence. *Health Policy*. 2009;91(2):121–34.
 - 56 Trageser J, Vettori A, Iten R, Crivelli L. Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens. Bern: Akademien der Wissenschaften Schweiz; 2012.
 - 57 Davis P, Gribben B, Scott A, Lay-Yee R. The “supply hypothesis” and medical practice variation in primary care: testing economic and clinical models of inter-practitioner variation. *Social Science & Medicine*. 2000;50:407–18.
 - 58 OECD. Geographic variations in health care: What do we know and what can be done to improve health system performance? 2014. DOI: 10.1787/9789264216594-en.
 - 59 Wegwarth O, Gigerenzer G. “There is nothing to worry about”: gynecologists’ counseling on mammography. *Patient Educ Couns*. 2011;84(2):251–6.
 - 60 Gigerenzer G, Kuoni J, Rischard R. Ce que les médecins doivent savoir. *Forum Médical Suisse*. 2015;15(36):787–93.
 - 61 Pollack CE, Noronha G, Green GE, Bhavsar NA, Carter HB. Primary care providers’ response to the US Preventive Services Task Force draft recommendations on screening for prostate cancer. *Arch Intern Med*. 2012;172(8):668–70.
 - 62 Schleifer D, Rothman DJ. “The ultimate decision is yours”: exploring patients’ attitudes about the overuse of medical interventions. *PLoS One*. 2012;7(12):e52552.
 - 63 Hersch J, Jansen J, Barratt A, Irwig L, Houssami N, Howard K, et al. Women’s views on overdiagnosis in breast cancer screening: a qualitative study. *Bmj*. 2013;346:f158.
 - 64 Strech D. Der Abbau von Überversorgung als Teil der ärztlichen Berufsethik. Konzeptionelle Klärung und neue Perspektive. *Z Gerontol Geriat*. 2014;47:17–22.
 - 65 Wegwarth O, Gigerenzer G. Overdiagnosis and overtreatment: Evaluation of what physicians tell their patients about screening harms. *Jama*. 2013;313(22):2086–87.
 - 66 Waller J, Douglas E, Whitaker KL, Wardle J. Women’s responses to information about overdiagnosis in the UK breast cancer screening programme: a qualitative study. *BMJ Open*. 2013;3(4).
 - 67 degli Atti MLC, Massari M, Bella A, Boccia D, Filia A, Salmaso S, et al. Clinical, social and relational determinants of paediatric ambulatory drug prescriptions due to respiratory tract infections in Italy. *Eur J Clin Pharmacol*. 2006;62:1055–64.
 - 68 Moro ML, Marchi M, Gagliotti C, Di Mario S, Resi D, the “Progetto Bambini a Antibiotici” Regional G. Why do paediatricians prescribe antibiotics? Results of an Italian regional project. *BMC Pediatrics*. 2009;9:69–69.
 - 69 Gogineni K, Shuman KL, Chinn D, Gabler NB, Emanuel EJ. Patient demands and requests for cancer tests and treatments. *JAMA Oncology*. 2015;1(1):33–39.
 - 70 Studdert DM, Mello MM, Sage WM, et al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *Jama*. 2005;293(21):2609–17.
 - 71 O’Leary KJ, Choi J, Watson K, Williams MV. Medical students’ and residents’ clinical and educational experiences with defensive medicine. *Acad Med*. 2012;87(2):142–8.
 - 72 Summerton N. Trends in negative defensive medicine within general practice. *Br J Gen Pract*. 2000;50(456):565–6.
 - 73 Cunningham W, Wilson H. Republished original viewpoint: complaints, shame and defensive medicine. *Postgrad Med J*. 2011;87(1034):837–40.
 - 74 Ortashi O, Virdee J, Hassan R, Mutrynowski T, Abu-Zidan F. The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom. *BMC Med Ethics*. 2013;14:42.
 - 75 Sathiyakumar V, Jahangir AA, Mir HR, Obremskey WT, Lee YM, Apfeld JC, et al. The prevalence and costs of defensive medicine among orthopaedic trauma surgeons: a national survey study. *J Orthop Trauma*. 2013;27(10):592–98.
 - 76 BGE 117 Ib 197
 - 77 Zimmerli U. Die Verantwortung für den Patienten im öffentlichen Spital. *Schweizerische Ärztezeitung*. 1991;72(15):612–17.
 - 78 Cicoria K. Beweislastverteilung und Beweiserleichterung im Arzthaftungsprozess. *Jusletter*. 12. April 2010.
 - 79 Steurer J, Held U, Schmidt M, Gigerenzer G, Tag B, Bachmann LM. Legal concerns trigger prostate-specific antigen testing. *J Eval Clin Pract*. 2009;15(2):390–2.
 - 80 Macdonald H, Loder E. Too much medicine: the challenge of finding common ground. *Bmj*. 2015;350(h1163):7.
 - 81 Fonds National Suisse. Système de santé. Programme national de recherche. Mise au concours. 2015. Available from: http://www.nfp74.ch/SiteCollectionDocuments/Call_Systeme_de_sante_fr.pdf.
 - 82 Schweizerische Akademien der Medizinischen Wissenschaften. Stärkung der Versorgungsforschung in der Schweiz. Vol. 9. 2014. Available from: http://www.samw.ch/dms/de/Publikationen/Positionspapiere/Konzept_Versorgungsforschung.pdf.
 - 83 Rodondi N. «Less is more» ou pouvons-nous épargner des investigations ou des traitements à nos patients? *Forum Med Suisse*. 2013;13(10):196.
 - 84 Vodicka TA, Thompson M, Lucas P, Heneghan C, Blair PS, Buckley DJ, et al. Reducing antibiotic prescribing for children with respiratory tract infections in primary care: a systematic review. *The British Journal of General Practice*. 2013;63(612):e445–e54.
 - 85 Reames BN, Shubeck SP, Birkmeyer JD. Strategies for reducing regional variation in the use of surgery: a systematic review. *Ann Surg*. 2014;259(4):616–27.
 - 86 Prior M, Guerin M, Grimmer-Somers K. The effectiveness of clinical guideline implementation strategies – a synthesis of systematic review findings. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2008;14(5):888–97.
 - 87 Gerber M, Kraft E, Bosshard C. Décision partagée – Médecin et patient décident ensemble. *Bulletin des médecins suisses*. 2014;95(50):1883–89.
 - 88 Van den Bruel A, Jones C, Yang Y, Oke J, Hewitson P. People’s willingness to accept overdiagnosis in cancer screening: population survey. *Bmj*. 2015;350(h980):12.
 - 89 ABIM Foundation. Choosing Wisely. Accessed: 23.10.2015, Available from: <http://www.choosingwisely.org/>.
 - 90 Morden NE, Colla CH, Sequist TD, Rosenthal MB. Choosing wisely – the politics and economics of labeling low-value services. *N Engl J Med*. 2014;370(7):589–92.
 - 91 Admon AJ, Cooke CR. Will Choosing Wisely® Improve Quality and Lower Costs of Care for Patients with Critical Illness? *Ann Am Thorac Soc*. 2014;1(5):823–27.
 - 92 Selby K, Gaspoz JM, Rodondi N, Neuner-Jehle S, Perrier A, Zeller A, et al. Creating a list of low-value health care activities in Swiss primary care. *JAMA Intern Med*. 2015;175(4):640–2.
 - 93 Selby K, Cornuz J, Neuner-Jehle S, Zeller A, Rodondi N, Meier CA, et al. «Smarter Medicine»: 5 interventions à éviter en médecine interne générale ambulatoire. *Bulletin des médecins suisses*. 2014;95(20):769–70.