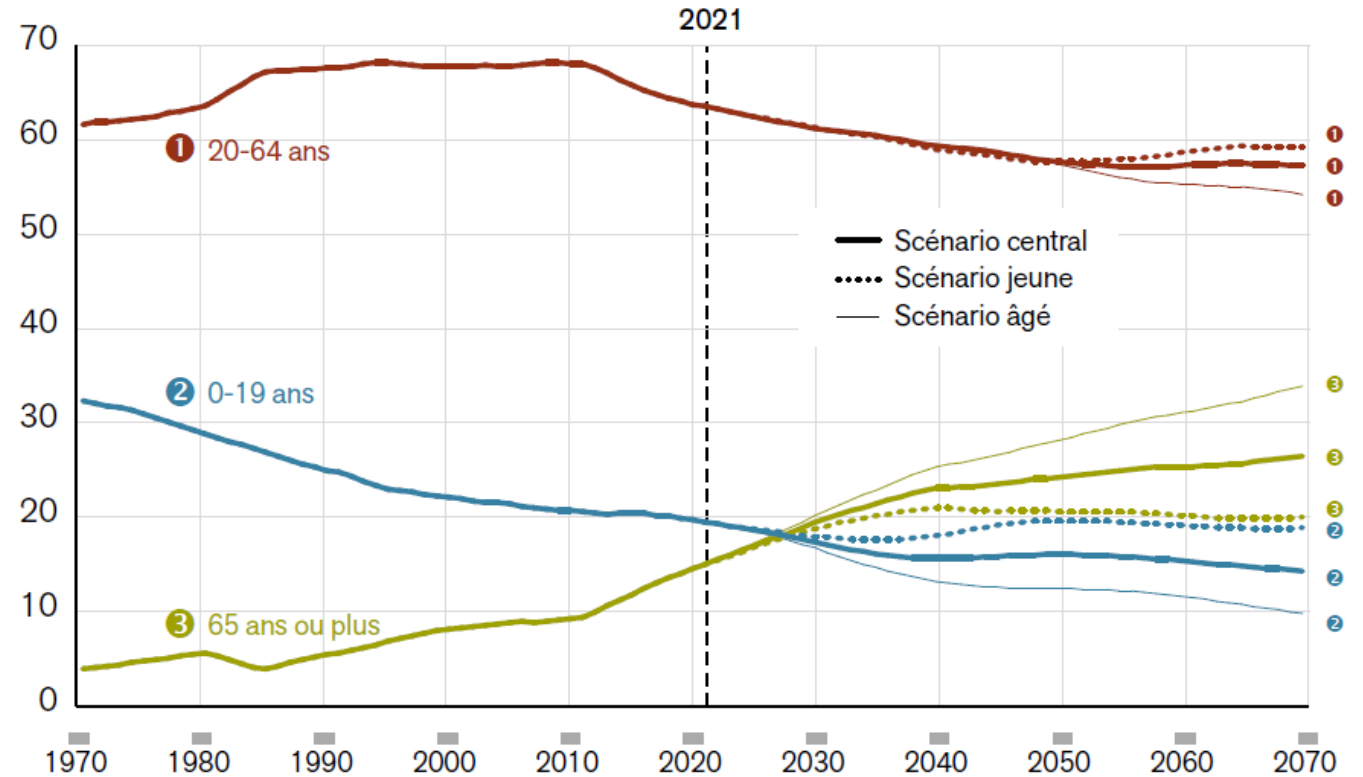
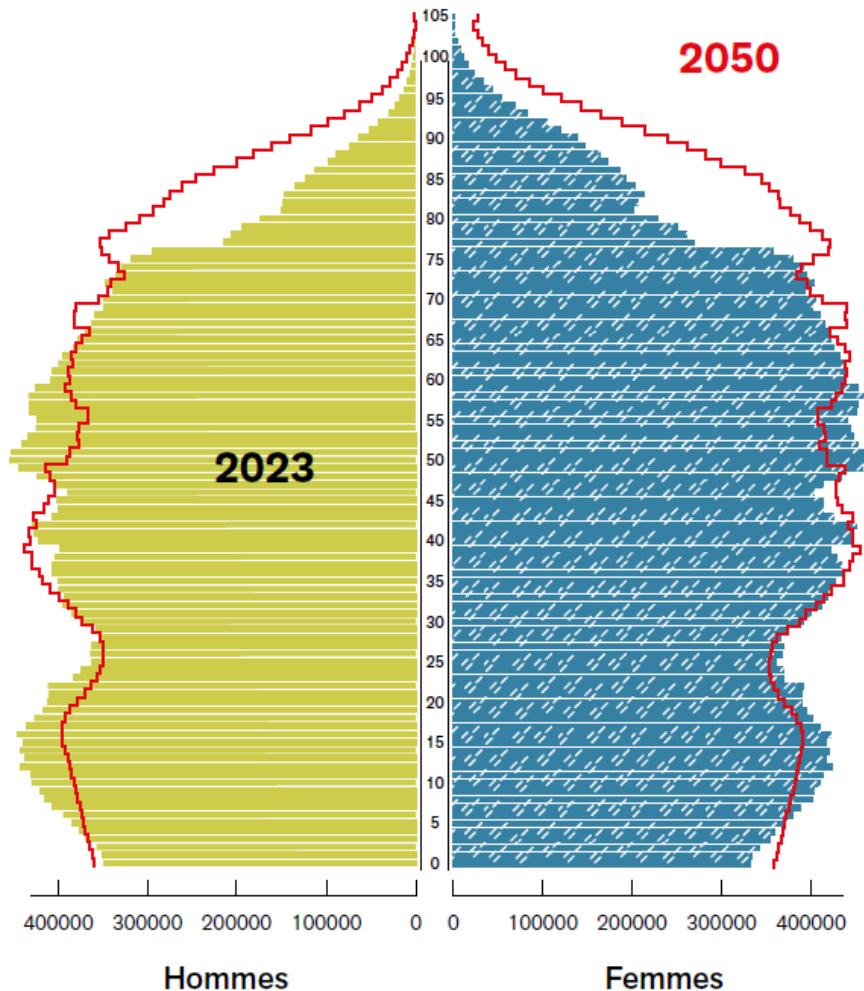


Le risque infectieux associé aux dispositifs invasifs : perspectives pour les 10-20 années à venir.

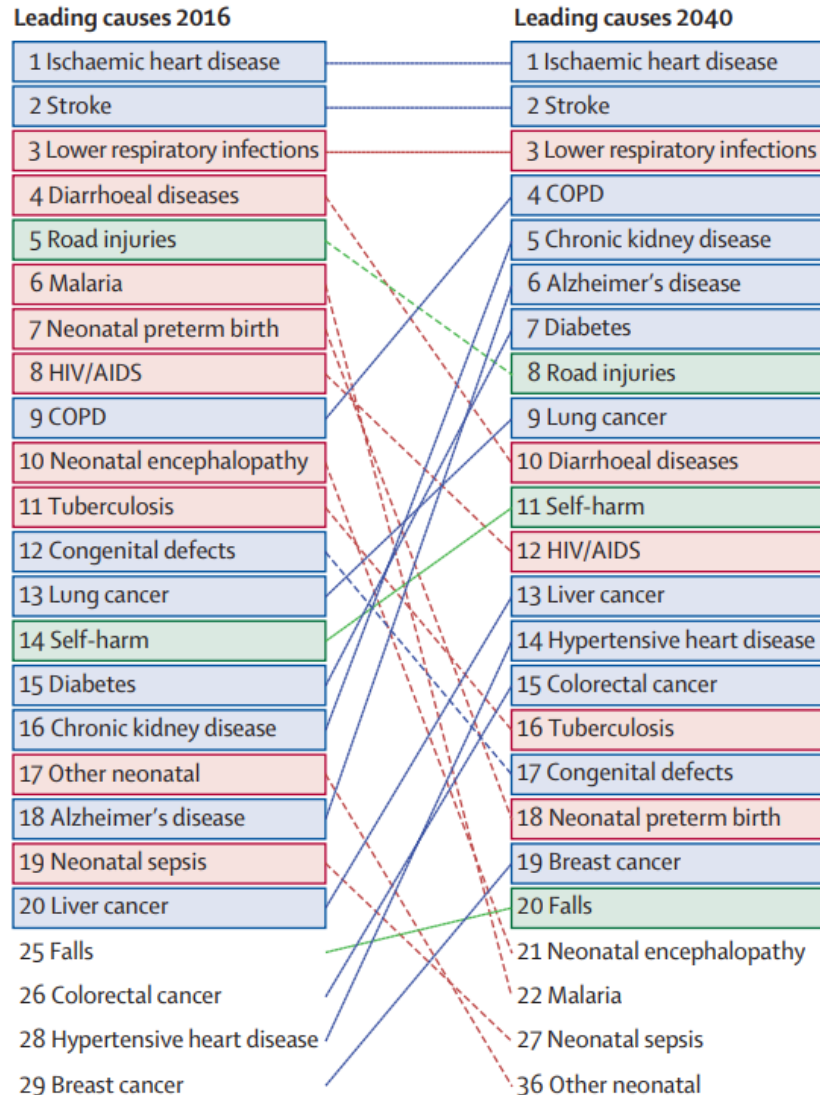
Gabriel BIRGAND

Evolution démographique et santé des populations

Gabriel BIRGAND



- 2044 → Croissance lente 69,3 millions
- Diminution → 69,2 millions en 2050,
- >50 ans = 44% vs 42% aujourd'hui
- >65 ans passerait de 22 à 27%

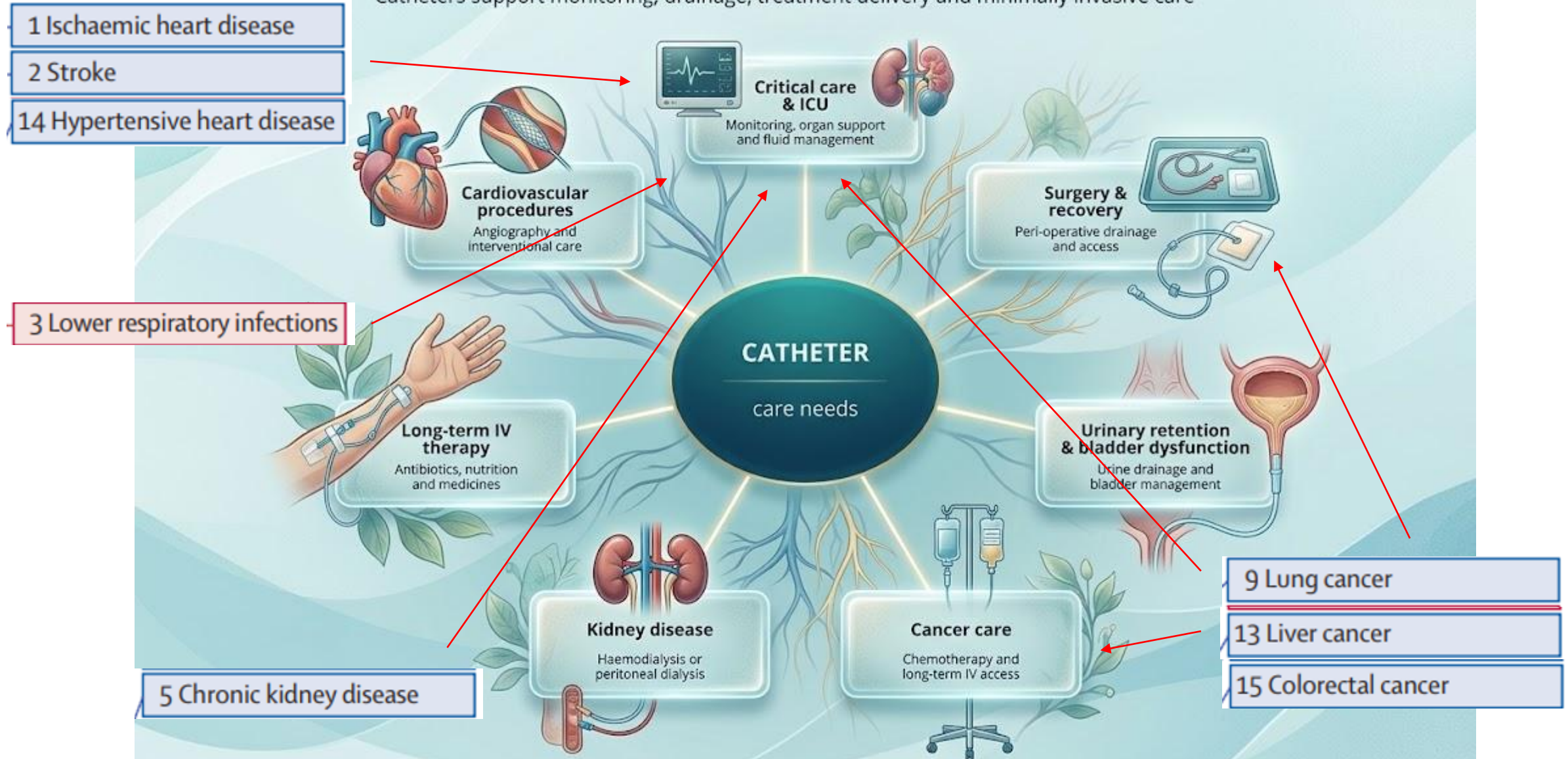


- Années potentielles de vie perdues associées à :
 - Hypertension artérielle (HTA, 209M)
 - IMC élevé (157M)
 - Glycémie élevée (148M)
 - Consommations de tabac (140M) d'alcool (90M)
 - Pollution de l'air (80M)

■ Communicable, maternal, neonatal, and nutritional
■ Non-communicable
■ Injuries

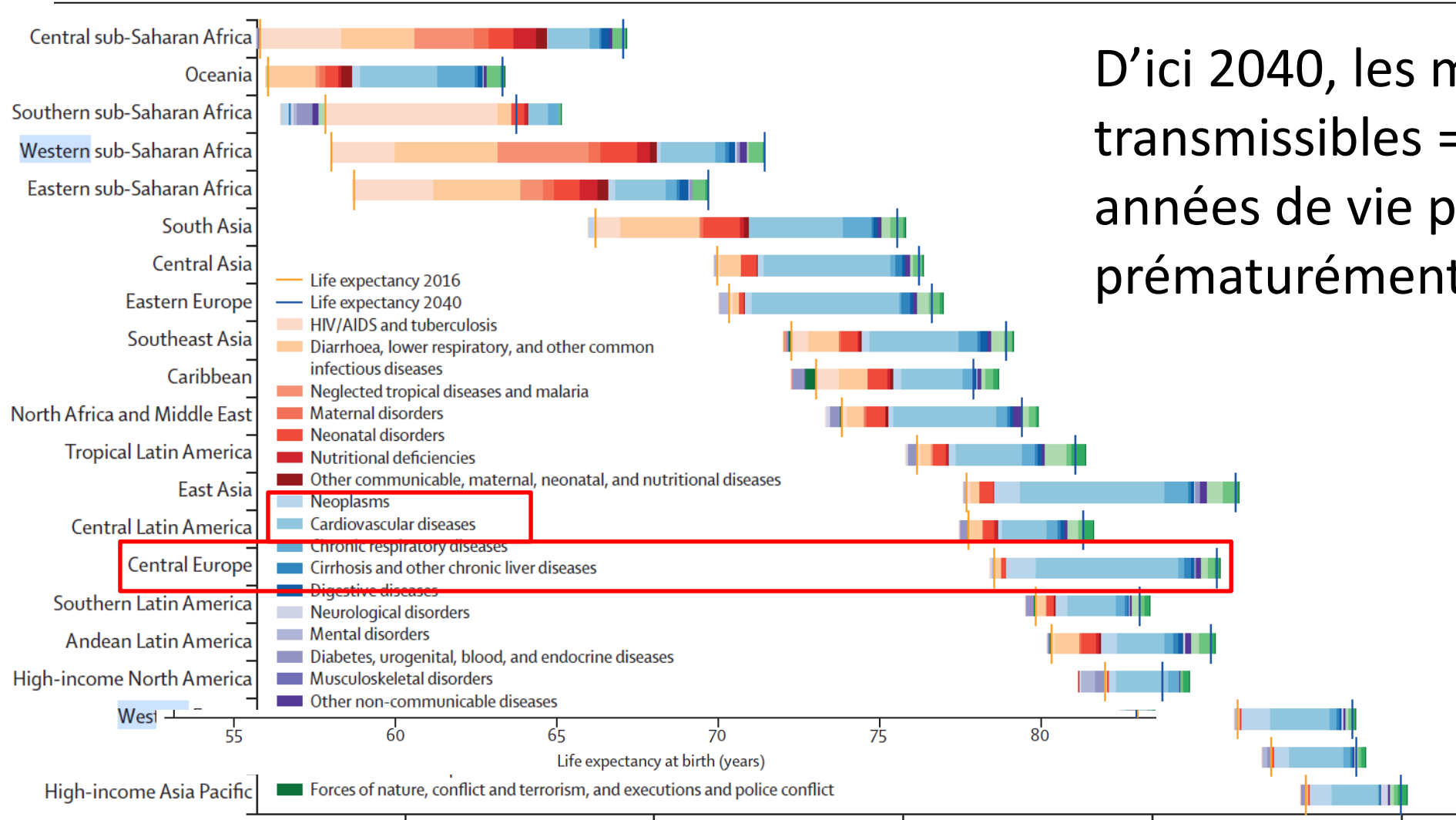
Patients who may require catheters

Catheters support monitoring, drainage, treatment delivery and minimally invasive care



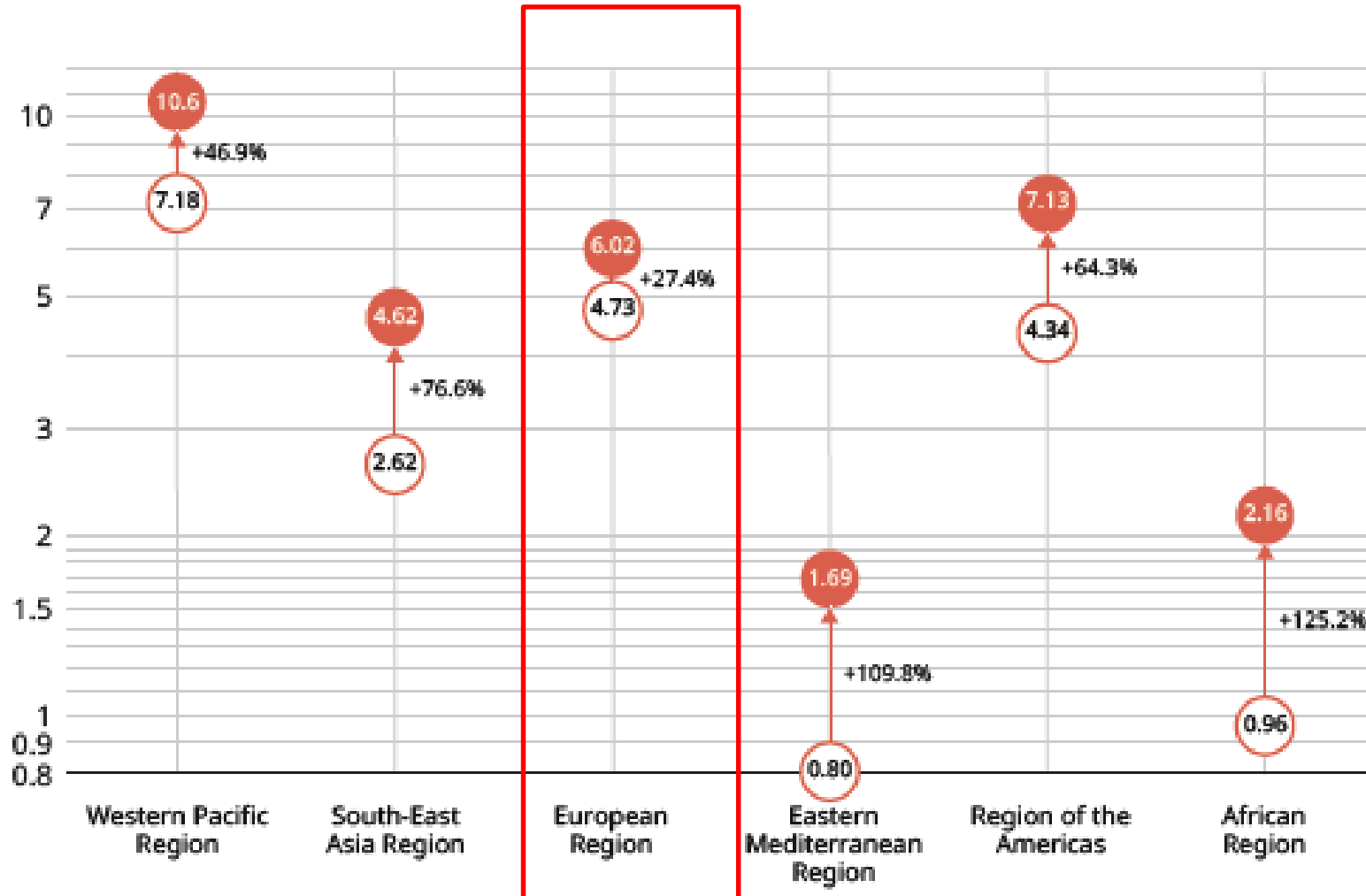
Examples shown; catheter choice and duration should always be based on clinical need.

Augmentation de la multimorbidité



D'ici 2040, les maladies non transmissibles = **67,3 %** des années de vie perdues prématurément

Augmentation de la multimorbidité



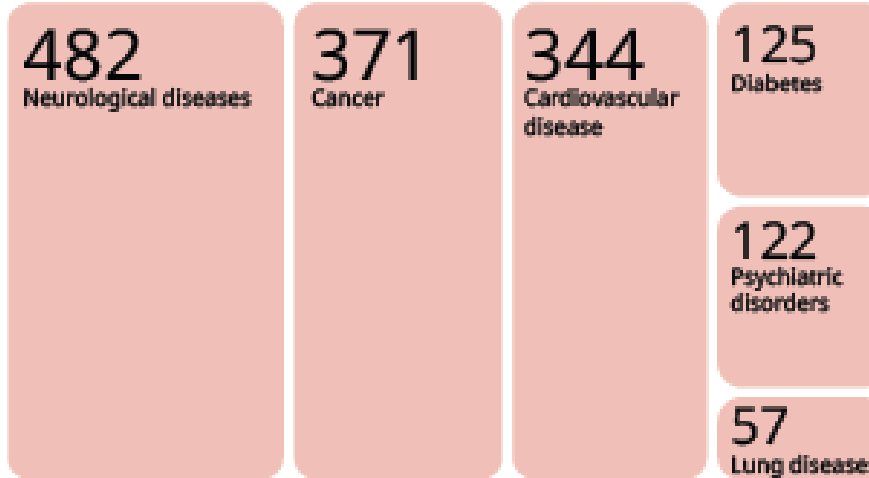
- Nombre de nouveaux diagnostics de cancer devrait atteindre 35 millions par an d'ici 2050
- 1 personne sur 5 développera un cancer au cours de sa vie.
- Environ 92 % de la population mondiale sera touchée par le cancer, directement ou indirectement, au moins une fois au cours de sa vie.

Augmentation de la multimorbidité

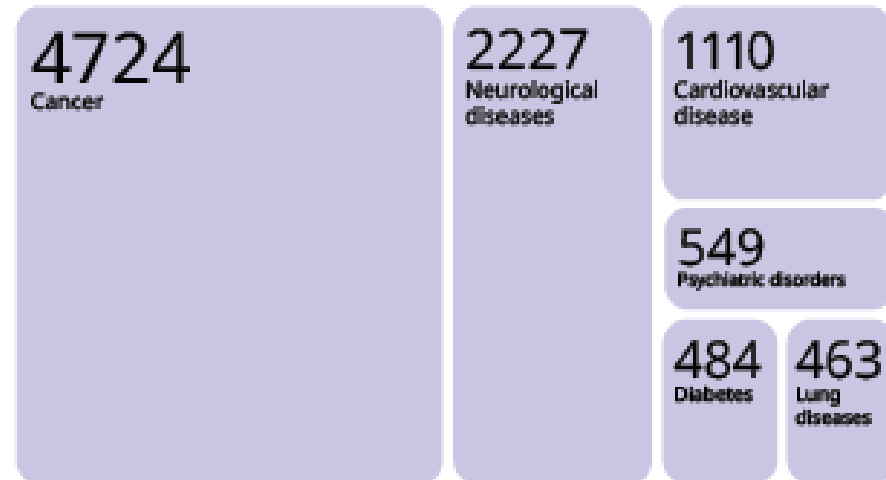
NCDs medicines approved in the past 10 years

According to the Clarivate Cortellis platform, **1408 medicines** have been launched for NCDs over the **past 10 years**.

Total medicines launched (2015–2025): **3039**



- +7,3 % entre 2005 et 2021 enregistrements annuels essais
- Plus de 110 000 essais cliniques sur le cancer depuis 1999
- Plus de 1 400 médicaments ont été approuvés pour les maladies non transmissibles au cours des 10 dernières années (2005–2025)
 - 371 (27 %) médicaments anticancéreux.
 - 9 600 dans le pipeline, à différents stades de développement,
 - 4 724 (49 %) concernent le cancer.

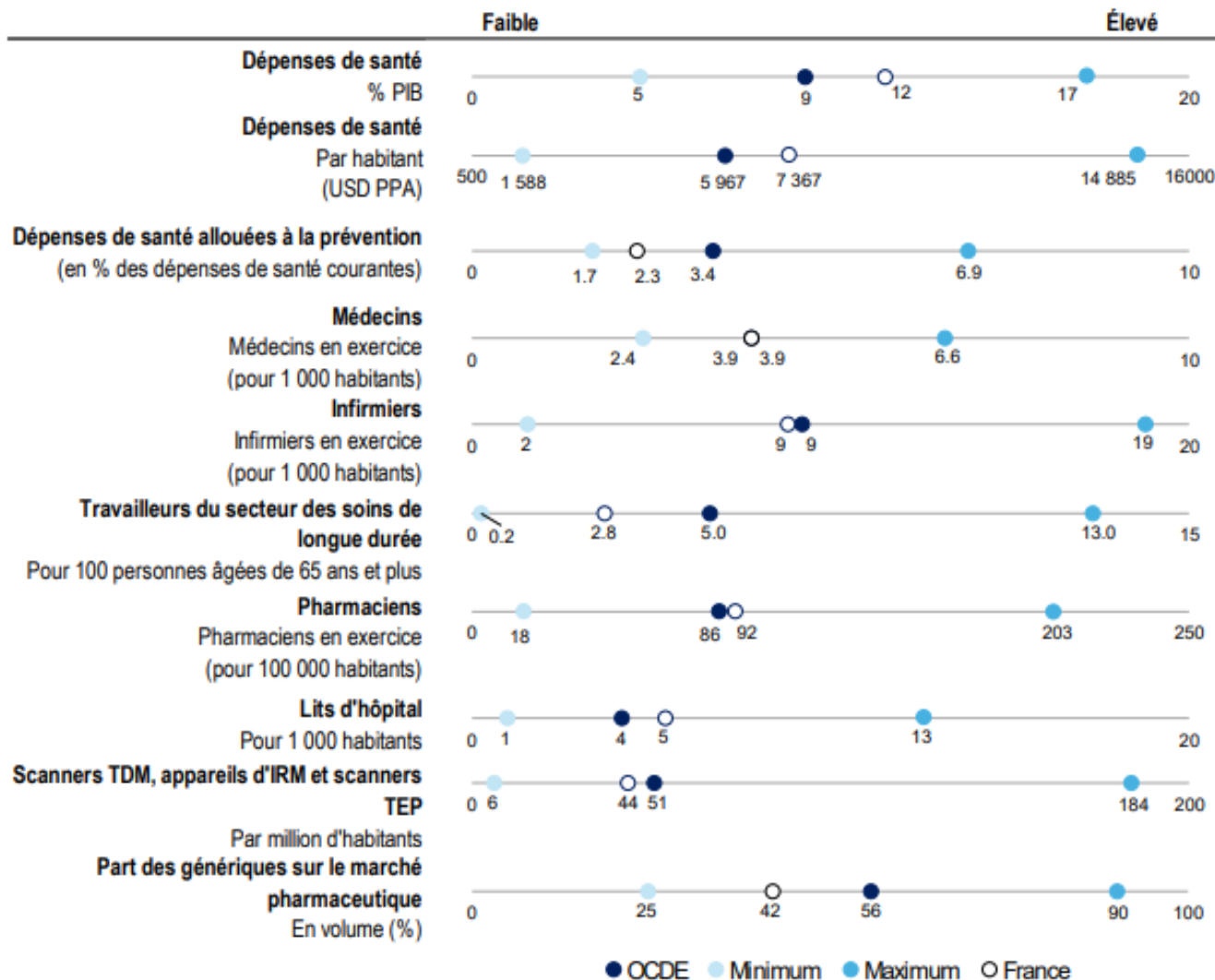


NCDs medicines in the pipeline

Total medicines currently in clinical development **12 912**

Approximately **75% of all medicines** in the pipeline relate to NCDs

Offre de soins en 2025



Dépenses de santé

- \$7 367 per capita = 11.5% of GDP
- 2.3% des dépenses = prévention

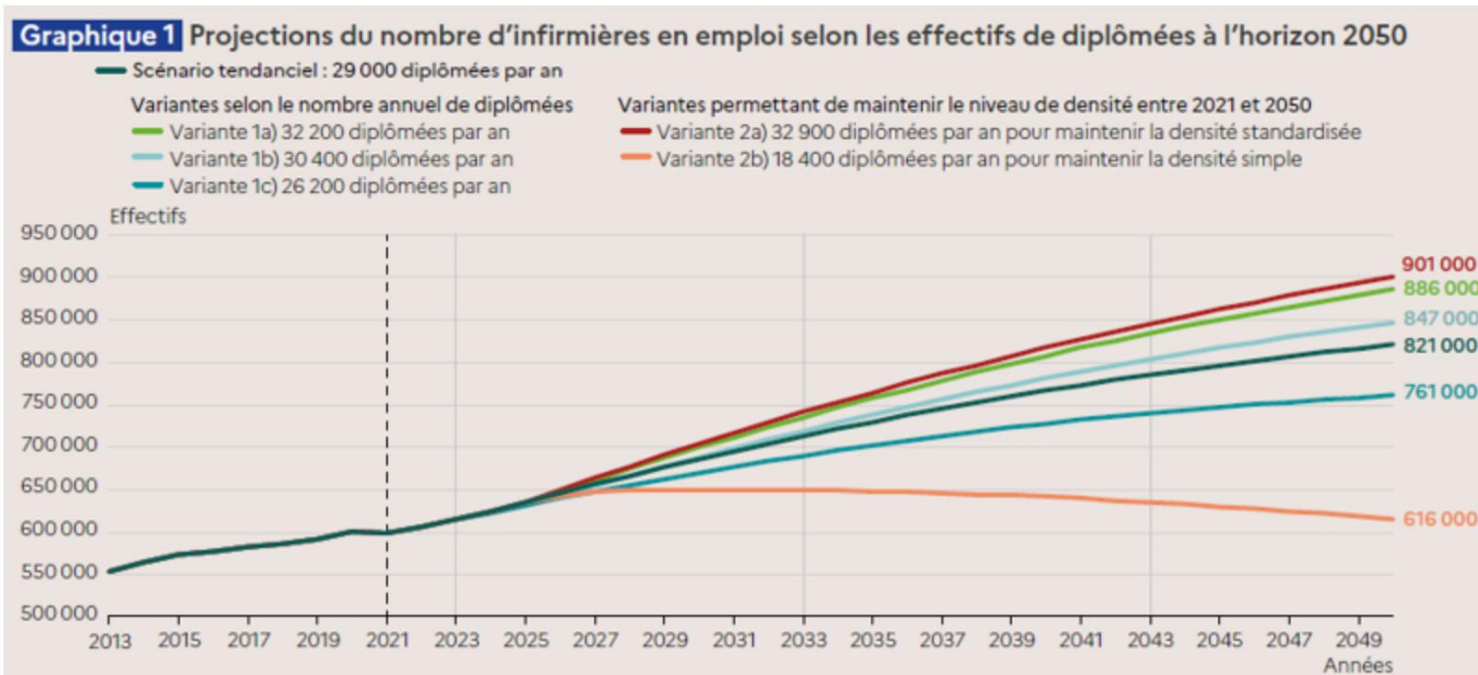
Resources humaine en soignants

- 3.9 de médecins / 1 000 habitant
- 8.8 IDE / 1 000 habitant
- 2.8 /100 people >65 years < OECD average of 5.0 lower than the OECD average of 5.0.

Hopitaux et equipment

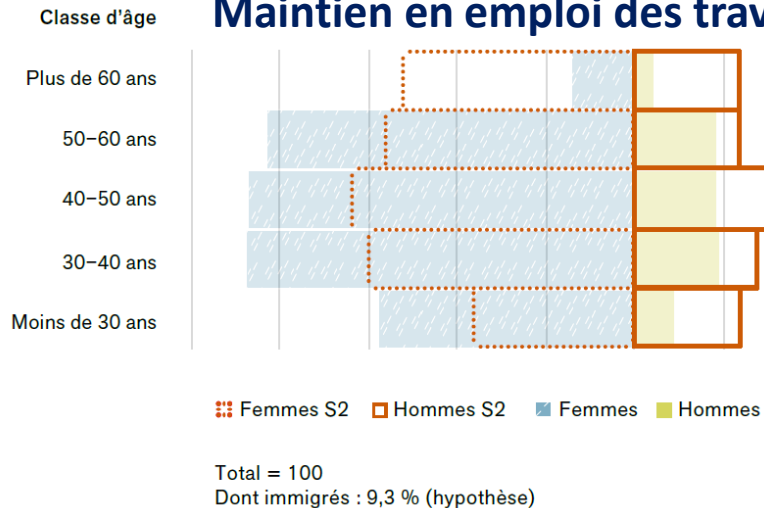
- 5.4 lits pour 1 000 habitants >OECD

Population des soignants

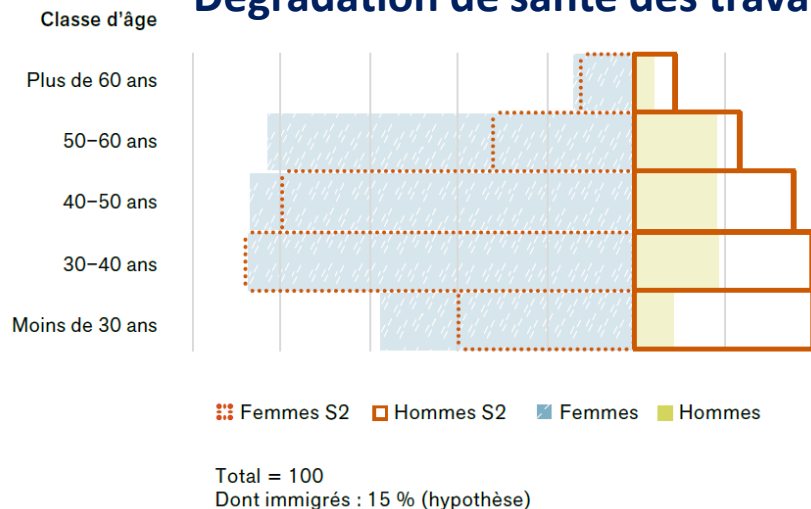


- **Augmentation de 37 %** entre 2021 et 2050 pour atteindre 821 000 en 2050
- **+ 75 % exercice libéral chez les infirmières** libérales au cours de la période de projection
- **Part des infirmières > 60 ans** augmenterait d'un point au cours de la période, comme la part de celles de moins de 25 ans
- Couverture des besoins en soins infirmiers diminuerait avec le vieillissement de la population
- **Besoins en soins infirmiers ↗50 %** entre 2021 et 2050.
- **Besoins de 80 000 infirmières supplémentaires** en 2050 pour couvrir les besoins en soins

Maintien en emploi des travailleurs senior



Dégradation de santé des travailleurs senior



- **Effectif des métiers du grand âge**
 - 1,2 million d'ETP en 2050 vs 83000 en 2019
- **Epuisement des professionnels** lié a l'augmentation de la prise en charge a domicile
- **Médecins (généralistes et spécialistes)**
 - **210 000 en 2021 à 292 000 en 2050.**
 - nombre des effectifs connaîtra probablement une stagnation jusqu'en 2030, avant une **augmentation relativement importante jusqu'en 2050** (+1,5 % de croissance annuelle en moyenne entre 2030 et 2050)

Evolution des politiques de santé

Gabriel BIRGAND

Stratégie Nationale de Santé



Haut Conseil de la santé publique

AVIS

Réflexion prospective pour le système de santé :
Orientations de mise en œuvre

Stratégie Nationale de Santé

Pression croissante sur les dépenses de santé liée à :

- Evolution **démographique** (vieillesse)
- Changements **épidémiologiques** (maladies chroniques)
- **Nouvelles technologies** (interopérabilité, normalisation, coût)
- **Autonomisation** des patients
- **Pénuries** de main-d'œuvre
- Répartition inégale du personnel de santé
- **Inégalités** en matière de santé

Améliorer l'efficacité, l'accessibilité et les capacités d'adaptation de ces systèmes pour s'adapter aux changements et défis à venir

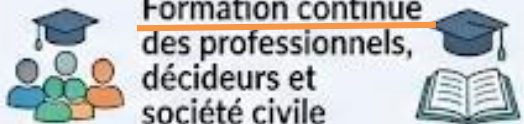
Une priorisation vers un système préventif et promoteur de santé

AXE 1 : ACCESSIBILITÉ, SÉCURITÉ ET PERTINENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

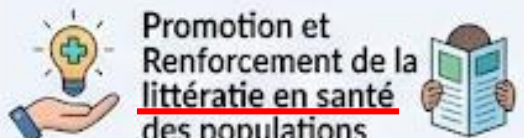
- Mettre en place l'intersectorialité et l'approche pluriprofessionnelle



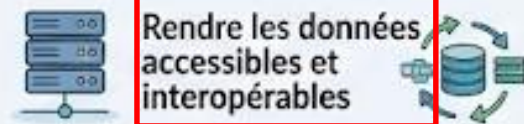
Formation continue des professionnels, décideurs et société civile



Promotion et Renforcement de la littératie en santé des populations



Rendre les données accessibles et interopérables



Généraliser la surveillance des événements indésirables



AXE 2 : DÉMOCRATIE PARTICIPATIVE EN SANTÉ

- Développer les démarches d'aller-vers



- Mise à disposition d'information fiable et accès aux données



- Formations intersectorielles avec participation d'usagers, associations



AXE 3 : PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ À TOUS LES ÂGES

- Adaptation aux réalités territoriales, sociales et parcours de vie



- Réorganiser les structures pour la prévention (vers « préventif et curatif »)



- Transformer les formations pour une compétence prévention partagée



AXE 4 : GOUVERNANCE, ACTEURS ET PILOTAGE : STRATÉGIE ET DÉCLINAISON

- Territorialiser via les CPTS



- Améliorer la désirabilité et lisibilité des messages pour tous



- Renforcer la participation dans la conception, mise en oeuvre, évaluation



Stratégie HAS 2025-2030

PRIORITÉ 1

Promouvoir l'approche
intégrée du **parcours**
de vie des personnes

Amplifier les synergies entre
interventions sanitaires, sociales
et médico-sociales

Coordination des parcours



S'adapter aux besoins et attentes
des personnes dans une offre en
mutation

Aller-vers



Positionner le pouvoir d'agir
des personnes comme vecteur
fondamental de la qualité

Recueil du point de vue
des personnes



PRIORITÉ 2

Défendre la qualité
dans un **système**
de santé en tension

Ancrer la pertinence et la sécurité
dans les pratiques professionnelles

Actualisation des productions



Repenser l'évaluation médico-
économique

Efficience des dépenses
de santé



Redonner du sens à la mesure
de la qualité

Indicateurs les plus utiles



Faciliter l'appropriation et
l'impact des productions

Sciences humaines, sociales
et comportementales



PRIORITÉ 3

Préparer l'avenir
pour consolider
le modèle français

Combiner solidité et agilité
dans l'évaluation des nouveautés

Gestion de l'incertitude



Être moteur en Europe et
à l'international pour poser
les standards de demain

Évaluation européenne
des technologies de santé



S'adapter pour faire face aux
menaces actuelles et futures

Santé-environnement



Stratégie HAS 2025-2030

PRIORITÉ 1

Promouvoir l'approche
intégrée du **parcours**
de vie des personnes

PRIORITÉ 2

Défendre la qualité
dans un **système**
de santé en tension

PRIORITÉ 3

Préparer l'avenir
pour consolider
le modèle français

Thématiques phares sur lesquelles la HAS va renforcer son action

Prévention

Déterminants sociaux de la santé



Santé mentale et psychiatrie

Troubles sévères



Numérique et IA en santé

Cadre de confiance



Positionner le pouvoir d'agir
des personnes comme vecteur
fondamental de la qualité

Recueil du point de vue
des personnes



Redonner du sens à la mesure
de la qualité

Indicateurs les plus utiles



Faciliter l'appropriation et
l'impact des productions

Sciences humaines, sociales
et comportementales



S'adapter pour faire face aux
menaces actuelles et futures

Santé-environnement



Vieillir en bonne santé et soins en communauté

- **Vieillessement en bonne santé** pour réduire dépenses de santé et soins de LD
 - Ecart espé. de vie vs l'espé. de vie en bonne santé → 5,2 ans en 2000 à 5,7 ans en 2021
- Accorder davantage d'importance à la **prévention et aux soins de proximité**
 - ↗10 % dépenses de prévention → -0,9 % en 5 ans de proportion de maladies chroniques
 - ↗10 % ratio des dépenses de soins LD à domicile / hospit → -4,9 % des dépenses totales de soins de longue durée
- **Manque de logements adaptés**, accès insuffisant à des services de soins à domicile
 - 20 % des personnes âgées ont réalisé des adaptations dans leur logement.
 - Rampes d'accès ou les solutions facilitant l'utilisation des escaliers, sont encore moins fréquents : seulement 5 % des personnes âgées en disposent



- Développement de la **formation et sensibilisation des PS**
 - Formation obligatoire sur l'antibiorésistance et PRI dans tous les cursus médicaux et paramédicaux + formation continue sur PRI
 - Promouvoir la constitution d'une filière hospitalo-universitaire en PRI
- Amélioration de la **sensibilisation des élus**
- Renforcer l'impact des campagnes de **sensibilisation du grand public**
 - Rendre obligatoire l'éducation sur les antibiotiques et l'hygiène dans les écoles et les entreprises
- Renforcer les **collaborations existantes entre CPias et CRAtb**, faciliter leur mutualisation
- Développer des programmes **d'échange avec d'autres pays**

Evolution des soins

Gabriel BIRGAND

Médecine aiguë en 2050

The unchanging principles

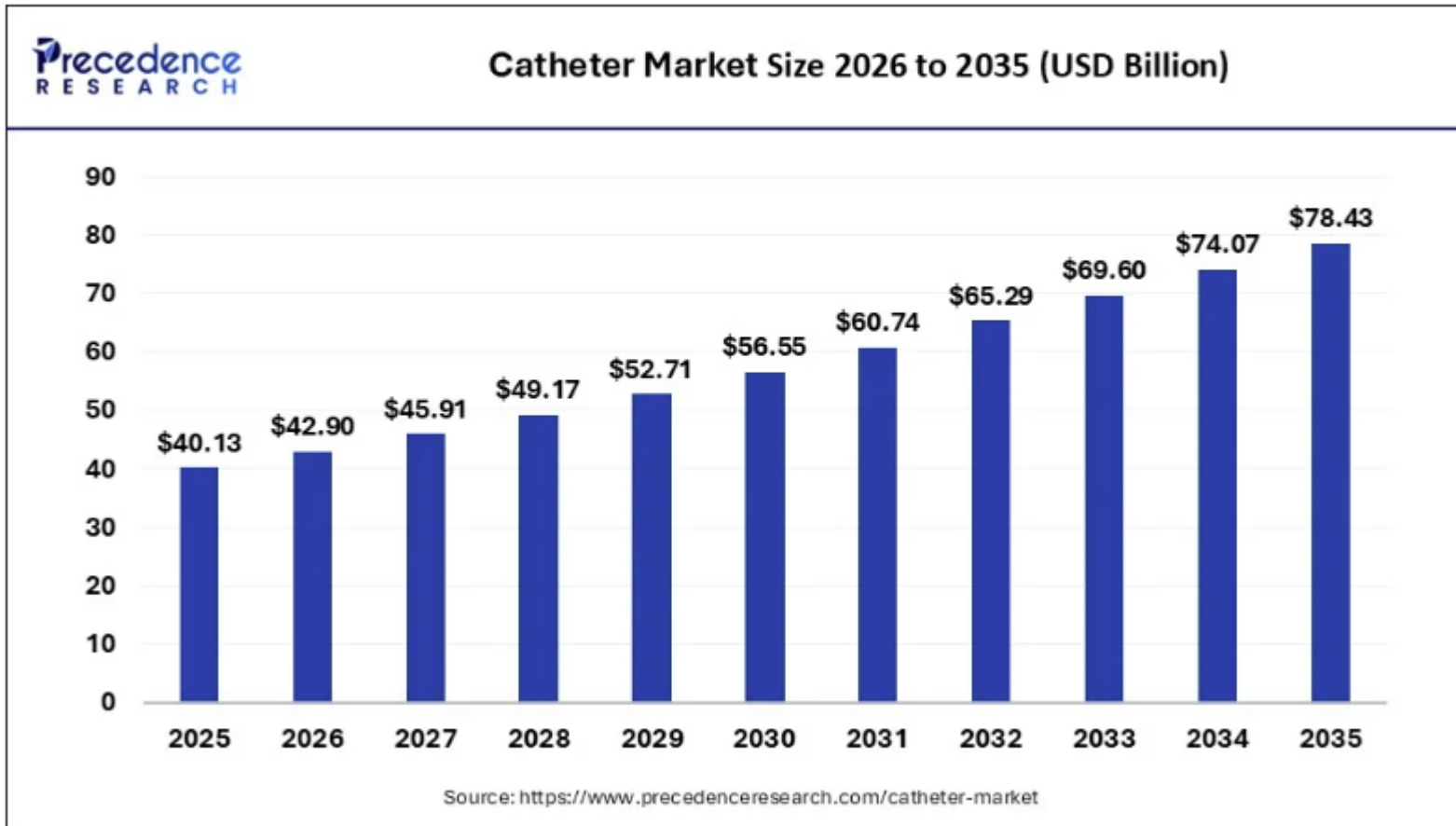
- Timely expert decision maker-led, team-based clinical decision-making and accountability
- Whole-person, system-aware care
- Commitment to communication, safety and flow
- Compassionate leadership and continuous learning
- Adaptability under uncertainty

2050 Predictions

- Regional acute care networks dynamically managing patient flow
- AI-assisted decision support as an efficiency-improving clinical partner
- Avoidable admissions becoming the exception
- Teams organised around patients, not processes
- Acute physicians as clinicians, innovators and system orchestrators

- **Lits de soins intensifs** → **proportion** > du nombre total de lits qu'à l'heure actuelle.
- Augmentation de prise en charge hors hopital et HDJ → gravité des patients hospitalisés plus élevée
- **Chambres ultraconnectées**, modules et écrans interactifs
- Moins d'équipements, de catheters
 - Monitoring par systèmes **sans fil simples et non invasifs** (percutanés, analyse de l'air expiré)
- Respirateurs moins nombreux et plus petits que les respirateurs actuels.
 - Moins d'intubation endotrachéale et ventilation mécanique,
 - **ECMO** et d'élimination extracorporelle du dioxyde de carbone (**ECCO₂R**) auront considérablement progressé.
- Amélioration du processus de soins par médecine personnalisée, centrés sur le patient

Usage croissant des cathéters

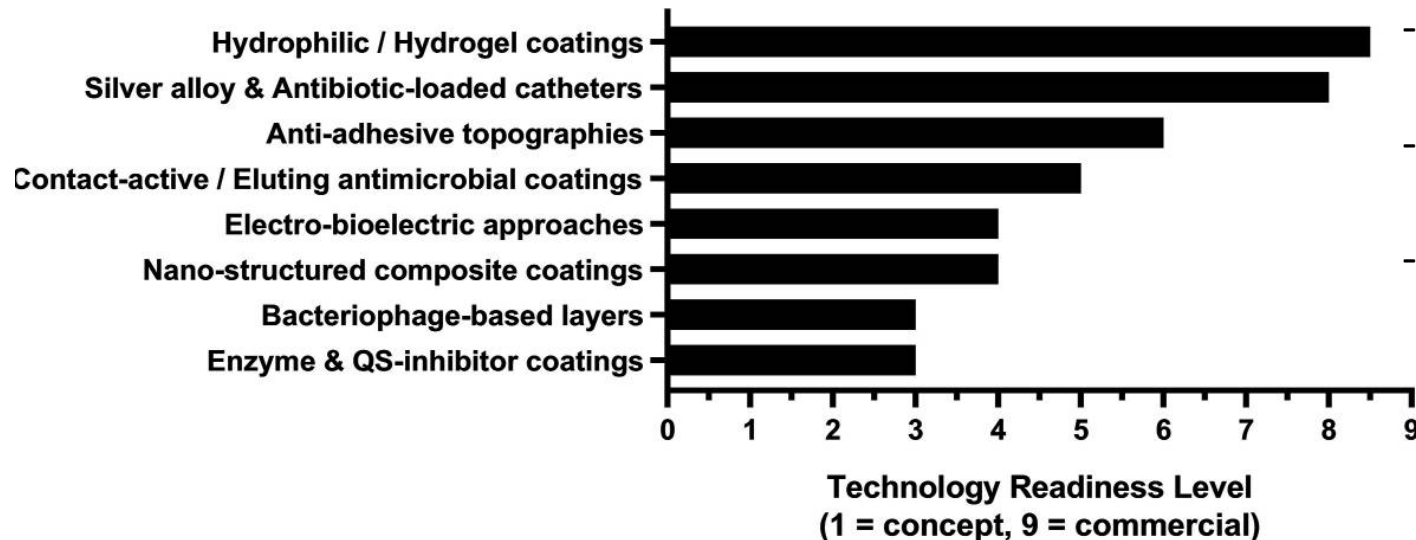


- Marché estimé à 42,90 milliards de dollars en 2026, et environ 78,43 milliards d'ici 2035
- Taux de croissance annuel moyen : +6,93 % de 2026 à 2035.

• **FUTURE:**

- Catheter manufacturing - technological innovation and patient-focused advancements.
- Integration of smart sensors for real-time feedback.
- Use of biocompatible and advanced materials.
- 3D printing and nanotechnology for custom designed catheters.

- Capteurs intelligents → information en temps réel
- Matériaux biocompatibles
- Miniaturisation des dispositifs afin de favoriser les procédures mini-invasives.
- Impression 3D et les nanotechnologies → architectures multicouches
 - **Limiter l'encrassement,**
 - **Permettre l'administration à la demande de microdoses d'agents à large spectre ;**
 - **Détecter simultanément le pH et l'uréase, afin d'alerter / risque d'obstruction ;**
 - **Conserver leur intégrité pendant au moins 30 jours.**



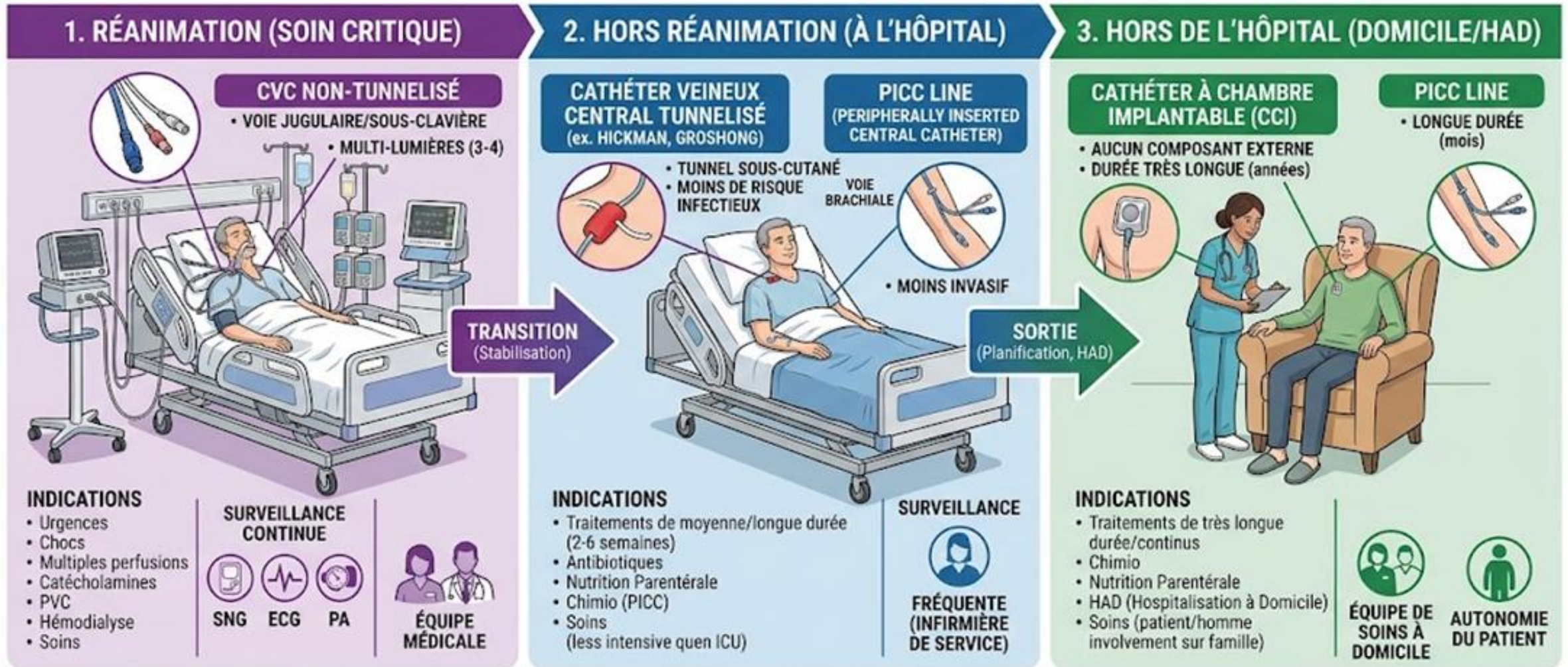
Amélioration de la qualité des soins par les Dispositifs « intelligents » — pompes connectées, capteurs intravasculaires, systèmes de surveillance continue, robots de pose ou dispositifs implantables communicants

Nouveaux enjeux :

- Continuité et qualité des données
- Alertes inappropriées ou surcharge d'alertes
- Cybersécurité
- Dépendance à des systèmes propriétaires
- Difficulté à distinguer colonisation, inflammation non infectieuse et véritable infection.

Risque de décision clinique et organisationnelle, plutôt que d'un risque infectieux direct, mais il pourra influencer fortement la prévention.

Evolution de la prise en charge des patients porteurs de cathéter

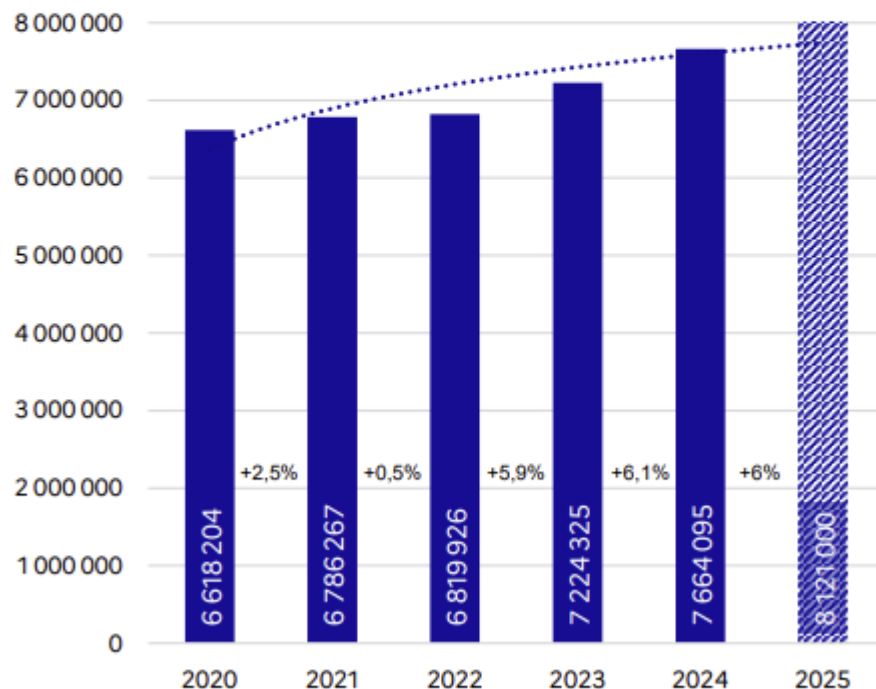




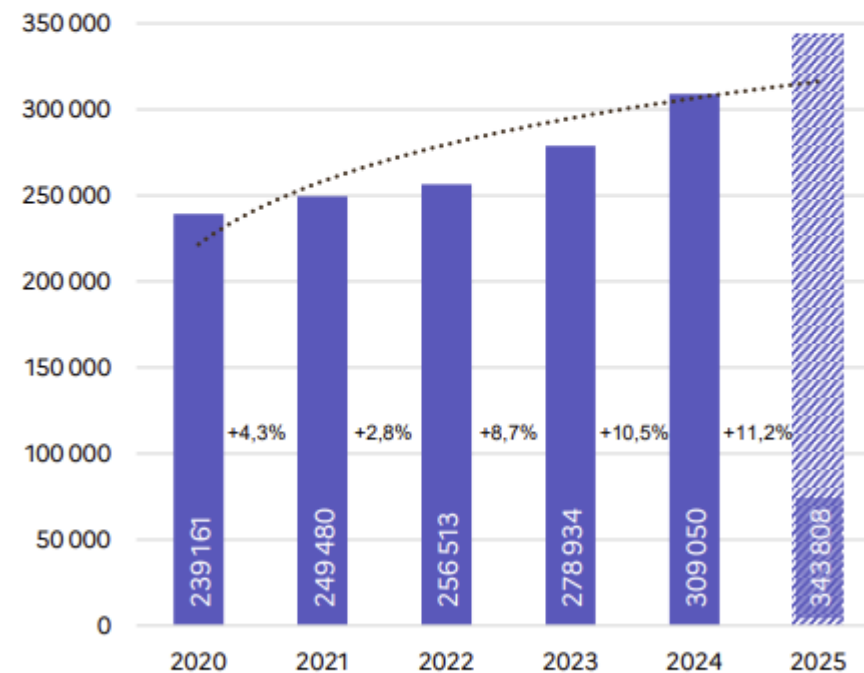
Chiffres clés 2025

Evolution des journées et séjours d'HAD

Nombre de journées d'HAD



Nombre de séjours d'HAD





• Comment atteindre les professionnels et les impliquer ?

- Approche pluri-professionnelle
 - CPTS: Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
 - MSP: Maison de Santé Professionnelle
- Approche populationnelle/profession:
 - Pédiatrie, IDEL, Chir. dentiste, Kiné...
- Collaboration PRI et BUA et qualité d'un seul corps
- Fiches pratiques PRI
- Nécessité du temps long

Expérimentation du retraitement de certains dispositifs médicaux à usage unique

Objectifs: tester la faisabilité du retraitement de certains DMUU et évaluer

- Impacts économiques et environnementaux
- Bénéfices, les risques et la traçabilité des dispositifs retraités
- Adhésion des professionnels de santé, dont les pharmaciens hospitaliers, et des patients
- Impact sur l'organisation des soins et la charge de travail au sein des établissements.

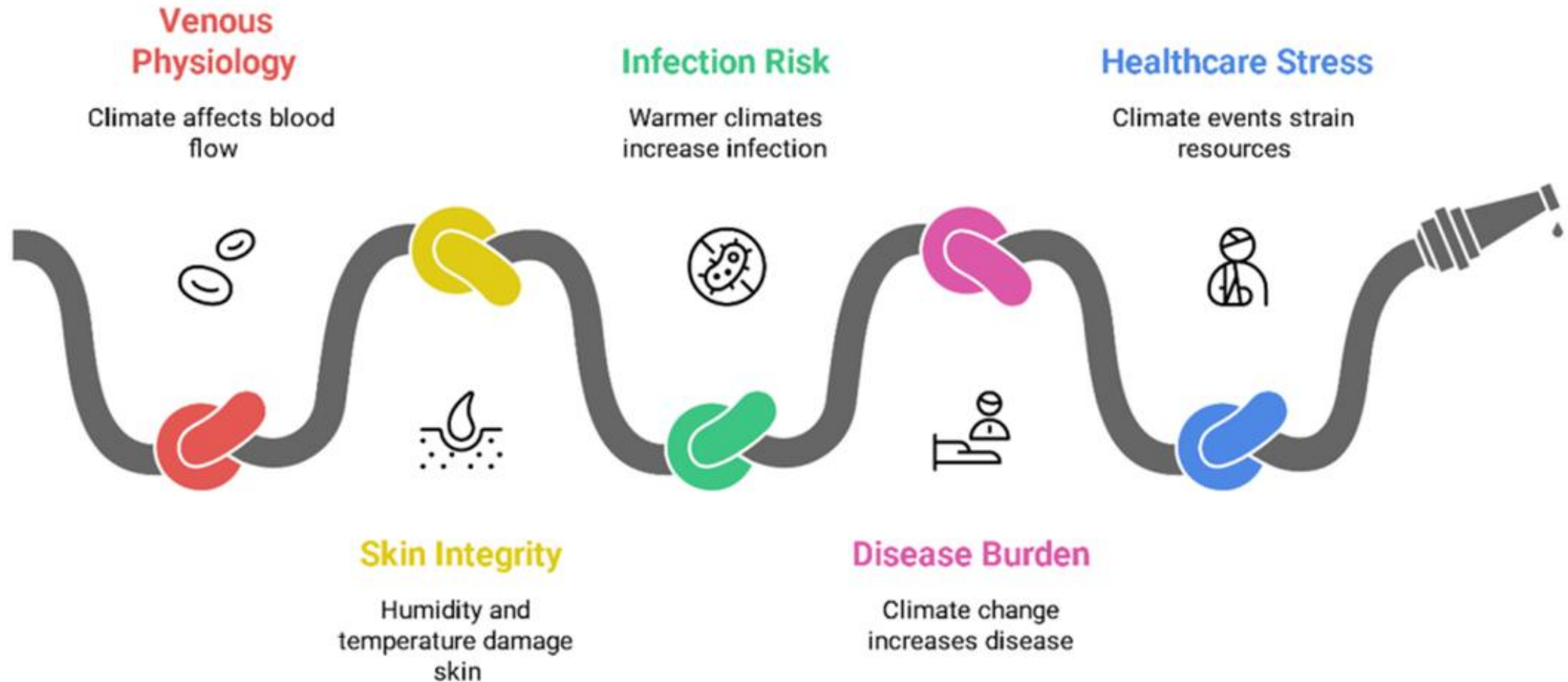
Durée : deux ans

Catégories de DMUU: certains cathéters et dispositifs de cartographie cardiaque, d'ablation ou d'angiographie

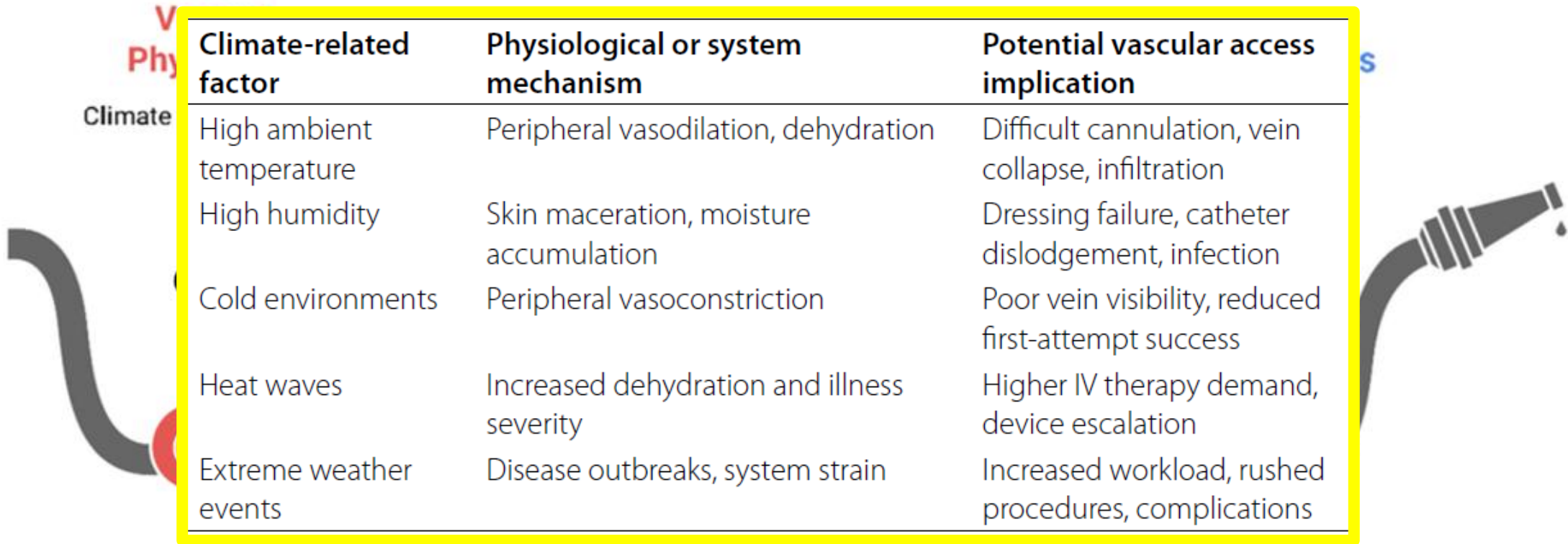
Evolution contextuelles

Gabriel BIRGAND

Impact du changement climatique sur l'accès vasculaire

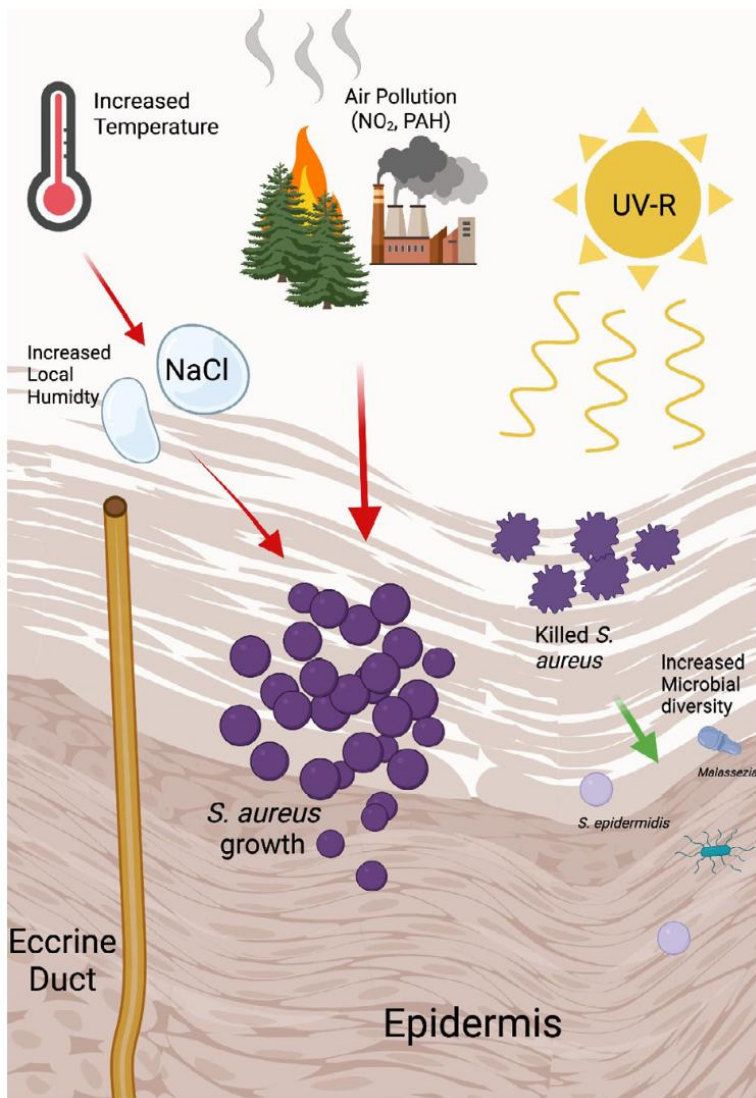


Impact du changement climatique sur l'accès vasculaire



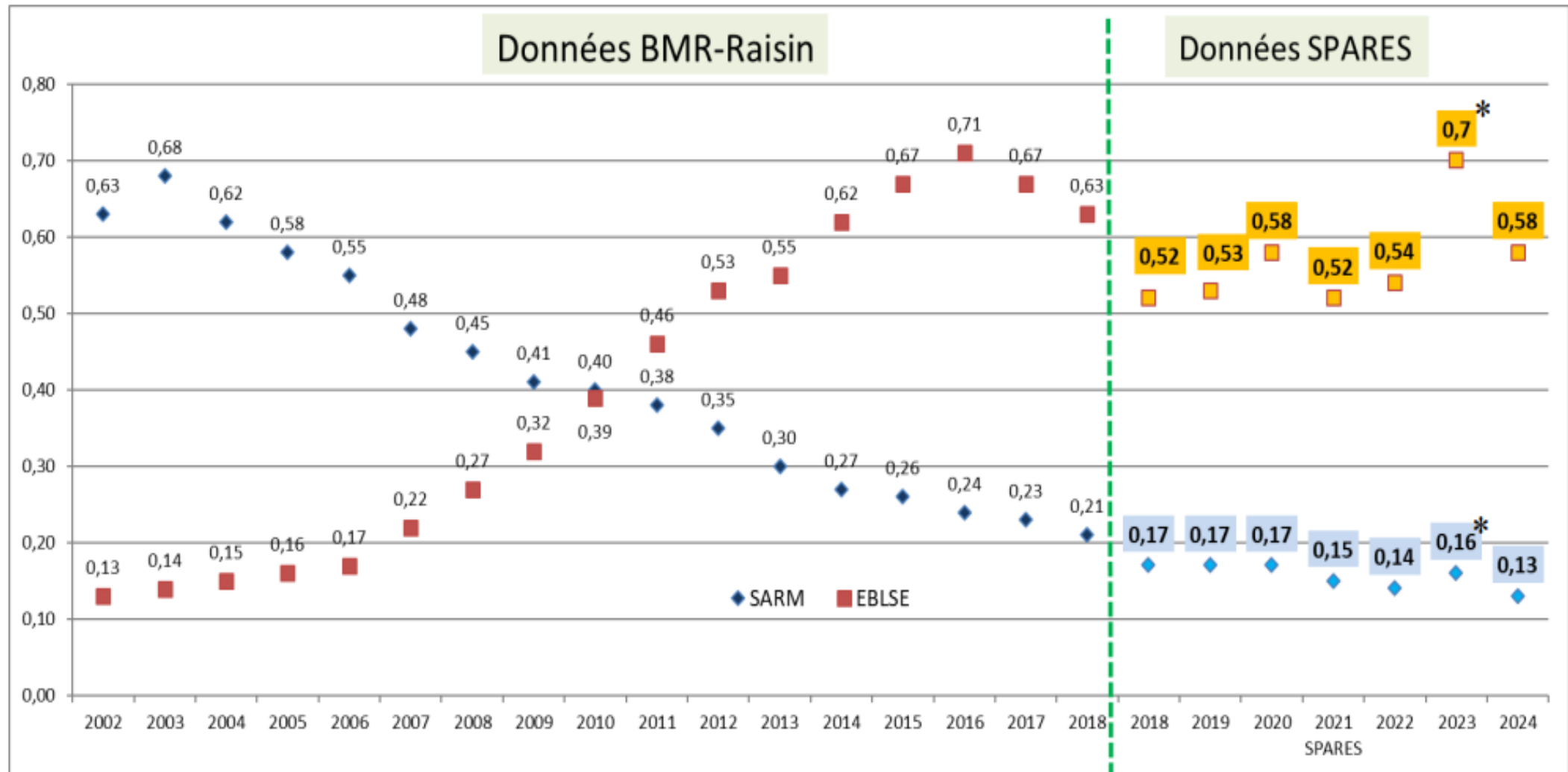
Climate-related factor	Physiological or system mechanism	Potential vascular access implication
High ambient temperature	Peripheral vasodilation, dehydration	Difficult cannulation, vein collapse, infiltration
High humidity	Skin maceration, moisture accumulation	Dressing failure, catheter dislodgement, infection
Cold environments	Peripheral vasoconstriction	Poor vein visibility, reduced first-attempt success
Heat waves	Increased dehydration and illness severity	Higher IV therapy demand, device escalation
Extreme weather events	Disease outbreaks, system strain	Increased workload, rushed procedures, complications

As healthcare systems adapt to a changing climate, vascular access should be included in broader discussions on resilience, sustainability, and quality of care.

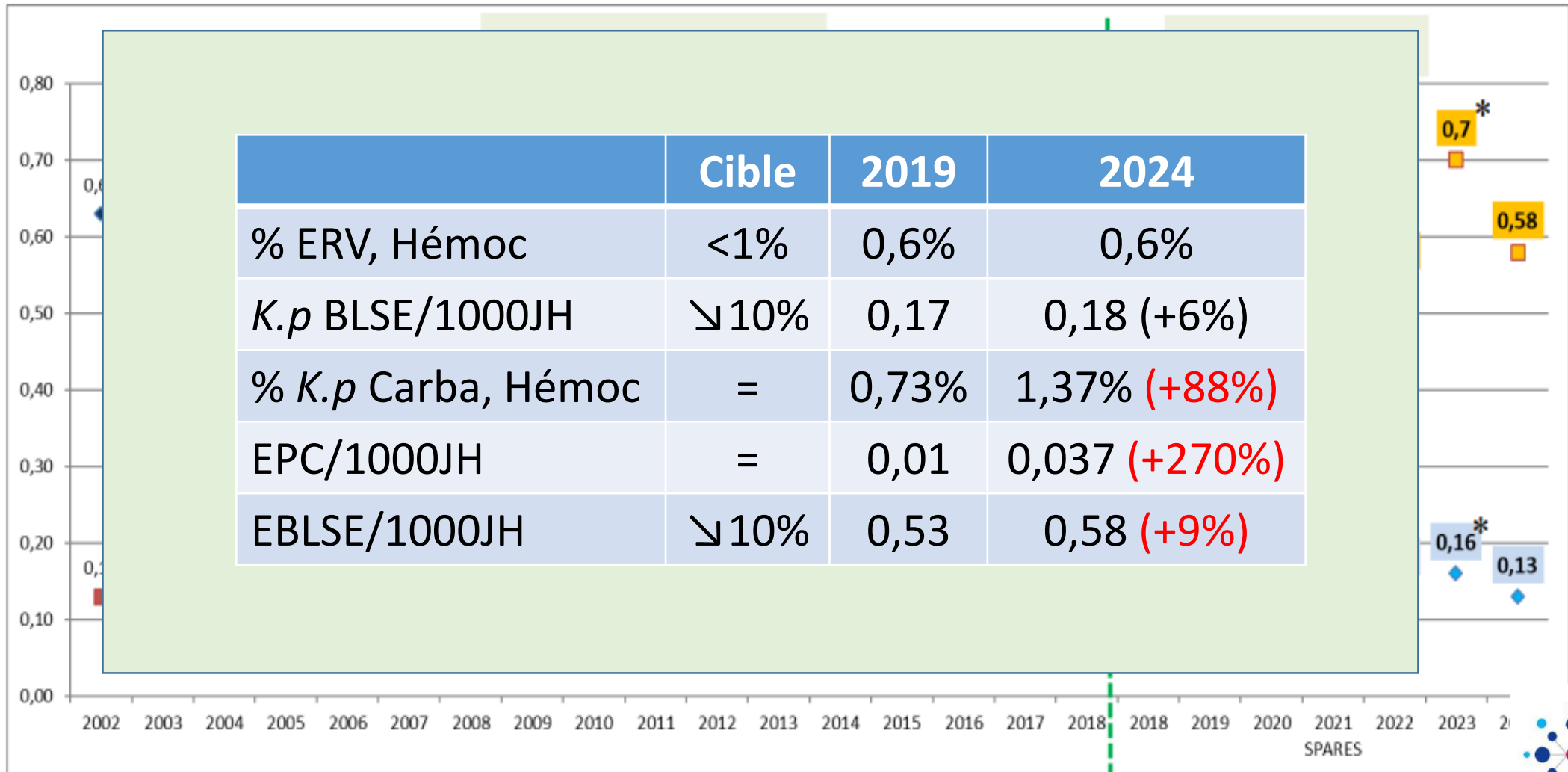


- Infections cutanées causées par le SARM avec pic accru début du mois de septembre
- Staphylocoques à coagulase négative, présentent un **avantage écologique sur *S. aureus* lorsque les températures du microenvironnement diminuent.**
- **Humidité relative** influence la croissance bactérienne
- Humidité locale liée à la transpiration peut modifier le microbiome cutané
- Influence de l'augmentation de l'incidence des **feux de forêt.**

Signalements d'EPC – Données e-SIN



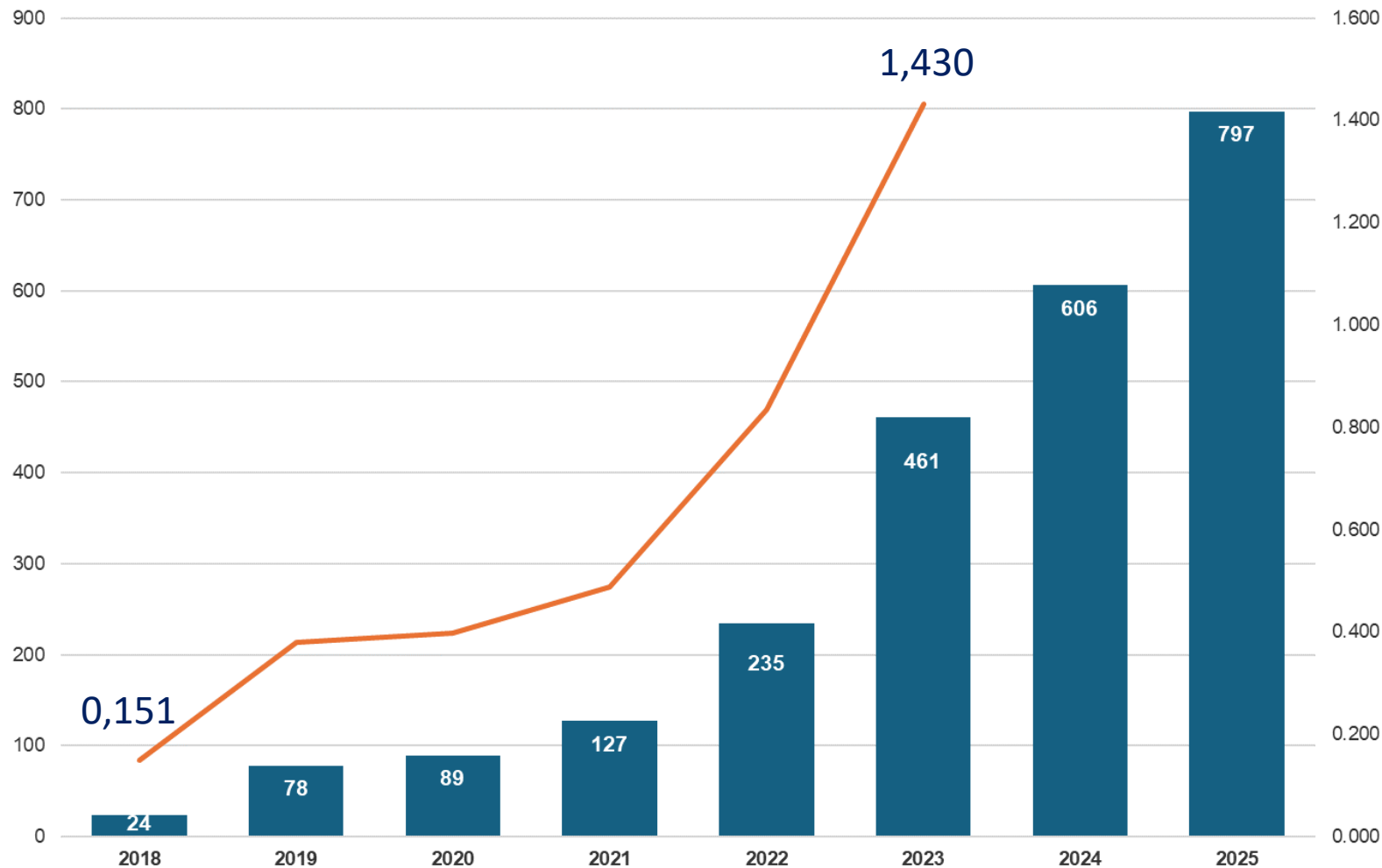
Signalements d'EPC – Données e-SIN



Données 2018–2023 PRIMO

Nombre de souches
EPC

Incidence
/100 000 habitants

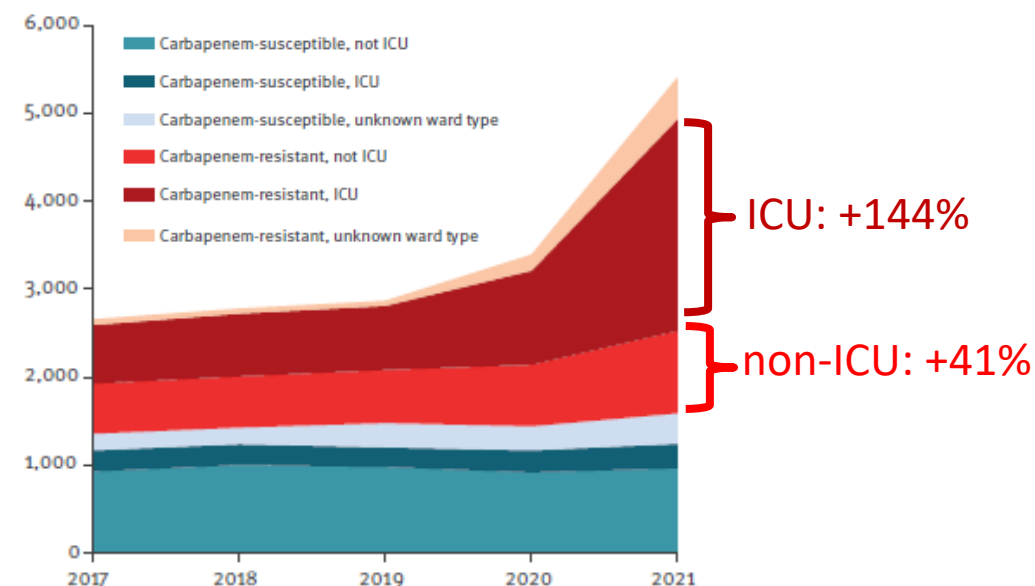
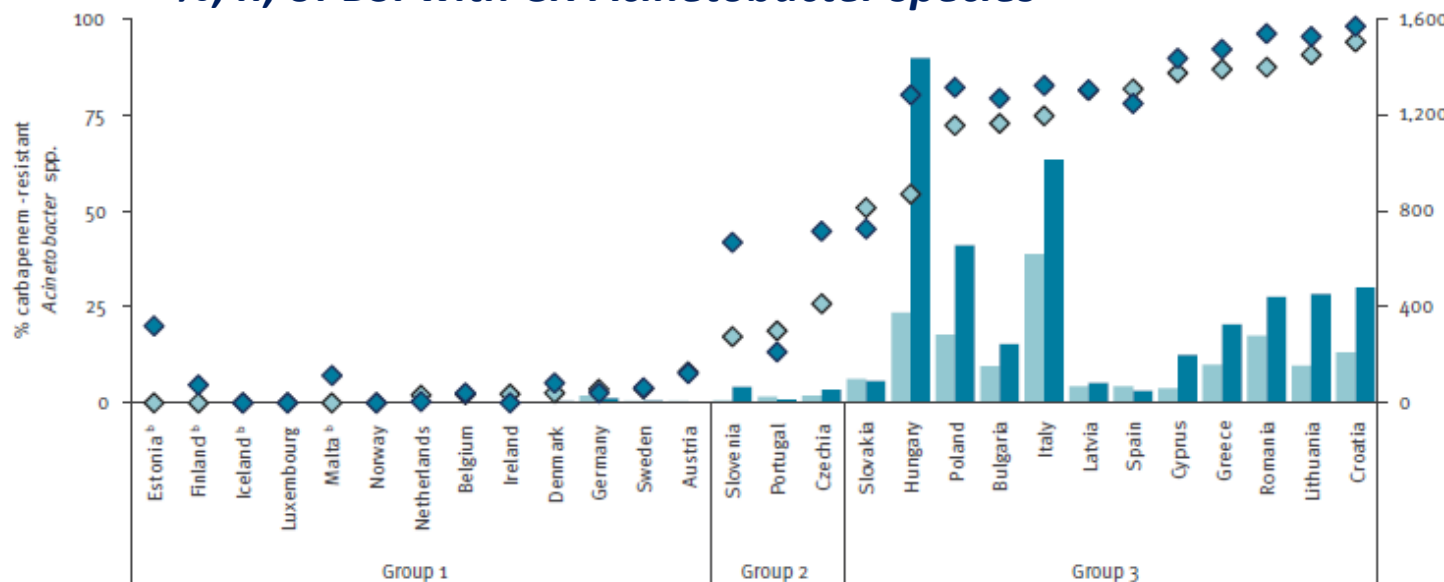


Upcoming challenges

Carbapenem-Resistant *Acinetobacter* spp

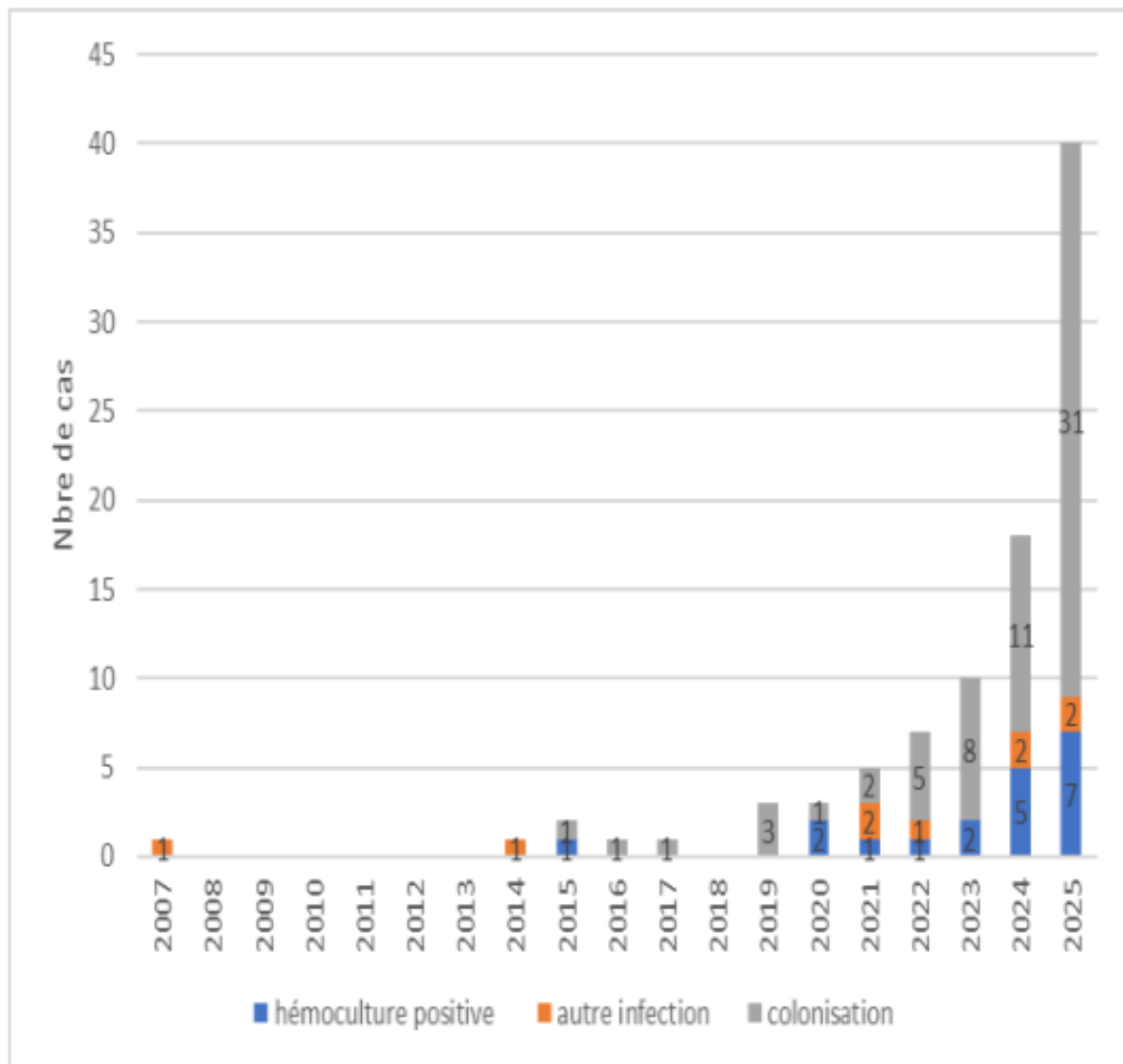
- Acinetobacter* spp. BSIs carbapenem susceptibility, EU/EEA 2017 to 2021

% , n, of BSI with CR-*Acinetobacter* species



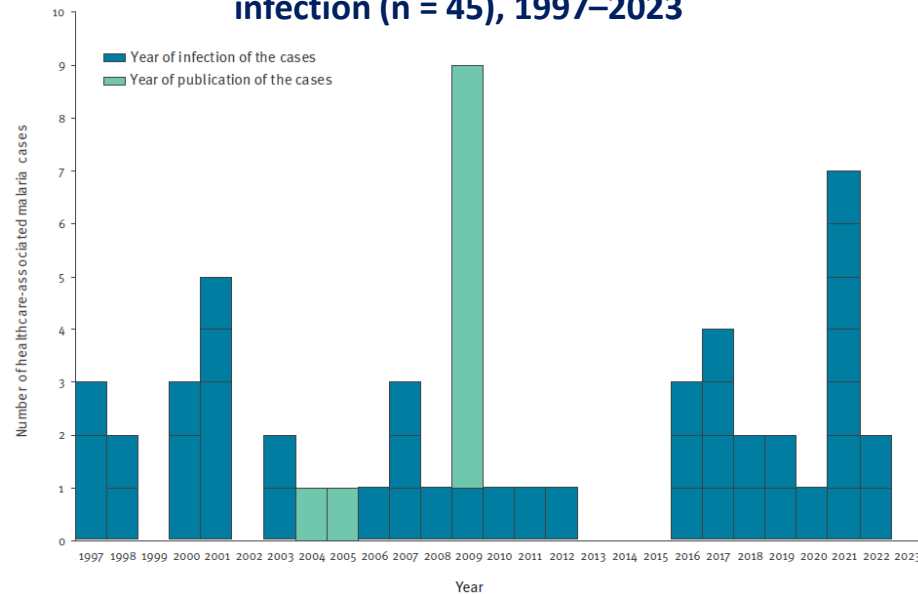
- Strong measures (search and isolate) in high risk unit (ICU, Burn)
- CP in medical/surgical wards, enhanced in case of outbreak
- Rigorous adherence to HH, environmental cleaning, PPE, AMS+++

Candidozyma auris



Systematic review 37 studies to explore determinants of 55 HA-malaria cases, 64% in Europe

Number of healthcare-associated malaria cases per year of infection (n = 45), 1997–2023



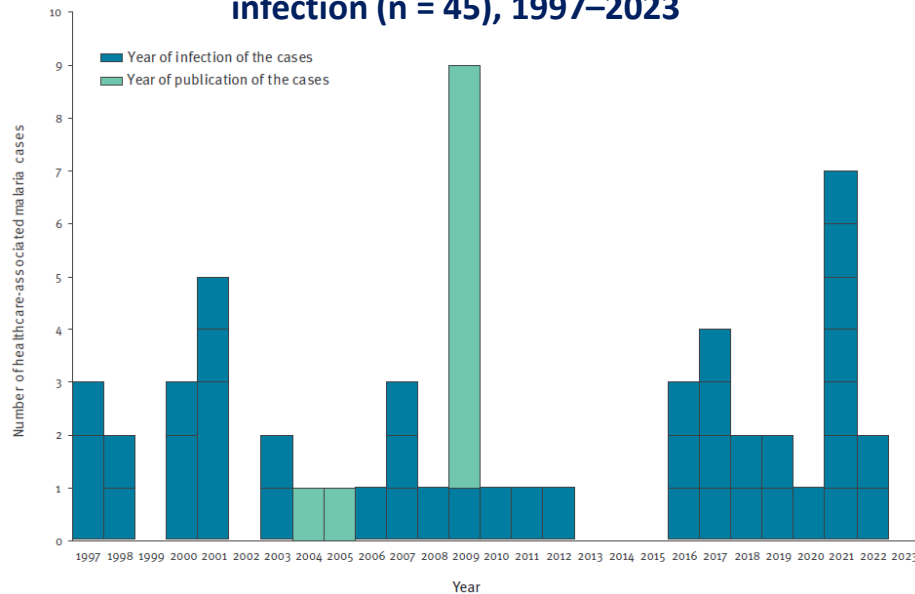
- Median incubation: 15 days (10–20)
- 11 hyper-parasitaemia, 6 recovered, 1 died

Absence of vectors or climate conditions (e.g. winter)

Too short time between I case and II case

Systematic review 37 studies to explore determinants of 55 HA-malaria cases, 64% in Europe

Number of healthcare-associated malaria cases per year of infection (n = 45), 1997–2023

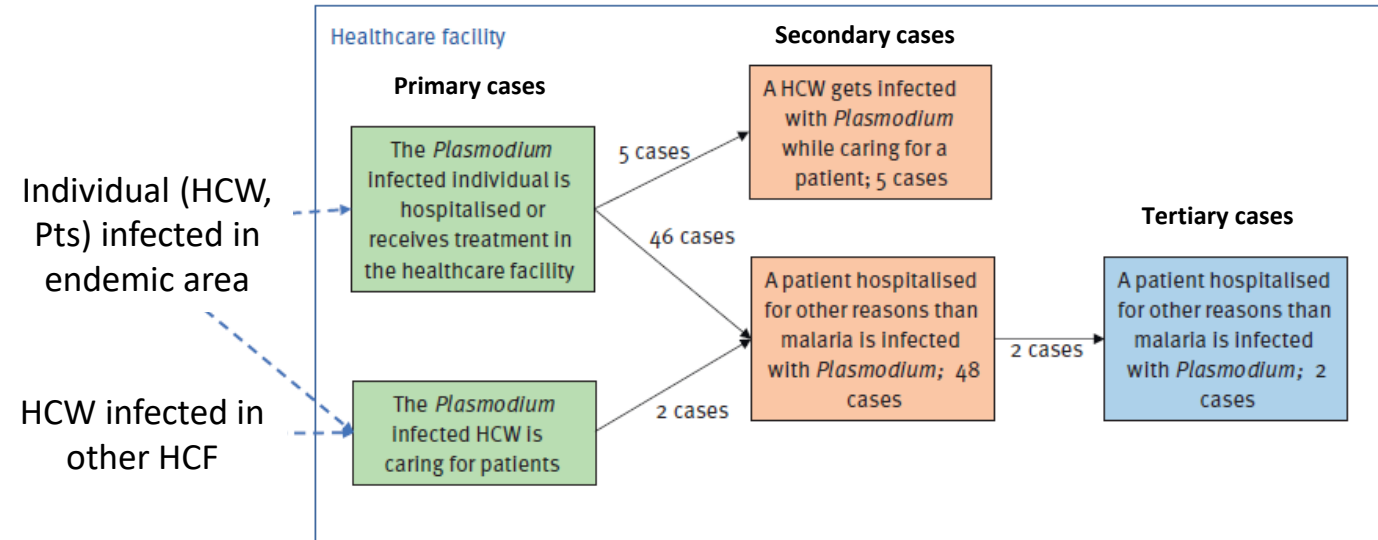


- Median incubation: 15 days (10–20)
- 11 hyper-parasitaemia, 6 recovered, 1 died

Absence of vectors or climate conditions (e.g. winter)

Too short time between I case and II case

Transmission pathways



n = 55	Patient	HCW
Flushing vascular catheter with conta. solution	13	0
Manipulation of intravenous catheter	6	2
Via contaminated gloves	2	0
Capillary blood glucose measurement	3	1

Conclusion

De nombreux défis à venir :

- Populations vieillissante, maladies non transmissibles, émergences
→ nécessité de plus de cathéters ?
- Accentuation de la transition vers les soins à domicile
- Défis structurels et économiques

Certains progrès permettrons de compenser :

- Innovations, intelligence artificielle, diagnostic prédictif, médecine de précision et génomique
- Amélioration des méthodes de prévention

« Sans véritables défis, il ne peut y avoir de réels progrès. »

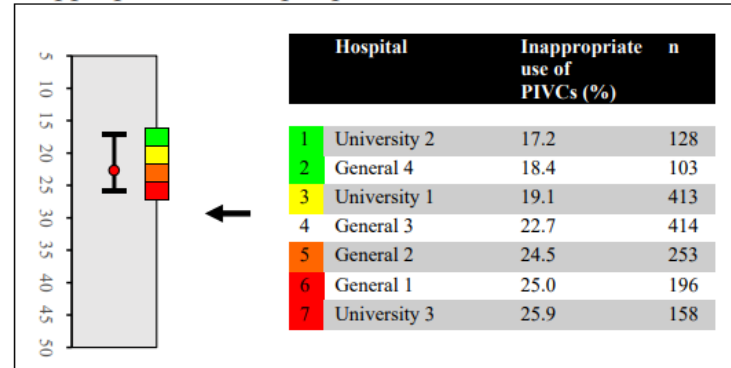
Merci

Gabriel Birgand

@gbirgand

Objective: To reduce inappropriate use of catheters & reduce HAI, ITS, 7 hospitals, Netherlands

Inappropriate use of peripheral intravenous catheters



De-implementation strategy:

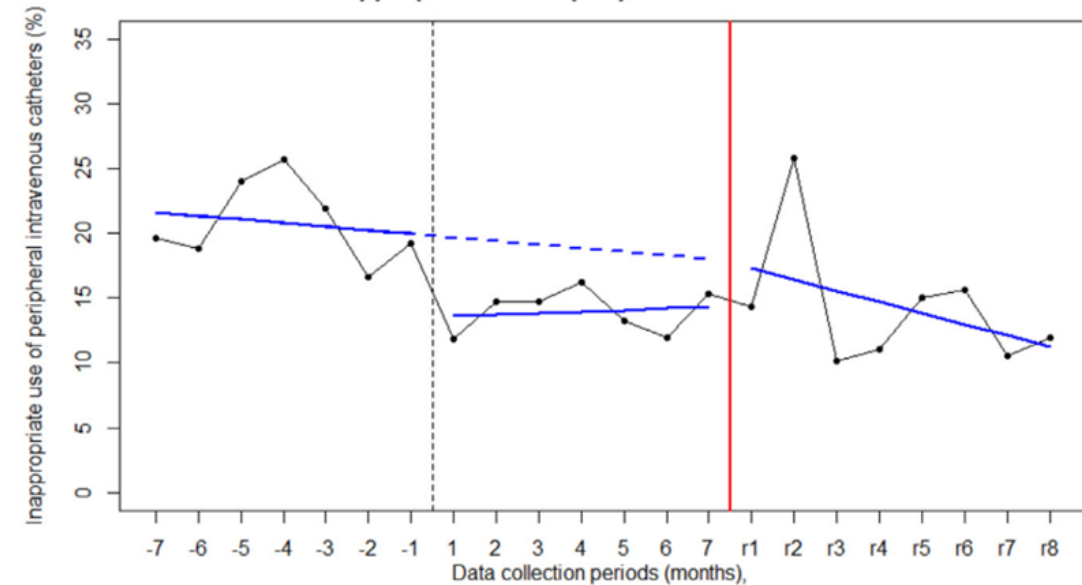
- Assessment of determinants for inappropriate catheter use → checklist ?
- Local champion
- Educational kick-off meetings competitive feedback report
- Educational meetings on appropriate/inappropriate indications for nurses
- List of appropriate indications through posters in doctors' offices
- Pocket cards
- Smart phrase for daily patient report in EHR, empowerment of nurses

APPROPRIATE INDICATIONS FOR A PERIPHERAL IV CATHETER:

- Delivery of peripherally compatible fluids
- Delivery of peripherally compatible medications
- Duration of use will likely confine ≤ 5 days
- Injection of contrast fluids
- Intravenous access for cardiac dysrhythmia
- Transfusion of blood(products)

Does your patient really need a peripheral intravenous catheter?
RICAT-study

ZonMw



Tendances clés pour la santé

- Aspects démographique des populations
- Evolution des maladies non transmissibles et transmissibles
- Evolution du système de santé et stratégies nationales
- Innovations, intelligence artificielle, diagnostic prédictif, médecine de précision et génomique
- Transition vers les soins à domicile
- Défis structurels et économiques

Conclusion

Bridging low-value care & environmental sustainability

- LVC reduction and environmental sustainability = integrated approaches
- Environmental outcomes should be embedded in every de-implementation framework

IPC must embrace LVC concept and shift focus toward active de-implementation

- Locally but also in coming guidelines

Benchmarking & prioritization are key

- Identification, prioritization of LVC, robust benchmarking tools urgently needed
- A strategic, data-driven approach required to guide disinvestment decisions

De-Implementation science as a rigorous pathway

- De-implementation within implementation science and behaviour change frameworks provide a structured and evidence-based pathway

Hypothèse de transmission la plus probable pour ces 3 cas de paludisme nosocomial

Transmission liée à la réutilisation de matériel à usage unique,
notamment utilisé pour le rinçage des CVP
(seringue pré-remplie, dosette NaCl)

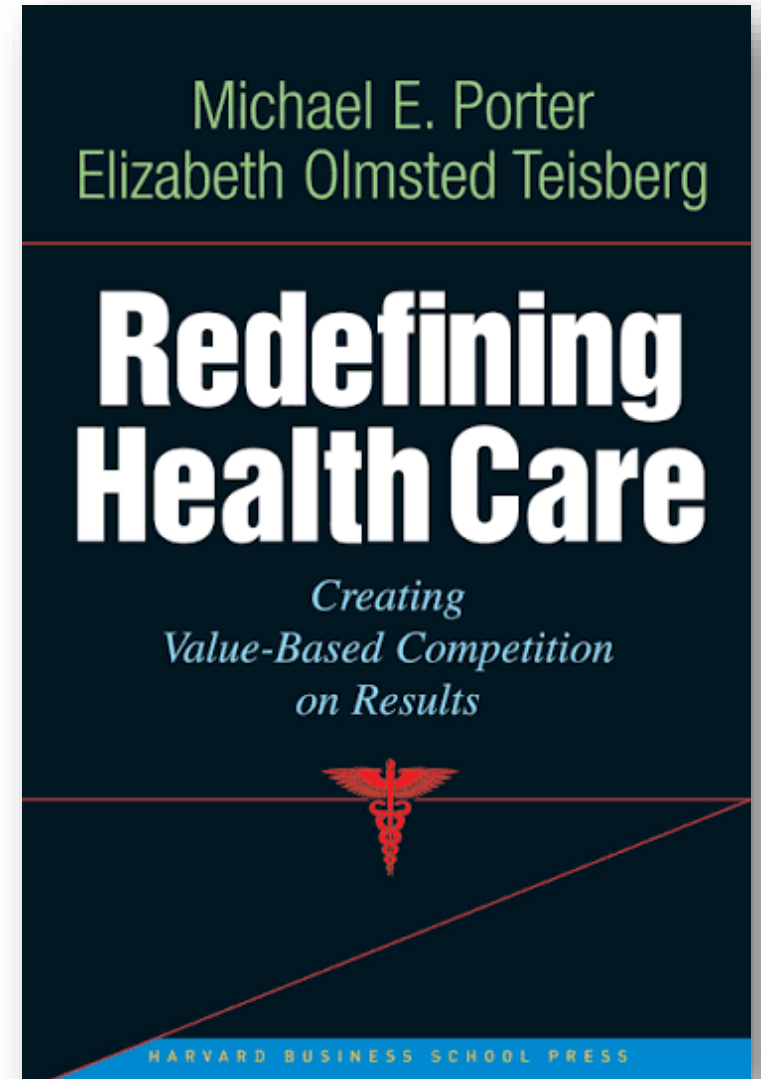
Quelques résultats de l'enquête

- Matériel utilisé (poche ou unidose) est susceptible d'être conservé pour plusieurs patients (44%)
- Réutilisation de seringues pré-remplies pour le même patient, pour le rinçage suivant
- Pas de traçabilité du rinçage pulsé

1st described in US by M.Porter & Olmsted 2006

- Best outcomes for patients relative to costs
- Best use of limited resources for the maximum **benefit of individuals and society**
- Patient-centric approach
- **Promotes collaboration** among HCP across the entire continuum of care
- Integrate **patient experience**
 - **PROMs**: Patient-Reported Outcome Measures
 - **CROMs**: Clinician-Reported Outcome Measures

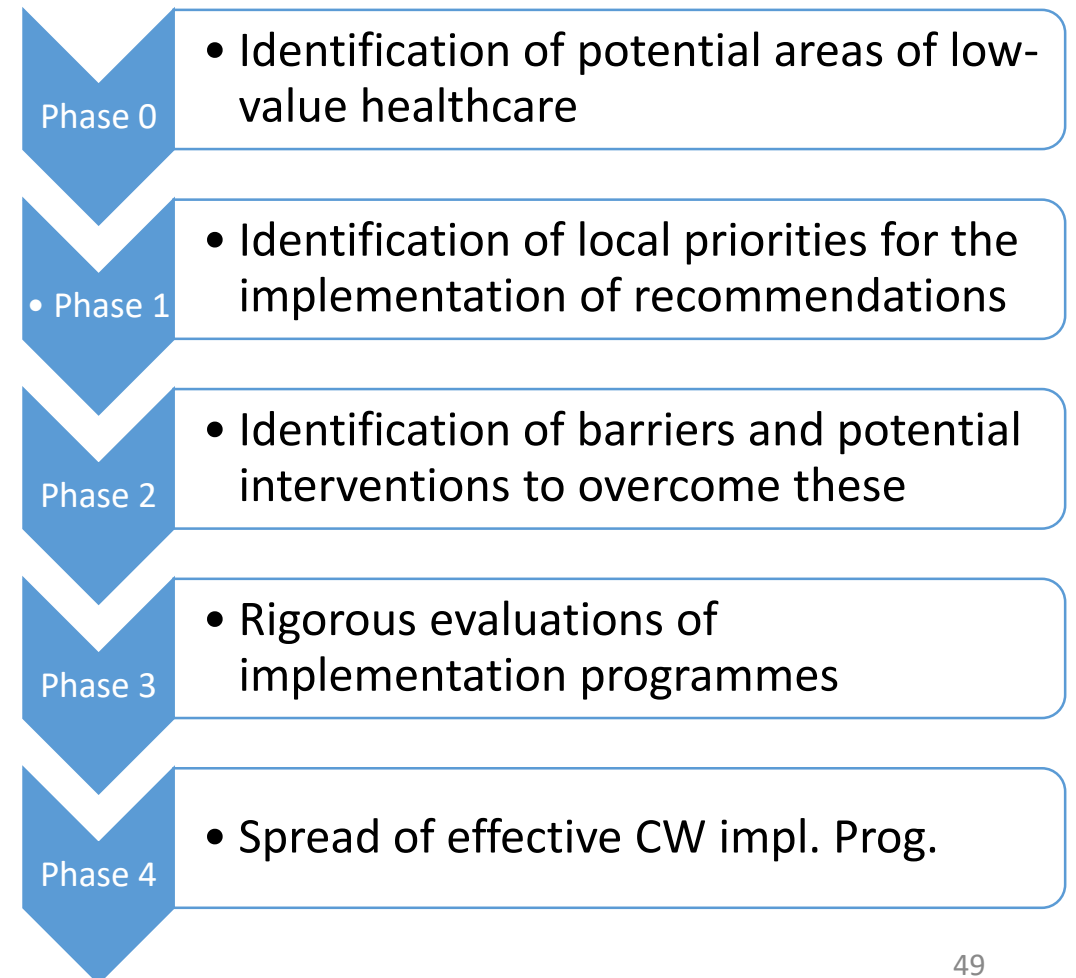
$$\text{Value} = \frac{\text{Outcomes that matter most to patients}}{\text{Costs for the complete patient pathway}}$$



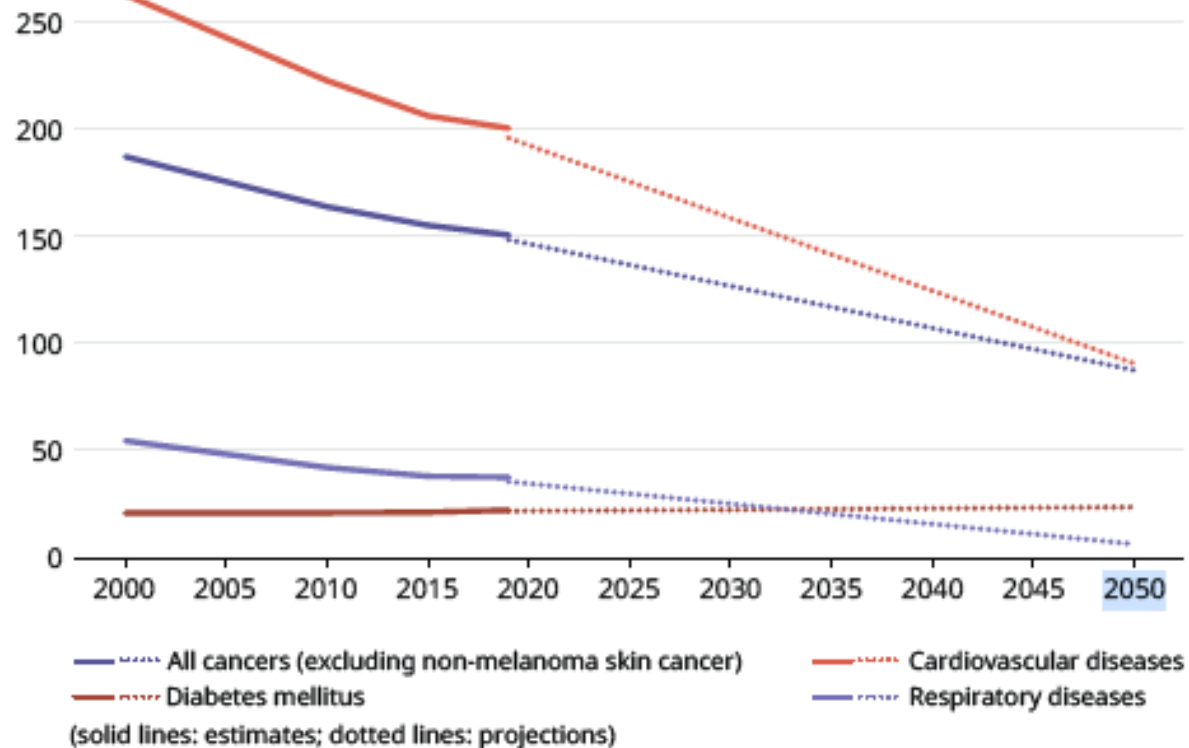
De-Implementation of LVC

The *Choosing Wisely* De-Implementation Framework

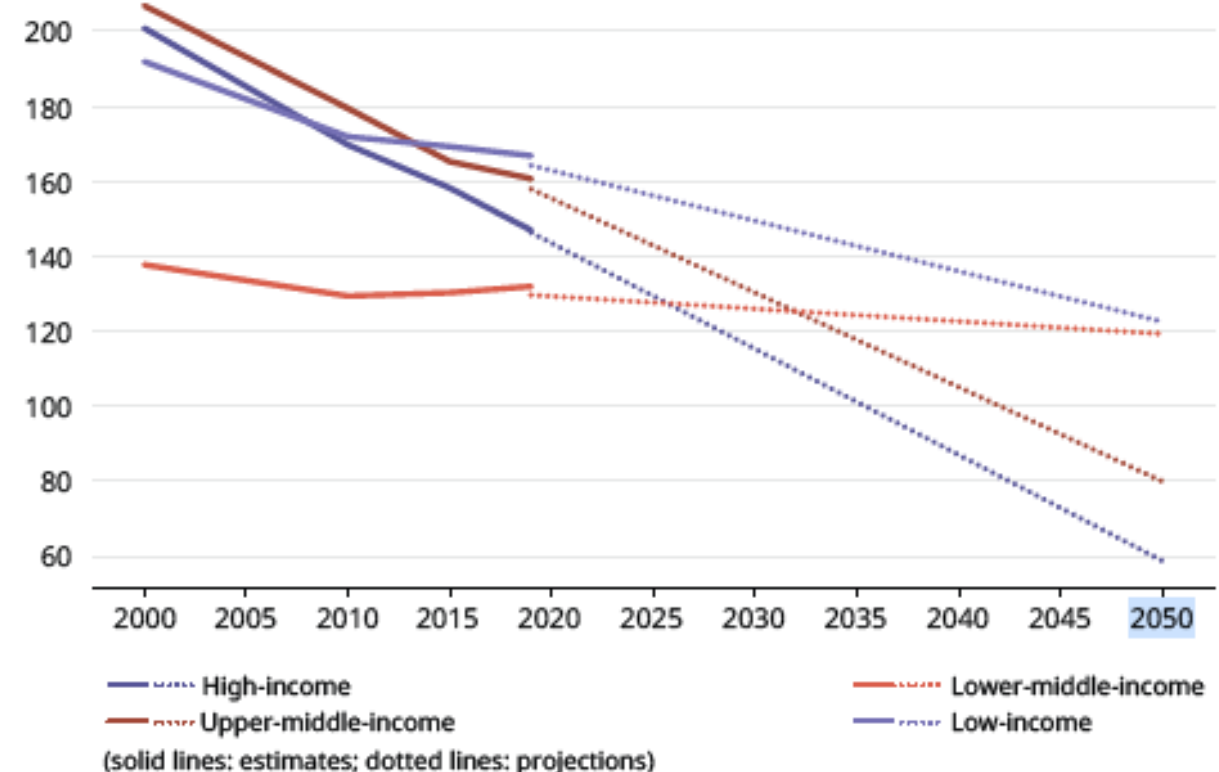
- **Little distinction** between implementation and de-implementation
- **Important drivers of LVC different** to drivers of effective healthcare practices
- **Many clinical behaviours semi-automatic** → practice and routines requiring specific approaches for changes
- **HCP are action oriented** → if they do not take action and a negative outcome occurs, they are more likely to experience regret than if they did take action.
“At least I tried to do something” vs “I didn’t do everything I possibly could have done”
- **Patient demand**



Global age-standardized mortality rate 30-70 yo / per 100 000 population for the 4 major NCDs (cardiovascular disease, cancer, diabetes, and chronic respiratory diseases),

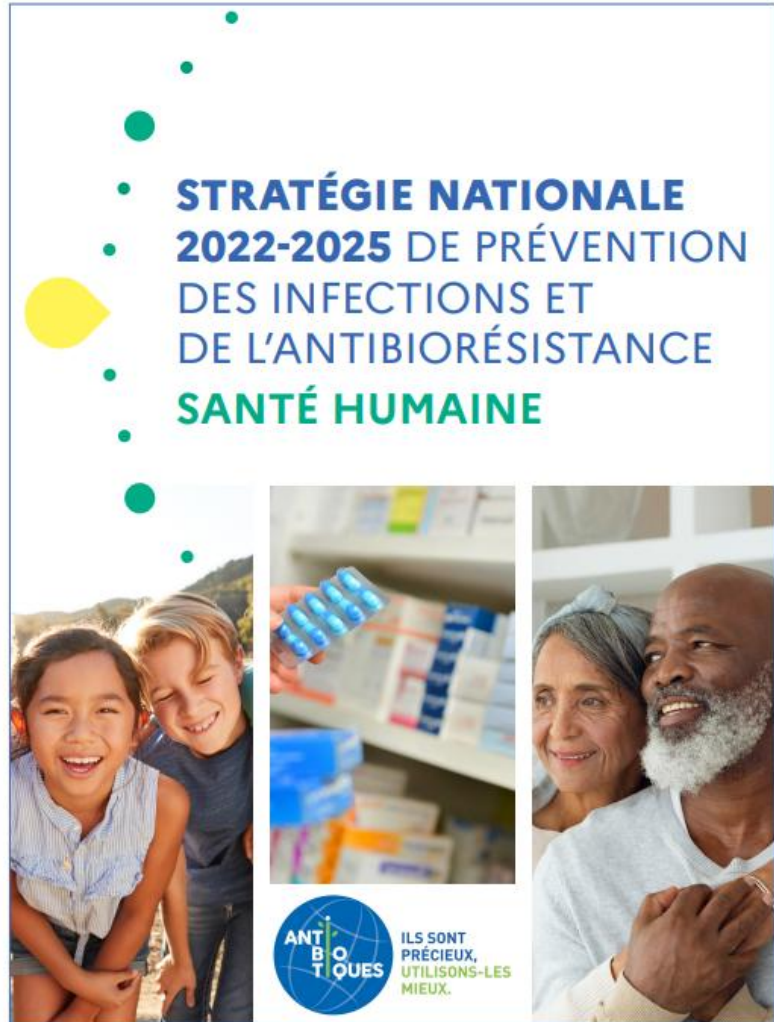


Global age-standardized mortality rate 30-70 years per 100 000 population for all cancers



Stratégie Nationale 2022-2027

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
*Liberté
Égalité
Fraternité*



Axe 1 L'appropriation par le **grand public** des principes

Axe 2 **Du citoyen usager** du système de santé **au professionnel** du secteur de la santé une continuité nécessaire

Axe 3 Renforcement auprès des professionnels de santé **tout au long du parcours de santé** du patient

Axe 4 Renforcement du **maillage territorial**

Axe 5 **Utilisation partagée des données** de santé et de surveillance au service de l'action

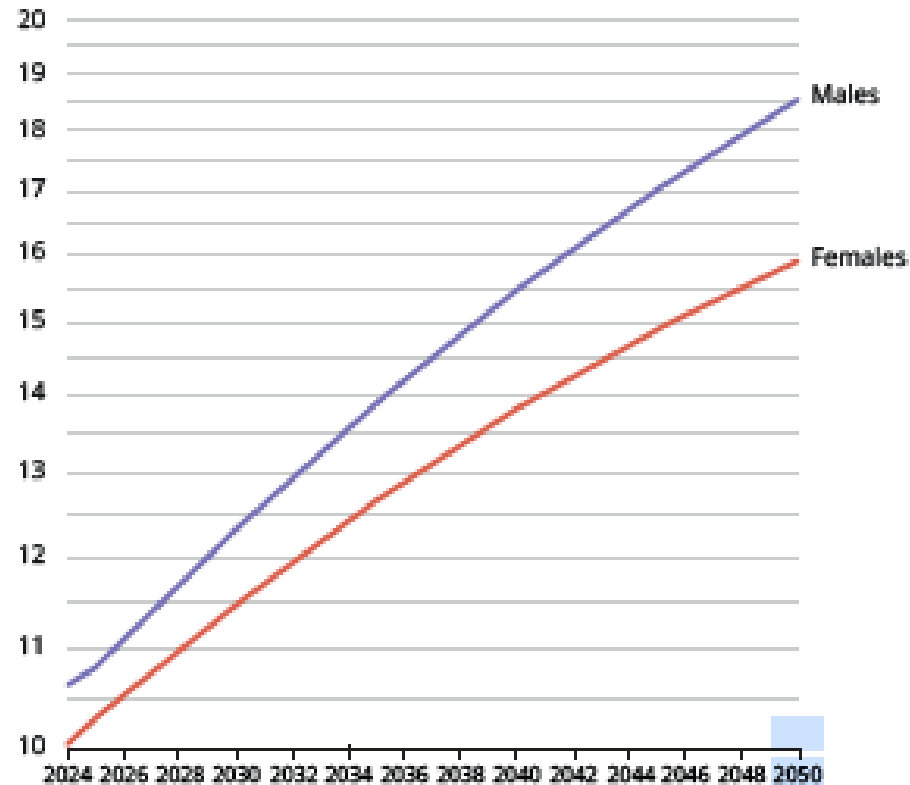
Axe 6 Pour une **recherche innovante** et attractive

Axe 7 Développer une dimension «**préservation de l'environnement**»

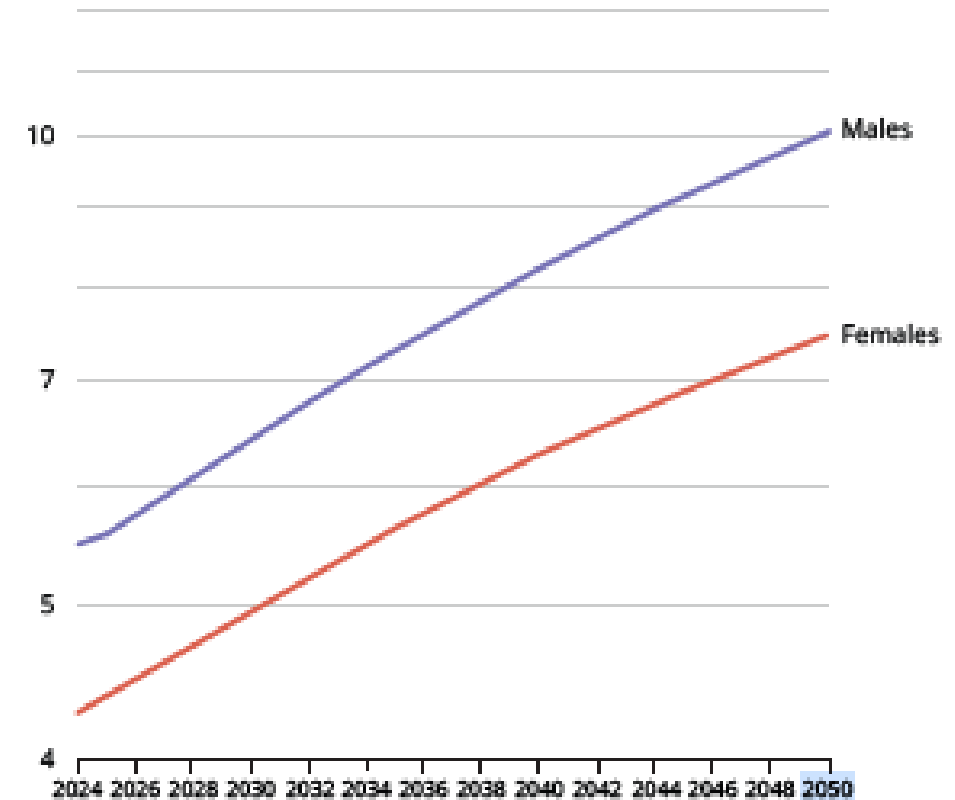
Axe 8 Valoriser et préserver les produits contribuant à la prévention

Axe 9 Participer au rayonnement de la France à l'international

Estimated number of new cases of cancer (in millions)



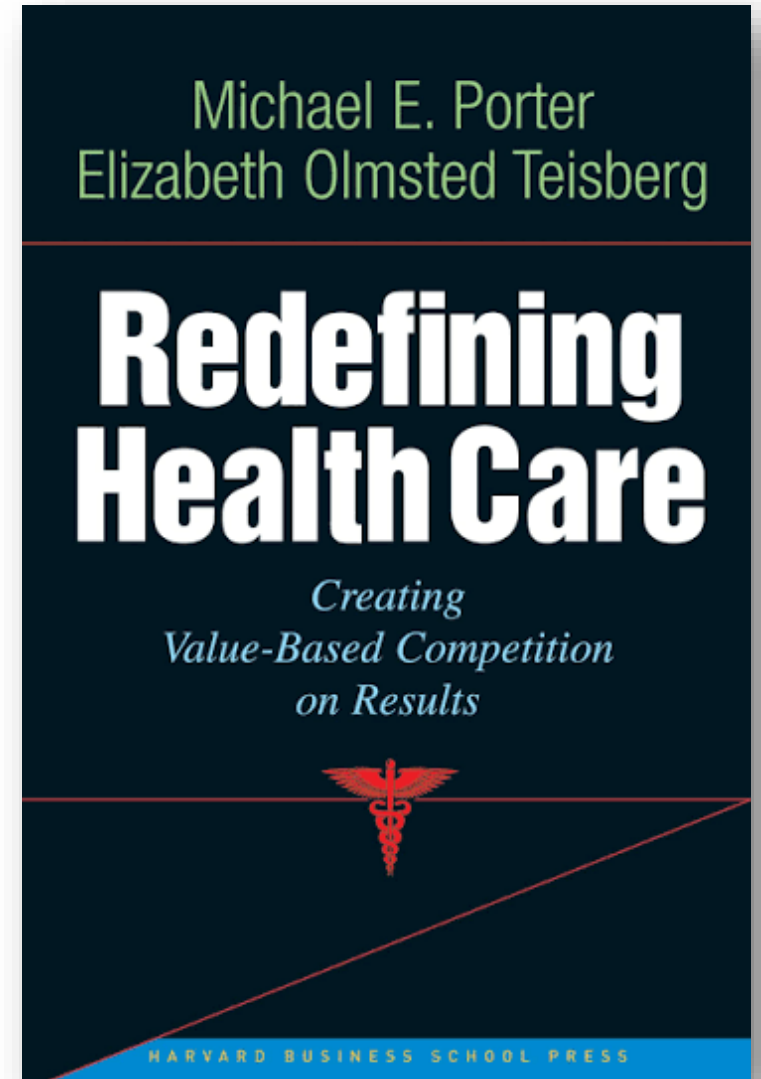
Estimated number of deaths (in millions)



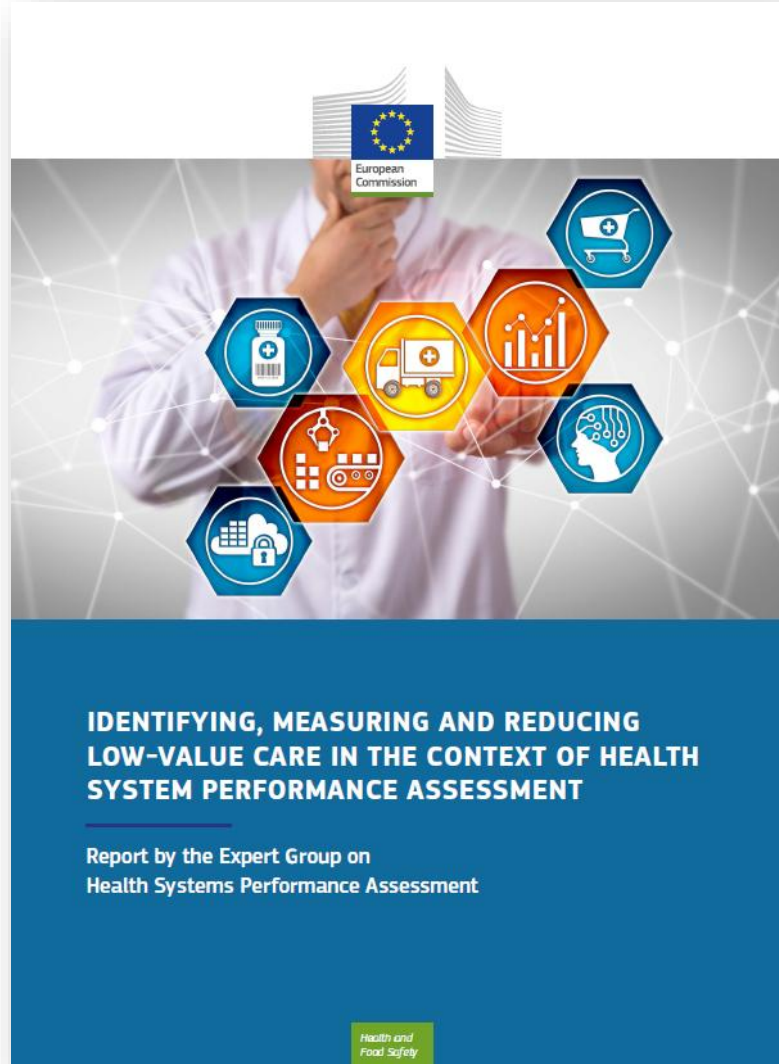
1st described in US by M.Porter & Olmsted 2006

- Best outcomes for patients relative to costs
- Best use of limited resources for the maximum **benefit of individuals and society**
- Patient-centric approach
- **Promotes collaboration** among HCP across the entire continuum of care
- Integrate **patient experience**
 - **PROMs**: Patient-Reported Outcome Measures
 - **CROMs**: Clinician-Reported Outcome Measures

$$\text{Value} = \frac{\text{Outcomes that matter most to patients}}{\text{Costs for the complete patient pathway}}$$



Definition of Low Value Care



Colla (2014), *“in terms of the net benefit [patient relevant outcome], a function of the expected [...] benefit [patient relevant outcome] and cost for an individual or group, and is assessed relative to alternatives, including no treatment.”*

Elshaug et al. (2013) *“health care services that provide little or no benefit – whether through overuse or misuse.”*

Sypes et al. (2020) *“medical tests or treatments that lack efficacy, have risks that exceed benefit, or are not cost effective, impede the delivery of safe, efficient, and cost-effective health care”* that can result in *“physical, psychological, and financial consequences”* for patients and caregivers.

HSPA 2025: “cares encompassing overuse, misuse, and underuse of healthcare services (e.g., prevention, diagnostics, treatment, medication)”

Framework specifying types of LVC

Types	Services	Examples
Overuse and/or misuse	A. Harms the patient, B. No benefit or benefit/ harm relation C. Unfavourable, more cost-effective alternatives D. More environmentally sustainable alternatives E. Delivered in a costlier setting/sector or by costlier professions than necessary	- Wrong-side surgery - Scan not recommended - Secondary prevention - Single use - Unnecessary hospitalisation
Underuse	F. Necessary and considered cost-effective G. Necessary and save costs	Patient-reported outcomes post-hip replacement surgery
Unwarranted variation	H. Geographic variation (entire population and service provision in one area versus another) I. By patient groups (social, demographic etc.)	- Indicated cancer screening - Immunizations



An initiative of the ABIM Foundation



FOUNDATION®

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

- 1 Do I really need this test or procedure?** Medical tests help you and your doctor or other health provider decide how to treat a problem. And medical procedures help to actually treat it.
- 2 What are the risks?** Will there be side effects? What are the chances of getting results that aren't accurate? Could that lead to more testing or another procedure?
- 3 Are there simpler, safer options?** Sometimes all you need to do is make lifestyle changes, such as eating healthier food or exercising more.
- 4 What happens if I don't do anything?** Ask if your condition might get worse — or better — if you don't have the test or procedure right away.
- 5 How much does it cost?** Ask if there are less-expensive tests, treatments or procedures, what your insurance may cover, and about generic drugs instead of brand-name drugs.

Use these **5 questions** to talk to your doctor about which tests, treatments, and procedures you need — and which you don't need

- Started in 2012 in US
- ABIM Foundation joined with 9 physician societies
→ 45 clinical recommendations that discouraged unnecessary care, intended to raise awareness

Country	Local Campaign	Focus Areas
Germany	Gemeinsam klug entscheiden ("Deciding Together Wisely") — AWMF	Integrating evidence-based guidelines directly into clinical practice
Italy	Choosing Wisely Italia / Slow Medicine	Strongly focused on "Green Choosing Wisely" — highlighting how reducing clinical waste lowers healthcare's ecological footprint
Switzerland	Smarter Medicine	Actively building clinical frameworks to manage complex, multi-morbid patients without over-testing
UK	Choosing Wisely UK — Academy of Medical Royal Colleges	Embedding shared clinician-patient decision-making frameworks into the NHS