




LE SURDIAGNOSTIC: CONSTATS ET PLAN D'ACTION



AMQ

Médecins
EN ACTION



“But the 1 percent of patients who consume some 21 percent of health care costs, usually succumbing gradually from multi-organ failure, illustrate the progress problem. Fifty years ago they would have died faster and, in many cases, with less suffering. We have traded off shorter lives and faster deaths for just the opposite, longer lives and slower death.”

— DANIEL CALLAHAN
The Difficult Child of Medical Progress, 2012




Table des matières

Introduction.	1
Définition du problème et modèle théorique.	2
Éléments clés du Symposium.	5
Ce que vous nous avez dit	7
Vecteur « patients »	7
Vecteur « soignants ».	11
Vecteur « culture ».	13
Vecteur « système »	15
Le plan d'action	17
Orientation 1	17
Orientation 2	18
Orientation 3	19
Orientation 4	19
Orientation 5	20
Orientation 6	21
Orientation 7	22
Conclusion	23



Introduction

L'optimisation de la pratique clinique est au cœur des préoccupations de plusieurs systèmes de santé dans le monde. L'Australie, l'Angleterre et les États-Unis ont, entre autres, publié plusieurs rapports démontrant la nécessité d'agir et de changer les façons de faire. Le Canada et, de ce fait, le Québec, ne font pas bande à part. De nombreux acteurs du système de santé québécois réclament depuis longtemps un changement profond de l'organisation des soins de santé.

L'optimisation de la pratique clinique est un enjeu complexe et peut être abordée sous plusieurs facettes. C'est d'abord par le phénomène du surdiagnostic que l'Association médicale du Québec (AMQ) a décidé d'entamer ses travaux. Le surdiagnostic ne peut être ignoré dans toute discussion ou réflexion sur l'optimisation de la pratique clinique. Le surdiagnostic et d'autres problématiques sous-jacentes, telles que la surmédicalisation, la surdéttection, l'obsession diagnostique et le surtraitement ont des effets importants sur la qualité et sur l'accessibilité des soins de santé offerts aux patients et, par le fait même, sur l'efficacité de l'ensemble du réseau de santé.

Loin de chercher des coupables, l'Association médicale du Québec souhaite proposer des solutions et mobiliser la profession médicale vers des actions porteuses pour le réseau de la santé québécois. Déjà, elle a formé un comité directeur sur l'optimisation de la pratique clinique. L'Institut national d'excellence en santé et services sociaux, l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, l'Institut national de santé publique du Québec et l'Association des CMDP du Québec se sont joints à l'AMQ pour créer un mouvement de fond et pour faire avancer à grands pas la réflexion sur le phénomène du surdiagnostic.

À la suite des diverses activités de l'AMQ sur le sujet, les sphères médiatiques et politiques portent une attention de plus en plus grande au surdiagnostic. Il s'agit indéniablement d'un enjeu devenu incontournable.

L'AMQ s'est donné le mandat de consulter la profession médicale et les principaux acteurs du réseau de la santé sur les aspects de cette problématique à traiter en priorité. L'AMQ a donc organisé, le 2 avril 2014, le 1^{er} Symposium québécois sur le surdiagnostic. Elle a placé la première pierre d'un mouvement essentiel à l'optimisation des pratiques cliniques au Québec. En effet, l'engagement et la capacité de concertation des membres du comité directeur sur l'optimisation de la pratique clinique ont donné le ton aux travaux entamés lors du symposium.

La stratégie utilisée par l'AMQ, qui consiste à mobiliser directement des organisations du secteur de la santé, a fait ses preuves dans le cas qui nous occupe. En invitant des médecins de tous les milieux cliniques ainsi que des représentants d'associations médicales et professionnelles, du Collège des médecins du Québec et d'autres ordres professionnels, d'agences régionales et des groupes de défense des patients à une discussion franche sur le thème du surdiagnostic, l'AMQ et ses partenaires ont créé un espace de réflexion et d'échange hors du commun. Signe que le thème du surdiagnostic touche une corde sensible, le nombre de participants a largement dépassé les prévisions des organisateurs.

Ce plan d'action vise donc à poursuivre la réflexion et les travaux pour l'optimisation de la pratique clinique et, particulièrement, à encadrer les actions qui seront entreprises pour réduire et prévenir le surdiagnostic. D'abord, nous reprenons brièvement les grandes lignes du phénomène et du modèle théorique qui a été retenu pour encadrer les discussions lors du symposium. Ensuite, les éléments clés du 1^{er} Symposium québécois sur le surdiagnostic seront détaillés. La section «Ce que vous nous avez dit» dresse le portrait des discussions et des pistes de solution qui ont été apportées par les participants au symposium. La catégorisation des thèmes des discussions et des actions proposées se trouve dans la dernière section du rapport, présentée sous forme de grandes orientations et détaillée par des objectifs et des pistes d'action.

Définition du problème et modèle théorique

Déjà au tournant des années 1980, le débat sur les variations considérables dans le processus de prise de décision par les médecins pour une situation semblable était bien amorcé.

Dans un rapport de l'Organisation de coopération et de développement économique daté de 1990, Klim McPherson, écrivait ceci :

« En médecine, la prise de décision est souvent complexe et dépend à la fois de considérations scientifiques, de souhaits du malade, de préférences du médecin et d'influences extérieures de natures diverses, dont certaines n'ont aucune relation avec la décision à prendre. Les décisions cliniques ne reposent que, jusqu'à un certain point, sur des acquis scientifiques [...]

[...] dans beaucoup de cas, l'opinion de médecins, tous aussi qualifiés les uns que les autres, diverge sur la nature du meilleur traitement. L'exercice d'une bonne partie de la médecine ne s'appuie pas toujours sur une assise scientifique. De nombreuses théories sur le traitement des malades n'ont fait l'objet que d'évaluations insuffisantes; un accord unanime sur les résultats d'un traitement envisagé est l'exception plutôt que la règle.

[...] pour évaluer honnêtement et mettre en cause la pratique médicale [...] il est indispensable d'admettre l'importance de l'incertitude qui existe. »

À première vue, ce constat peut sembler sévère, mais force est de constater qu'il n'a pas été mis au ban. Les chantres de la qualité dans le domaine de la santé se servent de

cette assertion pour promouvoir la nécessité de remettre en question nos façons de faire pour rehausser la qualité des soins et des services de santé.

L'implantation de plus en plus généralisée de processus d'amélioration continue de la qualité dans les autres secteurs de production et de services a fait réaliser à plusieurs que quelque chose ne tournait pas rond dans les systèmes de santé. Aux États-Unis, tout particulièrement, les coûts liés aux services de santé sont tels qu'ils menacent sérieusement la compétitivité du pays. Ainsi, dans un article¹ publié dans le bulletin de l'*American College of Physician Executives*, on cite un gestionnaire chevronné du secteur manufacturier américain qui dit : « Durant la dernière décennie, chacun de nos fournisseurs, sauf le système de santé, nous a offert plus de qualité à de meilleurs coûts. Seul le système de santé continue de nous offrir des services de moins bonne qualité à des coûts qui ne cessent de grimper! »

Un autre aspect remet en cause l'idée que, en santé, la qualité est au rendez-vous : celui des erreurs médicales. Déjà que le célèbre rapport *To Err is Human*, en 1999, plaçait les erreurs médicales comme étant la 4^e à la 8^e cause des décès aux États-Unis, un autre rapport récent chiffre plutôt cette cause de mortalité au 2^e rang, tout juste après tous les cancers! Une analyse, publiée dans le *Journal of Patient Safety* en septembre 2013 par John T. James, estimait à au moins 210 000, probablement jusqu'à 440 000, le nombre de décès attribuables aux erreurs médicales.

Ce portrait sommaire devrait être une mesure incitative puissante pour rallier tous les acteurs concernés dans la recherche et la mise en œuvre de solutions innovantes et

¹ « Past, Present and Future of Health Care Quality: Exploring three avenues to improve patient care », Martin D. Merry, MD, Michael G. Crago, PhD, *American College of Physician Executives*, September-October 2001

“

In pursuing the supposedly self-evident truth that prevention is better than cure, we have, for the first time in history, separated our notions of disease from the human experience of suffering and have created an epidemic of disease without symptoms, defined only by aberrant biometrics. An ever greater proportion of healthcare resources are directed towards reducing these numbers to some fictitious state of normality and, in the process, those who are perfectly well are not only assigned labels, that in themselves can be shown to compromise health, but are also exposed to treatments with significant adverse effects.”

- DRE IONA HEATH,

Ex-présidente du Royal College of General Practitioners du Royaume-Uni, lors du 1^{er} Symposium québécois sur le surdiagnostic



sécuritaires pour offrir à notre population un accès à des services de

santé de qualité, continus et bien coordonnés. Les causes des différents problèmes décrits sont multiples et assurément complexes. Le surdiagnostic en fait partie.

Malgré des investissements toujours plus considérables dans le réseau de la santé québécois, plusieurs indicateurs démontrent que les services offerts ne sont pas à la hauteur de l'investissement accordé. Ce phénomène n'est pas unique au Québec. En effet, selon les études compilées par l'*Institute for Healthcare Improvement*, entre 17 % et 30 % des interventions produites aux États-Unis sont inutiles et évitables.

Alors que le concept de qualité devrait être au centre de l'offre de soins à la population, il est étonnant de constater que plusieurs actes médicaux et cliniques vont à l'encontre de ce principe. En effet, les modèles explicatifs du concept de la qualité démontrent pour la plupart que plusieurs critères doivent être respectés pour offrir des soins de qualité. Prenons, par exemple, le modèle adopté par le *Health Quality Council of Alberta*.

Parmi les dimensions exposées, regardons de plus près celle de la pertinence (appropriateness). Elle se définit brièvement par le fait que le patient reçoit les soins dont il a besoin et, du même coup, qu'il a besoin des soins qu'il reçoit.

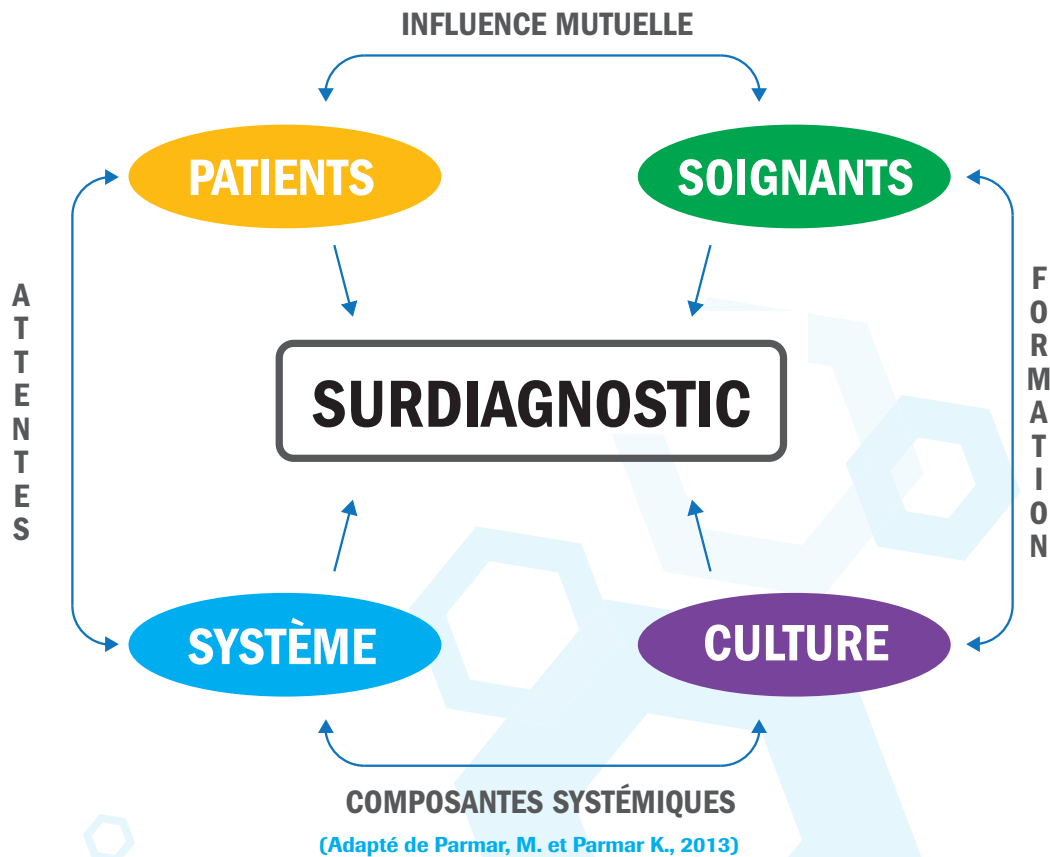
Plus précisément, ce modèle définit la pertinence par des services de santé qui répondent adéquatement aux besoins

des patients et qui sont appuyés par des données probantes et des pratiques éprouvées; l'intervention choisie est celle qui est la plus susceptible de produire un résultat optimal. La pertinence d'une intervention est définie par les besoins évalués individuellement, les facteurs de risque et les coûts. La dimension de la pertinence exige que l'intervention n'entraîne pas de surexploitation (ex. : le potentiel de nuisance d'une intervention dépasse les avantages potentiels) ainsi que la sous-utilisation (ex. : l'échec à fournir un service quand il aurait produit un résultat favorable pour le patient).

Les effets du surdiagnostic sur la qualité des soins offerts au patient s'inscrivent en grande partie dans la dimension de la pertinence, bien qu'il ait aussi ses effets sur les autres dimensions.

Plusieurs définitions du surdiagnostic coexistent dans la littérature. D'ailleurs, les auteurs et les professionnels qui s'intéressent au sujet véhiculent eux-mêmes diverses définitions. En septembre 2013, la première conférence internationale *Preventing Overdiagnosis* qui s'est déroulée au New Hampshire avait comme objectif sous-jacent de poser un regard collectif sur le phénomène et d'en arriver à un vocabulaire commun. Malgré quelques nuances, la définition suivante a semblé faire consensus parmi les participants et les présentateurs :

Le surdiagnostic survient quand, chez une personne, on diagnostique une maladie qui ne causera jamais ni symptôme, ni mort, ou qu'on pose tout geste qui n'apporte pas de valeur ajoutée à un traitement.



Pour notre part, afin de dépasser les limites de cette définition, nous y ajoutons la considération des bénéfices réels qu'entraînent certaines interventions en regard des risques encourus, incluant le fardeau financier. L'équation coût/bénéfice/risque doit demeurer au cœur de notre réflexion et de notre action sur l'enjeu de l'inflation diagnostique.

Afin d'encadrer la problématique du surdiagnostic et de la modéliser, l'AMQ s'est inspirée des travaux de Parmar, M. et Parmar K. (2013)², qui ont présenté une typologie des différents facteurs qui contribuent au surdiagnostic. Ces facteurs sont regroupés en quatre grandes familles.

L'AMQ a adapté ces familles de facteurs pour créer ce qu'elle a appelé les vecteurs d'inflation diagnostique. Ces vecteurs se présentent comme les éléments interdépendants qui s'influencent mutuellement, comme en fait foi le cadre théorique ci-haut.

Plusieurs facteurs contribuent à alimenter l'inflation diagnostique et thérapeutique. On peut regrouper ces facteurs en quatre grands vecteurs qui ne sont toutefois pas mutuellement exclusifs. Ainsi, les comportements qu'adoptent les soignants peuvent être influencés par les attitudes et les besoins exprimés par les patients. De même, certaines composantes systémiques très structurantes (par exemple, les modes de rémunération

ou la structure de l'organisation) peuvent influencer tant les politiques de santé que la culture médicale elle-même.

Les attentes que les patients placent dans notre système de santé, alimentées par différents facteurs, contribuent aussi à modeler certains comportements qu'ils adoptent lorsqu'ils interagissent avec des professionnels de la santé. Enfin, la formation que les professionnels reçoivent est également un facteur d'influence non négligeable sur leurs comportements.

La culture de notre système peut pousser les différents acteurs à multiplier les interventions, et ce, tout en minimisant les risques, en amplifiant les bénéfices et en considérant peu les coûts qui y sont associés. S'il y a un facteur commun aux quatre vecteurs d'inflation thérapeutique, c'est la certitude fortement enracinée que « faire plus, c'est mieux ».

De façon plus spécifique, le modèle de Parmar, M. et Parmar K. (2013)² indique les facteurs qui alimentent chacun des vecteurs d'inflation diagnostique. C'est à partir de cette base que l'AMQ a décidé d'entamer les discussions avec les intervenants du réseau de la santé. Ainsi, dans la prochaine section, le déroulement du symposium ainsi que la méthode de consultation seront décrits, et les grandes lignes de chacun des facteurs qui alimentent les vecteurs d'inflation diagnostique seront présentées.

² « A systematic evaluation of factors contributing to over-investigations and over-diagnosis », Parmar, Malvinder S., Parmar, Kamalpreet S. Conférence présentée à *Preventing Overdiagnosis*, The Dartmouth Institute, Hanover, NH, septembre 2013.

Éléments clés du symposium

En organisant le 1^{er} Symposium québécois sur le surdiagnostic, l'AMQ et son comité directeur sur l'optimisation de la pratique clinique souhaitaient aller au-delà de la sensibilisation au phénomène du surdiagnostic. Bien que la sensibilisation soit le premier jalon d'une démarche de changement, l'AMQ a exprimé la volonté de mobiliser les acteurs concernés par le phénomène. Ainsi, l'objectif de ce symposium était triple :

- » Sensibiliser l'ensemble des parties prenantes du réseau de la santé sur les effets pervers du surdiagnostic et du surtraitement dans notre système de santé;
- » Dégager une compréhension commune des différents concepts associés au surdiagnostic et au surtraitement;
- » Établir les bases d'un plan d'action concerté afin de faire face à la problématique du surdiagnostic.


L'AMQ a d'abord convié les représentants d'associations médicales et professionnelles, du Collège des médecins du Québec et d'autres ordres professionnels, du ministère de la Santé et des Services sociaux, d'agences régionales et des groupes de défense des patients à participer au symposium. De nombreux médecins membres de l'AMQ se sont ajoutés à ce groupe. La salle était donc un reflet assez fidèle de la profession médicale : des médecins de famille et des médecins œuvrant dans plusieurs spécialités provenant de diverses régions du Québec, occupant ou non des fonctions de gestion au sein de leur établissement. L'administration du réseau de la santé était également bien représentée par la présence de fonctionnaires du MSSS et de gestionnaires des agences régionales. Également, les patients étaient représentés par des groupes de défenses des patients.

Pour atteindre les objectifs du symposium et permettre un espace d'échange, une formule d'ateliers interactifs et de conférences en alternance a été retenue. Deux invités provenant de l'extérieur du Québec, la Dre Iona Heath de l'Angleterre, et le Dr Anthony B. Miller de l'Ontario, ont accepté d'emblée de se prêter à l'exercice de mettre la table sur les grands enjeux du surdiagnostic.

Figure incontournable du mouvement international visant à contrer les effets du surdiagnostic, la Dre Iona Heath a captivé les participants par une conférence vibrante de simplicité. Elle a invité les médecins et la population à réfléchir aux limites de la médecine : « *We must remember that death curtails our joys but it also sets limits to our misery* », et à faire preuve de jugement lorsqu'il est question de santé : « *Whenever I see the sort of guidelines that are, right now, driving overdiagnosis and overtreatment, I think of this: our responsibility not to follow the rules.* »

Le Dr Anthony B. Miller, médecin épidémiologiste, a publié récemment des résultats de recherches illustrant que le dépistage par mammographie n'a pas d'influence sur le décès causé par le cancer du sein. En présentant plusieurs études démontrant que les programmes de dépistage entraînent bien souvent le surdiagnostic et le surtraitement, le Dr Miller a insisté sur l'importance de poursuivre la recherche pour distinguer les bénéfices réels du dépistage par rapport aux cas de surdiagnostic.

Pour entamer les discussions sur chacun des vecteurs du modèle théorique présenté précédemment (patients, soignants, culture et système), plusieurs figures connues du milieu de la santé québécois sont venues présenter l'état de leur réflexion sur la question. C'est donc M. Vincent Dumez et le Dr Philippe Karazivan qui ont présenté le vecteur



« patients ». Les docteurs Georges Lévesque et Jacques Lévesque ont lancé le débat sur le vecteur « soignants ». La D^{re} France Légaré et le D^r Jean-Bernard Trudeau ont clarifié les grands enjeux entourant la culture de la pratique médicale. Finalement, les docteurs Fernand Turcotte et Denis A. Roy ont parlé avec beaucoup de transparence des causes systémiques du surdiagnostic.

En ce qui a trait aux ateliers interactifs, les participants ont travaillé en groupes de quatre à six personnes. À partir du cadre théorique présenté précédemment, chaque vecteur était traité séparément. Bien qu'ils soient interreliés, le travail de réflexion était facilité en les abordant d'abord séparément. À l'aide d'un système de vote électronique, les participants étaient invités à sélectionner, pour chaque vecteur, le facteur pour lequel ils jugeaient que des actions devraient être accomplies en priorité. Les deux facteurs recueillant le plus de votes étaient retenus.

Ensuite, en groupes, les participants étaient invités à identifier des gestes concrets pour chacun des facteurs retenus. Évidemment, puisque les vecteurs sont interreliés, les idées d'actions touchent bien souvent plus d'un vecteur et plus d'un facteur.

Pour éviter que les actions ne soient prises de manière exclusive, nous avons fait la compilation des idées, puis procédé à une catégorisation des thèmes. Les résultats des discussions et l'analyse que nous en avons faite par grands thèmes se trouvent dans les deux prochaines sections.

Ce que vous nous avez dit

Les participants au 1^{er} Symposium québécois sur le surdiagnostic ont eu l'occasion de se prononcer sur les facteurs prioritaires pour chacun des quatre vecteurs d'inflation diagnostique qui font partie du modèle théorique présenté.

La section qui suit résume les commentaires formulés par les participants sur les deux facteurs qu'ils ont jugés prioritaires, et ce, pour chacun des vecteurs.

Dans le document de réflexion soumis à l'attention des participants quelque temps avant la tenue du symposium, le caractère multidimensionnel et multifactoriel de la problématique du surdiagnostic a été clairement identifié. Il ne faut donc pas s'étonner que des éléments se retrouvant dans les commentaires émis soient redondants. Cette limite prévisible et inévitable sera contournée dans la dernière section du présent document qui fera état des objectifs et des pistes d'action par grandes thématiques plutôt que par vecteurs.

Pour l'instant, revoyons les principaux commentaires émis pour chacun des vecteurs.

PATIENTS

Vecteur « patients »

Le vecteur « patients » regroupe les facteurs d'inflation diagnostique reliés aux convictions, aux valeurs et aux besoins individuels exprimés par les patients.

Parmi ces facteurs, on retrouve les pressions exercées par le patient pour avoir accès à un examen, à un traitement ou à une ordonnance et la certitude, solidement ancrée chez beaucoup de patients, qu'une intervention thérapeutique ou pharmacologique est indispensable.

L'accès à l'information en ligne est également un facteur qui exacerbe les pressions exercées par le patient. La peur

du vieillissement, perçue davantage comme une maladie qu'un processus normal et inévitable, entre aussi en ligne de compte. Enfin, « En avoir le cœur net » est une expression que tous les médecins entendent de leurs patients quand vient le temps de décider d'une intervention ou d'une investigation.

De mieux en mieux informé, ou en tout cas, de plus en plus informé, le patient est devenu un véritable partenaire qui participe, de concert avec les professionnels, à l'élaboration de son plan de traitement et au monitoring de son état de santé.

Si la profession médicale ne peut que se réjouir de cette participation accrue du patient, il n'en demeure pas moins qu'elle comporte des effets pervers non négligeables.

Le patient s'attend à une intervention. Que ce soit sous

la forme d'une demande d'examen diagnostique, d'une référence en spécialité ou d'une ordonnance de médicament, cette intervention constitue, pour la plupart des patients, un gage de qualité. Le médecin qui n'agit pas pourrait être considéré comme n'ayant pas fait son travail de façon consciencieuse.

Les participants au 1^{er} Symposium québécois sur le surdiagnostic ont retenu, de façon prioritaire, les deux facteurs suivants reliés au vecteur « patients » :

1. La certitude qu'une intervention diagnostique ou pharmacologique est nécessaire.
2. Les pressions pour avoir accès à un traitement ou à un examen.

FACTEUR PRIORITAIRE 1

La certitude qu'une intervention diagnostique ou pharmacologique est nécessaire

Le tout premier facteur contribuant au surdiagnostic et relié au vecteur « patients » concerne la certitude, ressentie par le patient, qu'une intervention de nature diagnostique ou pharmacologique est indispensable à l'amélioration de son état de santé.

Certaines conditions « environnementales » expliquent, selon les participants, ce comportement manifesté par les patients.

Rémunération

Les modes de rémunération, particulièrement le paiement à l'acte, ne favorisent guère une prise en charge professionnelle qui permettrait une discussion franche et exhaustive sur les différentes options qui sont possibles par rapport à un problème de santé ressenti.

Il est impossible de cerner un mode d'organisation médicale qui permettrait d'amenuiser ce problème. Qu'il s'agisse de travail en cabinet, en GMF ou en plages sans rendez-vous, les médecins disent manquer de temps.

Extrait :

Répondre aux questions des patients prend du temps. Le régime de paiement actuel favorise des rencontres brèves (paiement à l'acte), et il est plus rapide, pour résoudre la demande du patient, de demander le test ou de prescrire un médicament que de discuter avec lui et faire évoluer ses demandes.

Accessibilité

En corollaire, figure le problème d'accessibilité. Une sorte de cercle vicieux s'installe lorsque les patients sont confrontés à des problèmes d'accessibilité. La difficulté pour le patient d'obtenir un rendez-vous avec un médecin, même quand il a un médecin de famille, influence son comportement.

Dès la visite obtenue, ses attentes sont nombreuses, pas toujours rationnelles, et il a tendance à exercer beaucoup de pression pour obtenir tests, examens et ordonnances.

Le problème d'accessibilité est donc de deux ordres. D'une part, l'accès à un médecin de famille demeure problématique pour de nombreux Québécois. D'autre part, plusieurs des patients qui ont un médecin de famille éprouvent des difficultés à avoir un rendez-vous en temps opportun en raison de diverses pratiques administratives. Ces difficultés se retrouvent tant dans les cabinets indépendants que dans les GMF.

Extrait :

L'accès à un suivi rapide sera favorable. Si le patient attend plusieurs heures dans une salle d'attente ou s'il attend des semaines ou des mois pour avoir un rendez-vous, il voudra TOUT régler dans la rencontre et vouloir tous les tests et tous les médicaments, car l'idée de devoir attendre autant lui sera difficile.

Relation médecin/patient

La relation médecin/patient est un thème récurrent, et ce, pour chacun des vecteurs.

Parmi les commentaires les plus fréquemment mentionnés, on retrouve la nécessité d'intégrer les proches dans l'élaboration du plan de traitement et l'importance d'établir une relation de

confiance mutuelle entre le patient et le médecin.

Extrait :

Il faut s'assurer que le concept de patient partenaire soit compris par tous les professionnels de l'équipe de soins.

Information aux patients et aux médecins

Beaucoup ont fait valoir la nécessité de mettre à la disposition des patients et des médecins une information de qualité, s'appuyant sur des données probantes et susceptibles de respecter l'expertise et l'expérience du médecin ainsi que la volonté du patient.

La question de l'éducation des patients par de la publicité sur l'usage approprié des tests et des procédures a également été évoquée.

L'ampleur de la tâche laisse entendre qu'une intervention gouvernementale de type macro serait indispensable pour assurer le succès d'une opération « grand public ».

Il a également été question de la responsabilité des médias qui ont tendance à s'émerveiller des succès « médicaux » sans égard aux dilemmes éthiques qu'ils entraînent.

Extrait :

Éduquer les journalistes et communicateurs grand public dans la communication de la nature probabiliste des résultats de recherche.

FACTEUR PRIORITAIRE 2

Les pressions pour avoir accès à un traitement ou à un examen

Le deuxième facteur jugé prioritaire pour le vecteur « patients » est lié aux pressions qu'exercent les patients, ainsi que les organisations qui les regroupent, pour avoir accès à un traitement, à un test ou à une médication.

Quelques pistes de solution ont été avancées pour faire face à cette problématique.

Partenariats

Comme on le verra aussi dans les autres vecteurs, la notion de concertation a été mentionnée souvent. Gérer les attentes de la population de façon réaliste ne pourra se faire qu'avec un partenariat de l'ensemble des professionnels et des organisations du réseau de la santé : associations professionnelles, ordres professionnels, fédérations médicales, AQESSS, INESSS, CSSS et organismes communautaires.

L'appui du MSSS a également été mentionné comme étant indispensable; il en est de même pour la collaboration des médias.

L'intervention d'un organisme indépendant a aussi été évoquée.

Extrait :

Identifier un organisme qui n'est pas en conflit pour faire contrepoids à la surmédication (surdiagnostic et surtraitement) en apportant des arguments scientifiques, économiques et humains.

Information aux patients et aux médecins

Encore une fois, les participants ont exprimé la nécessité de véhiculer une information juste et pertinente, et ce, tant auprès de la population que des médecins.

À cet égard, plusieurs ont dit souhaiter un site d'information crédible, géré par un organisme dépourvu d'intérêt professionnel ou financier.

La publicité véhiculée par l'industrie pharmaceutique a également été pointée du doigt comme étant un facteur qui favorise, voire encourage, la pression qu'exerce le patient sur le médecin pour obtenir une ordonnance.

Extrait :

Il faudrait publier un « guide santé » et le diffuser à l'ensemble des ménages du Québec. Ce guide s'inspirera du guide de la Colombie-Britannique.

Relation médecin/patient

La notion de confiance à établir, ou à rétablir dans certains cas, entre les patients et les professionnels a été un thème récurrent.

La stratégie de communication auprès des patients passerait par la formation des médecins (entre autres les médecins enseignants) pour favoriser l'échange entre les médecins et leurs patients.

Il a été question de l'éducation de la population par des professionnels de la santé au moyen de stratégies de communication combinées visant la transmission d'information pertinente, d'usage approprié et des statistiques.

Extrait :

Juger de la pertinence de l'urgence. L'expliquer au patient, prendre le temps.



SOIGNANTS

Vecteur « soignants »

Le vecteur « soignants » regroupe les facteurs d'inflation diagnostique résultant de l'influence des valeurs, des attitudes et des besoins exprimés par les médecins de famille et les spécialistes.

Parmi ces facteurs, on note l'utilisation de certains tests hypersensibles dans des situations cliniques qui pourraient ne pas toujours être appropriées. La pratique de la « médecine d'exclusion », une expression de plus en plus courante qui désigne la propension de plusieurs professionnels à multiplier tests et examens afin d'exclure toute possibilité.

Des médecins ont aussi tendance à recourir à divers tests pour pallier ce qu'ils peuvent percevoir comme étant un manque de connaissances ou de confiance. Un autre facteur d'inflation diagnostique est lié à la difficulté de décider sciemment de ne rien faire – il faut **absolument** faire quelque chose, débiter un traitement ou donner une ordonnance.

Le développement spectaculaire des technologies d'imagerie médicale au cours des dernières décennies a aussi son lot d'effets pervers. Des médecins prescrivent des tests d'imagerie médicale avant de procéder à une évaluation clinique complète, ou encore prescrivent des tests d'imagerie en donnant une information clinique incomplète, ce qui peut se traduire par des tests inutiles. Plusieurs médecins veulent être sûrs à 100 %, confirmer ce qui est évident. « Une photo vaut mille mots. »

Les participants au 1^{er} Symposium québécois sur le surdiagnostic ont retenu, de façon prioritaire, les deux facteurs suivants reliés au vecteur « soignants » :

1. La pratique de la médecine d'exclusion – exclure toute possibilité.
2. Pallier le manque de connaissances/confiance par le recours à des tests.

FACTEUR PRIORITAIRE 1

La pratique de la médecine d'exclusion – exclure toute possibilité

Rémunération

Les participants ont insisté sur la nécessité d'introduire des mesures incitatives dans les modes de rémunération qui se traduiraient par une plus grande propension à prendre le temps de faire un examen approprié, plus approfondi (questionnaire et examen physique).

La question des modes de rémunération a souvent été mentionnée comme étant un facteur favorisant le surdiagnostic. Plusieurs participants ont mentionné que le paiement à l'acte favorisait des rencontres brèves. Dans de telles circonstances, le médecin est plus facilement tenté de mettre fin à l'examen en demandant une consultation plutôt que d'engager un véritable dialogue avec son patient sur la pertinence d'un examen, d'une consultation en spécialité ou d'une ordonnance.

Des participants ont souhaité que soit examinée la possibilité d'implanter la « responsabilité populationnelle », soit le financement par capitation.

Extrait :

Le paiement à l'acte favorise des rencontres brèves. Le médecin est plus à risque de vouloir terminer la rencontre en demandant un examen plutôt que de prendre le temps d'expliquer la non-nécessité de l'examen ou d'une autre consultation. Ceci génère des coûts et de l'anxiété et favorise la découverte d'incidentalomes qui démarrera un autre cycle d'investigation et de traitements inappropriés.

Collaboration avec les pairs

La possibilité de comparer les modèles de pratique (ordonnances, références, demandes de tests, etc.) avec les pairs, dans une optique d'autorégulation et non de contrôle de la pratique, a été mentionnée par plusieurs. Cette information est perçue comme pouvant favoriser la réflexion sur la pertinence et la modification des pratiques.

Le développement d'outils d'aide à la décision (intégrés aux DMÉ) et l'amélioration des mécanismes de communication entre les médecins de famille et les spécialistes ont également été évoqués.

Extrait :

Choisir avec soin pour toutes les spécialités et réévaluation constante et comparative des pratiques.

Cursus universitaire et enseignement

Plusieurs ont mentionné la nécessité d'introduire dans le cursus des facultés de médecine le sujet du surdiagnostic. Créer des outils d'apprentissage afin de mieux orienter le jugement clinique.

Médecine défensive et gestion des risques

La mise en place d'un système d'indemnisation sans égard à la faute a été souvent évoquée comme étant une mesure pour éviter la médecine défensive. La notion de gestion des risques partagée découlant d'un terrain d'entente avec le patient a été mentionnée.

La mise en place d'un processus d'aide adapté aux médecins ayant vécu une situation dramatique a été suggérée pour éviter la médecine défensive.

Extrait :

Pour éviter une médecine défensive, il faudrait mettre sur pied un système d'indemnisation sans égard à la faute lors de complications médicales, à la manière de la SAAQ et de la CSST.

Création d'outils pour faciliter le jugement clinique

Outre la création d'outils de cheminement clinique, les participants ont dit vouloir remettre l'accent sur le jugement clinique tout au long de la formation médicale. Il a aussi été question de faciliter la création d'espaces d'échange entre les médecins de famille et les spécialistes, particulièrement pour l'imagerie médicale.

FACTEUR PRIORITAIRE 2

Pallier le manque de connaissances/confiance par le recours à des tests

Outils pour favoriser la discussion entre le patient et le médecin

Plusieurs participants ont dit souhaiter le développement d'outils pédagogiques pour faciliter la discussion médecin/patient afin de démystifier les tests et de comprendre pourquoi ils ne sont pas toujours indiqués. L'exemple de *Choosing Wisely* a souvent été cité.

Collaboration entre les pairs

La suggestion d'instaurer des comités locaux de pertinence des examens diagnostiques (et de laboratoires) dans les CSSS a reçu l'aval de plusieurs participants. Il a aussi été question de favoriser la communication entre les pairs dans le but d'enrichir les connaissances et d'optimiser l'utilisation des pratiques appropriées afin de viser la pertinence des examens et des tests prescrits.

Enfin, plusieurs ont mentionné qu'il fallait favoriser la collaboration entre les médecins, notamment par le mentorat entre pairs.

Outils d'aide à la décision clinique

Plusieurs ont suggéré le développement de centres de référence en « evidence-based medicine » (EBM) en appui aux cliniciens.

Il a aussi été question de développer des outils pédagogiques pour les cliniciens comprenant la valeur ajoutée de chaque test. Ces outils d'aide à la décision clinique pourraient être disponibles via le dossier médical électronique. Le recours rapide, par Internet ou par téléphone, à un consultant expérimenté (collègue, spécialiste ou autre professionnel), comme expérimenté en Colombie-Britannique, est souhaité. Les outils peuvent être développés par l'INESSS.

Il existe divers moyens pour améliorer les connaissances et la confiance des médecins. Parmi ceux-ci :

- » connaître et reconnaître ses limites;
- » discuter avec des collègues;
- » faire de la formation continue;
- » utiliser un forum de médecins sur Internet pour résoudre certaines questions cliniques;
- » valider ses pratiques avant de remettre une ordonnance.

Il est aussi possible de renforcer la notion de non-indication par des guides de références défensifs (ex. : guide de l'Association canadienne des radiologistes).

Extrait :

Apprendre aux différents professionnels de la santé à gérer l'incertitude, à favoriser les processus de prise de décision éclairée et partagée.

CULTURE

Vecteur « culture »

Le vecteur « culture » regroupe les facteurs d'inflation diagnostique reliés à des comportements fortement ancrés dans la culture de la pratique médicale.

Le tout premier facteur pourrait se résumer dans cette expression bien connue : « Prévenir vaut mieux que guérir. » La littérature de plus en plus abondante sur le surdiagnostic a bien cerné cet effet pervers d'associer le diagnostic précoce et le traitement aux bienfaits de la prévention. Il y a lieu de faire preuve d'un certain discernement à l'égard du diagnostic précoce, en particulier lorsqu'il est appliqué aux personnes bien portantes.

L'influence de l'industrie (pharmaceutique, entre autres) est également dans la mire des professionnels et des organisations qui se préoccupent du phénomène du surdiagnostic. L'exercice de la médecine basée sur les données probantes souvent déterminées sous l'influence, certes variable, de l'industrie, est un enjeu important.

Les autres principaux facteurs associés à ce vecteur sont liés à la peur du litige, à la médicalisation du vieillissement, à la médiatisation entourant la disponibilité et l'« utilité » des nouvelles technologies et au jugement de certaines publications qui font la promotion des nouvelles technologies et des « cas rares ».

Les participants au 1^{er} Symposium québécois sur le surdiagnostic ont retenu, de façon prioritaire, les deux facteurs suivants reliés au vecteur « culture » de la pratique médicale :

1. La médecine basée sur les données probantes, souvent déterminées sous l'influence de l'industrie.
2. « Prévenir vaut mieux que guérir. » Associer le diagnostic précoce et le traitement aux bienfaits de la prévention.

FACTEUR PRIORITAIRE 1

La médecine basée sur les données probantes souvent déterminées sous l'influence de l'industrie

Information aux patients et aux médecins

Les participants ont fait état de la nécessité d'informer et d'« éduquer » la population et les professionnels de la santé sur le rôle de l'industrie pharmaceutique et sur son influence sur la détermination des seuils de normalité qu'utilisent les médecins dans les processus reliés à l'établissement d'un diagnostic et d'un traitement.

Transparence, éthique, impartialité

Les participants ont souhaité la mise en place d'une politique pour que tous les guides de pratique, les outils et renseignements mis à la disposition des professionnels soient élaborés par des experts indépendants et se fondent sur des données probantes. Il doit y avoir une concertation de tous les organismes indépendants travaillant à l'élaboration de ces outils.

Il faut s'assurer que les lignes directrices de pratique soient établies et financées par des instances neutres et selon les normes les plus élevées d'évaluation. Former les médecins à bien comprendre, utiliser et expliquer ces données.

Extraits :

Diminuer la pression de faire et de produire, appliquer des directives. Exiger plus de transparence et de comparaisons au niveau des études pharmaceutiques.

Obligation déontologique de divulguer TOUS les risques de l'intervention et les bienfaits d'une non-intervention...

Enseignement et formation médicale

On ne sera guère surpris que les facultés de médecine soient directement interpellées sur cette question. Les participants ont fait valoir la nécessité de recadrer la vraie définition de l'EBM. Il faut inculquer aux futurs médecins l'importance de tenir compte des valeurs du patient dans la prise de décision et pas seulement des données probantes. Il faut intégrer ces concepts dans la formation des étudiants et des résidents, ainsi que dans les programmes de formation continue mis sur pied à l'intention des médecins en pratique.

Extrait :

Les facultés de médecine et toute la communauté médicale doivent se centrer sur les besoins biopsychosociaux du patient, en partenariat avec celui-ci.

FACTEUR PRIORITAIRE 2

« Prévenir vaut mieux que guérir. » Associer le diagnostic précoce et le traitement aux bienfaits de la prévention

Information pour les patients et les médecins

Il faut démystifier le concept de prévention auprès des médecins en formation et en pratique et auprès des patients.

Programmes de dépistage

Une plus grande connaissance des bienfaits par rapport aux effets indésirables devrait être mesurée dans l'optique de ne pas stigmatiser et rendre plus malades les personnes qui ont reçu un diagnostic. Il faut adopter une approche systématique de la pertinence et un dialogue permanent et ouvert sur les bénéfiques et les effets nocifs des programmes de dépistage.

L'INESSS doit être mis à contribution pour développer une approche systématique de l'analyse de la pertinence des programmes de dépistage.

Extraits :

Le mieux est l'ennemi du bien.

Remettre la prévention dans le contexte de sa finalité : quels sont les objectifs? Augmentation de longévité, des années de vie productive, etc.

Patient partenaire

Plusieurs participants ont manifesté le désir de disposer d'outils permettant de faciliter les discussions lors des rencontres avec les patients.

La notion de patient partenaire a été abordée sous l'angle de l'éducation et de la responsabilisation. Deux exemples intéressants ont été livrés : le « congé éclairé » donné à un patient en échange d'un engagement à bien évaluer son état et à consulter au besoin;

et l'ordonnance « pédagogique », soit la possibilité pour un patient d'exécuter une ordonnance seulement si, selon sa perception, son état de santé le commande. Dans les deux cas, le médecin doit faire confiance au jugement de son patient.

SYSTÈME

Vecteur « système »

Le vecteur « système » regroupe les facteurs d'inflation diagnostique reliés aux politiques de santé dictées par les politiciens, aux lignes directrices édictées ou suggérées par les sociétés médicales et aux activités de représentation orchestrées par les associations de défense des patients.

Les facteurs associés à ce vecteur sont nombreux et très importants, ne serait-ce qu'en raison de leur caractère très « structurant ».

Les technologies de l'information, dont le déploiement limité entraîne les duplications de tests et d'examen, sont souvent pointées du doigt. Les campagnes massives de détection précoce sont également un facteur entraînant des tests diagnostiques chez des clientèles bien portantes, asymptomatiques et sans antécédents familiaux.

Les modes de rémunération comme mesures incitatives de volume constituent également un facteur très souvent cité dans la littérature.

Parmi les autres facteurs les plus souvent identifiés, on retrouve le recours aux guides de pratique clinique en substitution au jugement clinique et les tests et examens demandés par les autres catégories de professionnels.

Les participants au 1^{er} Symposium québécois sur le surdiagnostic ont retenu, de façon prioritaire, les deux facteurs suivants reliés au vecteur « système » de la pratique médicale :

1. Les campagnes massives de détection précoce.
2. Les modes de rémunération comme mesures incitatives de volume.

FACTEUR PRIORITAIRE 1

Les campagnes massives de détection précoce

Les commentaires des participants relativement aux campagnes massives de détection précoce ont été nombreux et sévères.

Certains de ces commentaires, bien que louables dans leur intention, sont difficilement opérationnels. Qu'on pense aux campagnes d'information limitées aux instances de santé publique ou encore à celles qu'on limiterait aux populations à risque.

La plupart des commentaires pourraient être résumés dans les deux affirmations suivantes :

- » Adopter des messages qui favorisent de vraies discussions entre le patient et son médecin sur les avantages et les inconvénients du dépistage plutôt que des campagnes qui favorisent l'adhésion passive des patients.
- » Ne plus assurer par le régime public les interventions de dépistage jugées non efficaces.

Extraits :

Empêcher les fonctionnaires de faire de tels programmes, laisser au médecin traitant et au patient le choix de décider.

Si on fait une campagne massive, cibler le bon test, pour la bonne population, et prendre en considération la non-indication. Aviser la population des effets pervers du dépistage précoce.

FACTEUR PRIORITAIRE 2

Les modes de rémunération comme mesures incitatives de volume

Comme on l'a vu dans les sections précédentes, la question des modes de rémunération est au cœur des préoccupations des participants. Il semble y avoir un constat consensuel voulant que le paiement à l'acte soit une mesure incitative qui contribue grandement à l'augmentation du volume des activités, mais sans nécessairement contribuer à l'amélioration de la qualité et de la pertinence de ces actes.

Un appel au dialogue et à la concertation est lancé aux fédérations médicales et au tiers payeur pour favoriser la mise en place de modalités de rémunération favorisant la prise en charge complète des patients.

Le Commissaire à la santé et au bien-être pourrait aussi être mis à contribution afin d'évaluer l'effet de la rémunération à l'acte sur le surdiagnostic.

Extraits :

Est-ce qu'il existe un équilibre pour les médecins de famille entre la rémunération par capitation et le per diem avec mesure de l'efficacité de l'offre de service.

Ne plus payer pour les soins primaires offerts par les spécialistes.

Le plan d'action

Dans la présente section, nous avons regroupé en sept orientations, ou grandes thématiques, les commentaires formulés par les participants au 1^{er} Symposium québécois sur le surdiagnostic. Chacune des orientations est accompagnée d'objectifs et de pistes d'action. Il va de soi que plusieurs thèmes se chevauchent. Ils ne seront donc pas repris dans plus d'une orientation.

ORIENTATION 1 SENSIBILISATION ET DIFFUSION DE L'INFORMATION

S'interroger sur la qualité de la prise de décision afin de porter un diagnostic est très délicat. Il ressort des discussions tenues lors du 1^{er} Symposium québécois sur le surdiagnostic que le surdiagnostic n'est pas une démarche de mauvaise foi, mais plutôt le résultat de croyances sur l'importance de dépister une maladie quelconque, d'un processus acquis d'éliminer des diagnostics pour arriver au bon ou, parfois, pour satisfaire la volonté d'un patient qui veut y « voir clair » en subissant un test de laboratoire ou d'imagerie médicale jugé de très hautes sensibilité et spécificité.

Le dépistage du cancer de la prostate est un exemple souvent cité pour illustrer le dilemme qui habite patients et médecins : procéder ou pas au dépistage alors que le taux de survie supérieur ne fait pas consensus pour les patients diagnostiqués avant l'apparition des symptômes par rapport aux autres. À l'opposé, le dépistage du cancer du côlon ne soulève pas de controverse, son efficacité étant démontrée lorsque mené en fonction de critères connus et acceptés.

Comment alors espérer que tous les cliniciens possèdent la même connaissance de la situation et que leur prise de décision soit identique pour une situation donnée? Il faut renseigner les patients et les cliniciens sur la nature du problème et, surtout, leur offrir une approche qui leur permettra de prendre la bonne décision. À titre d'exemple, l'*American College of Surgeons* a mis en ligne un calculateur³ de risques chirurgicaux qui permet au patient, en présence

de son chirurgien, de prendre une décision de subir ou non une intervention compte tenu des risques et de la pertinence de la procédure en lien avec son état de santé.

Cette information, générée par une société savante, est une meilleure garantie pour le patient et pour le médecin que la décision qui sera prise sera la meilleure, fondée sur des consensus scientifiques et des données résultantes de l'expérience concrète en milieu réel.

Plan d'action pour l'orientation 1 SENSIBILISATION ET DIFFUSION DE L'INFORMATION

Objectifs

- Informer les patients sur la pertinence des examens et traitements.
- Fournir aux médecins de l'information basée sur des données probantes sur la pertinence des examens et traitements.

Actions

- À l'aide des ressources spécialisées en matière de pratique médicale et de prise de décision, élaborer des outils afin d'aider les patients et les médecins dans la prise de décision.
- Rendre ces outils accessibles en ligne.
- Élaborer un plan de communication afin d'informer les patients et les cliniciens sur l'existence de ces outils et sur la manière de les utiliser.

³ <http://riskcalculator.facs.org/>

ORIENTATION 2

PRISE DE DÉCISION, JUGEMENT ET CONNAISSANCES CLINIQUES

La prise de décision est un moment important tant pour le médecin que pour le patient. Elle ne peut reposer sur des caractéristiques applicables à toutes les situations tellement il y a de variabilités, pour un même type de problème, d'un individu à l'autre. On cite fréquemment la règle du 80/20 en parlant de la proportion de patients qui peuvent réagir de la manière espérée par l'application d'un traitement (80 %), alors que les autres ne répondent pas comme souhaité.

Deux règles d'or devraient prévaloir lors de la prise de décision grâce au jugement et aux connaissances cliniques.

La première, lors de la démarche diagnostique : en quoi l'information que je vais obtenir par tel ou tel test va-t-elle influencer ma décision? Prenons l'exemple de la jeune femme de 26 ans, sans facteur de risque, qui ressent des « pincements » au thorax non reliés à l'effort, mais plus ressentis lors d'une période de stress important. Et celui de cet homme de 63 ans, fumeur et sédentaire, qui présente une douleur rétrosternale constrictive à l'effort avec irradiation aux mâchoires et soulagée au repos. Les valeurs prédictives de la présence de la maladie coronarienne sont très élevées pour son absence, dans le premier cas, et pour sa présence, dans le deuxième cas. Pourquoi alors demander un électrocardiogramme à l'effort pour confirmer le diagnostic? La question est légitime, surtout dans le premier cas où la présence d'un « faux » positif entraînerait une série d'autres tests pour éliminer le diagnostic de maladie coronarienne. Et, c'est sans compter les répercussions éventuelles si cette personne cherche à conclure un contrat d'assurance.

La deuxième règle concerne la démarche thérapeutique : est-ce que la décision que je prends est dans le meilleur intérêt de mon patient et de son seul intérêt? Est-ce que le patient est bien informé des risques rattachés à la procédure envisagée et est-ce que ceux-ci sont moins élevés que les avantages escomptés?

Plan d'action pour l'orientation 2

PRISE DE DÉCISION, JUGEMENT ET CONNAISSANCES CLINIQUES

Objectifs

- Sensibiliser médecins et patients sur la pertinence de toute décision et sur la valeur ajoutée de toute mesure prise en conséquence.
- Valider et rendre accessible toute information relative à la prise d'une bonne décision clinique.

Actions

- Développer un centre de référence sur les données probantes en matière de prise de décision clinique.
- Rendre accessibles ces données et les outils d'aide à la décision.
- Favoriser la création de mécanismes locaux visant la diffusion de ces connaissances et leur application.
- Publier les meilleurs résultats en la matière.

ORIENTATION 3

ENSEIGNEMENT ET FORMATION MÉDICALE CONTINUE

La période de formation des futurs médecins est celle à privilégier pour enseigner les concepts liés au surdiagnostic et au surtraitement, sans compter ceux des erreurs médicales. Le cursus universitaire devrait comprendre des stages spécifiquement consacrés à ces questions.

La formation est dépendante de la transmission des savoirs des « patrons » à leurs étudiants ou résidents. C'est pourquoi ces modules de formation devraient également être offerts systématiquement au cours d'activités de formation médicale continue afin de corriger les lacunes à la source même.

ORIENTATION 4

RELATION DU MÉDECIN AVEC SON PATIENT

La relation du médecin avec son patient est amenée à évoluer du fait de la redéfinition du rôle du médecin dans l'offre de soins et dans le suivi accordé aux patients. Le patient chronique complexe, porteur de deux maladies chroniques ou plus, appelle à une offre de service plus personnalisée, en première ligne et à l'aide du travail en interdisciplinarité. À cet égard, le médecin verra son rôle campé sur ce qu'il sait le mieux faire : diagnostiquer, traiter et proposer un suivi.

Le patient accorde une très grande crédibilité aux connaissances du médecin et à la justesse des recommandations qu'il lui fait. Cependant, le patient peut être appelé à interagir avec d'autres professionnels, par exemple des infirmières, qui peuvent avoir de meilleures aptitudes et habiletés pour assurer l'enseignement et le suivi de plusieurs problèmes de santé concomitants.

Mieux organisé, le médecin aura plus de temps à accorder à son patient. Il devrait prêter une attention particulière à la qualité de son écoute, lui permettant ainsi de détecter des problèmes qui seraient autrement passés inaperçus. Pensons, par exemple, aux craintes du patient par rapport à certaines recommandations d'investigation ou de traitement, ou encore au manque d'information qui lui permettrait de prendre une décision éclairée.

Plan d'action pour l'orientation 3

ENSEIGNEMENT ET FORMATION MÉDICALE CONTINUE

Objectif

- Sensibiliser les médecins en pratique au phénomène du surdiagnostic afin de favoriser un transfert des connaissances adapté à cette réalité vers les futurs médecins.

Actions

- Introduire dans le cursus des facultés de médecine le sujet du surdiagnostic.
- Lancer une campagne de sensibilisation assortie de programmes de formation continue offerts aux médecins en pratique.

Plan d'action pour l'orientation 4

RELATION DU MÉDECIN AVEC SON PATIENT

Objectifs

- Favoriser la discussion entre le médecin et son patient sur la pertinence des examens et traitements.
- Favoriser la participation du patient pour la prise de décision concernant son plan de soins et de suivi en collaboration avec son médecin et, lorsque nécessaire, avec des membres de l'équipe interdisciplinaire.

Actions

- Créer des outils pédagogiques pour aider le médecin et le patient à discuter de la pertinence des tests diagnostiques et des traitements.
- Créer des outils en ligne pour aider à la prise de décision tant pour le patient que pour le médecin.
- Développer une offre de formation continue pour aider à l'amélioration des compétences relationnelles.
- Créer un secrétariat permanent sur la pertinence des tests diagnostiques et des traitements.

ORIENTATION 5

PRATIQUE DÉFENSIVE ET GESTION DES RISQUES

La pratique défensive est principalement observée dans les endroits où les risques de poursuite sont très élevés. Au Québec, le phénomène n'est pas vraiment évalué et peut être confondu avec la pratique liée à l'élimination de certains diagnostics lorsque le médecin procède par diagnostics différentiels.

En ce qui a trait à la gestion des risques, elle est souvent limitée à la gestion de certains risques hospitaliers tels que la prévention des chutes chez les personnes âgées, la prévention des infections nosocomiales, etc. L'idée qu'une complication évitable, y compris la mort, fasse partie de la gestion des risques n'est pas incrustée dans la culture médicale et hospitalière. Pourtant, le phénomène des complications évitables est très important et largement documenté, du moins du côté américain.

La standardisation des pratiques validées à l'aide de trajectoires de soins est un moyen reconnu pour diminuer les variations des pratiques professionnelles et, par conséquent, pour rehausser la qualité des soins et des services.

Plan d'action pour l'orientation 5

PRATIQUE DÉFENSIVE ET GESTION DES RISQUES

Objectifs

- Évaluer l'importance de la pratique défensive au Québec et la décrire.
- Implanter une culture de gestion des risques, notamment les complications évitables, dans les épisodes de soins.

Actions

- Demander au Commissaire à la santé et au bien-être d'étudier le phénomène de la pratique défensive.
- Favoriser le déploiement de trajectoires de soins pour le suivi des patients ayant une ou plusieurs maladies chroniques complexes (40 % de la population adulte).
- Informatiser les trajectoires de soins afin de mieux coordonner les services et recueillir des données afin de mesurer, d'analyser et d'adapter les services de santé et de dépister les risques.

ORIENTATION 6

MODES DE RÉMUNÉRATION

Le mode de rémunération prévalent, celui à l'acte, favorise la productivité, toutes autres choses étant égales par ailleurs. Il n'y a pas de réelle mesure incitative dans ce mode de rémunération pour atteindre des cibles précises de qualité et de pertinence. Plusieurs organisations ont tenté d'introduire des modalités visant spécifiquement ces objectifs. Le constat est qu'il n'y a pas de mode de rémunération parfait.

Cependant, la Grande-Bretagne a favorisé un mode de rémunération axé sur l'atteinte de certains résultats, mais il semble que les critères ou la mesure d'atteinte des objectifs n'étaient pas suffisamment élevés puisqu'une grande majorité des médecins les atteignent sans trop de difficulté.

Les meilleurs systèmes de santé américains, ceux du *Veterans Health Administration* (VHA) et de *Kaiser Permanente*, paient leurs médecins à salaire avec, à la marge, des primes lors de l'atteinte des objectifs. Ces primes sont surtout collectives. On remarque également que, dans ces organisations, la diffusion de l'information sur les résultats obtenus est très encouragée et de pratique courante.

Le partage de la prise de décision entre les membres de l'équipe interdisciplinaire – y compris le médecin – d'une part, et le patient et ses proches, d'autre part, est sûrement un moyen de s'assurer d'une meilleure prise de décision. Ainsi, la prise de décision ne relève plus uniquement d'un seul individu, si compétent soit-il, mais de la conjugaison d'expertises.

Il faudrait alors prévoir que le mode de rémunération favorise le travail en équipe et ne nécessite pas toujours la rencontre individuelle entre le médecin et son patient.

Plan d'action pour l'orientation 6

MODES DE RÉMUNÉRATION

Objectif

- S'assurer que le mode de rémunération favorise le travail en équipe et l'atteinte de cibles de pertinence et de qualité.

Actions

- Identifier clairement les finalités à être atteintes par une adaptation des modes de rémunération.
- Organiser une activité spécifique, ouverte à tous, pour débattre de la question.
- S'assurer de la participation des parties négociantes à cette activité.

ORIENTATION 7

PRÉVENTION ET PROGRAMME DE DÉPISTAGE

Le défi posé par le dépistage, sous l'angle du surdiagnostic, est justement d'éviter de faire du dépistage inapproprié. La question se pose de plus en plus par l'arrivée des capacités de dépistage génétique qui viennent non pas dépister la présence de la maladie, mais la probabilité de sa survenue. Nous avons également abordé la question du dépistage précoce de certaines maladies dont la découverte hâtive n'aura pas de réelle incidence sur la survie du patient.

Parfois, les risques liés aux examens de dépistage sont supérieurs aux bénéfices escomptés par l'amorce d'un traitement précoce. La question ne connaît pas de réponses simples. À titre d'exemple, comment peut-on aller à l'encontre de la volonté d'un individu de vouloir subir certains tests de dépistage qui, sous un angle populationnel, n'ont pas montré leur efficacité ou dont les effets nocifs sont supérieurs aux effets bénéfiques?

La prévention soulève moins de controverse, mais elle mérite, elle aussi, des mesures éducatives auprès du public, voire des professionnels de la santé. Modifier ses mauvaises habitudes de vie pour en adopter de bonnes est certes une action à recommander, mais il ne s'agit pas, dans la plupart des cas, d'une approche curative, mais bel et bien de diminuer les risques d'apparition d'une maladie ou une mesure de contrôle de l'évolution d'une condition pathologique telle l'apparition d'une complication.

Plan d'action pour l'orientation 7

PRÉVENTION ET PROGRAMME DE DÉPISTAGE

Objectifs

- Développer une approche systématique de pertinence aux programmes de dépistage.
- Développer une meilleure compréhension des bienfaits et des effets nocifs des programmes de dépistage.

Actions

- Solliciter l'INESSS pour la création d'outils d'information sur les finalités des programmes de dépistage et de prévention.
- Rendre accessibles des outils de valeur prédictive, de pourcentage de sensibilité et de spécificité des différents tests disponibles.

Conclusion

Il a souvent été question du caractère multidimensionnel et multifactoriel du phénomène du surdiagnostic. De toute évidence, et c'est ce qui ressort clairement à la lecture du présent document, les stratégies visant à neutraliser le surdiagnostic et ses effets pervers sur la qualité et sur l'accessibilité des soins de santé doivent viser un ensemble de cibles.

Dans ces circonstances, une concertation entre toutes les organisations du domaine de la santé s'avère indispensable. Bien que cet enjeu interpelle la profession médicale au premier chef, les solutions proposées sont tellement structurantes que tous les partenaires doivent être mis à contribution.

Certaines actions peuvent trouver écho aux niveaux local ou régional, comme la mise sur pied de comités de pertinence. Cependant, il est clair que la lutte au surdiagnostic et au surtraitement passe par une reconnaissance du phénomène par les instances centrales et par une volonté clairement exprimée de s'attaquer à ce phénomène.

La tenue du 1^{er} Symposium québécois sur le surdiagnostic et le lancement de la campagne *Choisir avec soin* ont suscité beaucoup d'intérêt dans les médias et auprès du public. Les grands médias du Québec, tant écrits qu'électroniques, se sont intéressés à la question et ont sollicité de nombreuses entrevues dans la foulée de la tenue de ces deux événements. Ce dossier a même fait l'objet d'une chronique sur le site Web de Agence Science Presse. *L'Actualité médicale* a aussi consacré un dossier de fond au symposium et à la campagne *Choisir avec soin*.

L'intérêt se maintient et continue d'alimenter la réflexion des éditorialistes, des chroniqueurs, des journalistes et des médecins.

« Finalement, l'APTS invite Québec à revoir la pertinence de certains examens, soit en raison de leur pertinence, soit parce qu'ils sont effectués en double. [...] L'Association médicale du Québec a tenu dernièrement un symposium sur le surdiagnostic et lancé une campagne pour inciter les médecins à choisir avec soin les examens qu'ils prescrivent. »

- Amélie Daoust-Boisvert, journaliste, *Le Devoir*, 8 mai 2014

« Toujours dans le même réseau, l'Association médicale du Québec estime qu'il serait possible d'économiser 5 milliards \$ par année si les médecins contrôlaient leur tendance à prescrire trop de médicaments et trop d'examen pas toujours indispensables. L'Association évalue aussi qu'entre 18 et 37 % des dépenses totales en santé sont attribuables aux coûts liés à la non-qualité des soins. »

- Brigitte Breton, éditorialiste, *Le Soleil*, 12 mai 2014

« 10 % : c'est l'économie que généreront 45 recommandations sur des tests et des ordonnances inutiles aux États-Unis, selon une campagne lancée par neuf sociétés médicales et une association de consommateurs. La campagne Choosing Wisely, lancée à la fin de l'hiver, pourrait réduire les dépenses médicales de 250 milliards de dollars américains par année. »

- Mathieu Perreault, journaliste, *La Presse*, 12 mai 2014

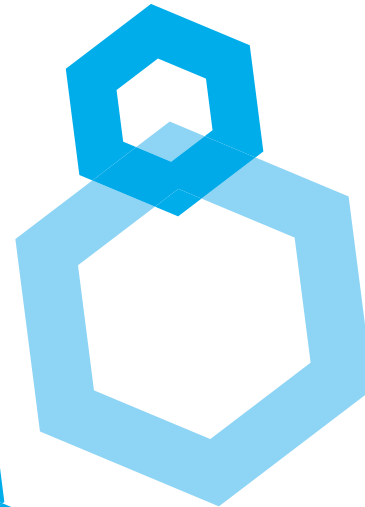
« Le surdiagnostic est essentiellement la prescription de tests ou de médicaments inutiles, qui gonflent la facture du système sans incidence sur les résultats. Il représente de 9 à 18 % du budget de la santé (sans compter les services médicaux), soit de 2,3 à 4,7 milliards, selon l'AMQ. [...] Toutefois, le phénomène du surdiagnostic est suffisamment préoccupant pour que la communauté médicale mondiale se penche sur ce coûteux problème. »

- Francis Vailles, chroniqueur, *La Presse*, 21 mai 2014

« Afin de couvrir ces services, plusieurs solutions permettant de réduire les coûts ont été proposées, comme la diminution du coût des médicaments, surtout génériques, pour lesquels le Québec paie plus que les autres provinces canadiennes. Dans l'esprit de la campagne « Choisir avec soin » de l'Association médicale du Québec, on doit aller plus loin et remettre en question plusieurs interventions et médicaments dont l'utilité est incertaine et douteuse. »

- David Lussier – MD, FRCPC, Gériatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Lettre d'opinion publiée dans *Le Devoir*, 18 juin 2014

L'Association médicale du Québec maintient son leadership dans le dossier et continue d'être sollicitée par les médias à titre de référence. Elle poursuit ses efforts afin de sensibiliser les membres de la profession médicale, le grand public utilisateur des services de santé et tous ses partenaires du réseau de la santé à cet enjeu crucial pour assurer la pérennité de notre système.





Ce rapport est disponible en version électronique sur le site Web de l'Association médicale du Québec : amq.ca