

# Bon usage diagnostique

**Do you really need that  
medical test or treatment?  
The answer may be no.**



# Les enjeux

- Utilisation des outils diagnostiques souvent anarchique
- Un des leviers du mésusage des antimicrobiens (bactériurie asymptomatique...)
- Mais plus que ça : source de iatrogénie, incidentalomes et dépenses inutiles

# Les défis

- Manque de temps souvent compensé par l'utilisation des outils diagnostiques
- Outils diagnostiques changent rapidement
- Carence de la formation

# Initiatives



**CHOOSING**  
*wisely*

Countries Participating



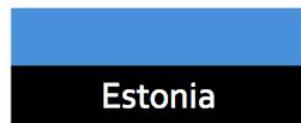
Belgium



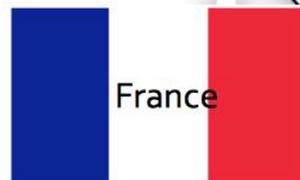
Cyprus



Czech Republic



Estonia



France



Germany



Greece



Iceland



Israel



Italy



Latvia



Netherlands



Norway



Poland



Portugal



Romania



Russian Federation



Serbia



Slovakia



Spain



Sweden



Switzerland



Turkey



UK

# La campagne américaine *Choosing Wisely* – choisir avec soin

- lancée en 2011- 2012 par la Fondation de l'American Board of Internal Medicine (ABIM). Cette campagne, dont l'objectif est de réduire le recours aux prescriptions, actes et procédures de faible apport pour la santé et à risque d'effets indésirables, repose en effet sur quelques principes clés :
  - elle est menée par les professionnels
  - elle est menée avec et pour les patients
  - elle est fondée sur les preuves et elle est transparente
- Première pierre d'une médecine SOBRE

# 5 QUESTIONS to Ask Your Doctor Before You Get Any Test, Treatment, or Procedure

- 1** Do I really need this test or procedure?
- 2** What are the risks and side effects?
- 3** Are there simpler, safer options?
- 4** What happens if I don't do anything?
- 5** How much does it cost, and will my insurance pay for it?

Figure 1: Do you think the frequency of unnecessary tests and procedures in the health care system is a...

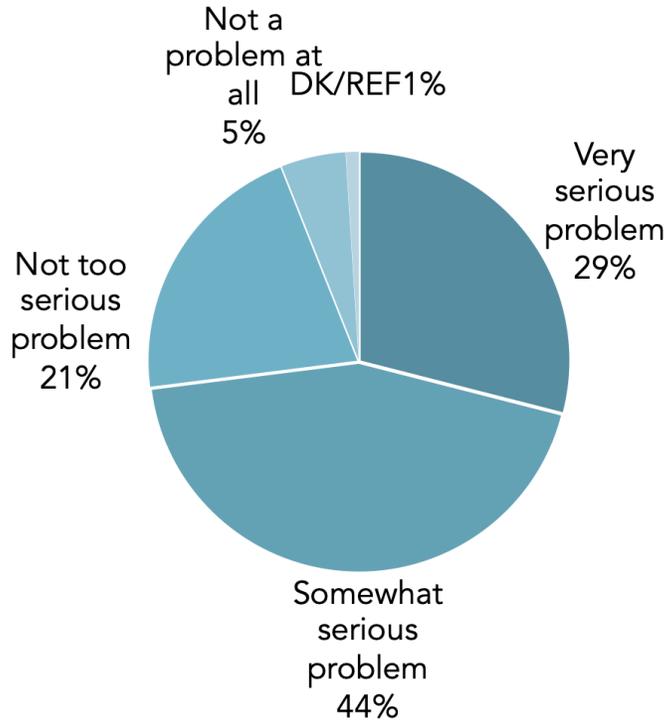
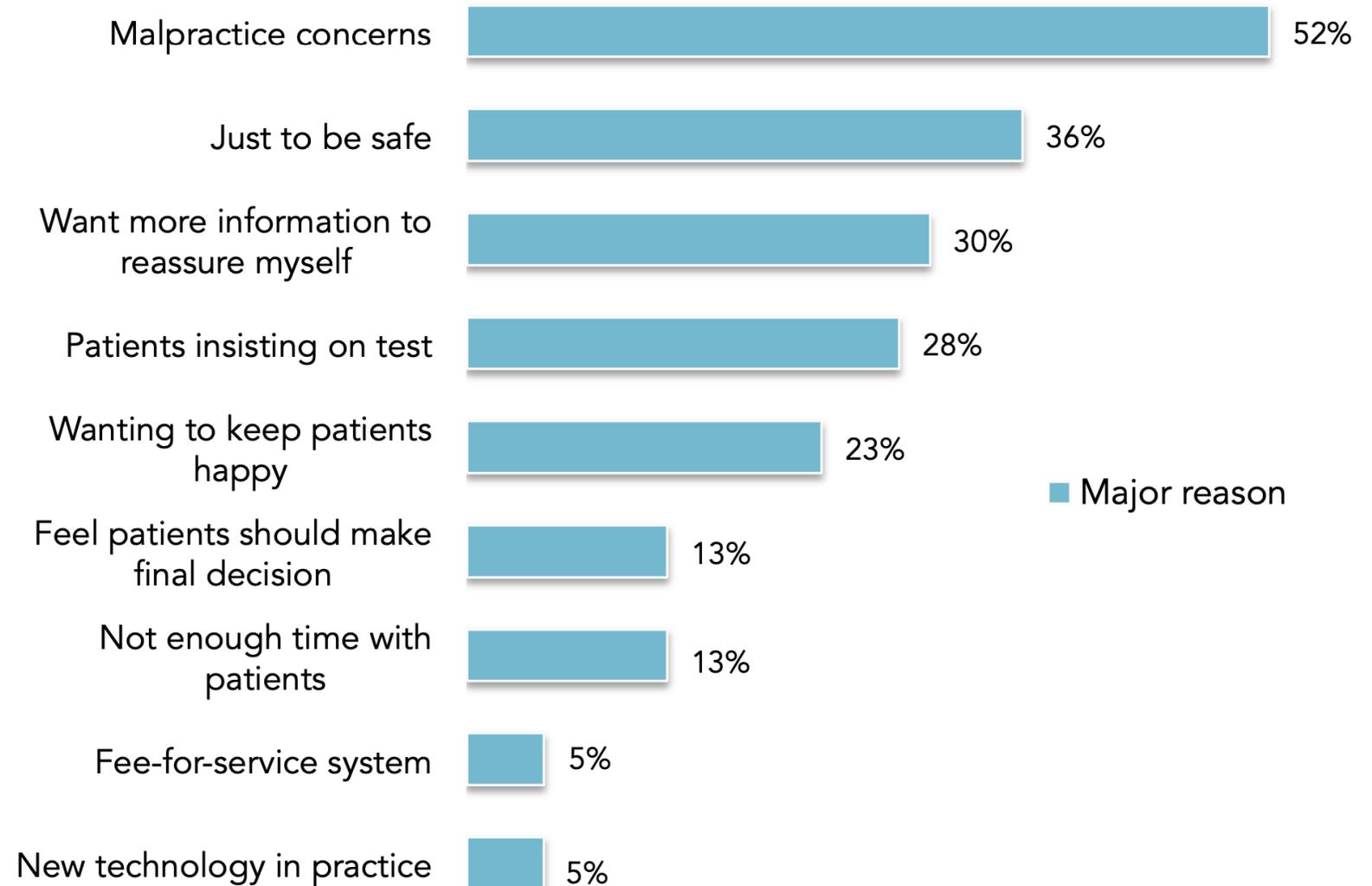


Figure 5: In your own practice, is this a reason you sometimes end up ordering an unnecessary test or procedure? IF YES: Is this a major reason or minor reason?

Total n = 600



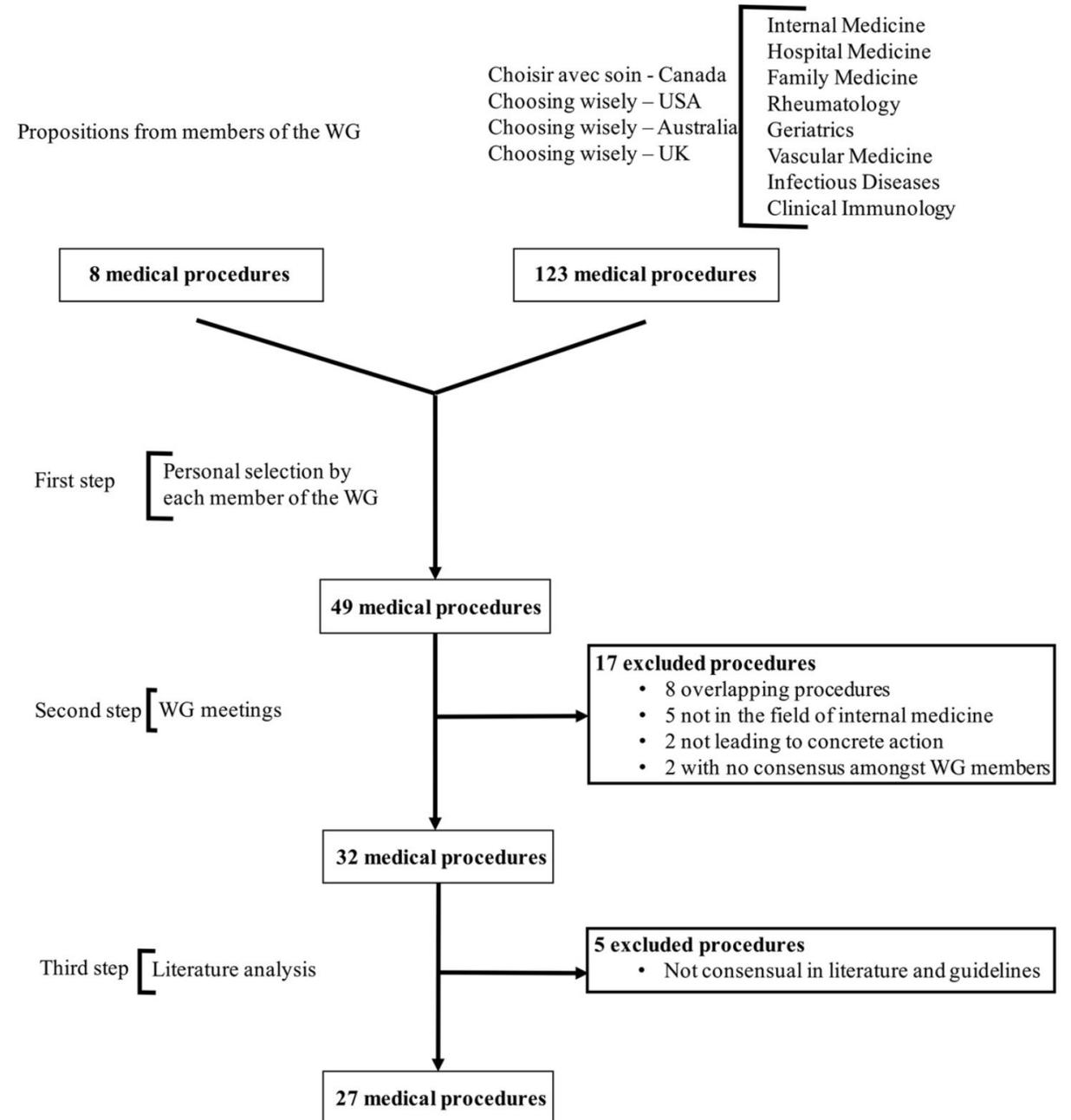
# OBJECTIF

- Demander à chaque société savante Française de proposer une **liste de 5 RECOMMANDATIONS PRIORITAIRES** d'amélioration des pratiques
- Selon le **modèle du « *Choosing Wisely* »** proposé par les sociétés savantes nord-américaines
- La création d'une liste par spécialité médicale de cinq prescriptions à éviter, ou à discuter de manière approfondie avec le patient, car à moindre valeur ajoutée pour la prise en charge et potentiellement porteuses de risques.
- Maître d'œuvre : la **FHF**

- 1** Don't routinely obtain neuro-imaging studies (CT, MRI, or carotid dopplers) in the evaluation of simple syncope in patients with a normal neurological examination. ✓
- 2** Don't place, or leave in place, urinary catheters without an acceptable indication (such as critical illness, obstruction, palliative care). ✓
- 3** Don't transfuse red blood cells for arbitrary hemoglobin or hematocrit thresholds in the absence of symptoms, active coronary disease, heart failure or stroke. ✓
- 4** In the inpatient setting, don't order repeated CBC and chemistry testing in the face of clinical and lab stability. ✓
- 5** Don't routinely perform preoperative testing (such as chest X-rays, echocardiograms, or cardiac stress tests) for patients undergoing low risk surgeries. ✓
- 6** Don't initiate therapy with opioids for patients with chronic non-cancer pain unless non-opioid pharmacotherapy and other non-pharmacological options have been optimized. ✓

# The French Society of Internal Medicine's Top-5 List of Recommendations: a National Web-Based Survey

Nathan Peiffer-Smadja, MD, MS<sup>1,2</sup>, Adeline Bauvois, MD<sup>1,2</sup>, Marie Chilles, MD<sup>1</sup>, Baptiste Gramont, MD<sup>1</sup>, Redwan Maatoug, MD<sup>1</sup>, Marie Bismut, MD<sup>1</sup>, Camille Thorey, MD<sup>1</sup>, Eric Oziol, MD<sup>3</sup>, and Thomas Hanslik, MD, PhD<sup>3</sup>



**Fig. 1** Steps for the selection of the medical procedures.

947 senior members of the SNFMI + 903 junior members of the SNFMI or members of AJI  
1850 internists contacted

1237 did not answer

613 volunteers (33%)

183 did not begin the study

**414 evaluated the 27 procedures (68%)**  
16 evaluated some procedures (3%)

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



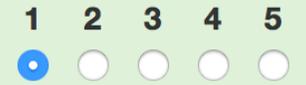
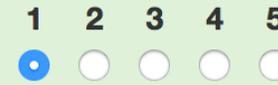
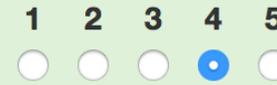
Medical procedure

Frequency

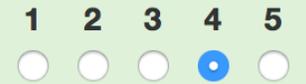
Utility

Risk

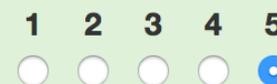
- To screen for a Clostridium difficile infection in the absence of diarrhea



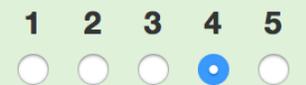
- To routinely screen for breast, pulmonary, colorectal or prostatic cancer, without considering life expectancy and risks linked with screening and potential treatments



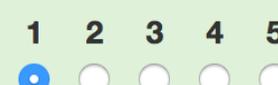
- To repeat blood tests in the case of stable or favorable clinical evolution



- To administer preventive treatments (e.g. for dyslipidemia, hypertension...) in elderly people with dementia



- To routinely use intravenous perfusion to administer a treatment that could be used by enteral route



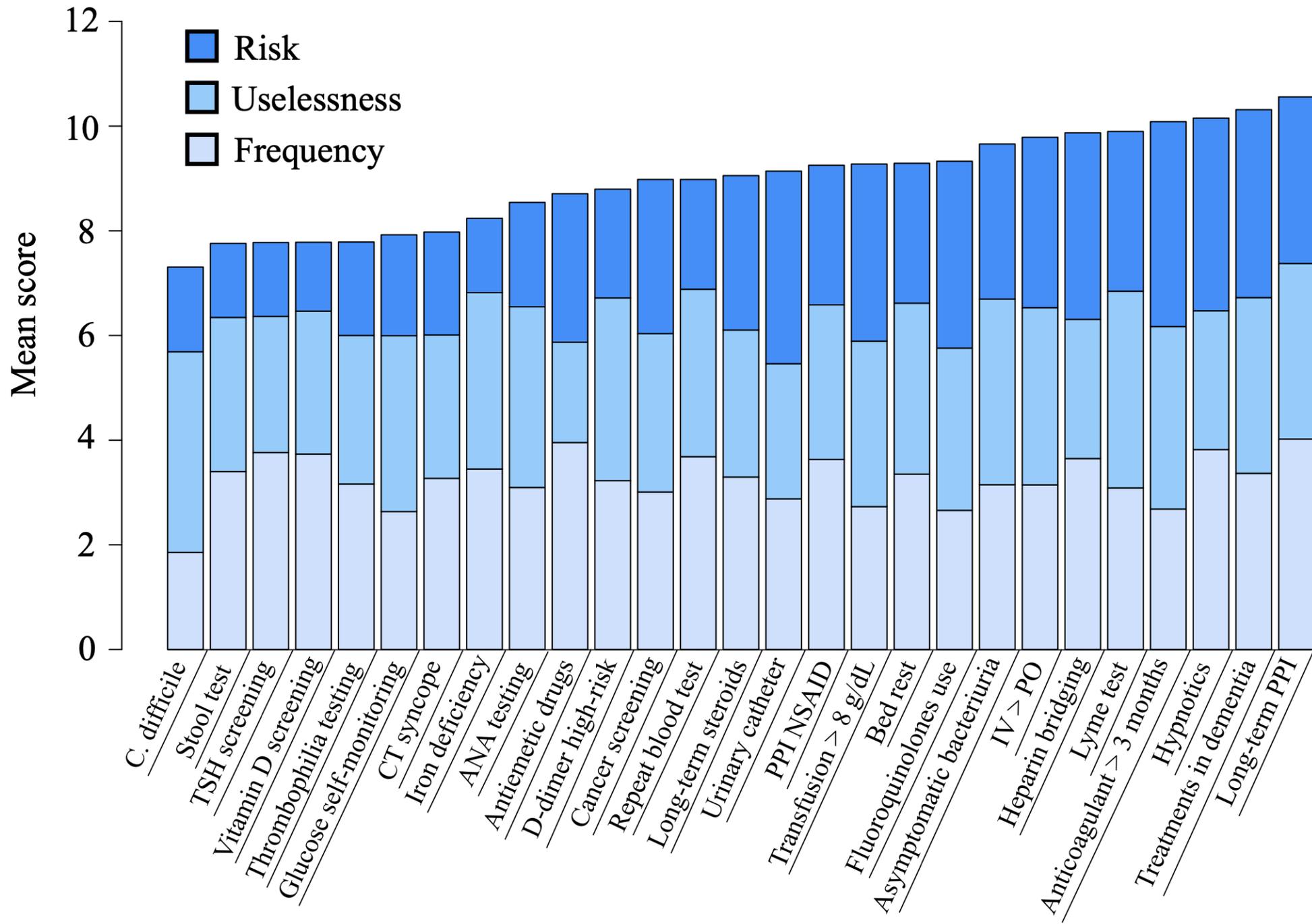
# Références

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

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Binder A, Spencer E. When to order an antinuclear antibody test. BMJ 2013;347:f5060.
- Fatemi G, Kermani TA. Clinical Significance of a Positive Antinuclear Antibody Test. JAMA 2015 Aug 25;314(8):827-8.
- 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.
- Fritzler MJ. Choosing wisely: Review and commentary on anti-nuclear antibody (ANA) testing. Autoimmun Rev 2016 Mar;15(3):272-80.

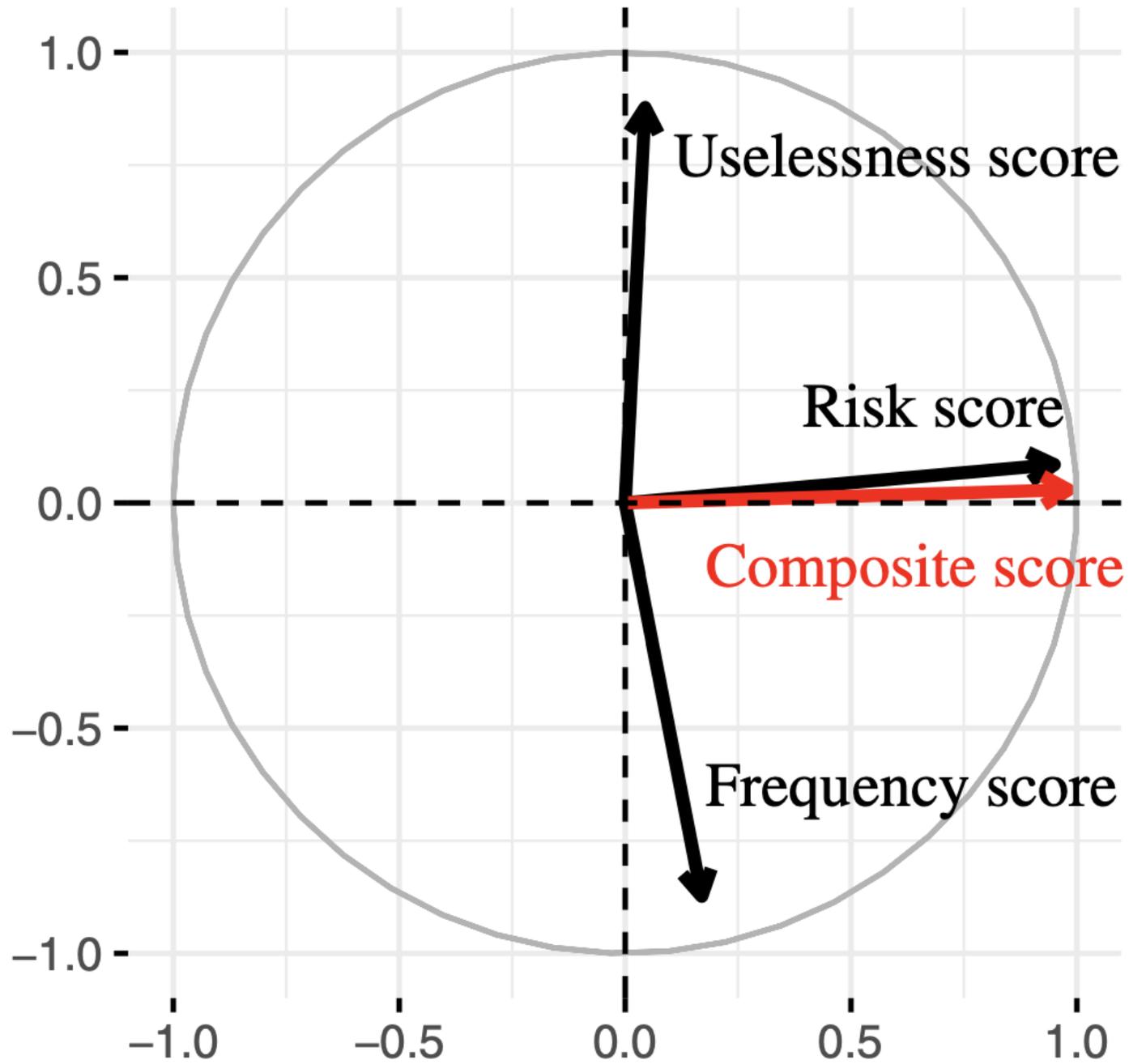
## 2. Prescrire systématiquement un régime strict sans sel, une supplémentation potassique et/ou un traitement par inhibiteurs de la pompe à protons en cas de corticothérapie prolongée.

- 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.
- Pecora PG, Kaplan B. Corticosteroids and ulcers: is there an association? Ann Pharmacother 1996 Jul-Aug;30(7-8):870-2.
- 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.
- 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.
- 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.



**Table 4 The French Top-5 list in Internal Medicine**

	<b>Mean Frequency score (/5)</b>	<b>Mean Risk score (/5)</b>	<b>Mean Uselessness score (/5)</b>	<b>Mean total score (/15)</b>
To prescribe long-term treatment with PPI without regular reevaluation of the indication.	4.02	3.18	3.36	10.56
To administer preventive treatments (e.g. for dyslipidemia, hypertension...) in elderly people with dementia.	3.37	3.59	3.36	10.32
To administer hypnotic medications as first-line treatment for insomnia.	3.82	3.68	2.65	10.15
To treat with an anticoagulant for more than three months a patient with a first venous thromboembolism (VTE) occurring in the setting of a major transient risk factor.	2.68	3.91	3.49	10.08
To test for Lyme disease without an exposure history or appropriate exam findings.	3.09	3.05	3.76	9.90



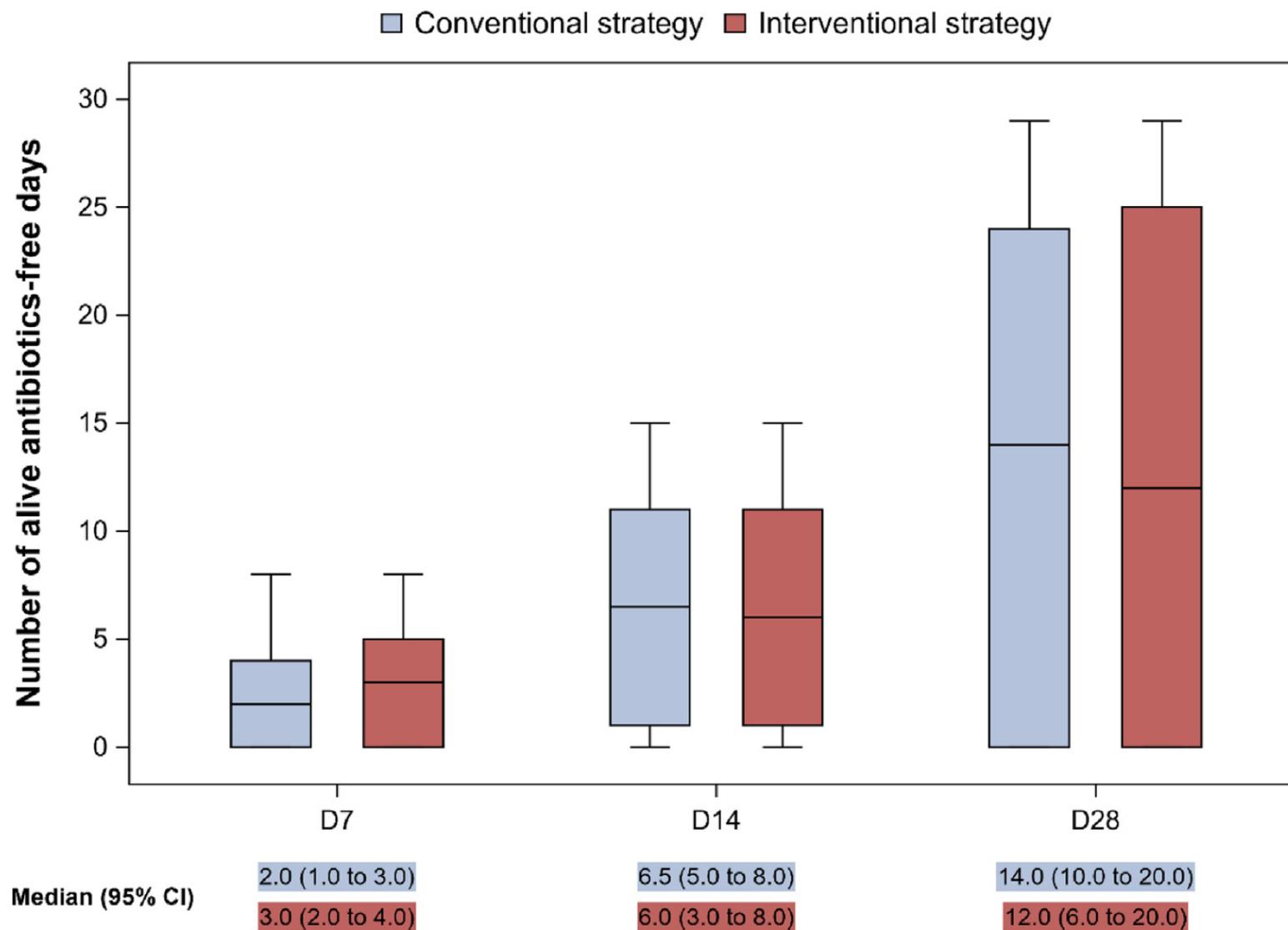
9	Ambulatoire	Général	Péd	Ne pas prescrire d'antibiotique uniquement pour éviter une éviction scolaire ou de crèche.			
10	Ambulatoire	IR	Péd / a discuter	Ne pas traiter par antibiotique un enfant avec crise d'asthme, même fébrile			
11	Partout	IU	Péd	Ne pas recueillir les urines par poche chez un enfant suspect d'infection urinaire			
12	Hospitalier	Chir		Ne pas poursuivre l'antibioprophylaxie chirurgicale au-delà de la fin de la procédure.			
13	Partout	Cutané		Ne pas prescrire d'augmentin mais de l'amoxicilline pour une DHBNN de l'adulte			
14	Ambulatoire	Cutané		Ne pas prescrire d'antibiotiques lors d'une plaie nette sans facteurs de risque infectieux			
15	Ambulatoire	Cutané	A discuter	Ne pas prescrire d'antibiotiques per os dans les infections cutanées peu étendues (impétigo, folliculite, furoncle hors face)			
16	Partout	Cutané		Ne pas traiter par antibiotiques un panari (sauf terrain a risque)			
17	Partout	Cutané		Ne pas utiliser d'antibiothérapie locale dans les infections cutanées sauf pour l'impétigo de l'enfant			
18	Partout	Dig		Ne pas contrôler la présence de toxine de <i>Clostridium difficile</i> dans les selles après traitement d'une infection à <i>C. difficile</i>			
19	Ambulatoire	Dig		Ne pas prescrire d'antibiotique pour une gastroentérite banale			

# Les « essais diagnostiques »

Original article

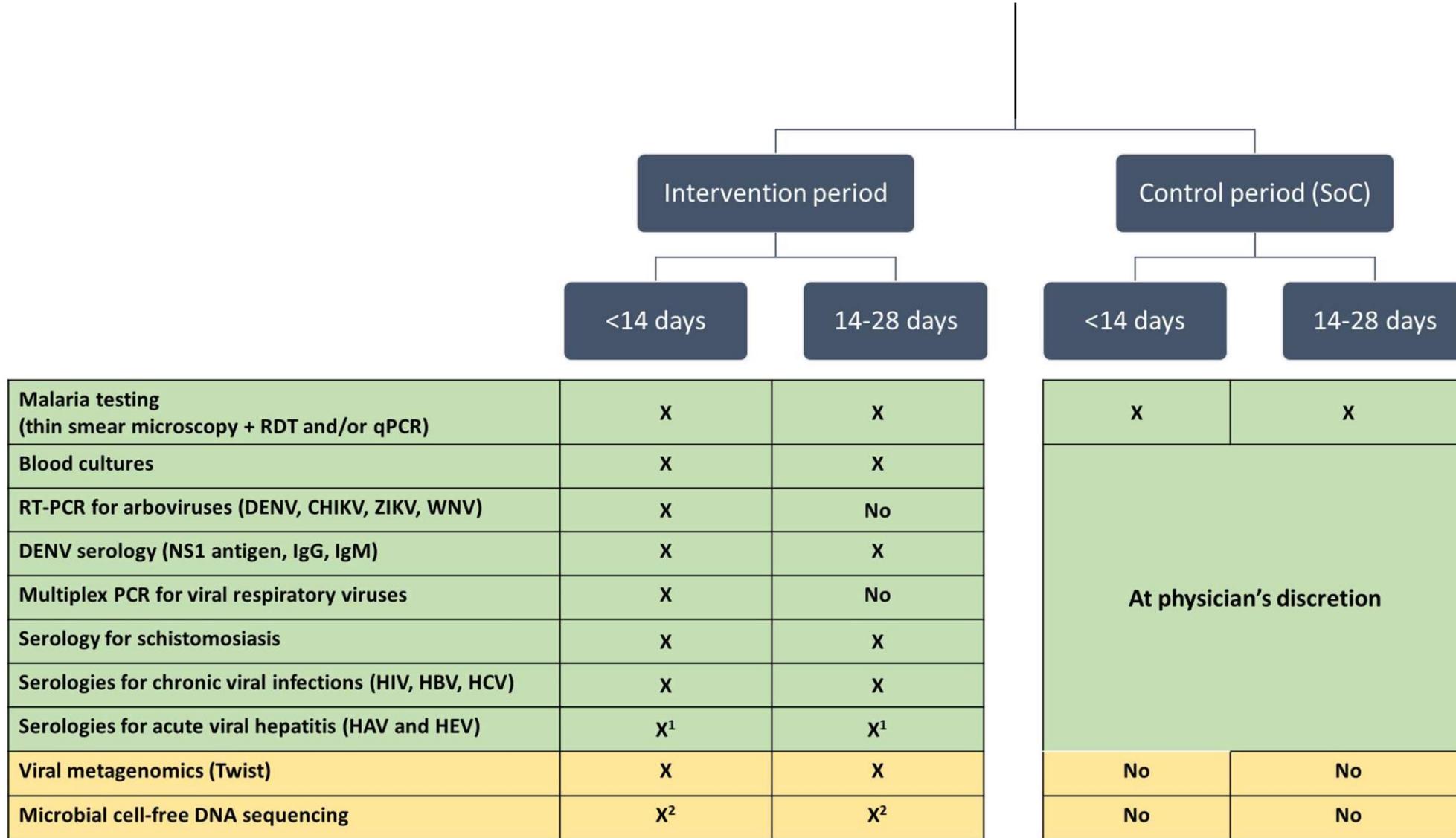
Respiratory multiplex PCR and procalcitonin to reduce antibiotic exposure in severe SARS-CoV-2 pneumonia: a multicentre randomized controlled trial

Muriel Fartoukh <sup>1,\*</sup>, Saad Nseir <sup>2</sup>, Bruno Mégarbane <sup>3</sup>, Yves Cohen <sup>4</sup>, Antoine Lafarge <sup>5</sup>, Damien Contou <sup>6</sup>, Arnaud W. Thille <sup>7</sup>, Louis-Marie Galerneau <sup>8</sup>, Florian Reizine <sup>9</sup>, Martin Cour <sup>10</sup>, Kada Klouche <sup>11</sup>, Jean-Christophe Navellou <sup>12</sup>, Laurent Bitker <sup>13</sup>, Alexandra Rousseau <sup>14</sup>, Sophie Tuffet <sup>14</sup>, Tabassome Simon <sup>14,15</sup>, Guillaume Voiriot <sup>1</sup>, on behalf of the MultiCoV collaborative trial group



**Fig. 2.** Number of antibiotics-free days at D7, D14, and D28 according to the strategy. The length of the box represents the interquartile range (25th–75th percentiles); the horizontal line inside the box represents the median; and the vertical lines issuing from the box extend to the minimum and maximum values.

Patient.e avec de la fièvre au retour des tropiques consultant aux urgences



Revu.e systématiquement par infectiologue avec les résultats : critère de jugement = diagnostic microbiologique confirmé

# Analyses médico-économiques

## Costs

### Medical costs

Diagnostic workup (initial)
Initial hospital stay & rehospitalisations/outpatients visits at study centre
Rehospitalisations& outpatients visits at other centres
Consultations and medication in ambulatory care
Antibiotics and other medications related to the infection
Emergency room visits to centre not leading to hospitalisations
Isolation (hospital)

### Non-medical costs

Days off work

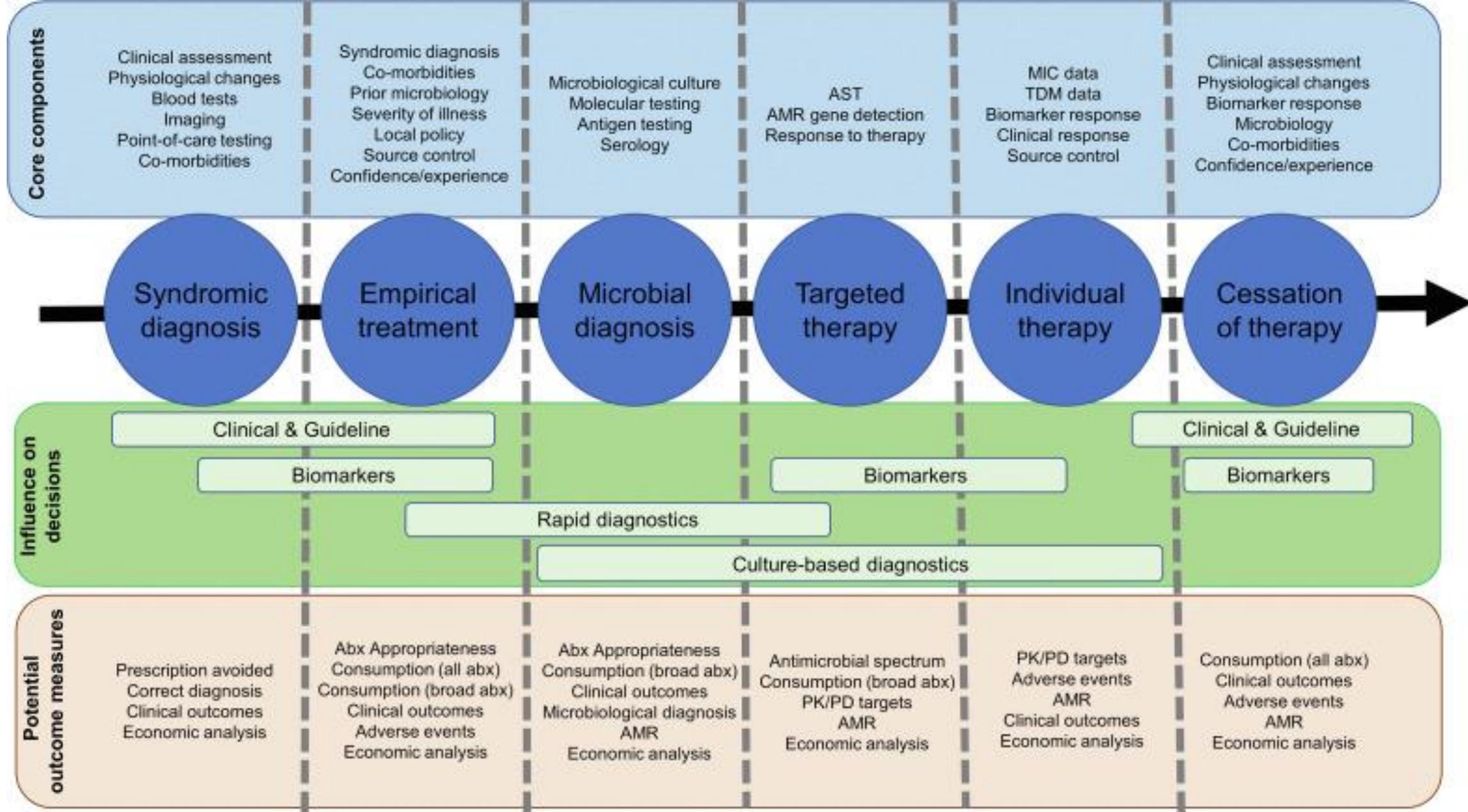
### Consequences

Compliance with the treatments

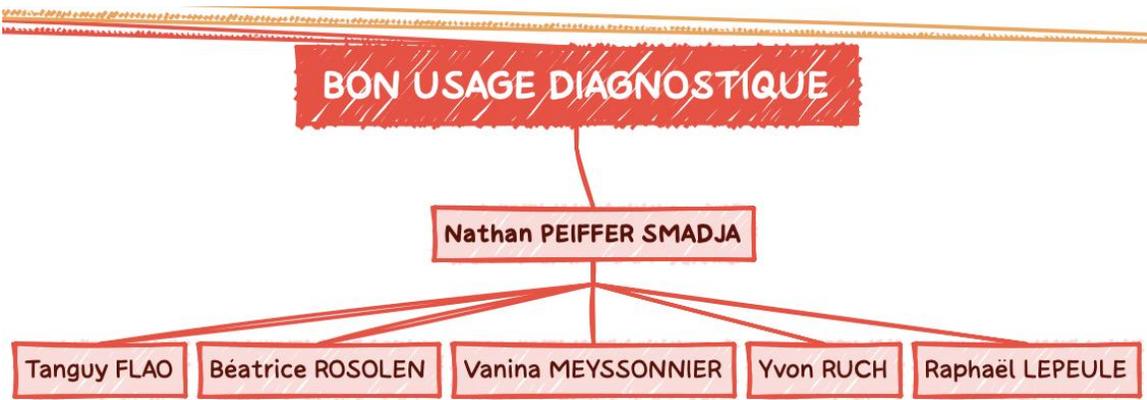
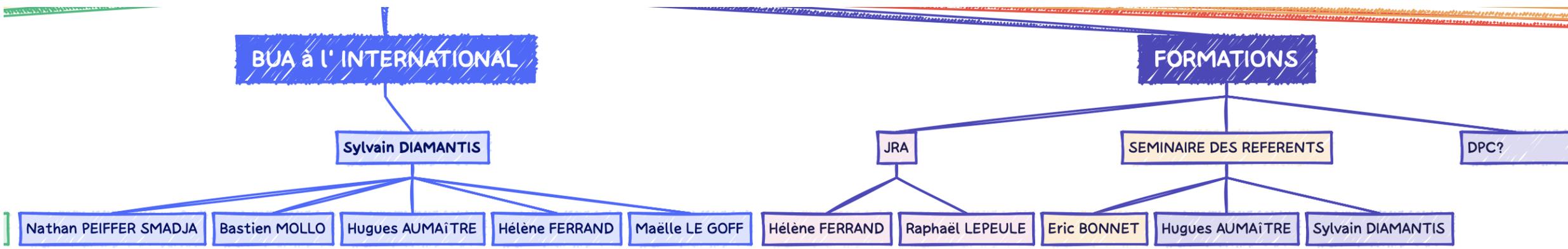
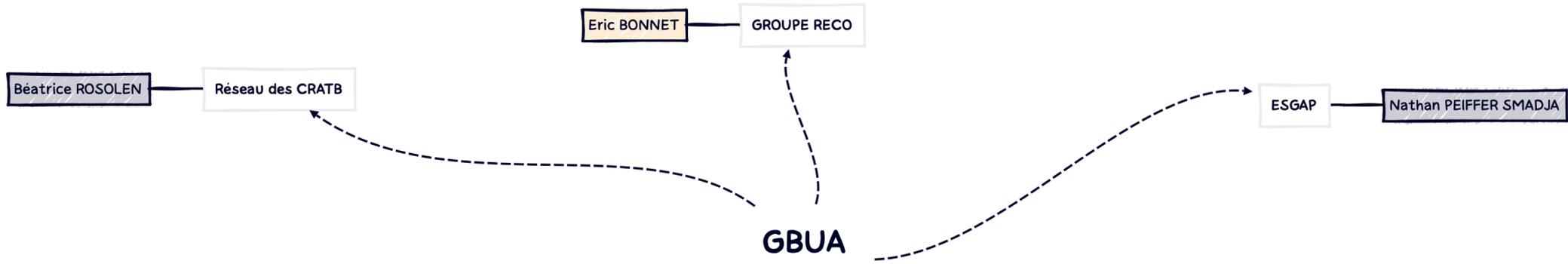
Quality of life (EQ5D5L)

Professionals' satisfaction

New pathogens identified



Rawson et al. Understanding how diagnostics influence antimicrobial decision-making is key to successful clinical trial design. *Clinical Microbiology and Infection* 2023



## Cibles

Équipes exerçant une activité transversale axée sur le bon usage des antibiotiques, idéalement intra et extra hospitalière.

**Au moins un des membres de la coordination du projet doit être adhérent SPILF avec une adhésion à jour à la date de soumission du projet.**

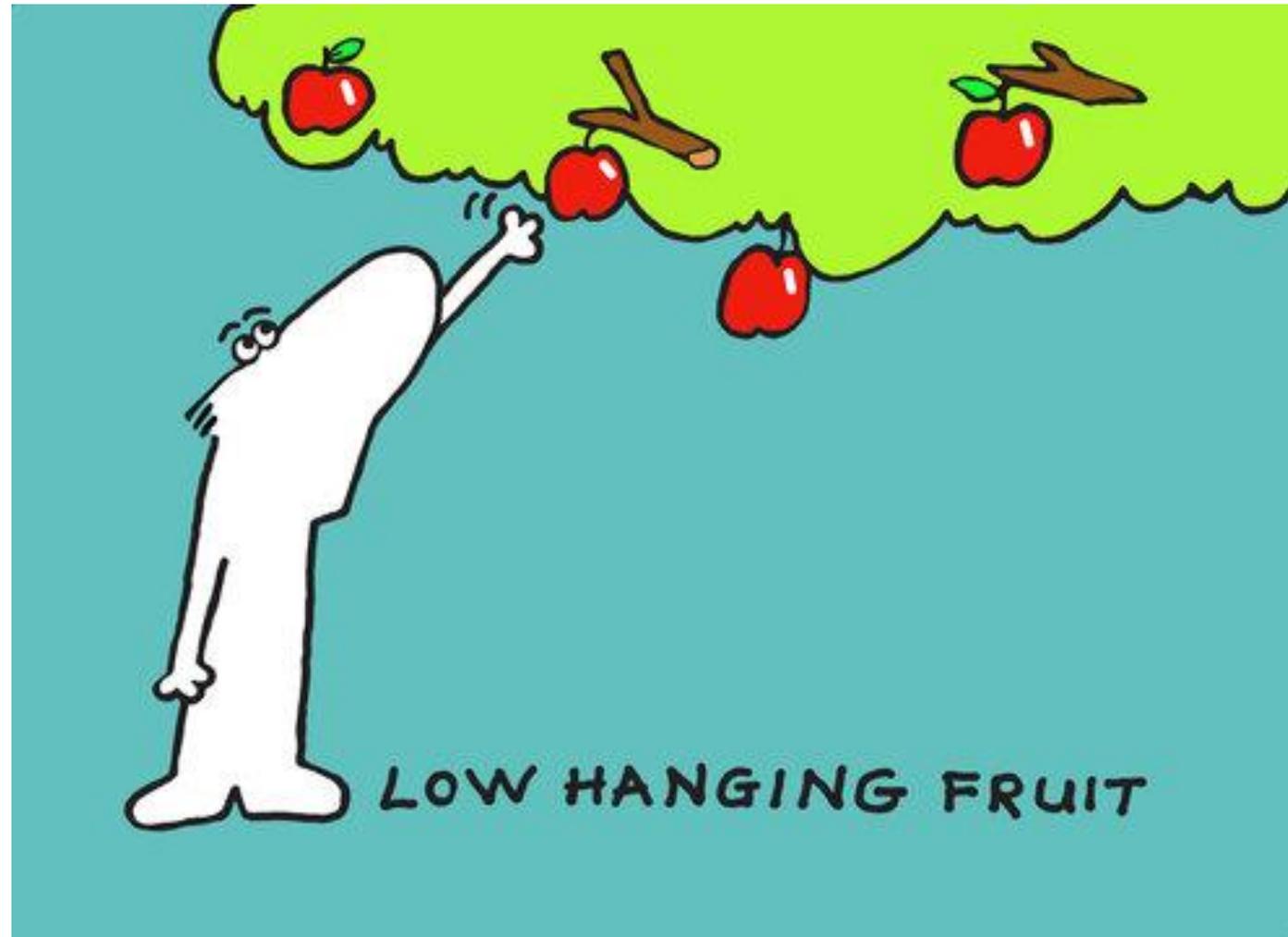
## Montant

**10 000 euros**

## Date limite d'envoi des dossiers :

**L'appel à projets 2024 est ouvert avec pour deadline 05/05/2024**

Quelles interventions peuvent-être menées dans votre structure ?



# Groupe CRP

- Programme contrôle des prescriptions CRP
- Diagnostic du contexte (se mettre en contact avec bioch) : service les + prescripteurs. Contexte clinique ? Suivi temporel de la CRP sur plusieurs années. Contexte institutionnel : protocoles ? Recos ? Référentiels ? Appliqués ou non
- **Audit** de prescription des CRP : bien définir justification clinique. Taux CRP adapté. Indicateur pour le suivi. Puis **feedback** aux prescripteurs.
- Outcomes clés : clinique / Bon usage antibiotique
- Plan action
  - Définir algorithme pour définir CRP / PCT / NFS - place de la CRP
  - Validation de l'algorithme par le président
  - Campagne de communication et formation
- Messages clés :
  - **CRP élevée n'est pas synonyme d'infection**
  - **CRP qui monte n'est pas un échec**
  - **CRP isolée à ne pas traiter**
  - **CRP qui baisse : à ne pas contrôler !**

**Algorithme de biochimie : pas de répétition de CRP dans les 24 heures**

**Urgences : CRP seniorisée / CRP interdite**

**Renforcer l'apport du suivi clinique (fièvre, etc.)**

# Groupe écouvillons cutanés

- Etat des lieux avec microbio : combien d'écouvillons ? Coût ? Evaluation temps TEC. Quels services prescripteurs ? Cibler dermatologie / endocrinologie puis chir vasculaire / SAU / Gériatrie / Ville / EHPAD. Ecouvillon sur les orifices de drain.
- Questionnaire : qu'est ce que les prescripteurs font des écouvillons ? Gestion d'un écouvillon stérile ? « positif » ?
- Programme de formation
  - écouvillons sur plaie propre / sale et montrer que colonisation systématique et pas de différence
  - Rappeler les causes de non cicatrisation / Ostéite
  - Cas clinique : antibiothérapie sur écouvillon et mauvaise évolution, biopsie révèle autres micro-organismes
  - Ponction par aiguille > écouvillon
- Ensuite : coercitif en lien avec le laboratoire de microbiologie : ne plus techniquer les écouvillons en dehors d'avis infectieux spécialisé et justifié
- Objectif 0 écouvillon
- Ecouvillons sont encore techniqués dans de nombreux laboratoires notamment peut-être en ville : vient parfois contre objectif de rentabilité // réflexion autour de la qualité
- **Poursuivre la discussion avec SFM /microbio pour voir si on peut aboutir à une recommandation de ne pas techniquer les écouvillons (hors situation spécifiquement justifiée)**

# Groupe ECBU

- Identifier avec les biologistes services les + prescripteurs. Evaluer la qualité les ECBU en s'appuyant sur nombre ECBU polymicrobiens
- Deux grandes non-indication : réalisation systématique par IDE (sans prescription) → Actions vers IDE
- Prescription ECBU en l'absence de symptômes → Action(s) vers médecins
- Avec labo microbio : cocher indication de l'examen sur les feuilles de demande [mais problème de non remplissage]
- Pour les soignants : note information pour les IDE à distribuer par les cadres lors des réunions de service pour éviter ECBU « Pas d'ECBU sur pipi qui pue » ! Informer ++ les patients sur bonnes pratiques réalisation ECBU
- Appeler les « champions » des services pour lancer une campagne anti-ECBU : rappels bonnes pratiques, indications, non-indications.
- Evaluation de type avant / après la campagne pour voir si diminution volume global / diminution nombre ECBU polymicrobiens
- Implication du laboratoire : faire quelque chose pour éviter redondance ECBU (ne pas re-techniquer ECBU à moins de X jours d'intervalle). Pas de leucocyturie : pas de culture rendue (faite mais non rendue).
- Travailler avec le logiciel informatique : possibilité de remplir informations lors de la prescription (et pas dédoubler travail avec une fiche papier remplie par IDE)
- **Possibilité de demander sédiment urinaire ? Renforcer la possibilité de cette demande**