

# Plus de médecine n'est pas toujours un plus

**Beatrice Ottiger, Cathrin Marthe** Avec la campagne «Choosing Wisely Switzerland», l'association faîtière «smarter medicine» publie des recommandations de mesures médicales en lien avec le thème du déficit et de l'excédent de soins en médecine.



**Beatrice Ottiger**

Ergothérapeute MScOT  
Responsable spécialisée  
Projets et recherche, LUKS  
Neurozentrum,  
collaboratrice de l'ASE pour  
le projet smarter medicine  
smarter.medicine@  
ergotherapie.ch

Les évolutions de la médecine permettent beaucoup de choses actuellement; bien souvent, tout ce qui est réalisable est réalisé. Mais dans certains cas, il est légitime de se demander si ce qui est a priori réalisable est en l'occurrence justifié. Sous la devise «Plus n'est pas toujours plus. Décidons ensemble», l'association faîtière «smarter medicine» souhaite attirer l'attention sur le thème du déficit et de l'excédent de soins en médecine. Pour renforcer la conscience de la nécessité d'une bonne qualité de soins, un réseau fort composé de médecins, d'autres représentant-e-s des métiers de la santé, de patient-e-s et de client-e-s ainsi qu'un dialogue entre les différentes parties prenantes sont requis. Tel est l'objectif de l'association smarter medicine avec la campagne «Choosing Wisely Switzerland».

## Listes Top 5

Les listes Top 5 de chaque discipline clinique constituent l'élément clé de cette campagne. Elles comportent pour chaque discipline cinq mesures médicales axées sur le thème du déficit et de l'excédent de soins en médecine. Ces listes suivent les recommandations pour une médecine durable, efficace et fondée sur les données probantes et reposent sur des études nationales et internationales. La campagne entend ouvrir un large dialogue entre le corps médical, les professions médicales, les patient-e-s ainsi que les pouvoirs publics. L'alliance créée autour de smarter medicine souhaite sensibiliser le public au fait qu'en médecine et pour certains traitements, moins peut parfois signifier plus de qualité de vie pour les personnes concernées. Elle implique activement les professions de la santé et

encourage le dialogue autour des approches interprofessionnelles avec Choosing Wisely Switzerland. Plusieurs sociétés de discipline médicale suisses ont déjà publié leurs listes Top 5, notamment les soins gériatriques, la rhumatologie ou encore la médecine intensive. Elles sont de plus en plus nombreuses à s'intéresser au sujet et à publier leurs listes Top 5.

## Des origines aux Etats-Unis

La campagne vient des Etats-Unis où les médecins alertent depuis quelques années déjà sur les effets de l'excédent de soins (overuse). ABIM Foundation, la fondation de l'American Board of Internal Medicine, a lancé la campagne Choosing Wisely. Elle a encouragé les médecins et les patient-e-s à discuter ensemble de l'utilité d'un traitement pour savoir si les risques associés ne sont pas plus grands que les bénéfices. Depuis, de nombreux pays dans le monde, dont l'Italie, Israël, le Japon, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, la Corée du Sud et la Suisse, ont repris cette campagne.

## Recommandations pour l'ergothérapie

L'American Occupational Therapy Association (AOTA) est aujourd'hui la première association d'ergothérapie à avoir publié une liste de recommandations de décisions judicieuses (Choosing Wisely). L'élaboration de la liste s'est faite en deux temps: dans un premier temps, l'AOTA a fait un sondage en ligne auprès de ses membres pour connaître les soins/mesures qui ne devaient pas être pris. Après éliminations des doublons et des thèmes qui n'avaient pas de rapport avec



la pratique de l'ergothérapie, l'AOTA a condensé la liste à 382 réponses et 62 thèmes. Les personnes responsables des Special Interest Sections (SIS) de l'AOTA ont recherché d'autres sources et contributions afin d'évaluer les thèmes sur la base de critères fixes. Elles ont entre autres effectué de nombreuses recherches bibliographiques. Dans un deuxième temps, les membres ont choisi en ligne les cinq meilleures recommandations qui ont été publiées par l'AOTA en 2018 (cf. p. 22–23).

### Du Top 5 au Top 10

En 2020, elles ont complété la liste Choosing Wisely avec cinq recommandations. L'évaluation comprenait des mesures qui avaient été identifiées à l'origine mais qui n'avaient pas été sélectionnées dans l'enquête de 2018. Les membres de l'équipe de l'AOTA pour une pratique fondée sur les preuves et le leader du programme, Glen Gillen, EdD, OTR, FAOTA<sup>1</sup>, professeur et directeur du programme pour l'ergothérapie à la Columbia University, ont analysé les résultats de l'enquête réalisée auprès des membres et comparé les classements SIS avant de sélectionner cinq des points les plus importants. L'équipe a ensuite mené une recherche bibliographique pour chacun des points. L'association américaine a publié à l'été 2021 la liste Top 10 «Choosing Wisely».

### Choosing Wisely Switzerland

Le but de l'ASE est d'élaborer une liste Top 5 avec des recommandations pour l'ergothérapie. L'association faitière de smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland propose trois variantes pour élaborer et publier une liste Top 5. Une société de discipline médicale peut soit élaborer ses propres recommandations, soit reprendre les recommandations américaines. Dans notre cas, il s'agirait de celles émises par l'AOTA. La troisième possibilité consiste à reprendre les recommandations américaines et à les adapter aux conditions suisses.

L'ASE ne souhaite pour l'instant publier que cinq des dix recommandations de l'AOTA. L'ASE perçoit la démarche de smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland comme une chance à saisir pour établir le dialogue entre les patient-e-s, leurs proches et les ergothérapeutes afin de prévoir des objectifs de soins de façon efficace et scientifique, et de contrer la surmédicalisation et le manque de soins en ergothérapie. En publiant une liste Top 5, l'ASE entrevoit également la possibilité de se rendre plus visible et de se positionner en tant que société de discipline médicale.

### Discussion avec les membres de l'ASE

Lors de la première phase du projet, les dix recommandations de l'AOTA ont été traduites en allemand,

français et italien (cf. codes QR ci-dessous). Cette année, l'ASE souhaite discuter des recommandations de l'AOTA avec les membres de l'ASE. Les participant-e-s devront échanger sur ce thème lors de diverses manifestations organisées dans toutes les régions du pays, notamment lors des journées consacrées aux responsables et aux propriétaires de cabinets d'ergothérapie ou aux ergothérapeutes chef-fe-s du domaine hospitalier, ainsi que dans les cercles de qualité et les réunions de section. Ces recommandations correspondent-elles à ce que nous voulons? Pouvons-nous les reprendre dans notre contexte suisse? Pouvons-nous y adhérer? (cf. graphique p. 20)

### Enquête en ligne auprès des membres

La deuxième phase consistera en une enquête en ligne sur les dix recommandations américaines qui sera envoyée aux membres en 2023. Les membres de l'ASE pourront voter sur le contenu de ces recommandations. Enfin, l'ASE publiera les cinq recommandations ayant reçu le plus de voix auprès de smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland.

Pour plus d'informations, consultez: [www.smartermedicine.ch](http://www.smartermedicine.ch)

<sup>1</sup>Abbréviations:

EdD = Doctor's degree in Education

OTR = Occupational Therapist Registered

FAOTA = Fellow of the American Occupational Therapy Association

### Les dix recommandations de l'AOTA en ligne:



Version française et italienne (PDF)



Version allemande et anglaise (PDF)



**Cathrin Marthe**

Comité Central de l'ASE

[cathrin.marthe@ergotherapie.ch](mailto:cathrin.marthe@ergotherapie.ch)

### DISCUSSION SOUHAITÉE

Vous désirez aborder le thème au sein de votre section ou en discuter lors d'une autre occasion?

Si oui, adressez-vous par e-mail à [smarter.medicine@ergotherapie.ch](mailto:smarter.medicine@ergotherapie.ch).

## Les dix recommandations de l'association américaine des ergothérapeutes (American Occupational Therapy Association, AOTA)

1

### Ne pratiquez pas d'interventions sans objectifs (p. ex. cônes, chevilles, arc de rééducation de l'épaule, vélos à bras).

Les activités avec objectifs – c.-à-d. les tâches qui relèvent de la routine quotidienne, font sens, sont pertinentes et sont perçues comme utiles, tels que l'hygiène personnelle, la tenue du foyer, l'école et le travail – constituent un principe fondamental de l'ergothérapie. Les recherches ont montré que le recours à des activités orientées objectifs (occupations) dans le cadre des interventions, constitue une motivation intrinsèque pour les patients. Ces activités permettent d'améliorer l'attention, l'endurance, la motricité, la tolérance à la douleur et l'engagement, débouchant ainsi sur de meilleurs résultats pour le patient. Les activités orientées objectifs reposent sur les capacités de la personne et lui permettent d'atteindre ses propres objectifs fonctionnels. Les activités sans objectifs, à l'inverse, ne stimulent pas l'intérêt et la motivation, ce qui entraîne une baisse de participation du patient et des résultats suboptimal.

2

### Ne proposez pas d'interventions sensorielles à des enfants ou des adolescents sans avoir obtenu les résultats d'une évaluation documentée de leurs difficultés à traiter ou à recevoir des stimuli sensoriels.

De nombreux enfants et adolescents souffrent de difficultés à traiter ou intégrer les sensations, ce qui affecte négativement leur capacité à prendre part à des occupations significatives et valorisantes. Traiter et intégrer les sensations sont des tâches complexes, ce qui entraîne des schémas de dysfonctionnement individuels qui doivent être traités au cas par cas. Les interventions qui ne ciblent pas les schémas de dysfonctionnement documentés peuvent s'avérer inefficaces voire négatifs. Par conséquent, il est indispensable d'évaluer et de documenter les difficultés sensorielles spécifiques avant de pratiquer des interventions sensorielles telles que l'intégration sensorielle selon Jean Ayres (Ayres Sensory Integration®), les gilets lestés, les programmes d'écoute ou les diètes sensorielles.

3

### Ne recourez pas aux méthodes avec agents physiques sans proposer d'activités utiles reposant sur les occupations.

L'utilisation exclusive d'agents physiques (Physical Agent Modalities - PAMs) comme moyens thérapeutiques (p. ex. : agents thermiques superficiels, agents thermiques profonds, électrothérapie, appareils mécaniques) dans le cadre d'une intervention thérapeutique sans application directe aux performances occupationnelles n'est pas considérée comme de l'ergothérapie. Les agents physiques (PAM) associés à une composante fonctionnelle peuvent avoir des effets plus positifs sur la santé. Les méthodes utilisant les agents physiques (PAM) devraient s'inscrire dans un programme ergothérapeutique et un plan d'intervention plus larges, en guise de préparation ou parallèlement aux activités ou interventions ciblées qui améliorent l'engagement occupationnel.

4

### N'utilisez pas de poulies pour des personnes présentant une épaule hémiparalysée.

L'utilisation d'une poulie en hauteur pour les personnes souffrant d'une épaule hémiparalysée suite à un AVC ou un autre problème médical est considérée comme une pratique trop agressive et devrait être évitée, puisqu'elle présente un risque élevé de développement de douleurs de l'épaule pour le patient. Privilégiez des exercices et activités plus doux, avec une amplitude de mouvements contrôlée.

5

### Ne pratiquez pas d'interventions cognitives (p. ex., exercices écrits, exercices sur bureau, logiciels d'entraînement cognitif) sans lien direct avec les performances occupationnelles.

Pour améliorer les performances occupationnelles, les interventions cognitives doivent toujours être ancrées dans une activité pertinente pour le patient. Les exemples d'interventions cognitives comprennent les approches fondées sur la conscience, l'entraînement stratégique, l'entraînement à la tâche, les modifications de l'environnement et les technologies d'assistance. Le recours aux interventions cognitives sans lien avec les performances occupationnelles donnera des résultats suboptimaux pour le patient.

6

### Ne débutez pas d'intervention ergothérapeutique sans établir le profil occupationnel du client et sans définir des objectifs communs.

La bonne pratique en ergothérapie repose sur la compréhension par le thérapeute du client – en termes d'histoire et d'expérience occupationnelle, de ses habitudes de la vie quotidienne, ses intérêts, ses valeurs et ses besoins - et l'établissement d'un partenariat actif avec lui ainsi que les autres partenaires de soins (p. ex., conjoint, parents, soignants) pour définir des objectifs significatifs. Comme indiqué dans la quatrième édition du Cadre de référence de l'ergothérapie: Occupational Therapy Practice Framework : Domaine et processus (OTPF-4), «seuls les clients peuvent identifier les occupations qui donnent un sens à leur vie et sélectionner les objectifs et les priorités qui sont importants pour eux» (AOTA, 2020). Le client ou les partenaires de soins doivent contribuer à l'élaboration du profil et à l'identification des objectifs, des priorités et des résultats pour garantir un engagement complet dans les occupations définies.

7

**Ne proposez pas d'interventions aux personnes autistes pour réduire ou éliminer des «comportements, des activités ou des intérêts restreints et répétitifs» sans évaluer et comprendre la signification du comportement pour la personne, ainsi que les facteurs personnels et environnementaux.**

Les ergothérapeutes devraient proposer des interventions centrées sur la personne et fondées sur ses points forts, défendre les personnes autistes sur le plan individuel et sociétal en fournissant des informations favorisant l'inclusion et le sentiment d'appartenance, et réduisant la stigmatisation. Les actions considérées comme des modes de «comportements restreints et répétitifs» par le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) peuvent servir d'activités pour favoriser l'autorégulation, la communication ou l'expression de soi. Tenter de changer ou de détruire ces comportements sans que la personne concernée le demande, sans comprendre et intégrer les significations sous-jacentes, ou substituer d'autres actions pour l'autorégulation du comportement donne généralement lieu à un camouflage (p. ex., masquer ou dissimuler des comportements). Les conséquences en sont une image de soi négative, une dépression, voire un risque accru de suicide.

8

**N'utilisez pas de programmes d'intégration des réflexes pour les personnes présentant un retard de développement des réflexes moteurs primaires sans liens apparents avec les résultats occupationnels.**

Les interventions conçues uniquement pour intégrer les réflexes conservés ne favorisent pas la participation aux occupations. Bien que ces réflexes puissent être observés chez des clients ayant des difficultés de performance occupationnelle, leur existence n'est pas nécessairement synonyme de déficience fonctionnelle. Si des techniques d'intégration des réflexes (c.-à-d. des techniques conçues pour intégrer, ou inhiber, les réflexes moteurs primaires qui sont conservés au-delà du stade de développement typique de l'intégration) sont envisagées pour une intervention, des outils et des méthodes d'évaluation standardisés sont nécessaires pour établir un lien entre la déficience et la performance occupationnelle. L'intervention doit se concentrer sur l'amélioration de la participation et de la performance occupationnelle plutôt que sur la seule intégration des réflexes.

9

**N'utilisez pas d'écharpes chez les personnes qui ont un bras hémiplégique qui place le bras dans une position de flexion pendant de longues périodes.**

Les écharpes standard immobilisent le membre supérieur en position de flexion (c'est-à-dire en position de flexion du coude, d'adduction et de rotation interne de l'épaule). L'utilisation d'une écharpe qui place le bras hémiplégique dans cette position pendant de longues périodes augmente le risque de contractures et de douleurs, et limite l'utilisation active du membre, diminuant ainsi les possibilités de changements neuroplastiques qui favorisent une augmentation organique de la fonction. Les clients et les soignants doivent être informés du positionnement sûr du bras hémiplégique pendant l'activité et au repos.

10

**Ne proposez pas d'interventions d'entraînement à la marche ou à la déambulation qui n'ont pas de lien direct avec la mobilité fonctionnelle.**

La pratique de l'ergothérapie nécessite la prise en compte des facteurs contextuels qui affectent la capacité d'une personne à participer à des occupations significatives. Les interventions d'entraînement à la marche et de déambulation ne tiennent pas nécessairement compte du contexte des activités quotidiennes. Bien que les ergothérapeutes puissent évaluer les aptitudes sous-jacentes par rapport aux performances pendant les activités de déambulation et de marche et intervenir en conséquence, ils doivent traiter la mobilité fonctionnelle en tenant compte du contexte pour être en mesure de proposer des interventions efficaces, fondées sur des données probantes et significatives pour le client.

*Ces recommandations sont mises à disposition uniquement à titre d'information et ne sont pas destinés à remplacer une consultation d'un professionnel de la santé. Les patients ayant des questions spécifiques à propos de certains items de la liste ou sur leur situation personnelle devraient consulter un professionnel de la santé.*