

Communiquer avec les patients et leur famille au sujet des examens et des traitements inutiles sur le plan médical

Guide destiné au précepteur

*Dans le cadre de la série des trousse d'information
sur le curriculum CanMEDS de gestion des ressources*

Rédactrices

Geetha Mukerji, MD, MSc, FRCPC
Division d'endocrinologie et métabolisme
Women's College Hospital
Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Adina Weinerman, MD, FRCPC
Médecine interne générale
Centre des sciences de la santé Sunnybrook
Toronto (Ontario)

Rédacteur de la série

Chris Hillis, MD, MSc (AQ/SP), FRCPC
Département d'oncologie
Université McMaster
Hamilton (Ontario)

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
774, promenade Echo
Ottawa (Ontario) K1S 5N8 CANADA
Téléphone : 613-730-8177
Sans frais : 1-800-668-3740
Site Web : collegeroyal.ca/canmeds
Courriel : canmeds@collegeroyal.ca

© Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2017.
Tous droits réservés.

Ce document peut être reproduit en totalité à des fins éducatives, personnelles ou non commerciales seulement.
Toute autre utilisation est interdite sans l'autorisation écrite du Collège royal.

Comment citer ce document en référence:

Hillis C, G Mukerji et A Weirnerman, rédacteurs. 2017. *Communiquer avec les patients et leur famille au sujet des examens et des traitements inutiles sur le plan médical. Guide destiné au précepteur*. Dans: le cadre de la série des trousse d'information sur le curriculum CanMEDS de gestion des ressources. Ottawa: Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

PRÉAMBULE

Cette présentation PowerPoint vise à **enseigner les compétences en communication liées à la gestion des ressources aux résidents**. Plus précisément, elle propose un cadre sur la façon de discuter avec les patients et les membres de leur famille qui demandent un examen ou un traitement inutile sur le plan médical.

Nous avons intégré quelques diapositives d'introduction tirées de la trousse d'information sur les fondements de la gestion des ressources afin de préparer la **discussion sur la communication efficace**. Pour une revue plus exhaustive des différents principes, veuillez consulter la [trousse d'information sur les fondements de la gestion des ressources](#).

Selon le temps dont vous disposez pour la présentation, un exemple de programme est fourni ci-dessous. Peu importe le temps total qui y sera consacré, l'essentiel de la présentation devrait porter sur la partie 2, soit l'apprentissage du cadre de communication, puis sur la partie 3, soit la mise en application du cadre appris.

Exemple de programme (pour une séance de deux heures) :

1. **Partie 1** – 20 minutes : Selon les connaissances de base du groupe dans le domaine de la gestion des ressources, les premières diapositives peuvent être survolées rapidement. Dans cette partie, l'essentiel de la discussion devrait porter sur la façon dont la communication peut influencer un des facteurs à l'origine de la surutilisation des ressources : les demandes d'examens ou de traitements inutiles sur le plan médical provenant des patients et de leur famille. Consacrer une dizaine de minutes à l'exercice intitulé « Réfléchir, associer, partager » serait idéal.
2. **Partie 2** – 40 minutes : Prenez le temps d'expliquer le cadre de communication et permettez aux apprenants de poser des questions, afin qu'ils soient à l'aise de mettre le cadre en application à la partie 3.
3. **Partie 3** – 60 minutes : Il faudra consacrer un certain temps à la mise en pratique du cadre de communication et au débriefage qui suivra. Plus vous allouerez de temps à cette partie, mieux ce sera.

Diapositive 1 :

Communiquer avec les patients et leur famille au sujet des examens et des traitements inutiles sur le plan médical

Dans le cadre de la série des trousseaux d'information sur le curriculum CanMEDS de gestion des ressources

 ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA
COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

 THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA

 LE COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA

 Choisir avec soin

Diapositive 2 :

Objectifs

À la fin de ce module, les stagiaires seront en mesure de :

1. reconnaître que les demandes d'examens ou de traitements inutiles de la part des patients et de leur famille contribuent à la surutilisation des ressources;
2. décrire les principales compétences en communication qui sont requises pour discuter des examens et des traitements inutiles avec les patients et leur famille;
3. suivre un cadre de communication pour discuter des examens et des traitements inutiles avec les patients et leur famille.



Les objectifs définis pour les stagiaires sont ceux précisés sur cette diapositive. Dans la première partie de la présentation, on explique brièvement les principaux concepts liés à la gestion des ressources dans le domaine de la santé (pour une revue plus exhaustive des différents principes de gestion des ressources, veuillez consulter la **trousse d'information sur les fondements de la gestion des ressources** au site :

royalcollege.ca/gestiondesressources). Le but est de fournir aux stagiaires des renseignements contextuels avant d'aborder le premier objectif, qui consiste à reconnaître que les demandes d'examens ou de traitements inutiles de la part des patients et de leur famille constituent un des facteurs à l'origine de la surutilisation des ressources.

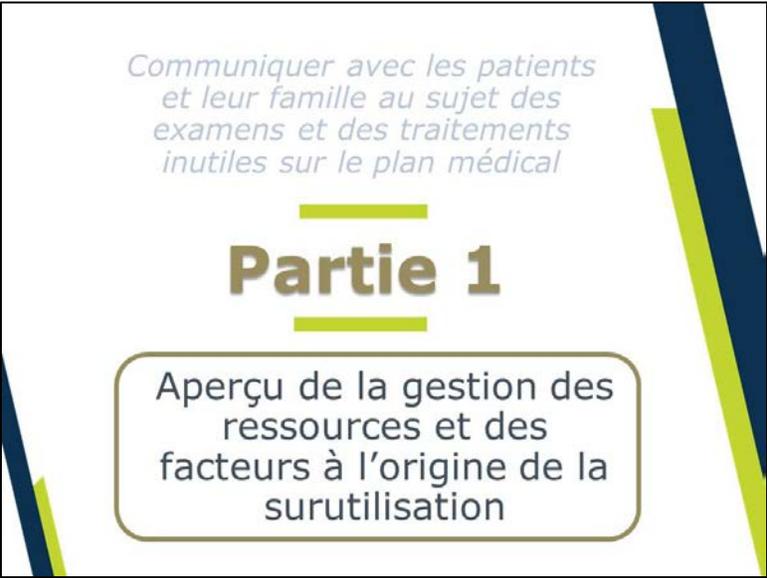
Puisque la surutilisation des ressources peut être modifiée par l'apprentissage de nouvelles compétences en communication, le reste de la présentation porte sur le cadre de communication. Ce dernier devrait être appliqué pour discuter avec les patients et les membres de leur famille qui demandent un examen ou un traitement inutile sur le plan médical.

La dernière partie est consacrée à la mise en application du cadre par les stagiaires dans un scénario de pratique proposé.

Compte tenu de ce qui précède, voici les objectifs définis pour les éducateurs et les enseignants une fois la revue de la présentation PowerPoint et du présent document de perfectionnement du corps professoral terminée :

1. Reconnaître que les demandes d'examens ou de traitements inutiles de la part des patients et de leur famille contribuent à la surutilisation des ressources.
2. Décrire les principales compétences en communication qui sont requises pour discuter des examens et des traitements inutiles avec les patients et leur famille.
3. Suivre un cadre de communication pour discuter des examens et des traitements inutiles avec les patients et leur famille.

Diapositive 3 :



*Communiquer avec les patients
et leur famille au sujet des
examens et des traitements
inutiles sur le plan médical*

Partie 1

Aperçu de la gestion des
ressources et des
facteurs à l'origine de la
surutilisation

Pendant une séance de deux heures, environ 20 minutes devraient être allouées à la **partie 1**. Les premières diapositives de cette partie donnent un aperçu de la gestion des ressources. L'essentiel de la discussion dans cette partie devrait porter sur l'effet que peut avoir la communication avec les patients et les membres de leur famille qui demandent un examen ou un traitement inutile sur la surutilisation des ressources.

Diapositive 4 :



Diapositive 5 :

Gestion des ressources

Gestion des ressources = médecine parcimonieuse

Soins offerts en employant les moyens les plus efficaces pour le diagnostic des affections et le traitement des patients, et en respectant la nécessité d'utiliser les ressources de façon responsable, c'est-à-dire en assurant une répartition équitable et un usage judicieux des ressources.

La gestion des ressources se caractérise par l'usage approprié et responsable des ressources dans le but d'offrir des soins efficaces et de grande valeur.

D'après le Manuel d'éthique de l'ACP (sixième édition), les « médecins ont la responsabilité d'offrir des soins de santé efficaces et efficaces et d'utiliser les ressources de soins de santé de façon responsable. Des soins parcimonieux se caractérisent par l'emploi des moyens les plus efficaces pour le diagnostic d'une maladie et le traitement d'un patient. Ils exigent également de respecter la nécessité d'utiliser les ressources de façon responsable¹... »
[Traduction libre]

Selon Berwick², il existe trois types de problèmes de qualité et de sécurité **portant sur la gestion des ressources**:

- 1) **Sous-utilisation** – omission d'offrir des soins appropriés (p. ex., omission de demander une coloscopie de dépistage chez un patient de 50 ans ayant des antécédents familiaux de cancer du côlon).
- 2) **Mauvaise utilisation** – incapacité de mettre en pratique adéquatement les plans de soins cliniques ainsi que les interventions² (p. ex., demander une coloscopie de dépistage chez un patient de 80 ans qui présente un risque modéré de cancer du côlon; d'après les lignes directrices, il est recommandé d'interrompre le dépistage chez les adultes de 75 ans et plus).
- 3) **Surutilisation** – usage inutile de ressources de soins de santé et d'interventions qui ne sont pas appuyées par des données probantes ou qui répètent d'autres examens réalisés précédemment² (p. ex., demander plusieurs examens d'imageries visant à déceler un cancer du côlon chez le même patient à risque modéré, notamment un test immunohistochimique des selles (TIS) suivi d'une coloscopie ou d'une coloscopie par tomodensitométrie).

En matière d'assurance de la qualité, les données semblent indiquer que nous avons concentré nos efforts sur les problèmes de sous-utilisation³. Bien que ces problèmes soient importants, nous devons maintenant reconnaître qu'il existe également des problèmes de surutilisation. Ce sont ces problèmes qui sont ciblés par la gestion des ressources. En effet, celle-ci peut résoudre les problèmes de surutilisation.

Peut-être avez-vous déjà entendu parler d'autres termes et concepts synonymes d'une surutilisation. Parmi eux, on compte le surdiagnostic, la surévaluation, le surtraitement, la surmédication, l'inadéquation, la surutilisation, le gaspillage et les soins de faible valeur.

La gestion des ressources est tellement importante, qu'elle constitue une capacité du rôle de Leader du référentiel [CanMEDS](#).

¹Snyder L, American College of Physicians Ethics, Professionalism et Human Rights Committee. 2012. American College of Physicians Ethics Manual: sixth edition. *Ann Intern Med.* **156**(1 Pt 2):73-104.

²Berwick, DM. 2002. A User's Manual for the IOM's 'Quality Chasm' Report. *Health Affairs.* **21**(3): 80-90.

³Kale MS, TF Bishop, AD Federman et S Keyhani. 2013. Trends in the Overuse of Ambulatory Healthcare Services in the United States. *JAMA Intern Medicine.* **173**(2):142-148.

Diapositive 6 :



Comment définit-on des soins de grande valeur?

Offrir des soins de grande valeur, c'est fournir des soins de la plus haute qualité, au plus faible coût. Comme le démontre l'équation de la valeur, **la valeur peut être améliorée en augmentant la qualité ou en diminuant le coût.**

La qualité est définie par l'Institute of Medicine¹ comme « la mesure dans laquelle les services de santé à l'intention des individus et de la population augmentent la probabilité d'obtenir les résultats escomptés et sont cohérents avec les connaissances professionnelles du moment ».

D'après l'Institute of Medicine, il existe six domaines de qualité¹:

- **Sécurité:** éviter d'offrir des soins causant des préjudices aux patients alors qu'ils visent à les aider.
- **Soins centrés sur le patient:** offrir des soins qui respectent les préférences, les besoins et les valeurs de chaque patient, et veiller à ce que toutes les décisions cliniques reposent sur les valeurs des patients.
- **Efficience:** éviter le gaspillage, y compris celui du matériel, des fournitures, des idées et des efforts.
- **Efficacité:** offrir des services qui reposent sur des connaissances scientifiques à tous ceux qui peuvent en tirer profit, et éviter de fournir des services à ceux qui sont peu susceptibles d'en tirer des bienfaits.
- **Équité:** offrir des soins dont la qualité ne varie pas en fonction des caractéristiques personnelles du patient, comme le sexe, l'origine ethnique, l'emplacement géographique et le statut socioéconomique.
- **Opportunité:** diminuer l'attente et les délais parfois nuisibles à ceux qui reçoivent les soins, mais également à ceux qui les offrent.

Le fardeau des soins imposé aux patients peut être important; il s'agit souvent d'un préjudice méconnu ou du « coût » des soins de santé. Lorsqu'il est question du « coût », on pense souvent à l'aspect financier des soins. Toutefois, on devrait plutôt considérer le coût comme la contribution financière et non financière du patient, du système et de la société.

Pour offrir des soins de grande valeur, il n'est pas nécessaire que les professionnels de la santé choisissent dans tous les cas les soins les moins onéreux. Certaines interventions peu coûteuses peuvent diminuer la valeur si elles ne procurent que des bienfaits minimes, ou si elles augmentent les coûts ultérieurs de façon injustifiée. À l'opposé, certains traitements de grande qualité (c.-à-d., la chimiothérapie ou un pontage aorto-coronarien) peuvent être onéreux tout en offrant une grande valeur puisqu'ils contribuent à obtenir les meilleurs résultats possible pour les patients².

Dans son document de politique 2014, l'AMC indique qu'elle « est d'avis que les avantages fiscaux et financiers découlant des efforts d'imputabilité et de pertinence des soins cliniques sont un sous-produit de ces efforts et non leur but premier³ ».

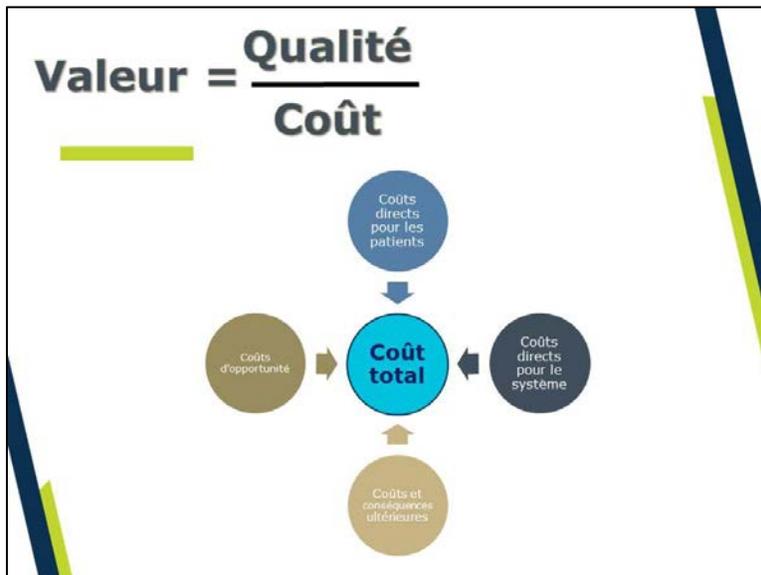
La valeur est un concept important qu'il faut connaître au moment de prendre des décisions cliniques. En effet, elle nous rappelle que pour toute intervention supplémentaire et les frais qui lui sont associés, la décision thérapeutique ultime doit tenir compte à la fois des bienfaits cliniques relatifs et de l'expérience du patient².

¹Institute of Medicine (IOM). 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C: National Academy Press.

²Institute for Healthcare Improvement. *Open School Course TA 103: Quality, Cost, et Value in Health Care*. Dernière consultation le 21 novembre 2016 à l'adresse <http://ihi.org> on

³Association médicale canadienne. *Politique de l'AMC, PD15-05. Pertinence des soins de santé*. Dernière consultation le 27 juillet 2017 à l'adresse <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD15-05f.pdf>

Diapositive 7



La définition de la qualité, l'équation de la valeur et la notion selon laquelle les coûts surpassent l'aspect financier.

***Remarque à l'intention du présentateur: Moment interactif** – Le présentateur peut interroger l'auditoire au sujet des « coûts » non financiers qui peuvent être imposés aux patients, au système et à la société lorsque des soins inutiles sont offerts.

Coûts directs pour les patients: dépenses personnelles (c.-à-d., frais de stationnement et de transport); temps; anxiété; tort iatrogène.

Coûts directs pour le système: temps; ressources humaines; coûts du matériel, des fournitures et des interventions; délais d'attente prolongés au sein du système.

Coûts ultérieurs et préjudices pour les patients: rendez-vous de suivi et interventions supplémentaires; effets indésirables à long terme (c.-à-d., anomalies cellulaires et risque de cancer associés à la tomodensitométrie); infections nosocomiales; exposition à des micro-organismes multirésistants.

Coûts d'opportunité: période pendant laquelle un patient doit s'absenter du travail et se soustraire à ses responsabilités; temps et ressources qui ne sont pas consacrés à d'autres patients qui pourraient en avoir davantage besoin; retards au sein du système attribuable à l'usage inutile des ressources.

Les conséquences de recourir à des interventions ou à des traitements inappropriés peuvent être abordées selon le point de vue d'un micro-système, d'un méso-système ou d'un macro-système.

Microsystème:

préjudice individuel causé aux patients et à leur famille, y compris les conséquences directes (p. ex., temps, anxiété, dépenses personnelles associées, préjudice clinique, résultats faussement positifs); les conséquences ultérieures directes (p. ex., rendez-vous de suivi et interventions supplémentaires, effets indésirables à long terme, exposition cumulative aux rayonnements des examens d'imagerie, infections acquises après une exposition à certains virus dans des établissements de soins de santé); et les coûts d'opportunité (p. ex., période pendant laquelle un patient doit s'absenter du travail, s'éloigner de sa famille et se soustraire à ses responsabilités).

Mésosystème:

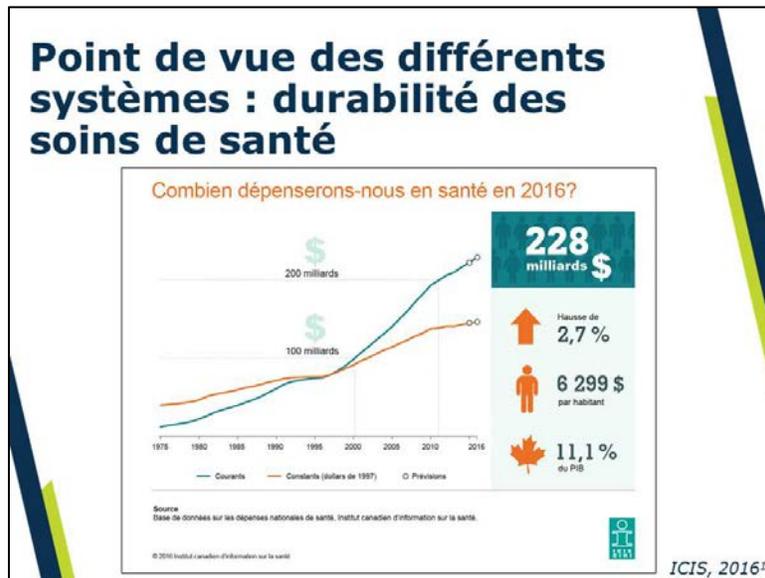
conséquences pour le système de soins de santé et ses organismes, notamment en matière de temps, de coûts financiers, de ressources humaines et de surcharge des urgences.

Macrosystème:

diminution des ressources épuisables pouvant être redistribuées pour satisfaire d'autres besoins sociétaux, ce qui, ultimement, influe sur les résultats pour la santé au sein de la population. Voici des exemples de besoins sociétaux :

- Promotion de la santé (p. ex., prévention des maladies, promotion de l'équité en matière de santé, évaluation des déterminants sociaux de la santé).
- Autres secteurs financés par l'État (p. ex., éducation, logement, environnement, transport public et infrastructures). La définition de la qualité, l'équation de la valeur et la notion selon laquelle les coûts surpassent l'aspect financier.

Diapositive 8 :



Avant d'examiner plus en détail les caractéristiques de la gestion des ressources, il est important d'adopter un point de vue plus vaste en ce qui a trait aux systèmes. Les concepts de durabilité et de gaspillage sont au cœur des préoccupations croissantes à l'égard des dépenses de santé. En 2016, on estimait que les dépenses canadiennes en matière de santé s'élevaient à 228 milliards de dollars¹, ce qui représentait une hausse de 68 milliards de dollars depuis 2007. Les coûts des soins de santé augmentent de 2,7 % par année.

¹Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des dépenses nationales de santé : Combien le Canada dépense-t-il en soins de santé?* Dernière consultation le 31 juillet 2017 à l'adresse <https://www.cihi.ca/fr/bddns2016-sujet1>

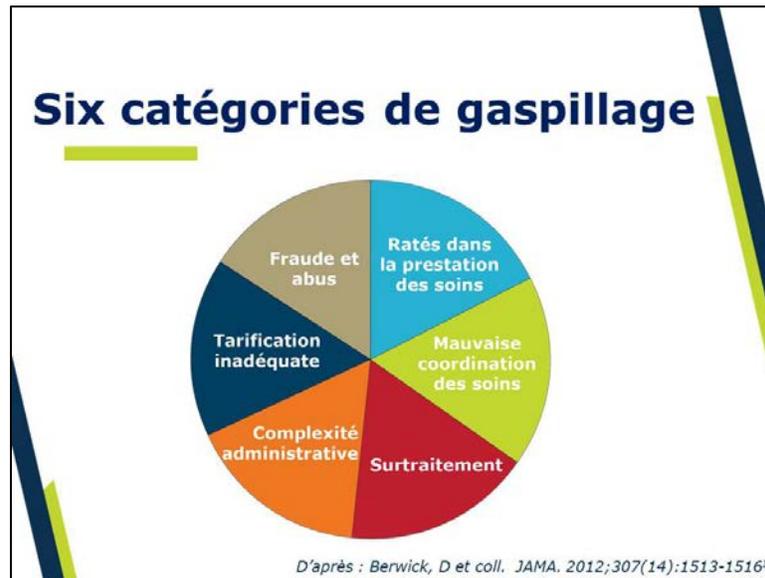
Diapositive 9 :



Dans un rapport publié récemment par Choisir avec soin Canada – ICIS¹, il est indiqué que jusqu'à 30 % des dépenses de santé sont inutiles, ce qui prouve que la surutilisation et les soins inutiles augmentent les dépenses liées aux soins de santé.

¹Institut canadien d'information sur la santé. *Les soins non nécessaires au Canada*. Dernière consultation le 31 juillet 2017 à l'adresse <https://www.cihi.ca/fr/bddns2016-sujet1>

Diapositive 10 :



Cette diapositive est d'après un article intéressant rédigé par Don Berwick qui porte sur la répartition des ressources gaspillées dans le système de soins de santé américain. L'article aborde également la hausse du gaspillage dans les soins de santé. Dans un système durable, le pourcentage du PIB d'un pays qui est consacré aux soins de santé devrait être constant. Berwick cible les augmentations de ce pourcentage, qui devraient être directement attribuables à chaque type (catégorie) de gaspillage. Deux types de gaspillage, soit les ratés dans la prestation et la coordination des soins, témoignent d'une sous-utilisation et d'une mauvaise utilisation des ressources, alors que d'autres lacunes sont attribuables à une surutilisation (traitement excessif). On estime que près de 30 % des soins sont redondants ou inutiles, et qu'ils pourraient ne pas améliorer la santé des patients¹.

Les médecins jouent un rôle crucial dans la résolution des problèmes de dépenses observés dans tous les systèmes de santé à l'échelle mondiale. Au total, 80 % des coûts de soins de santé sont attribuables aux décisions des médecins². En effet, ceux-ci déterminent notamment quels sont les patients rencontrés, et à quelle fréquence; quels sont les patients hospitalisés; quels sont les examens, les interventions et les opérations réalisées; quels outils technologiques sont utilisés et quels médicaments sont prescrits.

¹Berwick D et AD Hackbarth. 2012. Eliminating Waste in US Health Care. JAMA. **307**(14):1513-1516.

²Emmanuel R et A Steinmetz. 2013. Will Physicians Lead on Controlling Healthcare Costs? JAMA. **310**(4):374-375.

Diapositive 11 :



*** Remarque à l'intention du présentateur :** Cette diapositive présente les types de préjudices pouvant découler de la surutilisation des ressources. Elle renvoie directement à la [diapositive 7](#) [p.12], qui traite de la place des « coûts » dans l'équation de la valeur.

Comme il existe plusieurs coûts/préjudices associés aux examens et aux traitements inutiles sur le plan médical (dont certains figurent sur la diapositive), il ne faut pas mettre l'accent uniquement sur les coûts financiers pour le système.

Diapositive 12 :

Court sondage sur la surutilisation des ressources

Quelles raisons peuvent expliquer pourquoi les médecins prescrivent des examens et des traitements inutiles?



*** Remarque à l'intention du présentateur : Moment interactif** – Avant de passer aux diapositives suivantes sur les obstacles et les raisons qui expliquent la surutilisation, voici un bon moment pour demander aux stagiaires d'énumérer quels sont, selon eux, les obstacles à la gestion des ressources. Vous pouvez également les inviter à partager leurs expériences pour illustrer un de ces obstacles. Une fois que tous auront donné leur réponse, vous pourrez présenter la liste des obstacles (dont la plupart auront peut-être déjà été abordés).

Diapositive 13 :

Qu'est-ce qui explique la surutilisation des ressources?

1. Incapacité de reconnaître les préjudices
2. Culture fondée sur l'approche maximaliste qui veut que « plus on en fait, mieux c'est »
3. Système axé sur le volume et gains financiers
4. Nous avons toujours fait les choses ainsi
5. Malaise par rapport à l'incertitude
6. Mauvaise connaissance des données probantes (ou non-respect des lignes directrices)
7. Contraintes de temps
8. Satisfaction des demandes des collègues ayant effectué l'orientation
9. Demande d'examen préventifs à des fins d'efficience
10. Marketing des hôpitaux, des sociétés pharmaceutiques et des fabricants de dispositifs
11. Médecine défensive
- 12. Demandes et attentes des patients et de leur famille**

1. Incapacité de reconnaître les préjudices

Jusqu'à tout récemment, on parlait rarement des préjudices et des coûts associés à la surutilisation des ressources. Par conséquent, de nombreux médecins ne sont pas vraiment conscients des préjudices que peut causer la surutilisation d'examen et de traitements inutiles. Comme les bienfaits immédiats sont souvent plus évidents que les préjudices qui peuvent en découler, ces derniers sont plus difficiles à reconnaître.

2. Culture fondée sur l'approche maximaliste voulant que « plus on en fait, mieux c'est »

En médecine, la culture dominante veut que « plus on en fait, mieux c'est ». Bien qu'il y ait des changements à cet égard, changer une culture prend du temps et bon nombre de médecins ne sont pas encore totalement d'accord avec le point de vue opposé voulant qu'on puisse « faire mieux avec moins ».

3. Système axé sur le volume et gains financiers

La structure de financement actuelle des soins de santé repose sur un modèle de rémunération à l'acte fondé sur le volume, où les médecins sont rémunérés en fonction d'un volume important de patients. Cette réalité a un effet dissuasif sur les médecins, qui sont moins disposés à prendre plus de temps pour discuter avec les patients des réels bienfaits des examens ou des traitements.

Puisque le système de santé canadien est financé par l'État, il y a peu de restrictions quant à la prescription d'examen au Canada. La plupart du temps, il ne faut qu'une requête ou une demande de consultation pour qu'un examen soit réalisé.

Les prestataires de soins sont mieux rémunérés pour les examens et les interventions qu'ils demandent que pour le temps passé à conseiller les patients sur une approche non interventionnelle qui pourrait leur convenir davantage.

Dans certains cas, il est même avantageux financièrement pour les médecins de prescrire plus d'examens et d'interventions, ce qui peut constituer un incitatif financier à la surutilisation des ressources.

4. Nous avons toujours fait les choses ainsi

Les prestataires de soins de santé peuvent avoir été formés pour réaliser certaines interventions qui n'ont peut-être aucune valeur thérapeutique dans un scénario clinique précis. Comme leurs habitudes sont bien établies, ils peuvent avoir du mal à y déroger.

5. Malaise par rapport à l'incertitude

Les médecins peuvent se sentir obligés de demander des examens pour poser un diagnostic définitif ou exclure totalement un diagnostic, même s'il est peu probable que les renseignements ainsi obtenus modifieront la prise en charge clinique. Dans de tels cas, les médecins ont tendance à surévaluer les bienfaits d'un résultat normal et à sous-estimer les préjudices causés par les interventions non nécessaires.

6. Mauvaise connaissance des données probantes (ou non-respect des lignes directrices)

L'utilisation inappropriée de certains examens ou traitements découle souvent d'une méconnaissance ou d'une mauvaise compréhension des limites et des données leur étant associées.

7. Contraintes de temps

Les médecins qui sont très occupés peuvent avoir l'impression de manquer de temps pour discuter plus longuement d'un examen ou d'un traitement inapproprié ou inutile avec les patients. Ils décident alors de demander l'examen, car il s'agit de la façon de faire la plus rapide.

Manifestement, ce raisonnement concernant la prescription d'un examen est simpliste et sous-optimal. Les patients accordent souvent plus de valeur au temps passé à discuter avec leur médecin qu'au test qui leur est prescrit. De plus, le suivi de l'examen demandé nécessite du travail additionnel – qui pourrait être évité si l'examen est inutile.

8. Satisfaction des demandes des collègues ayant effectué l'orientation

Certains spécialistes peuvent accepter de recevoir des patients orientés à tort vers eux ou demander des examens ou des interventions qui ne sont pas indiqués du point de vue clinique pour satisfaire la demande du médecin ayant effectué l'orientation.

9. Demande d'examens préventifs à des fins d'efficience

Dans le but d'accélérer un bilan, d'accroître l'efficience ou de faciliter le congé de l'hôpital, les médecins – surtout ceux qui travaillent en milieu hospitalier – peuvent demander des examens préventifs qui, dans certains cas, pourraient s'avérer inutiles après l'obtention des résultats des examens initiaux.

10. Marketing des hôpitaux, des sociétés pharmaceutiques et des fabricants de dispositifs

Les prestataires de soins de santé et les patients peuvent croire que les technologies plus récentes et plus coûteuses sont supérieures, même s'il n'a pas été démontré qu'elles amélioreraient les soins.

Les stratégies de marketing, comme le financement d'événements ou le versement d'honoraires par les hôpitaux, les sociétés pharmaceutiques et les fabricants de dispositifs peuvent inciter indûment les médecins à choisir des interventions plus récentes, sans qu'elles soient supérieures, afin d'essayer ou d'évaluer certaines options (par exemple, administration d'un nouvel agent d'une même classe thérapeutique procurant un nombre légèrement plus élevé de bienfaits; utilisation de fournitures ou d'équipements médicaux plus récents alors que les technologies actuelles conviendraient tout aussi bien). Les patients peuvent être influencés par des stratégies de marketing direct qui les encouragent à interroger leur médecin au sujet de nouveaux examens ou traitements (par exemple, les publicités pharmaceutiques sur des chaînes télévisées ou dans des revues américaines auxquelles les patients canadiens ont accès).

11. Médecine défensive

Les médecins peuvent demander plus d'examen pour être en mesure d'exclure un diagnostic de façon plus définitive et tenter d'éviter un litige.

12. Demandes et attentes des patients et de leur famille*

Les patients peuvent demander ou s'attendre à subir des examens ou des interventions dont ils ont entendu parler, ou encore s'attendre à ce qu'un prestataire de soins prenne certaines mesures plutôt que de ne rien faire. Les prestataires de soins peuvent se sentir obligés d'accéder aux demandes des patients.

*** Remarque à l'intention du présentateur :** Cette trousse d'information s'articule autour de ce dernier point. Ce n'est qu'une des raisons qui expliquent la surutilisation des ressources, mais il s'agit du facteur qui peut être atténué et influencé par une meilleure communication entre les patients et les médecins.

Diapositive 14 :

Qu'est-ce qui explique la surutilisation des ressources?
Facteurs additionnels possibles chez les résidents

13. Manque de confiance dans l'évaluation clinique
14. Volonté d'impressionner le superviseur
15. Besoin d'exclure un diagnostic inhabituel
16. Mieux vaut agir que de ne rien faire
17. Curiosité ou volonté d'acquérir de l'expérience
18. Absence de renforcement par rapport à la retenue



13. Manque de confiance dans l'évaluation clinique

En raison de leur manque d'expérience, les résidents peuvent manquer de confiance par rapport à leur propre évaluation clinique et sentir le besoin de demander un nombre excessif d'examens pour se rassurer.

14. Volonté d'impressionner le superviseur

Les résidents peuvent demander un nombre excessif d'examens pour démontrer l'ampleur de leurs connaissances, même si bon nombre de ces examens sont inutiles.

15. Besoin d'exclure un diagnostic inhabituel

La formation axée sur les affections étranges et extraordinaires est souvent associée à des biais d'accessibilité pour les résidents. Par conséquent, ceux-ci sont portés à demander des examens dans le but d'exclure des diagnostics peu probables, uniquement d'après les antécédents et l'examen physique.

16. Mieux vaut agir que de ne rien faire

Les résidents peuvent être mal à l'aise par rapport à l'inaction et se sentir obligés d'intervenir, plutôt que de ne rien faire, pour dissiper les inquiétudes d'un patient.

17. Curiosité ou volonté d'acquérir de l'expérience

Les résidents peuvent être curieux de savoir ce que les résultats d'un examen pourraient montrer, que ce soit pour confirmer leurs propres soupçons cliniques ou dans le but d'acquérir une expérience clinique, même lorsqu'il est peu probable qu'un examen ou une intervention modifie les résultats globaux d'un patient.

18. Absence de renforcement par rapport à la retenue

Les discussions sur les interventions qu'on a *bien fait d'éviter* n'ont pratiquement jamais lieu, et les résidents sont rarement félicités pour avoir fait preuve de retenue.

Ni les résidents ni les médecins chevronnés ne reçoivent de rétroaction quant à leurs habitudes de pratique. Ils peuvent donc ignorer qu'une intervention n'offre que peu de valeur à un patient ou qu'elle peut lui causer un préjudice.

Il faut savoir que même si les prestataires de soins de santé citent des facteurs liés aux patients parmi les raisons courantes de la surutilisation des ressources, cette croyance n'est pas étayée par la littérature. Les patients peuvent demander des examens, des interventions ou des ordonnances pour diverses raisons, dont l'anxiété, une mauvaise interprétation des renseignements trouvés en ligne ou des facteurs de stress sociaux ou professionnels. Ainsi, ils peuvent croire à tort qu'ils reçoivent des soins de qualité si le médecin leur prescrit une intervention. Toutefois, lorsque les médecins sont en mesure de conseiller leurs patients, ceux-ci sont mieux informés et sont, par conséquent, moins susceptibles de continuer à demander des interventions inutiles.

Diapositive 15 :

Réfléchir, associer, partager

Réfléchissez à une situation où
un patient vous a demandé un
examen ou un traitement inutile



*** Remarque à l'intention du présentateur :** Cette diapositive intitulée « réfléchir, associer, partager » est conçue pour que les stagiaires réfléchissent, en équipe de deux, à une situation où la réalisation d'examen non nécessaires a causé des préjudices. Si les stagiaires sont à l'aise, certains des exemples peuvent être présentés au groupe à des fins de réflexion et de débriefage.

Première étape : Réfléchir (*donnez deux ou trois minutes aux étudiants pour réfléchir individuellement*)

Demandez aux étudiants de réfléchir à une situation.

Deuxième étape : Associer (*donnez deux ou trois minutes aux étudiants pour discuter en équipe de deux*)

Demandez aux étudiants de former des équipes de deux pour discuter de leur situation.

Troisième étape : Partager (*allouez de trois à cinq minutes pour la discussion avec tout le groupe*)

Aux fins de la discussion en groupe, demandez aux équipes de faire un retour sur leur conversation ou aux stagiaires de raconter ce que leur partenaire a dit.

La discussion en groupe peut porter sur les examens et les traitements prescrits. Voici de possibles sujets de discussion :

- Qu'a fait le résident ou le médecin traitant? (A-t-il prescrit ou non l'examen ou le traitement?)
- Quels défis ont été rencontrés dans cette situation?
- Comment l'interaction entre le patient et le médecin s'est-elle passée?

- Comment le résident se sentait-il par rapport à son interaction avec le patient?
- Quels facteurs ont influencé la prescription de l'examen ou du traitement inutile dans cette situation?
- Que s'est-il passé? (Le patient a-t-il subi un préjudice? Le test a-t-il révélé quelque chose?)
- Feriez-vous les choses autrement ou de la même manière dans une situation semblable?

Diapositive 16 :

*Communiquer avec les patients
et leur famille au sujet des
examens et des traitements
inutiles sur le plan médical*

Partie 2

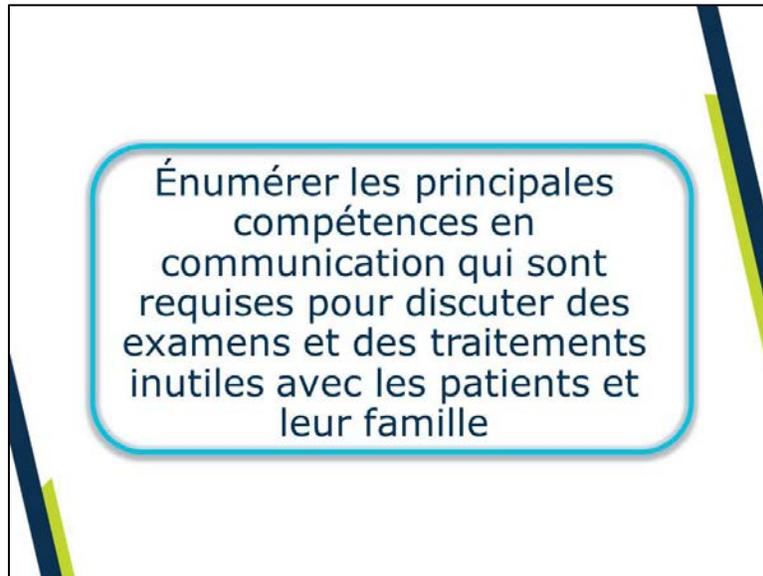
Cadre de communication adapté
aux patients et aux membres de
leur famille qui demandent un
examen inutile

La deuxième partie de la présentation porte sur le cadre de communication à utiliser pour discuter des examens et des traitements inutiles avec les patients et les membres de leur famille. Durant une séance de 2 heures, vous devriez consacrer environ 40 minutes à la **partie 2**.

Prenez le temps de présenter le cadre et permettez aux stagiaires de poser des questions pour qu'ils se sentent à l'aise de le mettre en pratique à la **partie 3**.

Au moment de préparer cette discussion, veuillez prendre le temps de trouver des exemples qui s'appliquent à la discipline des stagiaires à qui vous enseignerez.

Diapositive 17 :



Au moment de préparer cette discussion, veuillez prendre le temps de trouver des exemples qui s'appliquent à la discipline des stagiaires à qui vous enseignerez.

Diapositive 18 :

Cinq étapes d'une discussion avec les patients et leur famille

1. Sonder les préoccupations du patient et des membres de sa famille
2. Faire preuve d'empathie et reconnaître les préoccupations du patient et de sa famille
3. Favoriser la prise de décision partagée
 - a. Discuter les risques et les bienfaits
 - b. Rassurer le patient et sa famille à l'aide de renseignements sur la santé et d'outils d'aide à la décision
 - c. Appuyer les points importants par des informations écrites
4. Fournir des recommandations claires
5. Convenir d'un plan d'action et le consigner

Le reste de la discussion est basée sur cette diapositive, qui présente le cadre de communication proposé aux stagiaires pour leur apprendre à discuter avec les patients et les membres de leur famille qui demandent un test ou un traitement inutile. Ce cadre est [une adaptation d'un outil](#) créé par l'American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation et l'Université Drexel. Nous l'avons adapté afin de tenir compte de certains des progrès réalisés dans ce domaine au cours des dernières années.

- 1) **Sonder les préoccupations du patient** : Le médecin devrait s'informer des préoccupations du patient et des membres de sa famille. Pour ce faire, il devrait poser des questions claires, par exemple : « Qu'est-ce qui vous inquiète le plus? » ou « Qu'est-ce qui vous préoccupe? ».
- 2) **Faire preuve d'empathie et reconnaître les préoccupations** : Le médecin doit faire preuve d'empathie et reconnaître explicitement les préoccupations du patient (la diapositive 20 propose des façons concrètes pour exprimer son empathie).
- 3) **Favoriser la prise de décision partagée** : Cette étape consiste à amorcer la prise de décision partagée. Bien qu'il existe de nombreux cadres de communication, nous avons tenté de simplifier ces trois étapes concrètes.
 - a) **Discuter des risques et des bienfaits** : Il est essentiel d'expliquer clairement les risques et les bienfaits des examens et des traitements. Plus précisément, il est souvent préférable de parler des risques et des bienfaits en termes absolus plutôt qu'en termes relatifs.

- b) Rassurer le patient et sa famille à l'aide de renseignements sur la santé et d'outils d'aide à la décision : Les patients veulent que leur médecin les rassure en leur disant que leur bien-être ne sera pas compromis si l'examen n'est pas réalisé ou si le traitement n'est pas prescrit. Une des façons de rassurer les patients consiste à leur expliquer clairement que votre recommandation est basée sur des données probantes ou des lignes directrices publiées ou encore qu'elle s'appuie sur les résultats d'une étude qui portent à croire que l'examen ou le traitement en question n'est pas nécessaire.

Par ailleurs, de nombreux sites Web proposent maintenant des outils d'aide à la décision, dans lesquels on trouve des représentations visuelles des risques et des bienfaits pour aider les patients à faire des choix éclairés concernant leurs soins.

- c) Appuyer les points importants par des informations écrites : Fournir des informations écrites éducatives (comme un feuillet) au patient est une des options. Par exemple, vous pouvez recommander les ressources éducatives destinées aux patients du site Choisir avec soin :
<https://choisiravecsoin.org/guide-dinformation-pour-les-patients/>.

4) Fournir des recommandations claires : Il importe que le médecin fasse une synthèse de sa compréhension des informations disponibles, qu'il tienne compte des préférences, des croyances, des valeurs et des préoccupations du patient, et qu'il fournisse des recommandations claires au patient et à sa famille.

5) Convenir d'un plan : La dernière étape consiste à confirmer le plan d'action et à consigner la discussion.

*** Remarque à l'intention du présentateur :** Les diapositives qui suivent exposent les données et le raisonnement à l'appui des différentes étapes. Après une discussion plus poussée sur le cadre, une vidéo sur l'application du cadre sera présentée, puis les stagiaires auront l'occasion de mettre en pratique l'utilisation de ce cadre dans un jeu de rôle.

Diapositive 19 :

1. Sonder les préoccupations du patient

- Tenir compte des valeurs du patient
« *Qu'est-ce qui importe le plus quand il est question de votre santé?* »
- Inclure le patient dans le processus décisionnel
« *À votre avis, quelle option vous conviendrait le mieux?* »
- Sonder les préoccupations du patient
« *Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus aujourd'hui?* »

La question ultime qu'il faut se poser après chaque rencontre avec un patient est la suivante : ai-je tenu compte du patient? En vous posant cette question, vous devriez vous demander si vous avez intégré les valeurs du patient, si le patient a participé au processus décisionnel et si ses inquiétudes ont été dissipées adéquatement.

*** Remarque à l'intention du présentateur – Moment interactif :** On peut demander aux stagiaires de fournir des exemples de questions qu'ils peuvent poser pour obtenir ces renseignements lors d'une rencontre avec un patient. Nous donnons ici des exemples sur la façon de poser ces questions.

Les stagiaires peuvent envisager d'utiliser l'approche axée sur les sentiments, les idées, les fonctions et les attentes (FIFE pour *feelings, ideas, function, expectations*) pour connaître les valeurs et les préoccupations des patients¹. Ce modèle rappelle au médecin d'interroger les patients au sujet de leurs sentiments et de leurs croyances à l'égard de leur maladie, de sa signification, de ses répercussions sur leur fonctionnement quotidien et de leurs attentes quant à leur médecin.

Pour obtenir plus de renseignements sur la façon de sonder les préoccupations du patient et de mener une discussion selon une approche axée sur le patient, nous recommandons de passer en revue la méthode clinique centrée sur le patient (*Patient-Centred Clinical Method* ou PCCM). Il s'agit d'un cadre plus large sur la communication axée sur le patient qui peut être utilisé dans bon nombre de situations où il est question de soins de santé².

En plus des valeurs et des préoccupations du patient, il importe aussi de s'informer de ses préférences. Ce cadre part du principe que le patient préfère subir l'examen ou recevoir le traitement qu'il demande.

Toutefois, en prenant connaissance du reste du cadre, on comprend que les préférences du patient peuvent changer lorsqu'on lui fournit les renseignements nécessaires de la bonne façon – et ce faisant, qu'on l'inclut dans la prise de décision partagée.

¹Weston WW, JB Brown et MA Stewart. 1989. Patient-centred interviewing part I: understanding patients' experiences. *Canadian Family Physician*. **35**:147–151.

²Brown J. 2004. *Patient-Centred Clinical Method*. Dernière consultation le 31 août 2017 sur le site de l'Université Memorial (en anglais) : <https://www.med.mun.ca/StudentHandbook/pdf/Patient-Centred-Clinical-Method.aspx>.

Diapositive 20 :

2. Faire preuve d'empathie

Capacité d'empathie	Exemple
Communication non verbale	Contact visuel, hochement de la tête
Réflexion	« Je vois que vous êtes bouleversé par cette situation. »
Légitimation	« Il est normal que vous vous sentiez ainsi dans les circonstances. »
Silence attentif	
Énoncé de partenariat	« Nous travaillerons ensemble pour vous aider à vous sentir mieux. »


An initiative of the ABIM Foundation
Choosing Wisely, 2017¹

Cette diapositive explique la deuxième étape du cadre de communication : faire preuve d'empathie et reconnaître les préoccupations du patient et de sa famille.

Les patients, surtout lorsqu'ils sont préoccupés par leur santé, souhaitent que leur médecin soit optimiste et empathique, et qu'il leur offre du soutien. Ils veulent que leur médecin se soucie d'eux. Cela dit, *sentir* que vous êtes empathique et que vous vous souciez des patients n'est pas la même chose que de leur *communiquer* à l'aide des capacités énumérées sur cette diapositive.

L'empathie se définit comme la capacité de comprendre ce que peut vivre un patient et de lui faire savoir que l'on comprend sa situation.

¹Choosing Wisely. *Communication Skills to Providing Empathy during a Patient Encounter*. Dernière consultation le 31 août 2017 sur le site de Choosing Wisely (en anglais) : http://modules.choosingwisely.org/modules/m_00/content/1_30_Empathy.htm

Diapositive 21 :

3. Favoriser la prise de décision partagée

a. Discuter des risques et des bienfaits

- Discuter des risques et des bienfaits en termes absolus lorsque possible
- Exemple :
 - La warfarine réduit le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique chez les patients atteints de fibrillation auriculaire, mais augmente le risque d'hémorragie
 - Calculer le score CHAD-VASC du patient pour établir le risque d'AVC ischémique et le score HAS-BLED pour établir le risque d'hémorragie
 - Discuter de la réduction du **risque absolu** d'AVC plutôt que d'utiliser des termes relatifs
 - p. ex., en termes absolus : si vous prenez de la warfarine, votre risque d'AVC passera de 10 % à 3 % (risque absolu), et en termes relatifs : si vous prenez de la warfarine, votre risque d'AVC diminuera de 65 %

Cette diapositive porte sur la troisième étape du cadre, soit la prise de décision partagée, avec une attention particulière à l'explication des risques et des bienfaits. Vous pouvez discuter des difficultés que peuvent éprouver les patients dans l'interprétation du risque relatif et du risque absolu.

Diapositive 22 :

3. Favoriser la prise de décision partagée

b. Fournir des renseignements sur la santé et des outils d'aide à la décision

- Proposer des outils pour aider le patient à participer activement à la prise de décision partagée
- Aider le patient à exprimer et à préciser ses valeurs, ses préférences et ses préoccupations
- Fournir au patient des renseignements sur la santé qui sont faciles à comprendre (et qui expliquent les risques et les bienfaits pour lui permettre de faire un choix éclairé)

Cette diapositive porte également sur la troisième étape du cadre, soit la promotion de la prise de décision partagée, mais l'accent est mis sur l'importance de fournir au patient des renseignements sur la santé et des outils d'aide à la décision.

Les outils d'aide à la décision sont de plus en plus utilisés. Ils constituent une façon très concrète d'aider les patients à préciser et à exprimer leurs valeurs, leurs préférences et leurs préoccupations (que nous espérons avoir découvert à la première étape du cadre). Il s'agit aussi d'un bon moyen de rassurer les patients par l'utilisation de renseignements sur la santé qui sont faciles à lire et à comprendre.

Il est important ici de mettre l'accent sur la nécessité de faire participer le patient au processus décisionnel. Toutefois, le patient ne doit pas être celui qui dresse la liste des options disponibles. Le médecin doit l'aider à déterminer laquelle des options fondées sur des données probantes lui convient le mieux et répond le mieux à ses préoccupations.

À noter que l'Université d'Ottawa propose une référence utile sur le sujet en regroupant des outils d'aide à la décision sur le site suivant : <https://decisionaid.ohri.ca/francais/index.html>.

Diapositive 23 :

Données sur les outils d'aide à la décision

- Selon une revue Cochrane, l'utilisation d'outils d'aide à la décision a permis aux patients :
 - d'exprimer plus clairement leurs valeurs
 - d'avoir de meilleures connaissances
 - de participer davantage au processus décisionnel
 - d'avoir une perception plus juste des risques
 - d'être plus à l'aise avec les décisions prises

Stacy D, et coll. 2017. *Cochrane Database Syst Rev.*¹

Cette diapositive résume certaines des données sur les outils d'aide à la décision présentées dans une revue Cochrane publiée récemment.

D'après les conclusions des auteurs de cette revue, comparativement à la prestation de soins habituels, les patients exposés aux outils d'aide à la décision « sentent qu'ils ont de meilleures connaissances et qu'ils sont mieux informés, ils expriment plus clairement leurs valeurs, ils jouent probablement un rôle plus actif dans le processus décisionnel et ils ont une perception plus juste des risques ».

Voici certains exemples précis de l'efficacité des outils d'aide à la décision qui sont tirés de la revue Cochrane :

- L'emploi d'outils d'aide à la décision a réduit le nombre de personnes qui choisissent une intervention chirurgicale non urgente majeure et invasive plutôt qu'une approche plus conventionnelle (risque relatif [RR] : 0,86; intervalle de confiance [IC] à 95 % : 0,75-1,00; 18 études; N = 3844).
- L'emploi d'outils d'aide à la décision a réduit le nombre de personnes qui choisissent de subir un test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (RR : 0,88; IC à 95 % : 0,80-0,98; 10 études; N = 3996).
- L'emploi d'outils d'aide à la décision a augmenté le nombre de personnes qui choisissent de commencer à prendre de nouveaux médicaments contre le diabète (RR : 1,65; IC à 95 % : 1,06-2,56; 4 études; N = 447).
- Point important : L'effet médian du recours à des outils d'aide à la décision sur l'allongement de la durée de la consultation a été de **seulement** 2,6 minutes (24 versus 21; augmentation de 7,5 %).

¹ Stacey D, F Légaré, K Lewis, MJ Barry, CL Bennett, KB Eden, M Holmes-Rovner, H Llewellyn-Thomas, A Lyddiatt, R Thomson et L Trevena. 2017. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. **4**:CD001431

Diapositive 24 :

Faire participer le patient à la prise de décision partagée pour réduire la surutilisation des antibiotiques

- La formation des médecins de famille sur la prise de décision partagée avec le patient a permis de réduire de 48 % la surutilisation des antibiotiques contre les infections aiguës des voies respiratoires

Légaré F, et coll. 2012 CMAJ¹

Voici un exemple de l'incidence des outils d'aide à la décision sur le soutien des plans de traitement centrés sur le patient. Cet article du *CMAJ* publié en 2012 montre l'efficacité de la formation visant à apprendre aux médecins à participer à la prise de décision partagée avec leurs patients. Ainsi, la formation des médecins dans ce domaine a permis de réduire de 48 % la surutilisation des antibiotiques contre les infections aiguës des voies respiratoires.

Quelques liens utiles :

L'outil d'aide à la décision utilisé dans l'étude du *CMAJ* (en anglais) :
<http://www.cmaj.ca/content/suppl/2012/08/03/cmaj.120568v1.DC1/train-legare-1-at.pdf>

Autres outils d'aide à la décision (sous forme de grilles d'options) (en anglais) :
<http://optiongrid.org/option-grids/current-grids>

Vidéo sur l'utilisation des outils d'aide à la décision (en anglais) :
<http://videos.webpatientencounter.com/annotatevideoV2.aspx?a=620>

¹ Légaré F, M Labrecque, M Cauchon, J Castel, S Turcotte et J Grimshaw. 2012. Training family physicians in shared decision-making to reduce the overuse of antibiotics in acute respiratory infections: a cluster randomized trial. *Canadian Medical Association Journal*. **184**(13): E726-34.

Diapositive 25 :

3. Favoriser la prise de décision partagée

c. Appuyer les points importants par des informations écrites

L'usage de sondes d'alimentation comporte des risques.

- Elles sont prévues pour un usage temporaire, elles ne sont pas conçues pour un usage à long terme.
- Elles sont prévues pour un usage temporaire, elles ne sont pas conçues pour un usage à long terme.
- Le sondage est utilisé pour la prise en charge de la nutrition et de l'hydratation, plusieurs risques de complications sont associés à leur utilisation.
- Les sondes peuvent provoquer des lésions de la muqueuse de la gorge, des lésions de la muqueuse de l'œsophage, des lésions de la muqueuse de l'estomac, des lésions de la muqueuse de l'intestin grêle, des lésions de la muqueuse de l'intestin épais, des lésions de la muqueuse de l'intestin terminal, des lésions de la muqueuse de l'intestin grêle, des lésions de la muqueuse de l'intestin épais, des lésions de la muqueuse de l'intestin terminal.

Les soins dispensés aux personnes au stade avancé de la maladie d'Alzheimer

Les soins dispensés aux personnes au stade avancé de la maladie d'Alzheimer sont souvent inadéquats. Les personnes atteintes de cette maladie ont souvent des besoins particuliers en matière de soins de santé.

Les soins non nécessaires au Canada

Les soins non nécessaires au Canada sont ceux qui ne sont pas recommandés par les experts en matière de soins de santé.

Au Canada, 1 personne âgée sur 10 prend de la benzodiazépine, un sédatif hypnotique, de façon régulière même si les experts ne le recommandent pas.



Choisir avec soin, 2017¹

ICIS, 2017²

La troisième étape du cadre, qui consiste à favoriser la prise de décision partagée, comprend aussi le renforcement des points importants de la communication verbale à l'aide d'informations écrites.

On a longtemps cru que ce type d'information était reçu plus passivement par le patient. Toutefois, chez la bonne population de patient, les outils d'aide à la décision présentant de l'information visuelle qui nécessite une participation plus active sont plus souvent envisagés dans la prise de décision partagée.

Représenter visuellement des renseignements statistiques (côté droit de la diapositive) pour aider les patients à comprendre les risques et les bienfaits peut faciliter la prise de décisions plus éclairées concernant leurs soins de santé. Le site Choisir avec soin propose des guides d'information destinés aux patients¹ (côté gauche de la diapositive). Ces guides sont conçus pour expliquer les problèmes médicaux aux patients dans un format facile à comprendre.

¹Choisir avec soin. *Guide d'information pour les patients*. Dernière consultation le 31 août 2017 sur le site de Choisir avec soin : <https://choisiravecsoin.org/guide-dinformation-pour-les-patients/>

²Institut canadien d'information sur la santé. *Les soins de santé : trop c'est comme pas assez*. Dernière consultation le 28 septembre 2017 sur le site de ICIS : <https://www.cih.ca/fr/oasis/temoignages/les-soins-de-sante-trop-cest-comme-pas-assez>

Diapositive 26 :

Dernières étapes

- 4. Fournir des recommandations claires**
 - Tenir compte des renseignements sur la santé et des préférences du patient
- 5. Convenir d'un plan d'action et le consigner**
 - S'assurer que le médecin et le patient s'entendent et ont un plan d'action pour l'avenir

Les deux dernières étapes du cadre de communication consistent à fournir des recommandations claires et à convenir d'un plan d'action et le consigner.

Une fois que le médecin s'est informé des préoccupations du patient en manifestant de l'empathie et qu'il a favorisé la prise de décision partagée, comme il est expliqué dans les trois premières étapes, il devrait résumer les informations dont il a été question pour le patient et lui fournir des recommandations claires pour éviter toute ambiguïté.

Idéalement, le médecin et le patient devraient s'entendre sur un plan d'action avec lequel ils sont tous les deux à l'aise. Le plan d'action devrait aussi comprendre une explication claire sur les « signaux d'alarme » indiquant qu'il doit consulter rapidement un médecin ou sur la prise d'un rendez-vous de suivi si la situation ne change pas. Quoi qu'il arrive, il faut absolument s'assurer de prévoir un suivi fiable.

Diapositive 27 :



À la troisième et dernière partie de la présentation, les résidents pourront mettre en application le cadre de communication enseigné à la **partie 2** pour conseiller les patients au sujet des examens et des traitements inutiles.

Pour une séance de deux heures, environ une heure devrait être allouée à la **partie 3** afin d'accorder suffisamment de temps aux résidents pour mettre en pratique la nouvelle compétence apprise et recevoir une rétroaction.

Diapositive 28 :



Nous commençons ici la dernière partie de la discussion. Idéalement, les stagiaires devraient se concentrer sur la mise en application du cadre de communication pour conseiller les patients au sujet des examens et des traitements inutiles. Cette section de la trousse d'information devrait être le **pivot** de votre séance.

Diapositive 29 :

Comment discuter de l'utilisation appropriée des ressources?



0:00 / 1:22

Patient with Back Pain who requests an MRI

Choosing Wisely
An initiative of the ARMM Foundation

<https://www.youtube.com/watch?v=cJLuxDbBs1w>
(en anglais)

Source : Choosing Wisely® campaign¹

Maintenant que nous avons passé en revue le cadre de communication pour discuter avec les patients et les membres de leur famille qui demandent un examen ou un traitement inutile et souligné l'importance de la prise de décision partagée, la vidéo ci-dessus montre comment utiliser le cadre dans une situation réelle avec un patient.

Dans cette situation, le patient demande à son médecin de famille de passer une IRM pour son mal de dos. Aucune vidéo n'est parfaite. Celle-ci vise à mettre en évidence certains des éléments dont il est question dans le cadre.

Après avoir montré la vidéo, tenez une discussion de groupe à l'aide des questions suivantes :

- 1) Qu'a fait correctement le médecin durant l'interaction avec le patient?
- 2) Quels sont les points à améliorer?
- 3) Comment réagiriez-vous dans ce genre d'interaction si le patient continuait d'insister sur la nécessité d'un examen ou d'un traitement?

*** Remarque à l'intention du présentateur :** Il se peut que les stagiaires parlent de situations où le patient ou un membre de sa famille a continué de demander un examen inutile sur le plan médical. Il est important de reconnaître cette possibilité et de leur rappeler que, bien que ces expériences soient souvent celles dont nous nous souvenons le mieux, les discussions avec les patients ne se déroulent généralement pas de cette manière. Le cadre de communication proposé, qui devrait être efficace dans la plupart des situations pour réduire le nombre d'examen ou de traitements inutiles, peut être considéré comme une stratégie de prévention des conflits.

Vous pouvez aussi parler de la littérature qui traite des données sur les outils d'aide à la décision [[diapositive 23](#), p.34]. Ces données démontrent qu'un plus grand nombre de patients choisissent des approches moins invasives lorsqu'on leur transmet les renseignements de façon efficace, ce qui démontre que les stratégies de communication fonctionnent.

¹Choisir avec soin. *Patient with Back Pain who requests an MRI*. Dernière consultation le 31 août 2017 sur la page YouTube de l'ABIM Foundation (en anglais) : <https://www.youtube.com/watch?v=cJLuxDbBs1w>

Le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada remercie l'ABIM Foundation de lui avoir permis d'utiliser le module de Choisir avec soin dans le cadre de ses efforts pour former les cliniciens du Canada.

Diapositive 30 :

Étude de cas en groupe

Sarah Davis, une patiente de 25 ans, se présente au service d'urgence en raison d'une toux, d'un écoulement nasal et d'une fièvre subjective dont elle souffre depuis deux jours.

Sarah attend de vous voir pour discuter d'un plan de prise en charge de ses symptômes. Vous savez que les antibiotiques ne sont pas indiqués dans son cas.



Voici un cas avec lequel les stagiaires peuvent mettre en pratique le cadre de communication. Cette trousse d'information contient deux scénarios tirés de l'examen clinique objectif structuré (ECOS) qui peuvent être utilisés pour un jeu de rôle sur les compétences en communication.

Un des cas se veut le plus générique possible (demande d'un antibiotique inutile pour une maladie virale), tandis que l'autre concerne l'imagerie radiologique (IRM inutile pour une douleur au bas du dos). Si vous souhaitez créer votre propre scénario, vous pouvez le faire en choisissant une recommandation à partir de la liste de recommandations par spécialité du site Web de Choisir avec soin¹, puis en l'intégrant au modèle de cas.

L'Alliance for Academic Internal Medicine fournit aussi plusieurs exemples de scénarios qui peuvent convenir à votre contexte clinique sur son site Web².

Idéalement, les stagiaires devraient travailler en groupe de trois. Le premier stagiaire joue le rôle du médecin, le deuxième celui du patient et le troisième celui de l'observateur. Le jeu de rôle peut être adapté au contexte de la formation, ainsi qu'au nombre et au type de participants.

Voici d'autres façons d'organiser un jeu de rôle :

- En plus petits groupes, choisir deux volontaires et leur demander de jouer les rôles devant tous les autres participants, qui agissent comme observateurs (p. ex., exercice d'observation).
- Si vous avez la chance d'avoir de vrais patients ou des patients standardisés, ils peuvent jouer le rôle du patient et les apprenants peuvent se concentrer uniquement sur le rôle du médecin.

Chaque scénario comprend des descriptions à distribuer pour chaque rôle. Le résident qui joue le rôle du médecin reçoit un énoncé de cas type. Celui qui joue le rôle du patient reçoit l'information que l'on donne habituellement au patient standardisé. L'observateur reçoit un exemple de l'échelle d'évaluation que nous avons proposé pour les stations sur la communication relative à la gestion des ressources. Cette échelle d'évaluation est basée sur le cadre de communication présenté dans ce jeu de diapositives.

Du temps devrait être alloué pour faire un débriefage approprié sur le jeu de rôle.

Lors du débriefage du jeu de rôle, assurez-vous de commencer par le participant dont le rôle comportait l'enjeu le plus important et de terminer par celui pour qui l'enjeu était le moins important. Par exemple, dans le scénario ci-dessus, le débriefage devrait d'abord porter sur le participant qui a joué le rôle du médecin, ensuite sur celui qui a joué le patient, puis sur celui qui a joué l'observateur (s'il y en avait un), et se terminer par une discussion générale sur l'exercice.

Si vous n'êtes pas du tout habitué aux jeux de rôles ou souhaitez obtenir plus de renseignements à ce sujet, veuillez consulter la ressource utile intitulée *From Role Play to Real Play: Teaching Effective Role-Playing Facilitation Skills* sur le site Web de l'AAMC³.

Par ailleurs, cette trousse d'information contient un document portant sur l'élaboration de cas pour les jeux de rôle, qui peut être trouvé sur la page web suivante :

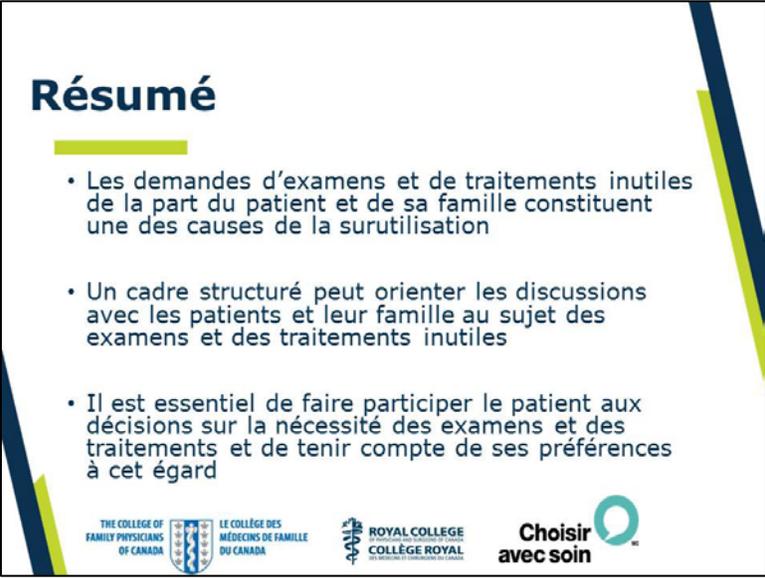
royalcollege.ca/gestiondesressources

¹ Choisir avec soin. *Recommandations et ressources, par spécialité*. Dernière consultation le 31 juillet 2017 sur le site de Choisir avec soin : <https://choisiravecsoin.org/recommandations/>.

² Alliance for Academic Internal Medicine. *High Value Care Learner Assessment Tools - Standardized Patients and Cases*. Dernière consultation le 31 août 2017 sur le site de l'AAIM (en anglais) : <http://www.im.org/p/cm/ld/fid=1536>.

³ Portail MedEd de l'AAMC. *From Role Play to Real Play: Teaching Effective Role-Playing Facilitation Skills*. Dernière consultation le 31 août 2017 sur le site de l'AAIM (en anglais) : <https://www.mededportal.org/publication/8603>.

Diapositive 31 :



Résumé

- Les demandes d'examens et de traitements inutiles de la part du patient et de sa famille constituent une des causes de la surutilisation
- Un cadre structuré peut orienter les discussions avec les patients et leur famille au sujet des examens et des traitements inutiles
- Il est essentiel de faire participer le patient aux décisions sur la nécessité des examens et des traitements et de tenir compte de ses préférences à cet égard

THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA LE COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA / COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA Choisir avec soin

La dernière diapositive résume quelques points clés.

La première partie de la présentation visait à mettre la gestion des ressources en contexte. Il importe de rappeler aux stagiaires que la prestation de soins inutiles expose les patients et le système de santé à des préjudices (pas seulement d'ordre financier). Et bien que les demandes d'examens ou de traitements inutiles de la part des patients et de leur famille ne sont qu'une des nombreuses raisons expliquant la surutilisation des ressources, il s'agit de celle sur laquelle la communication peut avoir un effet.

Il a ensuite été question du cadre de communication qui peut être appliqué lorsqu'un patient ou sa famille demande un test ou un traitement inutile. Le cadre met l'accent sur l'importance de favoriser la prise de décision partagée lors d'une discussion sur la gestion des ressources avec les patients.

Finalement, compte tenu de la grande complexité de cette tâche, une vidéo est présentée à la dernière partie de la discussion afin de montrer comment le cadre peut être appliqué et de permettre aux stagiaires de participer à un jeu de rôle pour s'exercer.

COLLABORATEURS ET RÉVISEURS

Collaborateurs

Samantha Buttemer, MD, CCMF
Département de médecine familiale
Université Queen's
Kingston (Ontario)

Ming-Ka Chan, MD, MHPE, FRCPC
Département de pédiatrie et santé de l'enfant
Université du Manitoba
Winnipeg (Manitoba)

Constance LeBlanc, FCMF, CCMF(MU), MAEd, CCPE
Département de médecine d'urgence
Université Dalhousie
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Jennifer Russell, MD, FRCPC
Département de cardiologie pédiatrique
Hospital for Sick Children
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Réviseurs

Nancy Fowler, MD, CCMF, FCMF
Médecine familiale universitaire
Le Collège des médecins de famille du Canada
Ottawa (Ontario)

Brian M. Wong, MD, FRCPC
Département de la médecine
Centre des sciences de la santé Sunnybrook
Université de Toronto
Toronto (Ontario)