

Trousse d'information sur les fondements de la gestion des ressources

Guide destiné au précepteur

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

Rédactrice

Jennifer Ngo, MD, MSc (AQ/SP), FRCPC
Département de médecine
Université de Calgary
Calgary (Alberta)

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:

C Hillis et J Ngo, rédacteurs. 2017. *Trousse d'information sur les fondements de la gestion des ressources 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

La présente trousse d'information est destinée aux éducateurs qui souhaitent transmettre aux résidents des notions fondamentales sur la gestion des ressources. Le principal objectif de la présente trousse d'information est de sensibiliser davantage les résidents à la gestion des ressources et d'entamer la discussion sur la façon dont les principes de la gestion des ressources peuvent être mis en pratique dans les rencontres cliniques quotidiennes. La trousse d'information a été conçue afin de donner une certaine souplesse aux animateurs des séances; ceux-ci peuvent en modifier le contenu et adapter le style de présentation afin de répondre aux besoins de leur auditoire. Nous recommandons de saisir toutes les occasions d'interpeller directement les apprenants (approche interactive) afin de les inciter à partager leur expérience et de stimuler la discussion sur les stratégies qu'ils peuvent adopter à l'avenir.

La trousse d'information contient des jeux de diapositives présentant différents cas cliniques pour répondre aux besoins particuliers des différents programmes de spécialité. Si les cas cliniques présentés dans les jeux de diapositives ne répondent pas aux besoins de votre auditoire, des instructions sont fournies sur la façon de modifier les cas. Nous vous suggérons de consulter les recommandations de Choisir avec soin Canada; celles-ci peuvent vous aider à créer des cas cliniques plus pertinents pour votre discipline.

La gestion des ressources est une matière dont l'enseignement présente certains défis, notamment en raison de la grande variabilité des milieux d'apprentissage cliniques. De nombreux obstacles entravent la mise en pratique des principes de gestion des ressources, et la présente trousse d'information vise à donner aux résidents une occasion de discuter de ces obstacles et, surtout, des stratégies pour les surmonter. Nous espérons que la présente trousse d'information fera réaliser aux résidents l'importance de la gestion des ressources et favorisera un changement d'attitude.

Comment utiliser cette trousse d'information

Cette trousse d'information est constituée d'un jeu de diapositives principales et permet d'adapter la présentation (effectuer un choix parmi les diapositives complémentaires) en fonction de l'auditoire cible, selon la spécialité des participants.

Avis : les diapositives complémentaires ne présentent pas de cas spécifiques d'une spécialité pour l'ensemble des sous-spécialités; si votre spécialité n'est pas représentée, veuillez utiliser les cas présentés comme guide pour concevoir votre propre cas.

REMARQUE IMPORTANTE À L'INTENTION DU PRÉSENTATEUR:

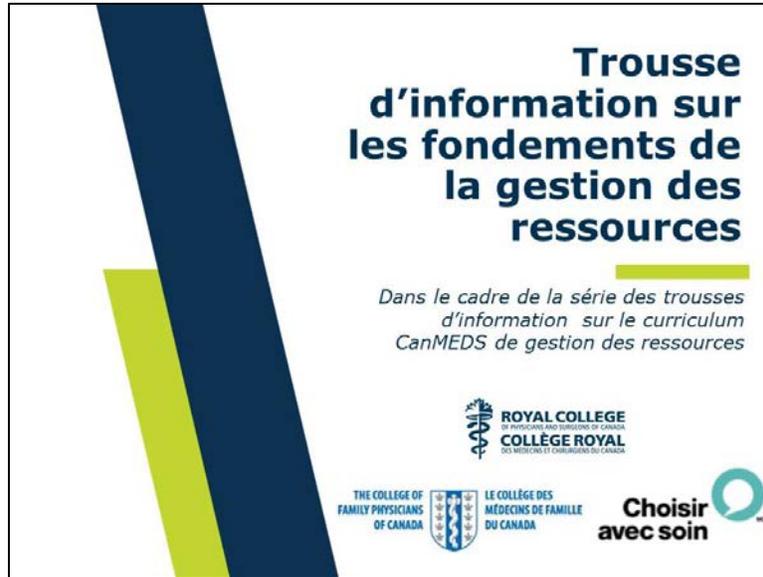
Cas prédéterminés:

1. **Médecine/médecine d'urgence** – traitement d'une bactériurie asymptomatique à la suite d'examens inutiles visant à déceler des lésions rénales aiguës attribuables à une rétention urinaire.
2. **Pédiatrie/soins primaire** – effet indésirable causé par un traitement inutile avec un antagoniste des récepteurs H2 chez un nourrisson souffrant de reflux.
3. **Psychiatrie/soins primaires** – chute d'une personne âgée attribuable à l'administration inutile d'une benzodiazépine pour le traitement de l'insomnie.
4. **Intervention chirurgicale/soins primaires** – examens et prise en charge inutiles d'une hernie inguinale légèrement symptomatique.
5. **Intervention chirurgicale/anesthésie/médecine interne/soins primaires** – examens préopératoires inutiles menant à la découverte d'un incidentalome et entraînant le report d'une intervention chirurgicale.

Vous ferez un retour sur le cas deux fois au cours du module afin d'ancrer la théorie dans la pratique. Aux moments prévus à cet effet, une remarque dans le document vous invitera à choisir le cas qui convient le mieux à votre spécialité. **Vous trouverez l'en-tête suivant accompagné de liens menant à chaque cas prédéterminé:**

ÉTUDE DE CAS

Diapositive 1:



Cette trousse d'information vise à transmettre au corps professoral et aux stagiaires des connaissances de base au sujet des principes régissant la gestion des ressources et à leur permettre de reconnaître les occasions, dans leur pratique quotidienne, d'appliquer les concepts de la gestion des ressources aux soins cliniques, à l'enseignement et à l'évaluation.

Diapositive 2:

Objectifs

Au terme du présent module, les stagiaires seront en mesure de :

- définir les termes courants associés à la gestion des ressources;
- distinguer le rationnement de la gestion des ressources;
- discuter des aspects éthiques de la gestion des ressources;
- reconnaître les préjudices causés par une surutilisation des ressources;
- cibler les facteurs favorisant une surutilisation des ressources;
- discuter des stratégies pour améliorer la gestion des ressources;
- citer des exemples de surutilisation des ressources dans leur spécialité et de cibler des occasions d'améliorer la gestion des ressources.



ÉTUDE DE CAS

Les **diapositives 3 à 5** présentent cinq cas différents. Vous devez faire un choix parmi ces cas, selon ce qui convient le mieux à votre spécialité, ou élaborer votre propre cas.

Cliquez ici pour accéder au cas adapté à votre spécialité:

1. [Médecine/médecine d'urgence](#) (p.8)
2. [Pédiatrie/soins primaires](#) (p. 12)
3. [Psychiatrie/soins primaires](#) (p. 15)
4. [Intervention chirurgicale/soins primaires](#) (p. 18)
5. [Intervention chirurgicale/anesthésie/médecine interne/soins primaires](#) (p. 21)

Si vous avez décidé d'utiliser votre propre cas personnalisé, cliquez ici pour poursuivre la présentation principale à partir de la [diapositive 6](#) (p. 25).

Diapositive 3:

Médecine/médecine d'urgence

Cas – M. Akay Aye

- Un homme de 80 ans est évalué par un résident en médecine d'urgence en raison d'une fatigue et d'une oligurie présentes depuis quatre jours. Le patient n'éprouve aucune douleur abdominale.
- Antécédents médicaux : hypertension; dyslipidémie; hyperplasie bénigne de la prostate. Le patient ne prend aucun nouveau médicament.
- Examen physique : le patient est alerte et n'est pas désorienté. TA = 158/72, FC = 94, FR = 16, T = 36,8 °C, SpO₂ = 96 % à l'air ambiant. Muqueuses humides, pression veineuse jugulaire située à 2 cm au-dessus de l'angle sternal. Abdomen ferme.
- Une demande pour des analyses de laboratoire de base est transmise.
- Bolus de 1 L de solution saline normale demandé.
- Consultation en médecine interne en vue d'une hospitalisation.



Nous amorçons notre discussion sur la gestion des ressources et le gaspillage dans les soins de santé par la présentation d'une étude de cas fondamentale.

Il s'agit d'un homme de 80 ans atteint d'hyperplasie bénigne de la prostate qui se présente au service des urgences en raison d'une oligurie. À l'examen, le patient présente une lésion rénale aiguë et un abdomen ferme, mais ni l'examen physique ni les analyses de laboratoire n'indiquent d'autres anomalies notables. Dans le cas de ce patient, la façon la plus simple de poser un diagnostic de rétention urinaire aurait été d'effectuer une scintigraphie de la vessie afin d'évaluer le volume résiduel après la miction. Toutefois, ce cas porte sur l'évaluation excessive, par le stagiaire, du motif de la consultation et sur des soins qui ne sont pas du tout axés sur le patient (nombre excessif d'exams d'imagerie et phlébotomies multiples à des fins d'analyse sanguine, etc).

Voici les recommandations spécifiques de Choisir avec soin¹ abordées dans ce cas:

1. Culture d'urine

L'Association canadienne des directeurs médicaux en soins de longue durée

- **Ne procédez pas à des tests d'urine par bâtonnet ni à des cultures d'urine en l'absence de signes et symptômes clairs d'infection urinaire (IU).**

L'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada

- **Ne demandez pas de cultures urinaires chez des adultes qui ne présentent ni symptôme urinaire ni fièvre, à moins qu'il ne s'agisse d'une femme enceinte ou d'un patient devant subir une intervention génito-urinaire susceptible de s'accompagner de saignements des muqueuses.**

2. Traitement d'une bactériurie asymptomatique

La Société canadienne de gériatrie

- **N'utilisez pas d'antimicrobiens pour traiter la bactériurie chez les personnes âgées à moins d'être en présence de symptômes indicateurs d'infection urinaire.**

La Société canadienne de médecine d'hôpital

- **Ne prescrivez pas d'antibiotiques pour une bactériurie asymptomatique, sauf aux femmes enceintes.**

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada

- **N'utilisez pas d'antimicrobiens pour traiter la bactériurie chez les personnes âgées à moins d'être en présence de symptômes indicateurs d'infection urinaire.**

L'Association des urologues du Canada

- **Évitez de prescrire un antimicrobien pour traiter une bactériurie asymptomatique chez l'homme âgé.**

¹Choisir avec soin Canada. *Recommandations et ressources, par spécialité*. Dernière consultation le 31 juillet 2017 sur le site Web de Choisir avec soin Canada:

<https://choisiravecsoin.org/recommandations/>

Diapositive 4:

| Médicine/médecine d'urgence | |
|-----------------------------|---|
| Cas – M. Akay Aye | |
| Évaluation | Résultats |
| Hémoglobine | 126 (120 à 160 g/L) |
| Leucocytes | 9,8 (4 à 10 x 10 ⁹ /L) |
| Sodium | 135 (135 à 145 mmol/L) |
| Potassium | 4,6 (3,5 à 5 mmol/L) |
| Bicarbonate | 20 (20 à 24 mmol/L) |
| Créatinine | 370 (50 à 90 µmol/L); 90 µmol/L il y a 1 mois |
| Urée | 24,5 (2,0 à 8,0 mmol/L) |
| RIN | 1,1 (0,9 à 1,2) |
| Analyse d'urine | Nombre modéré de leucocytes; nitrites à l'état de trace |
| Culture d'urine | Résultats à venir |

- Après l'examen des résultats des analyses, le résident en médecine interne demande l'administration i.v. de ceftriaxone à raison de 1 g toutes les 24 heures pour le traitement d'une infection urinaire potentielle.
- Au moment de l'hospitalisation, des ordonnances sont rédigées par le résident, qui demande des analyses supplémentaires :
 - Trois séries d'hémocultures
 - TSH; enzymes hépatiques (ALAT, GGT, phosph. alc., bilirubine, albumine)
 - Échographie abdominale (urgente)
 - Tomodensitométrie de l'appareil urinaire
 - Nouvelle demande : créatinine, urée, électrolytes, calcium, PO₂ et Mg toutes les 6 heures
 - RIN, temps de céphaline, formule sanguine complète le matin

***Remarque à l'intention du présentateur: Moment interactif** – Le présentateur doit prendre une pause et demander aux stagiaires de réfléchir aux examens qu'ils demanderaient. Il est possible que les stagiaires souhaitent discuter d'une approche détaillée pour la prise en charge d'une lésion rénale aiguë. Une telle discussion devrait être évitée. Il faut plutôt encourager les stagiaires à discuter de la manière dont leur diagnostic différentiel, qui repose sur l'anamnèse et sur l'examen physique du patient, peut leur permettre de cibler de façon appropriée les examens et les traitements subséquents, par ordre de priorité.

Questions à poser aux stagiaires:

Vous êtes un résident en médecine de garde pendant la nuit dans un centre universitaire de soins tertiaires.

1. Au service des urgences, quels autres examens ou traitements demanderiez-vous dans les plus brefs délais, le cas échéant?
2. Quels autres examens ou traitements demanderiez-vous au moment de l'hospitalisation, s'il y a lieu?
3. À ce stade-ci, y a-t-il des examens ou des traitements initiaux que vous n'auriez pas demandés? Pour quelle raison?

Diapositive 5:

Médecine/médecine d'urgence

Cas – M. Akay Aye

- La tomodensitométrie de l'appareil urinaire montre une distension vésicale.
- Après l'insertion d'une sonde de Foley, 1 400 ml d'urine de couleur ambrée sont récupérés.
- Le matin suivant l'hospitalisation, le taux de créatinine chute pour atteindre 280 µmol/L.
- M. Akay Aye amorce un traitement pharmacologique contre une hyperplasie bénigne de la prostate. Après deux jours, le patient urine normalement sans avoir recours à la sonde intermittente.
- Les résultats de la culture d'urine de M. Akay Aye montrent un nombre élevé de colonies d'*E. coli*. Une antibiothérapie orale d'une durée de 7 jours est instaurée contre l'infection urinaire potentielle.



***Remarque à l'intention du présentateur: Moment interactif** – Le présentateur doit prendre une pause et demander aux stagiaires si le bilan du patient était approprié.

Questions à poser aux stagiaires:

1. Le bilan de M. Akay Aye était-il approprié? Des ressources ont-elles été gaspillées dans le cadre des soins prodigués à M. Akay Aye?
2. Le résident en médecine interne a-t-il assuré une bonne gestion des ressources?

À ce stade-ci, les stagiaires peuvent réfléchir à la véritable signification des concepts de soins appropriés et de gestion des ressources.

Ces concepts seront abordés aux diapositives suivantes.

Après l'examen de ces concepts, nous reprendrons le cas de M. Akay Aye pour discuter davantage de la pertinence des soins qui lui ont été offerts et des préjudices potentiels pour ce patient et notre système de soins de santé.

La partie 1 DU CAS SE TERMINE ICI.

[Cliquez ici](#) pour poursuivre la présentation principale à partir de la diapositive 6. (p. 25)

Diapositive 3:

Pédiatrie/soins primaires

Cas – bébé Reeve Flux

- Un nourrisson de 4 mois, Reeve Flux, est évalué par une résidente en médecine familiale pour l'administration des vaccins systématiques du calendrier de vaccination. Ses parents sont préoccupés parce qu'il a la diarrhée depuis environ 3 semaines.
- Antécédents de naissance : enfant né à terme, faible poids à la naissance. Brève hospitalisation à la naissance en raison d'une hypoglycémie.
- Antécédents médicaux : enfant évalué plusieurs fois à la clinique par la résidente en médecine familiale en raison de régurgitations persistantes. Un transit œso-gastro-duodéal n'a pas permis d'obtenir des résultats concluants à l'égard d'un reflux gastro-œsophagien.



- Alimentation : allaitement exclusif
- Médicaments :
 - Vitamine D sous forme de gouttes
 - Ranitidine contre le reflux (instauré il y a 6 semaines)

Nous amorçons notre discussion sur la gestion des ressources et le gaspillage dans les soins de santé par la présentation d'une étude de cas fondamentale.

Il s'agit d'un nourrisson de 4 mois qui est évalué dans une clinique de soins primaires pour l'administration des vaccins systématiques. Une diarrhée d'apparition récente a incidemment soulevé certaines préoccupations. Plusieurs semaines auparavant, l'enfant a fait l'objet d'une évaluation en raison d'un reflux gastro-œsophagien (RGO), et il a amorcé un traitement avec la ranitidine en raison des préoccupations persistantes des parents à l'égard de ses régurgitations.

Dans ce cas, la surutilisation des soins de santé est évidente puisque le nourrisson a subi un bilan diagnostique visant à déceler un RGO. Même s'il se portait bien, du point de vue clinique, l'enfant a reçu inutilement un traitement avec la ranitidine ayant entraîné une diarrhée, un effet indésirable lié au médicament.

Voici les recommandations spécifiques de Choisir avec soin Canada¹ qui sont pertinentes dans ce cas :

La Société canadienne de pédiatrie

- **N'utilisez pas d'emblée un inhibiteur de la sécrétion acide ou un agent prokinétique pour le traitement du reflux gastro-œsophagien chez les nourrissons.**

¹Choisir avec soin Canada. *Recommandations et ressources, par spécialité*. Dernière consultation le 31 juillet 2017 sur le site Web de Choisir avec soin Canada:

<https://choisiravecsoin.org/recommandations/>

Diapositive 4:

Pédiatrie/soins primaires

Cas – bébé Reeve Flux

- Observations actuelles :
 - Après chaque allaitement, l'enfant régurgite une petite quantité de particules alimentaires partiellement digérées.
 - Aucune agitation et aucun pleur persistant associés à ces épisodes.
 - Les selles molles ont commencé il y a 3 semaines; 6 à 8 selles/jours; selles semi-formées; aucune fièvre; pas de sang dans les selles.
- Examen physique : bonne croissance, tous les paramètres se situant dans le 15^e percentile (10^e percentile à la naissance). Aucune déshydratation et aucune éruption cutanée. L'enfant est actif, s'assoit partiellement et tient sa tête.
- L'enfant a été orienté vers un gastro-entérologue pédiatrique en raison de régurgitations persistantes et d'une diarrhée d'apparition nouvelle.



***Remarque à l'intention du présentateur: Moment interactif** – Le présentateur doit prendre une pause et demander aux stagiaires de réfléchir aux examens qu'ils demanderaient. Il est possible que les stagiaires souhaitent discuter d'une approche détaillée pour la prise en charge d'un reflux gastro-œsophagien. Une telle discussion devrait être évitée. Il faut plutôt encourager les stagiaires à discuter de la manière dont leur diagnostic différentiel, qui repose sur l'anamnèse et sur l'examen physique du patient, peut leur permettre de cibler de façon appropriée les examens et les traitements subséquents, par ordre de priorité.

Questions à poser aux stagiaires:

Vous êtes résidente dans un cabinet de médecine familiale.

1. Quels autres examens ou traitements auriez-vous demandés, le cas échéant, quant au reflux gastro-œsophagien?
2. Quels autres examens ou traitements demanderiez-vous, le cas échéant, en ce qui concerne la diarrhée?
3. À ce stade-ci, y a-t-il des examens ou des traitements initiaux que vous n'auriez pas demandés? Pour quelle raison?
4. La résidente en médecine familiale a-t-elle assuré une bonne gestion des ressources?

Diapositive 5:

Pédiatrie/soins primaires

Cas – bébé Reeve Flux

- Un résident en pédiatrie évalue l'enfant dans une clinique de gastroentérologie et demande d'autres examens pour évaluer la diarrhée.
- À la visite de suivi, les examens effectués ne révèlent rien d'anormal.



| Évaluation | Résultats |
|--|--------------------|
| Coproculture | Résultats négatifs |
| Rotavirus – épreuve d'agglutination au latex | Résultats négatifs |
| Trou anionique | 10 (8 à 12 mEq/L) |
| Albumine sérique | 44 (37 à 55 g/L) |

***Remarque à l'intention du présentateur: Moment interactif** – Le présentateur doit prendre une pause et demander aux stagiaires si le bilan du patient était approprié.

Questions à poser aux stagiaires:

1. L'enfant a-t-il reçu des soins appropriés?
2. Des ressources ont-elles été surutilisées dans le cadre des soins prodigués à l'enfant?
3. La résidente en médecine familiale et, ultérieurement, le résident en pédiatrie ont-ils assuré une bonne gestion des ressources?

À ce stade-ci, les stagiaires peuvent discuter du cas et déterminer s'il illustre leur compréhension des concepts de surutilisation et de gestion des ressources. Ces concepts seront abordés aux diapositives suivantes.

Après l'examen de ces concepts, nous reprendrons le cas de l'enfant pour discuter davantage de la manière dont la surutilisation a causé des préjudices à l'enfant et, possiblement, au système de soins de santé.

La partie 1 DU CAS SE TERMINE ICI.

[Cliquez ici pour poursuivre la présentation principale à partir de la diapositive 6.](#) (p. 25)

Diapositive 3:

Psychiatrie/soins primaires

Cas – Mme Hanna Fall

- Une femme de 73 ans qui est tombée en se levant d'une chaise est évaluée à l'urgence. Elle boite et présente une démarche déséquilibrée.
- Antécédents médicaux : indice de masse corporelle (IMC) élevé de 29; dépression; insomnie d'apparition récente depuis 4 mois.
- Médicaments : trazodone à 50 mg par voie orale au coucher. Un traitement avec le lorazépam, à raison de 0,5 mg au coucher, a été instauré contre l'insomnie il y a deux semaines par un résident en médecine familiale.
- Examen physique : la patiente est alerte et n'est pas désorientée. Elle est capable de formuler des phrases complètes. TA = 140/72, FC = 94, FR = 16, T = 36,8 °C, SpO₂ = 96 % à l'air ambiant. Amplitude des mouvements de la hanche gauche : mouvements limités et douloureux.



Nous amorçons notre discussion sur la gestion des ressources et le gaspillage dans les soins de santé par la présentation d'une étude de cas fondamentale.

Il s'agit d'une femme de 73 ans ayant subi une fracture de la hanche après une chute attribuable à l'administration d'une benzodiazépine pour le traitement de l'insomnie. La patiente doit subir une réparation chirurgicale. Par la suite, la période de réadaptation est prolongée avant son retour à la maison. Même si les chutes sont fréquentes chez les personnes âgées, il est possible de les prévenir en tenant compte des facteurs de risque de manière adéquate et en tâchant de les éviter.

Voici les recommandations spécifiques de Choisir avec soin Canada¹ qui sont pertinentes dans ce cas:

La Société canadienne de gériatrie

- **N'utilisez pas de benzodiazépines ou d'autres sédatifs hypnotiques chez les personnes âgées comme premier choix pour traiter l'insomnie, l'agitation ou le délirium.**

La Société canadienne de médecine d'hôpital

- **Ne prescrivez pas de benzodiazépines ni d'autres sédatifs-hypnotiques aux personnes âgées comme traitement de première intention de l'insomnie, de l'agitation ou du délirium.**

L'Association des psychiatres du Canada

- **N'utilisez pas de benzodiazépines ou d'autres sédatifs-hypnotiques chez les personnes âgées comme intervention de première intention pour traiter l'insomnie.**

Ressource utile à fournir aux résidents: <https://choisiravecsoin.org/insomnie-et-anxiete-chez-les-personnes-agees/>

¹Choisir avec soin Canada. *Recommandations et ressources, par spécialité*. Dernière consultation le 31 juillet 2017 sur le site Web de Choisir avec soin Canada :

<https://choisiravecsoin.org/recommandations/>

Diapositive 4:

Psychiatrie/soins primaires

Cas – Mme Hanna Fall

- La résidente en médecine d'urgence demande une radiographie de la hanche et du bassin, laquelle montre une fracture du col fémoral.
- Des analyses sanguines initiales sont également demandées.
- Mme Fall est hospitalisée à l'unité de chirurgie orthopédique pour la poursuite de la prise en charge.

| Évaluation | Résultats |
|-------------------------------|------------------------------------|
| Hémoglobine | 126 (120 à 160 g/L) |
| Plaquettes | 205 (150 à 140 10 ⁹ /L) |
| RIN | 1,1 (0,9 à 1,2) |
| TTP | 32 (20 à 40 secondes) |
| Type et compatibilité croisée | O- |



***Remarque à l'intention du présentateur: Moment interactif** – Le présentateur doit prendre une pause et demander aux stagiaires de réfléchir aux examens qu'ils demanderaient. Il est possible que les stagiaires souhaitent discuter d'une approche détaillée pour la prise en charge des troubles du sommeil. Une telle discussion devrait être évitée. Il faut plutôt encourager les stagiaires à discuter de la manière dont leur diagnostic différentiel, qui repose sur l'anamnèse et sur l'examen physique du patient, peut leur permettre de cibler de façon appropriée les examens et les traitements subséquents, par ordre de priorité.

Questions à poser aux stagiaires:

Vous êtes la résidente en médecine d'urgence de garde qui s'occupe de Mme Fall.

1. Quels autres examens ou traitements demanderiez-vous, s'il y a lieu?
2. À ce stade-ci, y a-t-il des examens ou des traitements initiaux que vous n'auriez pas demandés? Pour quelle raison?

Diapositive 5:

Psychiatrie/soins primaires

Cas – Mme Hanna Fall

- Après l'hospitalisation par l'équipe de chirurgie orthopédique, on procède à une consultation en anesthésie pour une évaluation préopératoire.
- Le résident en anesthésie demande un bilan préopératoire initial, y compris une échocardiographie, une radiographie thoracique, et un dosage du peptide natriurétique de type B (BNP) et de la troponine (en plus du bilan sanguin initial demandé à l'urgence).
- Les résultats de l'évaluation préopératoire ne révèlent rien de particulier.
- Mme Fall est conduite en salle d'opération pour y subir une hémiarthroplastie de la hanche gauche sous anesthésie régionale.



***Remarque à l'intention du présentateur: Moment interactif** – Le présentateur doit prendre une pause et demander aux stagiaires si le bilan et la prise en charge de la patiente étaient appropriés.

Questions à poser aux stagiaires:

1. Mme Fall a-t-elle reçu des soins appropriés? Des ressources ont-elles été surutilisées dans le cadre des soins prodigués à Mme Fall?
2. Les prestataires de soins (résident en médecine familiale ayant prescrit une benzodiazépine; résidente en médecine d'urgence; résident en chirurgie orthopédique; résident en anesthésie) ont-ils assuré une bonne gestion des ressources?

À ce stade-ci, les stagiaires peuvent discuter du cas et déterminer s'il illustre leur compréhension des concepts de surutilisation et de gestion des ressources. Ces concepts seront abordés aux diapositives suivantes.

Après l'examen de ces concepts, nous reprendrons le cas de Mme Hanna Fall pour discuter davantage de la manière dont la surutilisation a causé des préjudices à la patiente et, possiblement, au système de soins de santé.

La partie 1 DU CAS SE TERMINE ICI.

[Cliquez ici pour poursuivre la présentation principale à partir de la diapositive 6.](#) (p. 25)

Diapositive 3:

Chirurgie/soins primaires

Cas – M. Ernie Ah



- Un homme de 80 ans est évalué par un résident en médecine familiale en raison d'une masse à l'aine droite.
- La masse est apparue après que le patient se soit penché pour libérer la roue de son déambulateur, prise dans le tapis.
- La masse n'est pas douloureuse et ne limite pas les activités du patient.
- Antécédents médicaux : diabète de type II, hypertension, arthrose de la hanche.
- Examen physique : le patient est alerte et n'est pas désorienté. TA = 158/72, FC = 94, FR = 16, T = 36,8 °C, SpO₂ = 96 % à l'air ambiant. Hernie inguinale légèrement sensible (taille d'un œuf de poule) du côté droit, au-dessus du ligament inguinal. La hernie diminue de façon spontanée lorsque le patient est en position de décubitus dorsal.

Nous amorçons notre discussion sur la gestion des ressources et le gaspillage dans les soins de santé par la présentation d'une étude de cas fondamentale.

Nous tenons à remercier le Dr Michael Kwan, chirurgien généraliste à l'Université de Calgary, pour l'évaluation de la vraisemblance et de l'applicabilité du contenu.

Ce cas porte sur un homme de 80 ans évalué dans une clinique de soins primaires en raison d'une masse à l'aine droite d'apparition nouvelle. La masse est asymptomatique et l'examen semble démontrer qu'il s'agit d'une hernie inguinale. Cependant, le patient subit une échographie pour confirmer la présence d'une hernie, et il est orienté vers un chirurgien généraliste pour une prise en charge chirurgicale potentielle. Un rendez-vous est fixé pour l'intervention chirurgicale. Par la suite, le patient ressent une douleur post-chirurgicale continue exigeant plusieurs consultations auprès du chirurgien généraliste et du médecin de famille, à des fins de suivi. Le patient doit également prendre de l'oxycodone pendant une période prolongée pour la prise en charge de la douleur, ce qui lui crée une dépendance.

Voici les recommandations spécifiques de Choisir avec soin Canada¹ qui sont pertinentes dans ce cas:

L'Association canadienne des chirurgiens généraux

- **Dans les cas pertinents, évitez de réparer les hernies inguinales qui présentent des symptômes minimes; offrez plutôt une surveillance attentive pendant une période allant jusqu'à deux ans.**

¹Choisir avec soin Canada. *Recommandations et ressources, par spécialité*. Dernière consultation le 31 juillet 2017 sur le site Web de Choisir avec soin Canada :

<https://choisiravecsoin.org/recommandations/>

Diapositive 4:

Chirurgie/soins primaires

Cas – M. Ernie Ah

- Homme de 80 ans chez qui on soupçonne la présence d'une hernie inguinale droite asymptomatique.
- Le résident en médecine familiale demande une échographie pour confirmer le diagnostic, pour exclure la possibilité de complications et pour obtenir des preuves objectives appuyant la demande de consultation en chirurgie générale.
- L'échographie révèle la présence d'une petite hernie réductible de 3 cm.
- M. Ah revient au cabinet pour discuter des résultats et des complications potentielles d'une hernie inguinale qui n'est pas réparée.
- Une demande de consultation en chirurgie générale est soumise et, au triage, on détermine que le cas du patient est une semi-urgence.



***Remarque à l'intention du présentateur: Moment interactif** – Le présentateur doit prendre une pause et demander aux stagiaires de réfléchir aux examens qu'ils demanderaient. Il est possible que les stagiaires souhaitent discuter d'une approche détaillée pour la prise en charge d'une hernie asymptomatique. Une telle discussion devrait être évitée. Il faut plutôt encourager les stagiaires à discuter de la manière dont leur diagnostic différentiel, qui repose sur l'anamnèse et sur l'examen physique du patient, peut leur permettre de cibler de façon appropriée les examens et les traitements subséquents, par ordre de priorité.

Questions à poser aux stagiaires:

Vous êtes résident dans un cabinet de médecine familiale.

1. Quels autres examens ou traitements, s'il y a lieu, auriez-vous demandés?
2. Comment prendriez-vous en charge l'état de ce patient?
3. Orienteriez-vous ce patient vers un chirurgien généraliste?

Vous êtes résident au cabinet du chirurgien généraliste.

1. Est-ce le type de patient qui devrait rencontrer un chirurgien généraliste pour une évaluation semi-urgente?
2. Au départ, auriez-vous demandé une échographie pour ce patient? Justifiez votre réponse.

Diapositive 5:

Chirurgie/soins primaires

Cas – M. Ernie Ah

- Le résident en chirurgie générale évalue le patient à la clinique.
- Il explique que lorsqu'elle n'est pas réparée, une hernie peut entraîner des complications, dont une hernie irréductible, et il aborde la question d'une réparation chirurgicale. Le patient est d'accord pour subir une intervention chirurgicale.
- Selon l'horaire du chirurgien membre du personnel, une salle d'opération est disponible dans quatre mois.
- Un rendez-vous est fixé pour la réparation de la hernie.
- Le patient subit une intervention chirurgicale d'un jour sans complication, et il obtient son congé de l'hôpital.
- Le chirurgien fixe une visite de suivi quatre semaines plus tard.



***Remarque à l'intention du présentateur: Moment interactif** – Le présentateur doit prendre une pause et demander aux stagiaires si le bilan du patient était approprié.

Questions à poser aux stagiaires:

1. M. Ah a-t-il reçu des soins appropriés? Des ressources ont-elles été surutilisées dans le cadre des soins prodigués à M. Ah?
2. Les résidents en médecine (médecine familiale et chirurgie générale) qui se sont occupés de ce patient ont-ils assuré une bonne gestion des ressources?

À ce stade-ci, les stagiaires peuvent discuter du cas et déterminer s'il illustre leur compréhension des concepts de surutilisation et de gestion des ressources. Ces concepts seront abordés aux diapositives suivantes.

Après l'examen de ces concepts, nous reprendrons le cas de M. Ernie Ah pour discuter davantage de la manière dont la surutilisation a causé des préjudices au patient et, possiblement, au système de soins de santé.

La partie 1 DU CAS SE TERMINE ICI.

[Cliquez ici pour poursuivre la présentation principale à partir de la diapositive 6.](#) (p. 25)

Diapositive 3:

Chirurgie/anesthésie/médecine interne/
soins primaires/soins préopératoires

Cas – Mme Alda Ritis

- Une femme de 65 ans se rend dans une clinique orthopédique pour y subir une évaluation préopératoire en raison d'une arthrose du genou douloureuse et limitant sa mobilité.
- Antécédents médicaux : hypertension.
- Examen physique : la patiente est alerte et n'est pas désorientée. TA = 138/72, FC = 94, FR = 16, T = 36,8 °C, SpO₂ = 96 % à l'air ambiant. Indice de masse corporelle (IMC) : 28. Présence d'une crépitation et d'une douleur graves à l'examen de l'articulation du genou, et amplitude des mouvements limitée.
- Le chirurgien orthopédique recommande une arthroplastie totale du genou droit pour la prise en charge d'une arthrose grave du genou.



Nous amorçons notre discussion sur la gestion des ressources et le gaspillage dans les soins de santé par la présentation d'une étude de cas fondamentale.

Il s'agit d'une femme de 65 ans à qui l'on conseille de subir une intervention orthopédique non urgente pour la prise en charge d'une arthrose du genou. La patiente est par ailleurs en bonne santé, et il s'agit d'une candidate à une intervention chirurgicale à faible risque. Cependant, durant l'évaluation préopératoire habituelle, une radiographie thoracique est demandée et entraîne la découverte fortuite d'un nodule pulmonaire. Les examens supplémentaires finissent par causer de l'anxiété chez la patiente et ils retardent l'intervention non urgente.

Ce cas démontre que des examens préopératoires inutiles sont parfois réalisés dans le cadre du bilan habituel effectué chez les patients devant subir une intervention chirurgicale à faible risque.

Voici les recommandations spécifiques de Choisir avec soin Canada¹ qui sont pertinentes dans ce cas:

La Société canadienne de médecine interne

- **N'effectuez pas systématiquement d'examens préopératoires chez les patients subissant des interventions chirurgicales à faible risque.**

La Société canadienne de médecine transfusionnelle

- **Évitez de demander des tests prétransfusionnels inutiles (groupe sanguin et recherche d'anticorps) pour tous les patients en chirurgie.**

L'Association canadienne des chirurgiens généraux

- **Évitez les radiographies pulmonaires à l'admission ou avant l'intervention chirurgicale chez les patients ambulatoires dont les antécédents et l'examen médical ne révèlent rien de particulier.**

La Société canadienne des anesthésiologistes

- **Ne demandez pas des analyses de laboratoire de référence (formule sanguine complète, tests de coagulation ou analyses biochimiques sériques) chez les patients asymptomatiques devant subir une intervention chirurgicale non cardiaque à faible risque.**
- **Ne demandez pas un électrocardiogramme de référence chez les patients asymptomatiques devant subir une intervention chirurgicale non cardiaque à faible risque.**
- **Ne demandez pas une radiographie pulmonaire de référence chez les patients asymptomatiques, sauf dans le cadre d'une évaluation chirurgicale ou oncologique.**

¹Choisir avec soin Canada. *Recommandations et ressources, par spécialité*. Dernière consultation le 31 juillet 2017 sur le site Web de Choisir avec soin Canada:

<https://choisiravecsoin.org/recommandations/>

Diapositive 4:

Chirurgie/anesthésie/médecine interne/
soins primaires/soins préopératoires

Cas – Mme Alda Ritis

- Mme Ritis est évaluée par un résident en anesthésie dans une clinique préopératoire.
- Mme Ritis n'a pas d'antécédents médicaux, mis à part l'hypertension, et elle n'a jamais subi d'intervention chirurgicale.
- Elle n'a jamais fumé et elle consomme de l'alcool socialement.
- Elle nage 4 fois par semaine durant une heure.
- Le résident en anesthésie demande des analyses de laboratoire initiales, dont une formule sanguine complète, un bilan biochimique, un dosage des facteurs de coagulation et la mesure du taux d'HbA_{1c}; il demande également un électrocardiogramme et une radiographie thoracique.



***Remarque à l'intention du présentateur: Moment interactif** – Le présentateur doit prendre une pause et demander aux stagiaires de réfléchir aux examens qu'ils demanderaient. Il est possible que les stagiaires souhaitent discuter d'une approche détaillée pour la prise en charge préopératoire des patients à faible risque. Une telle discussion devrait être évitée. Il faut plutôt encourager les stagiaires à discuter de la manière dont l'anamnèse et l'examen physique peuvent leur permettre de cibler de façon appropriée les examens, par ordre de priorité.

Questions à poser aux stagiaires:

Vous êtes le résident en anesthésie.

1. Quels autres examens ou traitements auriez-vous demandés, le cas échéant, quant au reflux gastro-œsophagien?
2. Quels autres examens ou traitements, s'il y a lieu, demanderiez-vous dans le cadre de l'évaluation préopératoire?
3. À ce stade-ci, y a-t-il des examens initiaux que vous n'auriez pas demandés? Pour quelle raison?

Diapositive 5:

Chirurgie/anesthésie/médecine interne/
soins primaires/soins préopératoires

Cas – Mme Alda Ritis

- La radiographie thoracique montre un petit nodule à l'apex du poumon droit.
- Le chirurgien reporte l'arthroplastie du genou pour orienter la patiente vers un pneumologue en vue d'un bilan. Le résident en pneumologie évalue la patiente. Il demande une tomodensitométrie du thorax, qui montre un nodule pulmonaire calcifié de 1,2 cm sans caractéristique à risque élevé.
- Afin de dresser un portrait plus complet, le résident en pneumologie demande une biopsie pulmonaire guidée par tomodensitométrie.

| Évaluation | Résultats |
|-------------------|------------------------------------|
| Hémoglobine | 126 (120 à 160 g/L) |
| Leucocytes | 9,8 (4 à 10 x 10 ⁹ /L) |
| Plaquettes | 205 (150 à 400 10 ⁹ /L) |
| Sodium | 135 (135 à 145 mmol/L) |
| Potassium | 4,6 (3,5 à 5 mmol/L) |
| Créatinine | 80 (50 à 90 µmol/L) |
| RIN | 1,1 (0,9 à 1,2) |
| TTP | 32 (20 à 40 secondes) |
| HbA _{1c} | 5,8 (4,0 à 6,0 %) |

***Remarque à l'intention du présentateur: Moment interactif** – Le présentateur doit prendre une pause et demander aux stagiaires si le bilan de la patiente était approprié.

Questions à poser aux stagiaires:

1. Mme Ritis a-t-elle reçu des soins appropriés? Des ressources ont-elles été surutilisées dans le cadre des soins prodigués à Mme Ritis?
2. Dans ce cas, les résidents en médecine (anesthésie et pneumologie) ont-ils assuré une bonne gestion des ressources?

À ce stade-ci, les stagiaires peuvent discuter du cas et déterminer s'il illustre leur compréhension des concepts de surutilisation et de gestion des ressources. Ces concepts seront abordés aux diapositives suivantes.

Après l'examen de ces concepts, nous reprendrons le cas de Mme Alda Ritis pour discuter davantage de la manière dont la surutilisation a causé des préjudices à la patiente et, possiblement, au système de soins de santé.

La partie 1 DU CAS SE TERMINE ICI.

[Cliquez ici pour poursuivre la présentation principale à partir de la diapositive 6.](#) (p. 25)

Diapositive 6:

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.

¹Snyder L, American College of Physicians Ethics, Professionalism et Human Rights Committee. 2012. American College of Physicians Ethics Manual: sixth edition. *Annals of Internal Medicine*. **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 Internal Medicine*. **173**(2):142-148.

Diapositive 7:



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.

(EXERCICE INTERACTIF À VENIR SUR LE COÛT)

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 ».

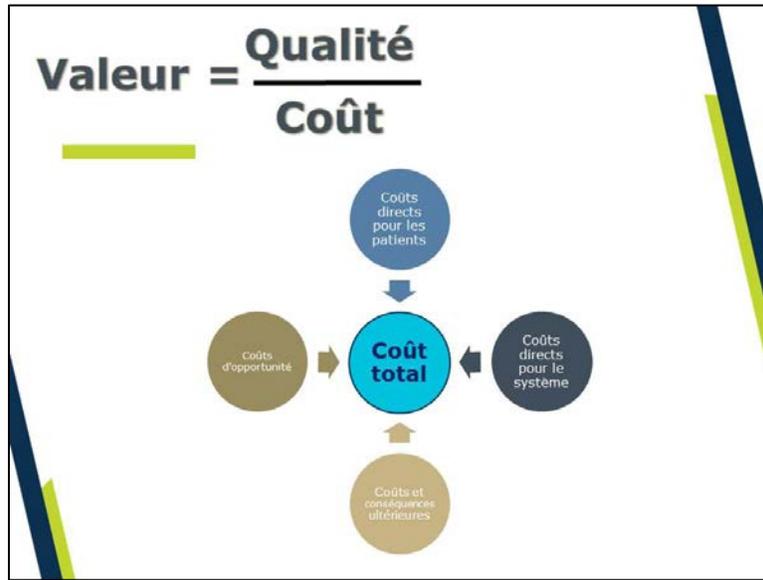
La valeur est un concept important qu'il faut connaître au moment de prendre des décisions cliniques. En effet, elle nous rappelle que pour toute intervention supplémentaire et les frais qui lui sont associés, la décision thérapeutique ultime doit tenir compte à la fois des bienfaits cliniques relatifs 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 8:



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 microsystème, d'un mésosystème ou d'un macrosystème.

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:

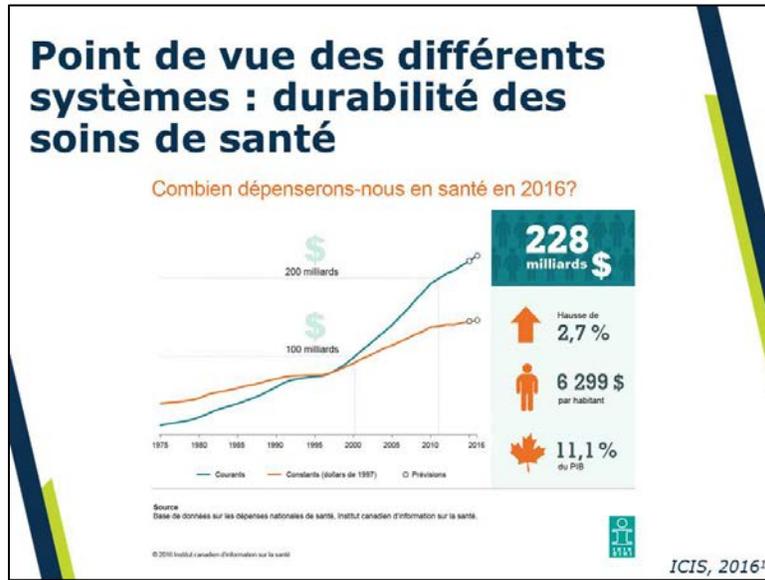
conséquences pour le système de soins de santé et ses organismes, notamment en matière de temps, de coûts financiers, de ressources humaines et de surcharge des urgences.

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 9:



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 10:



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 11:



Cette diapositive est tirée d'un article intéressant rédigé par Don Berwick et 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. Berwick¹ 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 12:

Gestion ≠ rationnement

« On croit à tort que la gestion des ressources est synonyme de rationnement des soins. **C'est tout à fait faux.** Le **rationnement**, c'est lorsqu'un prestataire de soins de santé se repose sur certains critères, dont l'âge, pour choisir les patients qui subiront des examens ou des interventions, ou qui recevront des traitements donnés. La **gestion des ressources**, c'est lorsqu'un prestataire de soins de santé décide de ne pas offrir certains soins à des patients en se reposant sur des preuves démontrant leur inefficacité. Ces décisions sont prises conjointement avec le patient. Nous devons offrir aux patients les soins dont ils ont besoin, mais nous devons également tenir compte de ce dont ils n'ont pas besoin et éviter les soins qui pourraient leur causer un préjudice. »

-Dre Wendy Levinson
Vidéo d'un cours de l'IHI Open School¹

On croit souvent, à tort, que la gestion des ressources est synonyme de rationnement des soins de santé. La gestion des ressources n'est pas synonyme de rationnement des soins¹. Le rationnement des soins renvoie aux mécanismes utilisés pour répartir un nombre limité de ressources de soins de santé. Par exemple, un patient qui est conduit au service des urgences après un accident de la route subira immédiatement ou rapidement une tomodensitométrie, comparativement à un patient chez qui ce même examen est demandé par un médecin de famille pour un problème non urgent.

Le rationnement est parfois présenté par les médias ou les autres groupes d'intérêts comme un refus d'accès aux services de soins de santé. Le rationnement peut devenir un sujet délicat, sur le plan politique, notamment en ce qui concerne les médicaments onéreux contre le cancer et les critères cliniques (p. ex., taille et type de la tumeur) pour l'accès à ces médicaments².

Toutefois, la gestion des ressources ne vise pas à hiérarchiser l'accès aux soins, mais à utiliser les moyens les plus efficaces pour diagnostiquer ou traiter une maladie³.

¹IHI Open School - *Resource Stewardship in Medicine*. Dernière consultation le 31 juillet 2017 à l'adresse <https://vimeo.com/93605940>.

²American College of Physicians. *Medical Ethics et the Stewardship of Healthcare Resources*. Dernière consultation le 27 juillet 2017 à l'adresse <https://www.acponline.org/clinical-information/ethics-et-professionalism/ethics-issues-et-position-papers/medical-ethics-et-the-stewardship-of-health-care-resources>.

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 13:



La prestation de soins de grande valeur s'accorde avec d'importants principes éthiques, dont ceux qui suivent:

Bienfaisance: favoriser le bien-être d'autrui.

Non-malfaisance: ne pas causer de préjudice à autrui.

Justice: répartir les ressources de façon juste et équitable.

Autonomie: respecter les droits et l'opinion d'autrui.

Dans le module TA 103 de l'IHI Open School intitulé Quality, Cost, et Value in Healthcare, il est indiqué que les principes de **bienfaisance** et de **non-malfaisance** appuient la prestation de soins qui améliorent les résultats des patients tout en réduisant au minimum les préjudices et les coûts. Le principe de **justice** exige de consacrer du temps, de l'argent et de l'énergie à des interventions de grande valeur afin que les ressources épuisables soient utilisées de façon adéquate, tout en évitant le gaspillage et la surutilisation¹.

Le fait de demander des interventions inutiles et ne procurant que peu de bienfaits aux patients peut causer des préjudices physiques à ces derniers (comme une exposition aux rayonnements ionisants des examens d'imagerie, une diarrhée associée aux antibiotiques ou, pire encore, une infection à C. difficile) ou encore leur faire subir des conséquences financières défavorables (comme lorsqu'ils doivent s'absenter du travail ou assumer certaines dépenses personnelles, notamment les frais de stationnement et les coûts des médicaments). Par conséquent, cette démarche est contraire au principe de non-malfaisance. De plus, l'utilisation de ressources limitées pour des interventions inutiles diminue le nombre de ressources épuisables qui pourraient être redistribuées afin de répondre à d'autres besoins sociétaux. Elle trahit ainsi l'engagement de la profession médicale envers le principe éthique de justice sociale².

L'**autonomie** est le droit de chaque personne de prendre ses propres décisions en matière de soins de santé. Si un patient souhaite subir une intervention de faible valeur, les professionnels de la santé devraient-ils accéder à sa demande?

***Remarque à l'intention du présentateur: Moment interactif** – Le conférencier peut poser les questions suivantes aux stagiaires: « Réfléchissez au cas d'un patient qui vous demande de subir un examen qui, selon vous, n'ajoutera aucune valeur à ses soins ou n'aura aucune incidence sur sa prise en charge », ou « Que pouvez-vous répondre à un patient qui demande de subir un examen inutile? » Vous pouvez décider d'écouter les réponses des apprenants à ces questions ou de leur demander de réfléchir et de présenter leurs réponses lors d'un moment interactif ultérieur. Vous pourriez aussi leur demander de partager les résultats de leur réflexion avec une personne assise près d'eux.

Les patients ne peuvent exercer leur droit de prendre leurs propres décisions éclairées en matière de soins de santé que lorsqu'ils ont accès à tous les renseignements nécessaires et qu'ils comprennent bien les options fondées sur des données probantes qui s'offrent à eux ainsi que les risques et les bienfaits qui leur sont associés. Pour respecter l'autonomie des patients, les professionnels de la santé doivent les éduquer, les renseigner et les conseiller au sujet des données et des raisons justifiant le choix (ou l'exclusion) d'une intervention donnée. Le principe d'autonomie n'exige pas du médecin qu'il accède aux demandes des patients pour des soins qui ne reposent pas sur des données probantes.^{1,2}

Comme nous le verrons plus tard dans cette trousse d'information sur les fondements et dans celle sur les communications, la question la plus importante à poser à un patient qui souhaite ardemment subir un examen donné est la suivante: « Quelle est votre principale préoccupation? » La Dre Wendy Levinson explique qu'il est probable qu'un patient ne souhaite plus subir l'examen une fois ses inquiétudes dissipées par le clinicien. La Dre Levinson reconnaît toutefois que lorsqu'un patient ne change pas d'avis malgré une discussion approfondie, les cliniciens peuvent envisager de demander l'examen réclamé puisque, dans certains cas, les bienfaits psychologiques, qui contribuent à la valeur des soins, peuvent l'emporter sur les coûts¹. Cependant, une revue systématique a révélé que ces bienfaits psychologiques sont minimes³.

En définitive, discuter de la pertinence des examens, des traitements et des interventions s'inscrit dans la prestation de soins axés sur les patients. Il faut faire la distinction entre les soins axés sur les patients et les soins orientés vers le patient. Les soins axés sur les patients tiennent compte des objectifs et des préférences des patients ainsi que des meilleures données probantes. En outre, ils dépendent du jugement clinique du prestataire de soins, qui favorise souvent une prise de décisions partagée afin que chaque patient reçoive les soins qui lui conviennent. Les soins orientés vers le patient sont des interventions réalisées dans le but de satisfaire les demandes du patient; dans certains cas, aucune donnée n'appuie ces interventions, qui peuvent même s'avérer néfastes.

¹Leon-Carlyle M, R Srivastava et B Wong. *IHI Open School Online Courses. TA 103: Quality, Cost, et Value in Health Care*. Publié en juin 2014. Dernière consultation le 16 décembre 2016 à l'adresse <http://app.ihl.org/lms/home.aspx>.

²Levinson W, S Ginsburg, FW Hafferty, CR Lucey. Fair et Ethical Stewardship of Healthcare Resources. dans : Levinson W, Ginsburg S, Hafferty FW, Lucey CR. Levinson W, Ginsburg S, Hafferty F.W., Lucey C.R. Eds. Wendy Levinson, et al.eds. *Understating Medical Professionalism*. New York, NY: McGraw-Hill; 2014.

³van Ravesteijn H, I van Dijk, D Darmon, F van de Laar, P Lucassen, T Olde Hartman. The reassuring value of diagnostic tests: A systematic review. *Patient Education et Counseling*. **86**(1):3-8.

ÉTUDE DE CAS

Aux **diapositives 14 et 15**, nous reprenons l'étude de cas fondamentale. Veuillez poursuivre en reprenant l'étude de cas que vous avez choisie au début de la présentation.

Cliquez ici pour accéder au cas adapté à votre spécialité:

1. [Médecine/médecine d'urgence](#) (p.38)
2. [Pédiatrie/soins primaires](#) (p. 41)
3. [Psychiatrie/soins primaires](#) (p. 44)
4. [Intervention chirurgicale/soins primaires](#) (p. 47)
5. [Intervention chirurgicale/anesthésie/médecine interne/soins primaires](#) (p. 50)

Si vous avez décidé d'utiliser votre propre cas personnalisé, [cliquez ici pour poursuivre la présentation principale à partir de la diapositive 16](#) (p. 53)

Diapositive 14:

Médecine en milieu hospitalier

Cas – M. Akay Aye : préjudice attribuable aux soins

- Après avoir reçu son congé de l'hôpital, M. Akay Aye se porte bien et termine son antibiothérapie d'une durée de 7 jours.
- Ses selles deviennent molles et il doit se rendre fréquemment à la salle de bain, ce qui finit par l'incommoder.
- Il consulte son médecin de famille. Un résident en médecine familiale l'évalue et vérifie le taux d'électrolytes et de créatinine. Il demande également des analyses des selles (culture et sensibilité, et recherche d'œufs, de parasites et de la toxine de *Clostridium difficile*).
- Après 48 heures, M. Akay Aye reçoit un appel du cabinet du médecin visant à l'informer des résultats normaux des analyses.



***Remarque à l'intention du présentateur: Moment interactif** – Cet exercice vise à évaluer les véritables « coûts » des soins pour M. Akay Aye. Quels ont été les coûts directs pour M. Akay Aye et pour le système? Quels ont été les coûts ultérieurs et les coûts d'opportunité?

Rappelez-vous que lorsque vous avez abordé le concept de valeur, vous avez présenté aux apprenants les catégories de coûts. Si les apprenants ont de la difficulté à donner des exemples de coûts, vous pouvez leur rappeler ces catégories.

Coûts directs pour M. Akay Aye:

- Retard dans le traitement d'une insuffisance rénale d'origine obstructive en raison d'une trop grande dépendance envers les évaluations et d'une sous-utilisation de l'examen physique et de la scintigraphie de la vessie au chevet du patient à des fins diagnostiques.
- Anxiété associée aux analyses de laboratoires exhaustives et aux multiples interventions radiographiques.
- Confusion à l'égard de la signification clinique de résultats positifs à la culture d'urine.
- Perturbation du sommeil attribuable aux phlébotomies fréquentes (se reporter aux demandes initiales de l'étude de cas), à la douleur et aux autres risques associés aux phlébotomies.

Coûts ultérieurs pour M. Akay Aye:

- Exposition aux rayonnements de la tomodensitométrie (anomalies cellulaires et risque de cancer associé à la tomodensitométrie)^{1,2}.
- Antibiothérapie ciblant *E. coli* attribuable aux résultats positifs à la culture d'urine, coûts du médicament et risque d'effets indésirables liés au médicament.

Coûts directs pour le système:

- Ressources humaines consacrées aux phlébotomies fréquentes de M. Akay Aye, au détriment des autres patients.
- Plage horaire consacrée à la tomodensitométrie de M. Akay Aye, au détriment d'un patient chez qui cet examen serait nécessaire.

Coûts ultérieurs pour le système:

- L'administration d'antibiotiques ciblant E. coli en raison de résultats positifs à la culture d'urine contribue au risque de résistance aux antimicrobiens à action générale et à l'acquisition d'infections, dont celle à C. difficile.

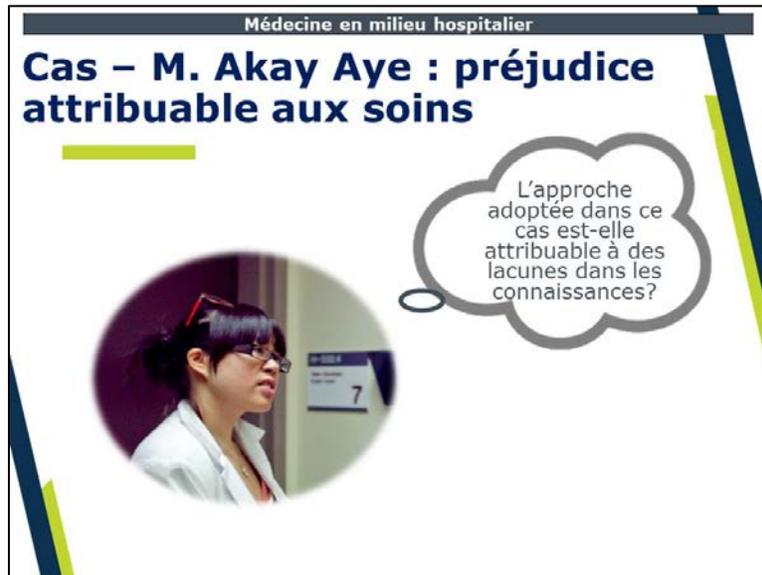
Coûts d'opportunité:

- Retards au sein du laboratoire et du service de radiologie et augmentation du temps d'attente en raison des services inutiles offerts à M. Akay Aye.
- Une orientation vers un néphrologue ou un urologue prolongerait la liste d'attente et le temps d'attente pour les autres patients orientés vers ces spécialistes.

¹Sodickson A, PF Baeyens, kp Etriole, LM Prevedello, RD Nawfel, R Hanson et R. Khorasani. 2009. Recurrent CT, cumulative radiation exposure, et associated radiation-induced cancer risks from CT of adults. *Radiology*. **251**(1):175-184.

²Pearce MS, JA Salotti, MP Little, K McHugh, C Lee, KP Kim, NL Howe, CM Ronckers, P Rajaraman, AW Craft, L Parker, et A Berrington de González. 2012. Radiation exposure from CT scans in childhood et subsequent risk of leukaemia et brain tumours: a retrospective cohort study. *The Lancet*. **380**(9840):499-505.

Diapositive 15:



La gestion des ressources est un concept qui va au-delà de la pertinence. Évidemment, la sous-utilisation, la mauvaise utilisation et la surutilisation des ressources sont des exemples de préjudice. Souvent, les stagiaires peuvent rapidement donner des exemples de préjudices aux patients causés par des soins inappropriés ou par un gaspillage des ressources, comme dans le cas présent.

Ici, disons que le résident comprend maintenant quels sont les préjudices et qu'il est déterminé à maîtriser la gestion des ressources.

Ce cas illustre-t-il simplement des lacunes dans les connaissances médicales du résident? Si celui-ci était confronté à un cas similaire ce soir, alors qu'il est de garde, quelles seraient les chances qu'il respecte les principes de la gestion des ressources et qu'il offre des soins de grande valeur au prochain patient?

Les réponses à ces questions sont complexes puisqu'un certain nombre de facteurs pourraient avoir influencé le comportement du résident. En effet, les lacunes dans les connaissances ne constituent qu'un de ces facteurs. Non seulement les stagiaires rencontrent-ils des obstacles lorsqu'ils assurent une bonne gestion des ressources, mais certains facteurs habilitants peuvent les inciter à surutiliser les ressources. À partir de maintenant, vous examinerez ces obstacles avec les apprenants, et vous discuterez des occasions de les surmonter.

LE CAS SE TERMINE ICI.

[Cliquez ici pour poursuivre la présentation principale à partir de la diapositive 16.](#) (p. 53)

Diapositive 14:

Pédiatrie/soins primaires

Cas – bébé Reeve Flux : préjudice attribuable aux soins

- Puisque Reeve a continué de prendre du poids malgré les régurgitations, le traitement avec la ranitidine a été interrompu avec la conviction que les régurgitations ne sont pas de véritables reflux.
- À la visite de suivi en gastroentérologie, trois semaines plus tard, l'enfant ne souffre plus de diarrhée.



***Remarque à l'intention du présentateur: Moment interactif** – Cet exercice vise à évaluer les véritables « coûts » des soins pour Reeve. Quels ont été les coûts directs pour l'enfant, ses parents et le système? Quels ont été les coûts ultérieurs et les coûts d'opportunité?

Rappelez-vous que lorsque vous avez abordé le concept de valeur, vous avez présenté aux apprenants les catégories de coûts. Si les apprenants ont de la difficulté à donner des exemples de coûts, vous pouvez leur rappeler ces catégories.

Coûts directs pour Reeve et sa famille:

- Anxiété associée aux analyses de laboratoires et aux interventions radiographiques.
- Confusion à l'égard de la signification clinique d'un reflux gastro-œsophagien et d'un gain de poids.
- Diarrhée attribuable à un effet secondaire du médicament.
- Interruption des activités normales en raison d'une diarrhée fréquente.
- Visites supplémentaires pour des soins d'urgence et douleur durant la phlébotomie.
- Absence du travail, frais de stationnement et autres dépenses associées aux multiples visites.

Coûts ultérieurs pour Reeve:

- Exposition aux rayonnements de la série d'examens des voies digestives supérieures.
- Antibiothérapie potentielle (selon le prestataire de soins) pour le traitement de la diarrhée.

Coûts ultérieurs pour le système:

- Chez Reeve, un traitement prolongé avec la ranitidine pourrait altérer la flore microbienne, augmentant ainsi le risque d'infection.

Coûts directs pour le système:

- Ressources humaines du laboratoire consacrées aux examens inutiles subis par Reeve, au détriment des autres patients.
- Plage horaire consacrée aux examens d'imagerie de Reeve, au détriment d'un patient chez qui cet examen serait nécessaire.

Coûts d'opportunité:

- Retards au sein du laboratoire et du service de radiologie et augmentation du temps d'attente en raison des services inutiles offerts à Reeve.
- Une orientation vers un gastro-entérologue prolongerait la liste d'attente et le temps d'attente pour les autres patients orientés vers ces spécialistes.

Diapositive 15:



Comment les stagiaires peuvent-ils tenir compte des répercussions de la gestion des ressources dans le cas de Reeve?

Prendraient-ils des décisions cliniques différentes dans un cas similaire? Les réponses à ces questions sont complexes puisqu'un certain nombre de facteurs pourraient avoir influencé le comportement du résident. En effet, les lacunes dans les connaissances ne constituent qu'un de ces facteurs. Non seulement les stagiaires rencontrent-ils des obstacles environnementaux et culturels lorsqu'ils tentent d'assurer une bonne gestion des ressources, mais certains facteurs déclenchants peuvent les inciter à surutiliser les ressources. À partir de maintenant, vous examinerez ces obstacles avec les apprenants, et vous discuterez des occasions de les surmonter.

LE CAS SE TERMINE ICI.

[Cliquez ici pour poursuivre la présentation principale à partir de la diapositive 16.](#) (p. 53)

Diapositive 14:

Psychiatrie/soins primaires

Cas – Mme Hanna Fall : préjudice attribuable aux soins

- Après l'hémiarthroplastie de la hanche gauche, Mme Fall souffre d'une douleur intense exigeant un traitement avec plusieurs analgésiques, dont l'acétaminophène, la gabapentine et l'hydromorphone.
- Son hospitalisation est prolongée en raison d'un retard dans l'atteinte des objectifs de réadaptation.
- Elle est finalement transférée vers un centre de réadaptation, où elle demeure pendant trois mois.
- Après l'obtention de son congé, des soins à domicile lui sont offerts afin de l'aider à prendre son bain.
- La dose de lorazépam est diminuée progressivement, puis le traitement est interrompu. La patiente consulte à nouveau son médecin de famille en raison d'une insomnie, et la dose d'hydromorphone est diminuée graduellement.



***Remarque à l'intention du présentateur: Moment interactif** – Cet exercice vise à évaluer les véritables « coûts » des soins pour Mme Fall. Quels ont été les coûts directs pour Mme Fall et pour le système? Quels ont été les coûts ultérieurs et les coûts d'opportunité?

Rappelez-vous que lorsque vous avez abordé le concept de valeur, vous avez présenté aux apprenants les catégories de coûts. Si les apprenants ont de la difficulté à donner des exemples de coûts, vous pouvez leur rappeler ces catégories.

Coûts directs pour Mme Fall:

- Préjudices causés par un effet indésirable de la benzodiazépine.
- Exposition aux rayonnements (radiographie).
- Douleur causée par la chute et exposition aux risques associés aux opiacés prescrits pour le soulagement de la douleur postopératoire.
- Prolongation de l'hospitalisation et, ultérieurement, du séjour au centre de réadaptation.
- Anxiété associée aux hospitalisations et perte d'autonomie future.

Coûts ultérieurs pour Mme Fall:

- Exposition aux rayonnements (risque de lésions cellulaires et de cancer associé à la tomodensitométrie).
- Risque de pneumonie, d'escarres de décubitus, etc. attribuable à l'immobilité postopératoire.
- Risque d'exacerbation d'une dépression préexistante.
- Coûts des soins à domicile et de l'aide à la mobilité.

Coûts directs pour le système:

- Hospitalisation pour une cause potentiellement évitable (y compris le temps en salle d'opération, etc.)
- Services de consultation offerts par différents spécialistes.

Coûts d'opportunité pour le système:

- Retards au sein du laboratoire et du service de radiologie et prolongation du temps d'attente en raison des services offerts à Mme Fall, qui auraient pu être évités.
- Augmentation du temps d'attente pour une admission au centre de réadaptation.
- Augmentation du nombre de demandes pour des services de soins à domicile après que Mme Fall a reçu son congé du centre de réadaptation.

Diapositive 15:



Comment les stagiaires peuvent-ils tenir compte des répercussions de la gestion des ressources dans le cas de Mme Fall?

Prendraient-ils des décisions cliniques différentes dans un cas similaire? Les réponses à ces questions sont complexes puisqu'un certain nombre de facteurs pourraient avoir influencé le comportement du résident. En effet, les lacunes dans les connaissances ne constituent qu'un de ces facteurs. Non seulement les stagiaires rencontrent-ils des obstacles environnementaux et culturels lorsqu'ils tentent d'assurer une bonne gestion des ressources, mais certains facteurs déclenchants peuvent les inciter à surutiliser les ressources. À partir de maintenant, vous examinerez ces obstacles avec les apprenants, et vous discuterez des occasions de les surmonter.

LE CAS SE TERMINE ICI.

[Cliquez ici pour poursuivre la présentation principale à partir de la diapositive 16.](#) (p. 53)

Diapositive 14:

Chirurgie/soins primaires

Cas – M. Ernie Ah : préjudice attribuable aux soins

- M. Ernie Ah ressent de la douleur au site de l'intervention chirurgicale. Il rencontre le médecin de famille le jour suivant pour une réévaluation et pour la prescription d'autres analgésiques.
- Deux semaines plus tard, M. Ernie Ah ressent toujours de la douleur. Le médecin de famille palpe l'aîne droite et y décèle une masse.
- M. Ernie Ah subit une nouvelle échographie, qui révèle la présence d'un petit sérome. Le patient continue de prendre au besoin de l'acétaminophène et de l'oxycodone contre la douleur, tel que prévu.
- Au rendez-vous de suivi, le chirurgien généraliste ne décèle rien de particulier, et le patient reçoit son congé de l'unité de soins chirurgicaux.
- Six mois plus tard, M. Ernie Ah éprouve toujours de la douleur, et une masse est encore palpable du côté droit. Le médecin de famille demande une nouvelle échographie, qui montre une récurrence de la hernie.



***Remarque à l'intention du présentateur: Moment interactif** – Cet exercice vise à évaluer les véritables « coûts » des soins pour M. Ernie Ah. Quels ont été les coûts directs pour M. Ernie Ah et pour le système? Quels ont été les coûts ultérieurs et les coûts d'opportunité?

Croyez-vous que M. Ernie Ah aurait choisi de subir l'intervention chirurgicale s'il avait été informé des risques et des bienfaits qui lui étaient associés?

Rappelez-vous que lorsque vous avez abordé le concept de valeur, vous avez présenté aux apprenants les catégories de coûts. Si les apprenants ont de la difficulté à donner des exemples de coûts, vous pouvez leur rappeler ces catégories.

Coûts directs pour M. Ernie Ah:

- Anxiété associée à l'échographie réalisée pour visualiser la hernie ainsi qu'à la nouvelle échographie réalisée pour évaluer la douleur postopératoire et les complications chirurgicales potentielles.
- Temps consacré à la réalisation d'examen inutiles et aux rendez-vous de suivi.
- Dépenses personnelles associées aux rendez-vous et à l'achat de l'analgésique.
- Troubles iatrogènes suivant l'intervention chirurgicale et apparition d'une douleur inguinale chronique.

Coûts ultérieurs pour M. Ernie Ah:

- Rendez-vous de suivi avec le médecin de famille pour la prise en charge de la douleur et de la récurrence de la hernie.
- Nouvelle orientation potentielle vers un chirurgien avec ou sans opération pour le traitement de la hernie récidivante.
- Dépendance potentielle à l'analgésique, coûts associés au médicament et risque d'effets indésirables liés au médicament.

Coûts directs pour le système:

- Ressources humaines (techniciens en radiologie, équipe chirurgicale, médecin de famille) consacrées aux examens et à la prise en charge du cas de M. Ernie Ah, au détriment des autres patients.
- Plages horaires consacrées à M. Ernie Ah, au détriment d'autres patients chez qui des examens ou des interventions sont nécessaires.

Coûts d'opportunité pour le système:

- Retards au sein du service de radiologie, de la salle d'opération et du cabinet du médecin de famille et augmentation du temps d'attente en raison des services inutiles offerts à M. Ernie Ah.
- Prolongation de la liste d'attente et augmentation du temps d'attente pour les autres patients orientés vers le service de chirurgie générale.

Coûts d'opportunité pour M. Ernie Ah:

- Temps pendant lequel le patient doit se soustraire à ses activités et s'éloigner de ses amis et de sa famille pour assister à des rendez-vous et se rétablir après son opération.
- Limitation des activités attribuable à la douleur inguinale chronique.

Diapositive 15:

Chirurgie/soins primaires

Cas – M. Ernie Ah : préjudice attribuable aux soins

L'approche adoptée dans ce cas est-elle attribuable à des lacunes dans les connaissances?

Comment les stagiaires peuvent-ils tenir compte des répercussions de la gestion des ressources dans le cas de M. Ernie Ah?

Prendraient-ils des décisions cliniques différentes dans un cas similaire? Les réponses à ces questions sont complexes puisqu'un certain nombre de facteurs pourraient avoir influencé le comportement du résident. En effet, les lacunes dans les connaissances ne constituent qu'un de ces facteurs. Non seulement les stagiaires rencontrent-ils des obstacles environnementaux et culturels lorsqu'ils tentent d'assurer une bonne gestion des ressources, mais certains facteurs déclenchants peuvent les inciter à surutiliser les ressources. À partir de maintenant, vous examinerez ces obstacles avec les apprenants, et vous discuterez des occasions de les surmonter.

LE CAS SE TERMINE ICI.

[Cliquez ici pour poursuivre la présentation principale à partir de la diapositive 16.](#) (p. 53)

Diapositive 14:

Chirurgie/anesthésie/médecine interne/
soins primaires/soins préopératoires

Cas – Mme Alda Ritis : préjudice attribuable aux soins

- Après quatre mois d'examens et de rendez-vous de suivi, les résultats pathologiques démontrent la nature bénigne du nodule.
- Une intervention chirurgicale au genou est prévue trois mois plus tard.
- La patiente subit l'intervention sans complication.



***Remarque à l'intention du présentateur: Moment interactif** – Cet exercice vise à évaluer les véritables « coûts » des soins pour Mme Ritis. Quels ont été les coûts directs pour Mme Ritis et pour le système? Quels ont été les coûts ultérieurs et les coûts d'opportunité?

Rappelez-vous que lorsque vous avez abordé le concept de valeur, vous avez présenté aux apprenants les catégories de coûts. Si les apprenants ont de la difficulté à donner des exemples de coûts, vous pouvez leur rappeler ces catégories.

Coûts directs pour Mme Ritis:

- Anxiété associée à l'évaluation du nodule.
- Temps consacré à la réalisation d'examens inutiles et aux rendez-vous de suivi.
- Dépenses personnelles associées aux rendez-vous (stationnement, heures de travail perdues).
- Douleur attribuable à une biopsie effractive.

Coûts ultérieurs pour Mme Ritis:

- Exposition aux rayonnements de la tomodensitométrie et de la radiographie.
- Aggravation potentielle de l'arthrite en raison du report de l'intervention chirurgicale et risque de gain de poids attribuable à l'immobilité.
- Prolongation de la période sans solde.

Coûts directs pour le système:

- Ressources humaines (techniciens en radiologie, équipe chirurgicale) consacrées aux examens et à la prise en charge du cas de Mme Ritis, au détriment des autres patients.
- Plages horaires du service de radiologie consacrées à l'évaluation de la patiente, au détriment des autres patients chez qui une telle évaluation est nécessaire.

Coûts d'opportunité pour le système:

- Retards au sein du service de radiologie, de la salle d'opération et du service d'orthopédie et augmentation du temps d'attente en raison des services inutiles offerts à Mme Ritis.
- Prolongation de la liste d'attente et augmentation du temps d'attente pour les autres patients orientés vers les services de pneumologie et de radiologie interventionnelle.

Coûts d'opportunité pour Mme Ritis:

- Temps pendant lequel la patiente doit se soustraire à ses activités et s'éloigner de ses amis et de sa famille pour assister à des rendez-vous et se rétablir après son opération.

* Ici, un résident d'exception pourrait dès le départ remettre en question la pertinence d'une arthroplastie; il pourrait mentionner les données émergentes qui démontrent que les patients qui participent au processus de prise de décision partagée sont plus susceptibles d'éviter ou de reporter une arthroplastie du genou.

Veillez vous reporter aux ressources suivantes pour obtenir d'autres points à discuter quant à la pertinence d'une arthroplastie du genou:

- CBC Radio. *Read this before you get your knee replaced*. Dernière consultation le 27 juillet 2017 à l'adresse : <http://www.cbc.ca/radio/whitecoat/blog/read-this-before-you-get-your-knee-replaced-1.4052504>
- Stacey D, M Taljaard, G Dervin, P Tugwell, AM O'Connor, MP Pomey, L Bolet, S Beach, D Meltzer et G Hawker. 2016. Impact of patient decision aids on appropriate et timely access to hip or knee arthroplasty for osteoarthritis: a randomized controlled trial. *Osteoarthritis Cartilage*. **24**(1):99-107.
- 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. 2014. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. **28**(1):CD00143.

Diapositive 15:

Chirurgie/anesthésie/médecine interne/
soins primaires/soins préopératoires

**Cas – Mme Alda Ritis :
préjudice attribuable aux soins**

L'approche adoptée dans ce cas est-elle attribuable à des lacunes dans les connaissances?

Comment les stagiaires peuvent-ils tenir compte des répercussions de la gestion des ressources dans le cas de Mme Alda Ritis?

Prendraient-ils des décisions cliniques différentes dans un cas similaire? Les réponses à ces questions sont complexes puisqu'un certain nombre de facteurs pourraient avoir influencé le comportement du résident. En effet, les lacunes dans les connaissances ne constituent qu'un de ces facteurs. Non seulement les stagiaires rencontrent-ils des obstacles environnementaux et culturels lorsqu'ils tentent d'assurer une bonne gestion des ressources, mais certains facteurs déclenchants peuvent les inciter à surutiliser les ressources. À partir de maintenant, vous examinerez ces obstacles avec les apprenants, et vous discuterez des occasions de les surmonter.

LE CAS SE TERMINE ICI.

[Cliquez ici pour poursuivre la présentation principale à partir de la diapositive 16.](#) (p. 53)

Diapositive 16:

Les résidents et la gestion des ressources

Comparaison des patients rencontrés aux urgences par des résidents supervisés et des patients rencontrés uniquement par des médecins traitants :

- Taux d'hospitalisation plus élevés (21 % vs 14 %)
- Taux d'utilisation des techniques d'imagerie spécialisées plus élevés (28 % vs 21 %)
- Durée médiane plus longue du séjour aux urgences (226 minutes vs 153 minutes)

Pitts SR et al. 2014. JAMA.¹

***Remarque à l'intention du présentateur: Moment interactif** – Envisager de demander aux stagiaires d'interpréter ces données.

Chez les stagiaires, le milieu de formation joue un rôle important dans l'acquisition de compétences en matière de gestion des ressources. Bon nombre de facteurs culturels et comportementaux favorisent la prestation de soins inutiles par les stagiaires durant leur formation. Une recherche publiée par Pitts et ses collaborateurs dans le *JAMA*¹ démontre que lorsque les résidents assurent la prise en charge d'un cas conjointement avec les médecins traitants, la durée de séjour est prolongée et les patients sont plus susceptibles d'être hospitalisés ou de subir un plus grand nombre d'examen d'imagerie, comparativement aux cas qui sont uniquement pris en charge par un médecin traitant.

***Remarque à l'intention du présentateur:** Vous pouvez utiliser cette étude comme point de transition au moment de revoir les prochaines diapositives, qui expliquent pourquoi la formation médicale favorise une surutilisation des ressources, et qui présentent certains des facteurs expliquant cet état de fait.

Le contexte dans lequel un médecin est formé a une incidence durable sur ses habitudes de pratique futures. Plusieurs études ont montré que le degré d'utilisation des ressources pendant la formation des médecins représente le facteur déterminant le plus important dans leur schéma d'utilisation des ressources^{2,3,4}. Aussi, cela laisse croire que les années de résidence jouent un rôle crucial dans la capacité des stagiaires à assurer une saine gestion des ressources tout au long de leur carrière.

***Remarque à l'intention du présentateur:** La [diapositive 28](#) (p.72) présente les études qui mettent en évidence l'importance du milieu de formation des stagiaires quant à leurs habitudes de pratique futures.

¹ Pitts SR, SR Morgan, JD Schrager and TJ Berger. 2014. Emergency Department Resource Use by Supervised Residents vs Attending Physicians Alone. *JAMA*. **312**(22):2394-2400

²Chen C, S Petterson, R Phillips, A Bazemore and F Mullan. 2014. Spending patterns in region of residency training and subsequent expenditures for care provided by practicing physicians for Medicare beneficiaries. *JAMA*. **312**(22):2385-2393

³Sirovich BE, RS Lipner, M Johnston and ES Holmboe. 2014. The association between residency training and internists' ability to practice conservatively. *JAMA Internal Medicine*. **174**(10):1640-9

⁴Dine CJ, LM Bellini, G Diemer, A Ferris, A Rana, G Simoncini, W Surkis, C Rothschild, DA Asch , JA Shea and AJ Epstein. 2015. Assessing Correlations of Physicians' Practice Intensity and Certainty During Residency Training. *Journal of Graduate Medical Education*. **7**(4):603-609.
09.

Diapositive 17:

Quels sont les obstacles
à la gestion des
ressources auxquels sont
confrontés les **médecins**
ainsi que les facteurs
favorisant une
surutilisation?

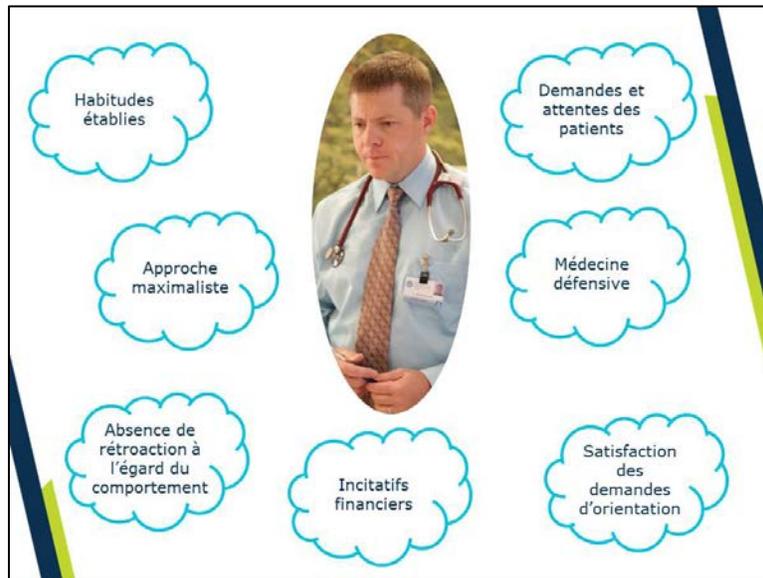
Dans cette section, nous discuterons des obstacles à la gestion des ressources (et des facteurs favorisant la surutilisation). D'abord, discutons des facteurs observés chez tous les médecins. Nous examinerons ensuite les facteurs propres aux stagiaires.

***Remarque à l'intention du présentateur: Moment interactif** – Pourquoi les médecins pourraient-ils rencontrer des obstacles dans la gestion des ressources?

Il est évident que les médecins et les stagiaires sont confrontés à de nombreux obstacles communs (les obstacles communs sont indiqués par un astérisque dans les notes à l'intention du précepteur de la prochaine diapositive). Vous devriez envisager de souligner ceux qui sont différents. En donnant un exemple personnel de la transition d'un stagiaire vers le corps professoral et de la façon dont votre gestion des ressources pourrait avoir changé, vous enrichirez grandement votre exposé. Les stagiaires peuvent également se demander en quoi votre approche et votre perception de la gestion des ressources a changé après votre passage de la résidence à la pratique indépendante. L'ampleur et la profondeur de la discussion peuvent varier selon le temps que vous avez alloué à cette séance.

Une fois que vous aurez répondu à toutes les questions, vous pourrez présenter la liste des obstacles (dont la plupart auront idéalement été déjà abordés) qui figure sur la diapositive suivante.

Diapositive 18:



Voici certains des obstacles et des facteurs incitatifs rencontrés par les médecins (*ceux qui sont le plus souvent rencontrés par les stagiaires sont marqués d'un astérisque**):

Culture de la médecine

- *Malaise à l'égard d'une approche « sans intervention » : les prestataires de soins de santé peuvent ressentir une gêne à l'égard de l'inaction et se sentir obligés d'intervenir, plutôt que de ne rien faire, pour dissiper les inquiétudes d'un patient.
- *Malaise à l'égard de l'incertitude du diagnostic : les prestataires de soins de santé se sentent obligés de demander des examens pour poser un diagnostic définitif, même s'il est peu probable que les renseignements ainsi obtenus modifieront la prise en charge clinique.
- *Culture axée sur une approche maximaliste : désir d'être consciencieux et de n'avoir rien négligé.

Facteurs liés aux médecins

- Habitudes établies: 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, et comme leurs habitudes sont bien établies, ils peuvent avoir du mal à y déroger.
- *Défis liés à l'utilisation concrète des données probantes : il est possible que les prestataires de soins soient incapables de maintenir leurs connaissances à jour quant aux nouvelles données, ou encore qu'ils les connaissent mal ou qu'ils ne les utilisent pas correctement.
- *Absence de rétroaction: les prestataires de soins de santé ne reçoivent aucune rétroaction quant à leurs habitudes de pratique et, par conséquent, ils ignorent si une intervention n'offre que peu de valeur à un patient ou si elle peut lui causer un préjudice.
- *Contraintes de temps: les médecins qui sont très occupés peuvent manquer de temps pour expliquer à un patient, de façon approfondie, pourquoi une intervention est inappropriée.

- **Modèle de remboursement:** les modèles de rémunération à l'acte peuvent inciter les médecins à rencontrer un plus grand nombre de patients, comparativement à un modèle de rémunération qui encourage les médecins à consacrer plus de temps aux patients.
- **Modèle de remboursement des soins de santé:** dans de nombreux marchés, les coûts sont limités par la capacité de payer des consommateurs. Dans le système de soins de santé canadien, les services sont demandés par les médecins, qui ignorent quels sont les coûts et sur qui les coûts n'ont aucune incidence. En outre, ces services sont offerts à des patients qui, tout au plus, n'assument qu'une partie des coûts.

Facteurs liés aux patients

- ***Demandes et attentes des patients:** les patients peuvent demander ou s'attendre à subir des examens ou des traitements dont ils ont entendu parler ou sur lesquels ils se sont renseignés sur Internet. Les médecins peuvent se sentir obligés d'accéder aux demandes des patients.

Facteurs liés aux médecins

- **Médecine défensive:** les médecins peuvent demander d'autres examens pour s'assurer qu'ils ont exclu la possibilité d'une maladie donnée par crainte d'un litige dans l'éventualité d'une erreur diagnostique.
- **Demandes et attentes des médecins consultants ou effectuant une orientation:** certains spécialistes peuvent refuser d'évaluer un patient si toutes les évaluations initiales demandées n'ont pas été réalisées avant le rendez-vous; de même, certains spécialistes peuvent accepter de recevoir des patients orientés à tort vers eux, ou ils peuvent réaliser des examens et des interventions qui ne sont pas indiqués, du point de vue clinique, pour satisfaire la demande du médecin ayant effectué l'orientation (p. ex., orientation vers un physiatre ou un neurologue pour un examen de conduction nerveuse).
- ***Curiosité:** les prestataires de soins de santé 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.

Influence de l'industrie

- **Nouvelles technologies:** les prestataires de soins de santé et les patients peuvent priser les soins de haute technologie et croire que les technologies plus récentes et plus coûteuses sont supérieures, même s'il n'a pas été démontré qu'elles amélioreraient les soins.
- **Marketing auprès des médecins:** les stratégies de marketing comme le financement d'événements ou le versement d'honoraires par les hôpitaux, les compagnies 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).
- **Marketing auprès des consommateurs:** les patients peuvent être influencés par des stratégies de marketing qui les encouragent à interroger leur médecin au sujet de nouveaux examens ou traitements (par exemple, publicités directes auprès des consommateurs ou publicités figurant dans des revues américaines auxquelles les patients canadiens ont accès).

Structure du système de soins de santé

- Incitatifs financiers: comme les médecins sont payés pour réaliser certaines interventions, les facteurs incitatifs sont parfois inadaptés et peuvent mener à la demande d'examens et d'interventions inutiles. Par exemple, comme les cardiologues peuvent facturer la réalisation d'une échocardiographie, ils ne sont pas portés à réduire le nombre d'examens de ce type, puisque cela peut avoir pour eux des conséquences financières.

Il faut savoir que même si les prestataires de soins de santé citent des facteurs liés aux patients parmi les facteurs incitatifs courants d'une surutilisation des ressources, ils tendent à leur accorder trop d'importance. En effet, certaines données semblent démontrer qu'en ce qui concerne les examens et les traitements inutiles, les demandes des patients ne constituent pas un facteur incitatif aussi prédominant que nous pourrions le croire. Une étude réalisée auprès de patients atteints d'un cancer suivis en consultation externe a révélé qu'une demande est soumise au médecin dans 8,7 % des visites. Dans la plupart des cas, les cliniciens jugent que les demandes sont appropriées sur le plan clinique. Des demandes inappropriées sur le plan clinique sont soumise dans 1 % des cas, et les cliniciens accèdent à très peu de ces demandes¹.

Les patients peuvent demander de subir des examens ou des interventions ou d'obtenir une ordonnance précise pour différentes raisons, dont l'anxiété, une mauvaise interprétation des renseignements trouvés en ligne ou des facteurs de stress sociaux ou professionnels. Malheureusement, les examens demandés sont peu efficaces pour diminuer l'anxiété ou pour apaiser les inquiétudes des patients à faible risque de maladie grave².

De plus, les patients peuvent également croire à tort qu'un nombre plus élevé d'examens équivaut à de meilleurs soins. Toutefois, lorsque les médecins conseillent les patients, ceux-ci sont mieux informés et sont, par conséquent, moins susceptibles de continuer à demander des interventions inutiles. De même, la documentation laisse croire que l'éducation en matière de santé constitue le meilleur moyen d'accroître la satisfaction des patients^{3,4,5,6}. Une discussion sur les obstacles perçus à cet égard peut avoir lieu pendant cette séance, mais ce sujet sera abordé plus en détail dans la trousse d'information sur les communications qui accompagne le présent document.

¹Gogineni K, KL Shuman, D Chinn, NB Gabler et EJ Emanuel. 2015. Patient Demets et Requests for Cancer Tests et Treatments. *JAMA Oncology*. **1**(1):33-39.

²Rolfe A et C Burton. 2013. Reassurance after diagnostic testing with a low pretest probability of serious disease: systematic review et meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*. **173**(6):407-416.

³Parmar MS. 2016. A Systematic Evaluation of Factors Contributing to Overdiagnosis et Overtreatment. *Southern Medical Journal*. **109**(4): 272-276.

⁴Rothberg MB. 2015. Informed decision making for percutaneous coronary intervention for stable coronary disease. *JAMA Internal Medicine*. **17**:407-416.

⁵Robbins JA. 1993. The influence of physician practice behavior on patient satisfaction. *Family Medicine*. **25**:17-20.

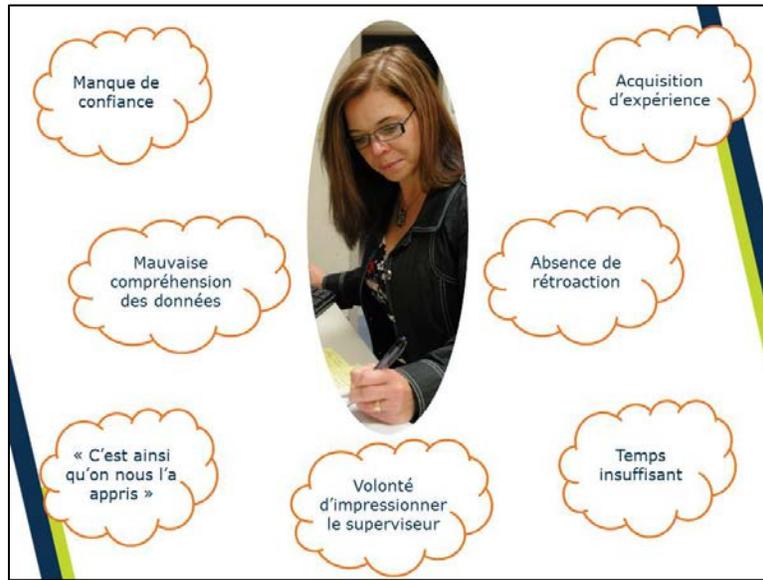
⁶Hammett RJH, Harris RD. 2002. Halting the growth in diagnostic testing. *Medical Journal of Australia*. **177**(3):124-125.

Diapositive 19:



***Remarque à l'intention du présentateur: Moment interactif** – Avant de présenter les obstacles à la diapositive suivante, il serait judicieux de permettre aux stagiaires d'énumérer quels sont, selon eux, les obstacles à la gestion des ressources, en plus de ceux abordés précédemment. De plus, on peut leur demander de partager leurs expériences pour illustrer l'un de ces obstacles. Une fois que vous aurez répondu à toutes les questions, vous pourrez présenter la diapositive suivante sur laquelle figure la liste des obstacles (qui auront idéalement été déjà abordés).

Diapositive 20:



Pourquoi la gestion des ressources constitue-t-elle un défi pour les stagiaires?

Lacunes en matière de connaissances

- La nature de la formation et le manque d'expérience clinique des stagiaires peuvent entraîner une investigation excessive¹.

Culture de la médecine et milieu de formation

- On enseigne aux stagiaires à se concentrer sur les préjudices liés au fait que « quelque chose leur a échappé », sans insister suffisamment sur les préjudices liés à une investigation excessive.
- Besoin d'exclure un diagnostic inhabituel: la formation axée sur les affections étranges et extraordinaires est souvent associée à des biais de disponibilité pour les résidents. Par conséquent, ceux-ci sont portés à demander des examens dans le but d'exclure des diagnostics très peu probables, uniquement d'après les antécédents et l'examen physique².
- Demande d'examens préventifs à des fins d'efficience: dans le but d'accélérer un bilan et faciliter le congé de l'hôpital, les résidents peuvent demander des examens préventifs qui, dans certains cas, pourraient être jugés inutiles d'après les résultats des examens initiaux.
- Temps insuffisant pour discuter avec les patients et leur famille: les résidents qui sont très occupés peuvent manquer de temps pour expliquer à un patient, de façon approfondie, pourquoi une intervention est inappropriée³.

Facteurs favorisant une surutilisation

- Modèle fourni par le corps professoral: « C'est ainsi qu'on nous l'a appris » : les résidents adoptent souvent des comportements bien ancrés dans la culture médicale auxquels ils ont été exposés et qui favorisent l'usage inutile de ressources de soins de santé (voir la diapositive 28 sur le « curriculum caché »)^{1,4}.
- Absence de rétroaction: les résidents sont plus souvent félicités pour une évaluation exhaustive des patients que pour avoir fait preuve de modération⁵.

Facteurs propres aux stagiaires

- Curiosité: les résidents peuvent être intrigués par le tableau clinique d'un patient et, par conséquent, demander des examens inutiles même s'il est probable que toute intervention subséquente n'aura que peu d'impact sur la prise en charge, voire aucun.
- Volonté d'acquérir de l'expérience: comme il est indiqué ci-dessus, les résidents peuvent demander un nombre excessif d'examens ou réaliser des interventions qui ne sont pas directement indiqués afin d'acquérir de l'expérience, même si ces examens ou ces interventions n'auront aucune incidence sur les décisions subséquentes⁶.

¹ Pitts SR, SR Morgan, JD Schrager et TJ Berger. 2014. Emergency Department Resource Use by Supervised Residents vs Attending Physicians Alone. *JAMA*. **312**(22):2394-2400.

² Detsky AS et AA Verma. 2012. A new model for medical education: celebrating restraint. *JAMA*. **308**(13):1329-1330.

³ Zikmund-Fisher BJ, JT. Kullgren, A Fagerlin, ML Klamerus, SJ Bernstein, et EA. Kerr. 2017. Perceived Barriers to Implementing Individual Choosing Wisely® Recommendations in Two National Surveys of Primary Care Providers. *Journal of General Internal Medicine*. **32**(2): 210-217.

⁴ Leep Hunderfund AN, LN Dyrby, SR Starr, J Metrekar, JM Naessens, JC Tilburt, P George, EG Baxley, JD Gonzalo, C Moriates, SD Goold, PA Carney, BM Miller, SJ Grandhlein, TL Fancher, et DA Reed. Role Modeling et Regional Health Care Intensity: U.S. Medical Student Attitudes Toward et Experiences with Cost-Conscious Care. *Academic Medicine*. **92**(5):694-702.

⁵ Weinberger SE. 2011. Providing high-value, cost-conscious care: a critical seventh general competency for physicians. *Annals of Internal Medicine*. **155**(6):386-388.

⁶ Lakhani A, E Lass, WK Silverstein, KB Born, W Levinson et BM Wong. 2016. Choosing Wisely for Medical Education': Six Things Medical Students et Trainees Should Question. *Academic Medicine*. **91**(10): 1374-1378.

Diapositive 21:

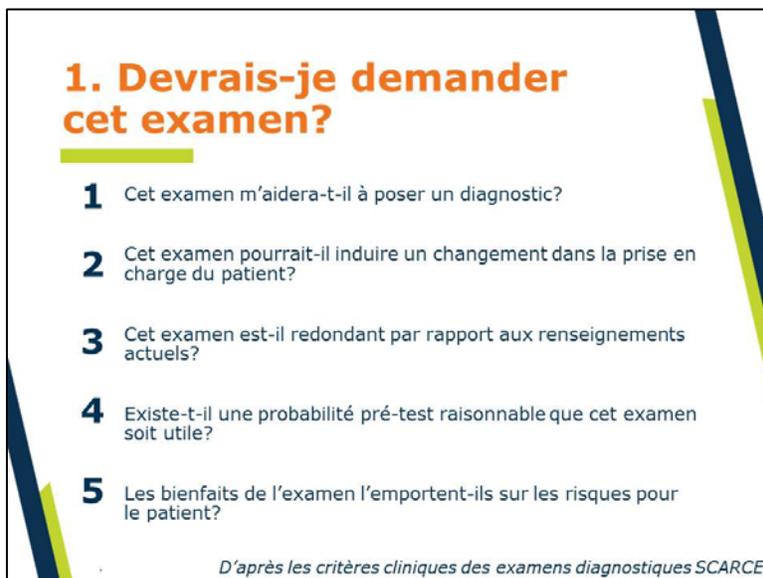


Vous avez discuté des obstacles à la gestion des ressources. Il est important d'équilibrer cette discussion en lançant un appel à l'action, c'est-à-dire en présentant les étapes concrètes qui peuvent être suivies par les résidents et qui indiquent comment intégrer la gestion des ressources à leur formation et à leur pratique future. Les diapositives suivantes visent à présenter aux stagiaires des étapes concrètes à suivre qui leur permettront d'améliorer la gestion des ressources dans leur pratique.

Lors d'une rencontre avec un patient, le stagiaire peut brièvement passer en revue ces étapes en se posant les trois questions suivantes:

- 1) **Devrais-je demander cet examen?**
- 2) **Devrais-je prescrire ce traitement?**
- 3) **Ai-je tenu compte du patient?**

Diapositive 22:



1. Devrais-je demander cet examen?

- 1 Cet examen m'aidera-t-il à poser un diagnostic?
- 2 Cet examen pourrait-il induire un changement dans la prise en charge du patient?
- 3 Cet examen est-il redondant par rapport aux renseignements actuels?
- 4 Existe-t-il une probabilité pré-test raisonnable que cet examen soit utile?
- 5 Les bienfaits de l'examen l'emportent-ils sur les risques pour le patient?

D'après les critères cliniques des examens diagnostiques SCARCE

Ces questions sont celles que tout stagiaire devrait se poser avant de demander un examen diagnostique, quel qu'il soit, même s'il s'agit d'un examen simple et sans conséquence (p. ex., ECG, radiographie thoracique, analyse d'urine). Les stagiaires qui comprennent les concepts sous-jacents des examens diagnostiques seront mieux préparés à répondre à ces questions.

***Remarque à l'intention du présentateur: Moment interactif** – Pour chaque question, on peut demander aux stagiaires de fournir des exemples d'examens qui seraient inappropriés.

1. Cet examen m'aidera-t-il à poser un diagnostic?

Dans nombre de cas, l'anamnèse et l'examen physique fournissent suffisamment de renseignements pour poser un diagnostic. De plus, il est possible que, dans de tels cas, l'ajout d'examens ne fournisse aucun nouveau renseignement clinique. Lorsqu'un examen ne favorise pas l'établissement d'un diagnostic, il faut toujours se demander s'il est réellement nécessaire. Par exemple, lorsqu'on dispose des antécédents et des résultats de l'examen physique, un examen d'imagerie n'est pas nécessaire au diagnostic d'une dorsalgie mécanique s'il n'y a pas de signe alarmant. Souvent, les examens d'imagerie ne permettent pas de poser un diagnostic précis. De plus, des découvertes fortuites peu importantes sur le plan clinique peuvent causer de l'anxiété chez le patient et exiger d'autres examens inutiles.

2. Cet examen pourrait-il avoir une incidence sur le plan de prise en charge?

Dans nombre de cas, les résultats d'un examen ne permettent d'obtenir aucun nouveau renseignement pouvant modifier la prise en charge clinique. Non seulement ces examens engendrent-ils des coûts directs, mais nombre d'entre eux sont associés à des coûts supplémentaires en aval, et ce, tant pour le patient que pour le système de soins de santé, notamment en raison des découvertes fortuites. Par exemple, d'après les recommandations actuelles, il est déconseillé de demander systématiquement un ECG chez les patients à faible risque qui ne présente aucun

symptôme préoccupant. Il a été démontré que ces examens ne modifient pas la prise en charge clinique et qu'ils n'améliorent pas les résultats des patients.

3. Cet examen est-il redondant par rapport aux renseignements actuels?

Il n'y a généralement aucune bonne raison d'effectuer un examen qui ne fournit aucun renseignement clinique supplémentaire. Par exemple, si un examen ne permet que d'appuyer davantage ce qui est déjà fortement démontré par les renseignements actuels (antécédents, résultats de l'examen physique ou des examens diagnostiques déjà réalisés), il est utile de se demander si les résultats modifieront la prise en charge. De plus, si le même examen a déjà été réalisé ailleurs (p. ex., dans un autre centre de soins de santé), il serait prudent d'en obtenir les résultats plutôt que de le faire subir une autre fois au patient.

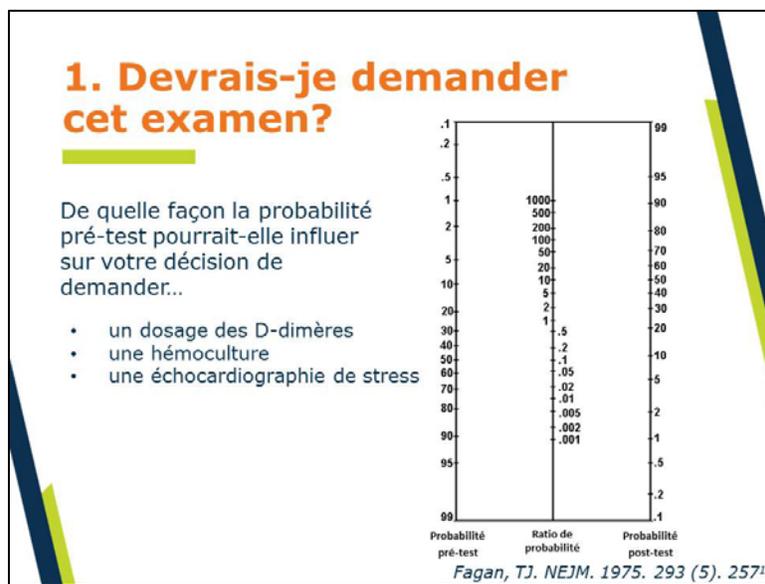
4. Existe-t-il une probabilité pré-test raisonnable que cet examen soit utile?

Chez tout patient donné, l'utilité d'un examen est limitée par la probabilité pré-test ainsi que par sa sensibilité et sa spécificité inhérentes. En tenant compte adéquatement de la probabilité pré-test qu'un patient soit atteint d'une affection donnée, le prestataire de soins est davantage en mesure de décider s'il est nécessaire de réaliser un examen afin de mieux stratifier le risque. Par exemple, même si le dosage des D-dimères présente une grande sensibilité à l'égard d'une embolie pulmonaire, il n'est pas spécifique. Par conséquent, il n'est utile que pour exclure la possibilité de cette affection chez un patient pour qui l'on considère déjà que le risque est faible. Chez les patients pour qui la probabilité pré-test est modérée ou élevée, un dosage des D-dimères n'est pas utile.

5. Les bienfaits de l'examen l'emportent-ils sur les risques pour le patient?

Même si les réponses aux questions ci-dessus semblent démontrer l'utilité d'un examen, il faut ensuite déterminer si les bienfaits de cet examen l'emportent sur les risques qui lui sont associés. Dans nombre de cas, même si un examen pourrait faciliter le diagnostic et modifier la prise en charge, les préjudices potentiels pour le patient l'emportent sur les bienfaits possibles. Un examen privilégié pourrait notamment exposer un patient à un plus grand risque d'effets indésirables donnés (p. ex., usage d'un agent de contraste en présence d'une insuffisance rénale). Dans un tel cas, il serait nécessaire de discuter d'autres options moins risquées. Si l'on décide de réaliser un examen moins effractif, il faut également se demander s'il permet de répondre à la question clinique que l'on se pose. En effet, les renseignements diagnostiques obtenus à l'aide d'un examen moins effractif sont parfois inadéquats.

Diapositive 23:



***Remarque à l'intention du présentateur:** Cette section présente un certain nombre de concepts de médecine factuelle et d'épidémiologie clinique. Selon votre niveau d'aisance à l'égard de ces concepts, et celui de votre auditoire, il est possible que vous souhaitiez en discuter de manière plus ou moins approfondie. Pour chaque examen, tous les stagiaires doivent connaître les caractéristiques particulières qui augmentent la probabilité de diagnostiquer une maladie. Une discussion nuancée sur l'épidémiologie clinique n'entre pas dans la portée de la présente trousse d'information, et les stagiaires qui souhaitent en apprendre davantage à ce sujet peuvent être orientés vers les nombreuses autres ressources offertes.

***Remarque à l'intention du présentateur: Moment interactif** – On peut demander aux stagiaires d'expliquer comment l'utilité des examens énumérés (dosage des D-dimères, hémoculture, électrocardiographie de stress) varie en fonction de la probabilité pré-test que le patient soit atteint d'une maladie donnée. *Remarque : les exemples d'exams peuvent être modifiés en fonction de l'auditoire cible.*

Vous pouvez envisager de présenter plusieurs scénarios brefs (une ligne), propres aux spécialités de votre auditoire pour chaque exemple cité, puis discuter avec les stagiaires des raisons pour lesquelles ils demanderaient, ou non, l'examen donné.

Pour l'exemple du dosage des D-dimères, envisagez les cas suivants. Pour chacun des cas présentés, on présume que le ratio de probabilité positif est de 2,0, et que le ratio de probabilité négatif est de 0,18¹.

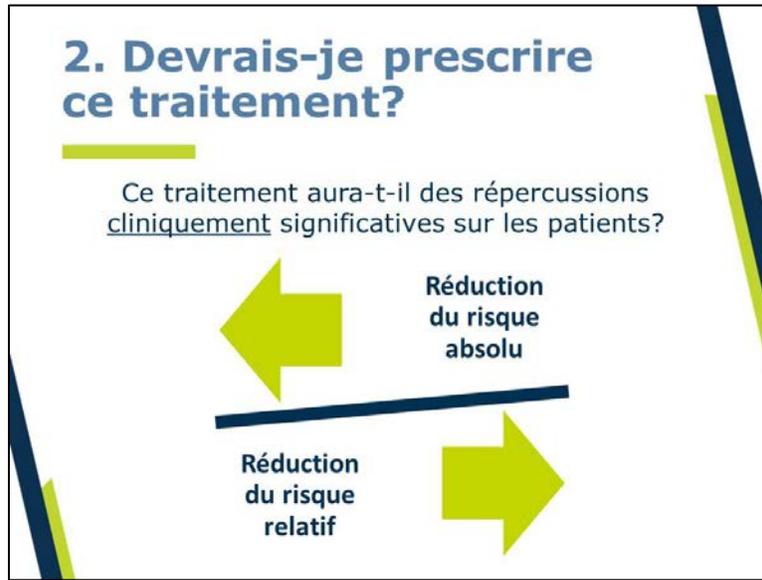
- Une femme de 76 ans atteinte d'un cancer de l'utérus présente une douleur thoracique pleurétique, une tachycardie et des signes de thrombose veineuse profonde.
 - Le score de Wells de cette patiente devrait être élevé puisque la probabilité pré-test approximative s'élève à 78 %. Des résultats négatifs à un dosage des D-dimères seraient associés à une probabilité post-test de seulement 39 %, ce qui serait encore insuffisant pour exclure la possibilité d'une embolie pulmonaire. Étant donné la probabilité pré-test élevée, cette patiente doit subir un examen d'imagerie plus précis pour obtenir un bilan complet.

- Un homme de 34 ans en santé éprouve une douleur thoracique atypique et ne présente aucune anomalie à l'évaluation des signes vitaux et à l'examen physique, et aucun facteur de risque de thromboembolie veineuse.
- Le score de Wells de ce patient devrait être faible puisque la probabilité pré-test approximative s'élève à 3 %. Des résultats négatifs à un dosage des D-dimères seraient associés à une probabilité post-test de 1 %, ce qui serait suffisant pour exclure la possibilité d'une embolie pulmonaire. Étant donné la faible probabilité pré-test, un dosage des D-dimères est utile pour exclure la possibilité d'une embolie pulmonaire dans cette population de patients. Des résultats positifs au dosage des D-dimères seraient toutefois associés à une probabilité post-test de 6 %.

¹ Fagan, TJ. 1975. Nomogram for Bayes's Theorem. *New England Journal of Medicine*. **293**(5):257.

² Chunilal S, JW Eikelboom, J Attia, M Miniati, AA Panju, DL Simel et JS Ginsberg. 2003. Does this patient have pulmonary embolism? *JAMA*. **290**(21):2849.

Diapositive 24:



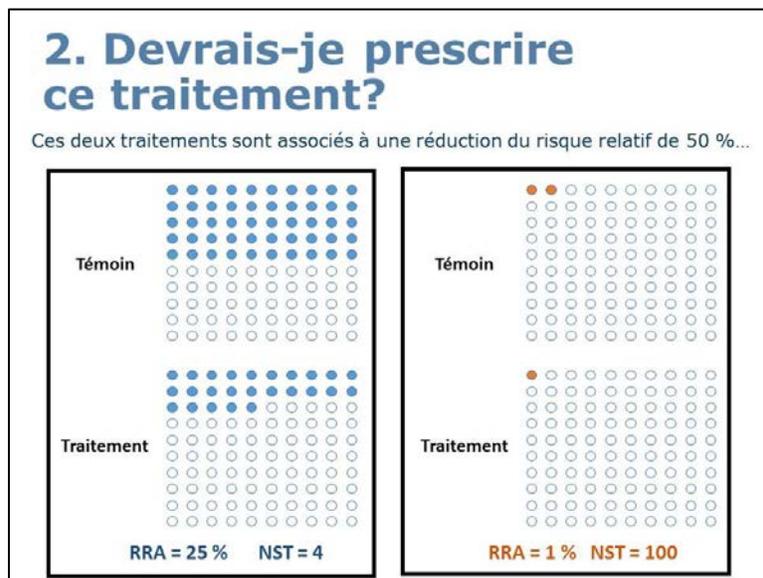
Connaître les preuves sur lesquelles reposent les décisions thérapeutiques est essentiel à la gestion des ressources. La décision de recommander un traitement donné à un patient dépend souvent de l'effet perçu du traitement. Malheureusement, étant donné la façon dont de nombreux articles (et bon nombre de ressources à l'intention des patients!) décrivent les effets d'un traitement, il peut être difficile de déterminer ce qui distingue véritablement le traitement du placebo. Comprendre la différence entre le risque absolu et le risque relatif est un élément clé qui permet d'évaluer, de façon critique, les données figurant dans la documentation. Dans les études portant sur de nouveaux traitements, on présente souvent le risque relatif comme l'opposé du risque absolu, le premier illustrant un effet plus marqué. Cependant, il est important de savoir que, contrairement au risque relatif, le risque absolu nous renseigne sur la possibilité qu'un événement survienne.

La réduction du risque absolu (RRA) correspond à la différence absolue entre le taux d'événements dans un groupe de traitement et le taux d'événements dans un groupe témoin, alors que la réduction du risque relatif (RRR) correspond au taux d'événements dans un groupe de traitement divisé par le taux d'événements dans le groupe témoin.

Il est également important de tenir compte de l'applicabilité des résultats d'une étude contrôlée avec répartition aléatoire par rapport à votre patient. Dans une revue systématique, on a découvert que 38,5 % des études contrôlées avec répartition aléatoire (ECRA) excluaient les adultes plus âgés; que 81,3 % excluaient les personnes atteintes d'affections médicales courantes; et que 54,1 % excluaient les personnes recevant des médicaments souvent prescrits¹.

¹Van Spall HGC, A Toren, A Kiss et RA Fowler. 2007. Eligibility Criteria of Randomized Controlled Trials Published in High-Impact General Medical Journals: A Systematic Sampling Review. *JAMA*. **297**(11):1233-1240.

Diapositive 25:



Cette diapositive vise à démontrer, visuellement, comment une réduction du risque relatif (RRR) de 50 % peut varier, selon la réduction globale du risque absolu. Dans les deux cas, les cercles ombragés représentent un effet indésirable (p. ex., décès d'origine cardiovasculaire). Dans le premier encadré, l'effet indésirable a été observé chez 50 patients sur 100 (50 %) ayant reçu le traitement témoin, et chez 25 patients sur 100 (25 %) ayant reçu le traitement A. Il s'agit d'une réduction du risque absolu de 25 %, ce qui correspond à un nombre de sujets à traiter (NST) de 4. Dans le second encadré, l'effet indésirable a été observé chez 2 patients sur 100 (2 %) ayant reçu le traitement témoin, et chez 1 patient sur 100 (1 %) ayant reçu le traitement B. Il s'agit d'une réduction du risque absolu de 1 %, ce qui correspond à un NST de 100. Dans les deux cas, on a observé une RRR identique, mais une différence marquée quant à la RRA (25 événements de moins par 100 patients traités, comparativement à 1 événement de moins par 100 patients traités). Par conséquent, cela montre clairement l'utilité relativement importante des renseignements supplémentaires fournis par la RRA au moment de prendre une décision clinique.

Le scénario clinique d'un traitement anticoagulant en présence de fibrillation auriculaire est un exemple courant qui illustre cette question. Des études ont en effet montré que chez tous les patients atteints de fibrillation auriculaire, un traitement anticoagulant entraîne une RRR d'AVC d'environ 66 % (comparativement au placebo). Cependant, étant donné les risques associés à un traitement anticoagulant à vie (p. ex., saignements importants), la décision de recommander un tel traitement se limite aux patients pour qui les bienfaits d'un traitement préventif contre les AVC l'emportent sur les risques. D'après les concepts abordés ci-dessus, un traitement anticoagulant est recommandé dans les groupes de patients dont le risque initial d'AVC est plus élevé (p. ex., score CHADS₂ ≥ 1). Chez les patients qui présentent un faible risque d'AVC (p. ex., score CHADS₂ = 0), la RRA observée avec le traitement anticoagulant est beaucoup trop faible, et les risques du traitement l'emportent généralement sur ses bienfaits.

Vidéos facultatives: ces vidéos présentent brièvement les concepts de risque absolu et de risque relatif.

1. The Body of Evidence. *Drugs & The Media: Relative vs. Absolute Risk*. Dernière consultation le 31 juillet 2017 à l'adresse:
https://www.youtube.com/watch?v=ew_5eTcm7bk.
2. Kaiser Health News. *Lazris & Rifkin's Risk-Benefit Characterization Theater*. Dernière consultation le 31 juillet 2017 à l'adresse:
<https://www.youtube.com/watch?v=UZY6Q4m-MM>.

Diapositive 26:

The slide features a white background with a dark blue and light green diagonal graphic on the right side. The title '3. Ai-je tenu compte du patient?' is in blue, with a light green horizontal line below it. Three bullet points are listed in dark blue text.

3. Ai-je tenu compte du patient?

- Tenir compte des valeurs du patient
- Solliciter la participation du patient dans le processus décisionnel
- Vérifier les préoccupations du patient

***Remarque à l'intention du présentateur:** [La trousse d'information sur les communications](http://royalcollege.ca/gestiondesressources) [royalcollege.ca/gestiondesressources] qui accompagne le présent document aborde de façon plus approfondie les questions et les stratégies liées à la communication avec les patients.

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 les inquiétudes du patient 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 pendant une rencontre avec un patient pour obtenir les renseignements nécessaires à l'établissement d'un plan de prise en charge approprié. À la diapositive suivante, nous donnons des exemples sur la façon de poser ces questions.

Diapositive 27:

3. Ai-je tenu compte du patient?

- **Tenir compte des valeurs du patient**

« *Qu'est-ce qui est le plus important pour vous quant à votre santé?* »

- **Solliciter la participation du patient dans le processus décisionnel**

« *Quelles options semblent mieux vous convenir?* »

- **Vérifier les préoccupations du patient**

« *Aujourd'hui, quelle est votre principale préoccupation?* »

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.

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

Diapositive 28:

The slide features a white background with a black border. At the top, the title '3. Ai-je tenu compte du patient?' is written in a bold, teal font. Below the title, a paragraph in black text explains the purpose: 'Donner aux patients l'occasion de participer à la gestion des ressources en les incitant à répondre aux quatre questions de Choisir avec soin avant de réaliser un examen ou d'amorcer un traitement :'. This is followed by a numbered list of four questions in bold black text. In the bottom right corner, the 'Choisir avec soin' logo is displayed, consisting of the text 'Choisir avec soin' in black and a teal circular icon with a white 'Q' inside.

3. Ai-je tenu compte du patient?

Donner aux patients l'occasion de participer à la gestion des ressources en les incitant à répondre aux quatre questions de **Choisir avec soin** avant de réaliser un examen ou d'amorcer un traitement :

- 1. Cet examen, ce traitement ou cette intervention sont-ils vraiment nécessaires?**
- 2. Quels sont les inconvénients?**
- 3. Qu'arrivera-t-il si je ne fais rien?**
- 4. Existe-t-il des options plus simples et sécuritaires?**

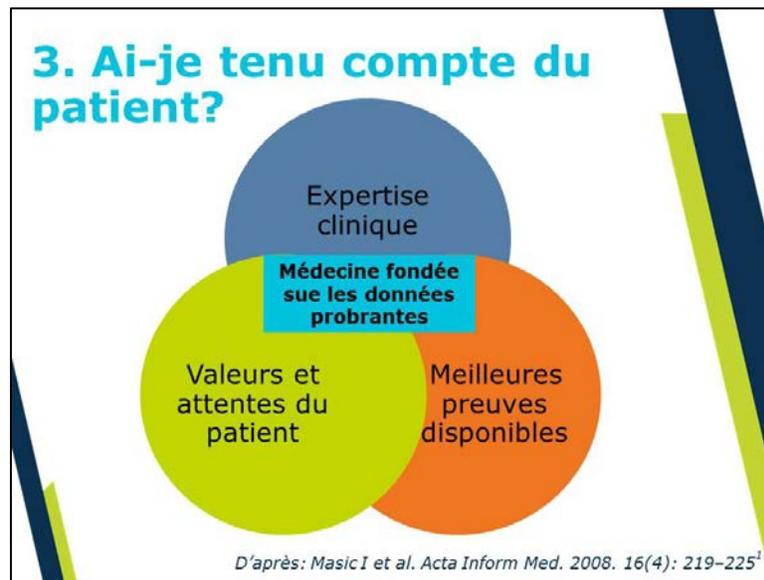
Choisir avec soin 

Il arrive parfois qu'on rate une occasion d'évaluer le rôle du patient dans la gestion des ressources. Avant de réaliser un examen ou d'amorcer un traitement, il faut encourager les patients à répondre aux quatre questions de Choisir avec soin figurant sur cette diapositive. Les prestataires de soins de santé doivent être prêts à aborder ces questions importantes avec les patients, et ils doivent encourager les patients à jouer un rôle actif dans le consentement éclairé.

¹ Choisir avec soin Canada. *When it comes to your health, sometimes LESS is more.* Dernière consultation le 31 août 2017 sur le site Web de Choisir avec soin Canada:

<http://www.stmichaelshospital.com/pdf/education/choosing-wisely-4-questions.pdf>

Diapositive 29:



Au moment de discuter de la médecine factuelle, on croit souvent, à tort, que les résultats des patients peuvent être extrapolés directement à partir de la documentation pertinente. Il s'agit d'un phénomène connu sous le nom de « médecine axée sur les règles ».

Cependant, tant l'expertise clinique que les valeurs et les attentes du patient doivent être prises en considération.¹

C'est uniquement lorsqu'on tient compte de tous ces facteurs que des soins véritablement fondés sur des données probantes et axés sur le patient sont offerts.

¹Masic I, M Miokovi et B Muhamedagi. 2008. Evidence Based Medicine – New Approaches et Challenges. *Acta Informatica Medica.* 16(4): 219-225.

Diapositive 30:



***Remarque à l'intention du présentateur:** À ce stade-ci de la présentation, les résidents décrivent souvent les défis associés à l'intégration de ces trois éléments dans la pratique et qui reposent sur des facteurs propres au milieu de formation clinique. Le curriculum caché est un obstacle important à l'intégration de la gestion des ressources; ce sujet pourra être abordé ultérieurement. Vous pouvez utiliser cette diapositive pour résumer la section précédente puis, pour orienter la discussion vers la façon de surmonter les effets du curriculum caché, qui est lié à la gestion des ressources.

Diapositive 31:

Surmonter les effets du curriculum caché

Curriculum caché :
normes profondément ancrées qui sont enseignées, de manière implicite, et qui influent sur la pratique de ceux qui y sont exposés.

Comment le curriculum caché peut-il influencer sur votre pratique?

Le curriculum caché est un concept bien défini qui décrit les normes profondément ancrées qui sont enseignées, de manière implicite et non verbale, et qui influent sur la pratique de ceux qui y sont exposés. Les stagiaires en médecine sont sensibles à l'influence qui est, dès le départ, exercée par la faculté de médecine, et leur pratique peut s'en trouver changée, de différentes façons. Les répercussions du curriculum caché vont bien au-delà des conséquences sur les principes de la gestion des ressources (cependant, étant donné la portée de cette trousse d'information, nous ne soulignons que les répercussions sur la gestion des ressources).

Le concept de curriculum caché joue un rôle important à l'égard de plusieurs des obstacles à la gestion des ressources qui ont été mentionnés et auxquels sont confrontés les stagiaires, y compris « C'est ainsi qu'on nous l'a appris », la volonté d'impressionner le médecin traitant et la croyance selon laquelle mieux vaut agir que de ne rien faire. Modifier la culture liée au curriculum caché représente l'un des défis les plus importants que doivent surmonter les stagiaires lorsqu'ils intègrent la gestion des ressources à leur pratique.

***Remarque à l'intention du présentateur: Moment interactif** – Avant de présenter des exemples sur la façon dont le curriculum caché peut influencer sur la pratique, on peut demander aux stagiaires de fournir eux-mêmes des exemples.

Voici des exemples de répercussions du curriculum caché sur la pratique des stagiaires :

- Demande d'un nombre excessif d'examens pour démontrer l'ampleur des connaissances.
- Décision d'effectuer des examens inutiles ou d'amorcer un traitement qui n'est pas nécessaire pour accomplir une action plutôt que de ne rien faire.
- Malaise à l'idée de remettre en question des examens jugés inappropriés.
- Dépendance excessive à l'égard des spécialistes pour des questions qui entrent dans le champ de compétences du prestataire.
- Reproduire la pratique d'enseignants antérieurs même si les données actuelles y sont opposées.

- Demande globale d'examens en fonction du problème de santé d'un patient (p. ex., bilan exhaustif, en cas de délire, après la découverte d'un facteur déclenchant manifeste).

Des données de plus en plus nombreuses issues de la documentation démontrent les répercussions du curriculum caché sur la pratique des médecins et sur la gestion des ressources. Il a été établi que les internistes ayant suivi un programme dans lequel l'utilisation globale des ressources est inférieure sont plus susceptibles de reconnaître les cas où une prise en charge conservatrice est appropriée¹. De plus, le fait d'avoir suivi une formation dans une région où le budget de santé est élevé est lié à des dépenses ultérieures plus élevées par habitant en tant que praticien². De même, les sondages réalisés auprès des résidents montrent que le programme de formation constitue le facteur le plus important pour expliquer la variabilité dans l'intensité de la pratique ou le degré d'utilisation des ressources³.

¹Sirovich BE, RS Lipner, M Johnston, ES Holmboe. 2014. The association between residency training et internists' ability to practice conservatively. *JAMA Internal Medicine*. **174**(10):1640-1648.

²Chen C, S Petterson, R Phillips, A Bazemore et F Mullan. 2014. Spending patterns in region of residency training et subsequent expenditures for care provided by practicing physicians for Medicare beneficiaries. *JAMA*. **312**(22):2385-2393.

³Dine CJ, LM Bellini, G Diemer, A Ferris, A Rana, G Simoncini, W Surkis, C Rothschild, DA Asch, JA Shea et AJ Epstein. 2015. Assessing Correlations of Physicians' Practice Intensity et Certainty During Residency Training. *Journal of Graduate Medical Education*. **7**(4):603-609.

Diapositive 32:

Surmonter les effets du curriculum caché

**Choisir
avec soin** 

Six principes pour les externes et étudiants en médecine :

- 1** Ne pas suggérer les examens et les traitements les plus effractifs avant d'avoir envisagé les autres options.
- 2** Ne pas suggérer d'examen, de traitement ou d'intervention qui ne changeront pas l'évolution clinique du patient.
- 3** Saisir l'occasion d'amorcer une conversation avec votre patient au sujet de la pertinence d'un examen, d'un traitement ou d'une intervention.
- 4** Demander des précisions au sujet des examens, des traitements ou des interventions qui vous paraissent inutiles.
- 5** Éviter de suggérer des examens ou des interventions dans l'unique but d'acquérir de l'expérience clinique personnelle.
- 6** Ne pas suggérer d'examen ou de traitement dans le seul but d'anticiper ce que votre superviseur voudrait.

Choisir avec soin Canada, 2017¹

La liste de recommandations destinée aux étudiants en médecine publiée par Choisir avec soin Canada témoigne de l'engagement et du leadership des étudiants en médecine canadiens envers la gestion des ressources¹. Cette liste de recommandations a été conçue en collaboration avec la Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada (FEMC) et la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ). La liste finale a été établie après la consultation d'environ 2 000 personnes au Canada.

Vous trouverez ci-dessous une discussion portant sur chacune des six recommandations. Vous trouverez d'autres vignettes concernant chacune de ces recommandations dans l'article d'origine².

1. Il existe souvent des approches diagnostiques et des traitements qui ont le même résultat clinique tout en étant moins effractifs et coûteux. Par exemple, l'utilisation de l'échographie plutôt que la tomodensitométrie (TDM) pour diagnostiquer une appendicite aiguë chez l'enfant, ou l'utilisation d'un antibiotique oral qui a une biodisponibilité semblable au médicament intraveineux équivalent, sont des solutions de rechange judicieuses. En prenant le temps de considérer la sensibilité et la spécificité diagnostiques d'examen moins effractifs, ou encore l'efficacité thérapeutique de traitements plus conservateurs, vous pourriez éviter d'exposer inutilement votre patient aux effets secondaires et complications des examens et traitements plus effractifs. Cependant, le prestataire de soins de santé doit s'assurer que les examens moins effractifs sont aussi efficaces que les examens effractifs équivalents. Par exemple, réaliser plusieurs examens d'imagerie pour éviter une biopsie plus effractive chez un patient dont la maladie exige ultimement une biopsie est un exemple d'usage inapproprié des ressources d'imagerie et retarde la réalisation d'une biopsie nécessaire chez ce patient.

2. Lorsque vous demandez un examen, il importe de toujours tenir compte de sa valeur diagnostique (sensibilité, spécificité et valeur prédictive) à la lumière de la probabilité qu'a ce test de changer votre diagnostic. Les patients dont la probabilité pré-test est très faible n'ont souvent pas besoin d'un examen supplémentaire pour exclure ledit diagnostic. De plus, les données suggèrent que de telles investigations ne rassurent pas ces patients, ne réduisent pas leur anxiété et n'éliminent pas leurs symptômes; par exemple, l'utilisation de

l'angioscan pour exclure une embolie pulmonaire chez un patient à faible risque, ou l'évaluation de la fonction cardiaque en préopératoire chez un patient qui doit subir une intervention chirurgicale peu risquée, sont souvent inutiles. En évaluant la probabilité pré-test, en utilisant différents outils d'aide à la décision et en vous demandant si le résultat modifiera votre approche du problème, vous pourrez éviter à votre patient de subir le stress d'un examen ayant pour but d'éliminer des conditions qui ne feront finalement pas partie de votre diagnostic différentiel.

3. Les demandes du patient sont parfois à l'origine de la surmédicalisation. Un parent, par exemple, pourrait exiger un antibiotique pour son enfant qui présente le plus probablement une sinusite virale. Un autre patient pourrait vous demander une imagerie par résonance magnétique (IRM) pour une lombalgie simple. Les patients ne sont souvent pas au courant des avantages, des inconvénients ou des risques inhérents aux différents examens et traitements. En prenant le temps de comprendre les préoccupations du patient et de lui expliquer les pour et les contres d'une intervention, vous utiliserez une approche centrée sur le patient qui veille parallèlement à l'utilisation appropriée des ressources.

4. Malheureusement, les étudiants ne se sentent pas toujours à l'aise de s'exprimer dans certains milieux d'apprentissage en raison de la hiérarchie qui existe entre eux et leurs superviseurs. Ceci entraîne des situations où les étudiants évitent de signaler des soins qu'ils jugent inutiles parce qu'ils craignent d'éventuelles conséquences. Les superviseurs devraient encourager les étudiants à remettre en question les examens ou les traitements sans crainte de réprimande. Les étudiants doivent se sentir libres de poser des questions en milieu de formation clinique.

5. Les années de formation clinique représentent pour les étudiants une occasion importante de mettre à l'essai, au chevet du patient, ce qu'ils ont appris en classe. C'est une période qui peut être difficile et qui peut entraîner beaucoup d'incertitude pour les étudiants. Par manque d'expérience clinique, les étudiants peuvent parfois faire passer un surplus d'examens aux patients ou recommander des tests dans le seul but de renforcer leur expérience personnelle.

6. Il existe parfois en milieu universitaire une tendance malsaine à encourager les externes à chercher les maladies rarissimes en faisant passer des bilans exhaustifs (et souvent inutiles) aux patients. Les étudiants estiment alors que leurs patrons s'attendent à une approche diagnostique très large; ils croient qu'ils doivent démontrer leurs connaissances, leur rigueur et leur curiosité en demandant tant d'examens. Les externes pourraient contrer cette pratique en justifiant plutôt pourquoi ils ont choisi de ne pas demander un examen particulier. Cette approche, ainsi que l'adoption d'une attitude visant davantage à encourager l'ordonnance réfléchie d'investigations par les mentors, peut contribuer à changer cette mentalité tristement répandue dans les grands hôpitaux.

¹ Choisir avec soin. *Six principes pour les externes et étudiants en médecine*. Dernière consultation le 31 juillet 2017 à l'adresse <https://choisiravecsoin.org/wp-content/uploads/2017/06/Externes-et-etudiants-en-medicine.pdf>

²Lakhani A, E Lass, WK Silverstein, KB Born, W Levinson et BM Wong. 2016. Choosing Wisely for Medical Education': Six Things Medical Students et Trainees Should Question. *Academic Medicine*. **91**(10): 1374-1378.

Diapositive 33:

Surmonter les effets du curriculum caché

Choisir avec soin 

Les cinq examens et traitements sur lesquels les résidents et les patients devraient s'interroger :

- 1** Ne demandez pas d'examens et d'analyses qui ne modifieront pas le plan de prise en charge du patient.
- 2** Ne demandez pas de reprises d'analyses de laboratoire pour des patients hospitalisés dont l'état clinique est stable.
- 3** Ne prescrivez pas de traitement intraveineux lorsqu'une option orale est appropriée et tolérée.
- 4** Ne demandez pas d'interventions et d'examens non urgents qui retarderont le congé des patients hospitalisés.
- 5** Ne demandez pas d'examens effractifs lorsque des options moins invasives sont disponibles et tout aussi efficaces.

Choisir avec soin Canada, 2017¹

Choisir avec soin Canada – la liste de Médecins résidents du Canada¹ présente des actions concrètes que peuvent prendre les résidents pour assurer une saine gestion des ressources sur une base continue.

¹ Choisir avec soin *Les cinq examens et traitements sur lesquels les résidents et les patients devraient s'interroger*. Dernière consultation le 31 juillet 2017 à l'adresse <https://choisiravecsoin.org/etudiants/> et <https://choisiravecsoin.org/wp-content/uploads/2017/06/R%C3%A9sidents.pdf>

Diapositive 34:



Comme nous l'avons montré, l'intégration de la gestion des ressources dans la pratique quotidienne n'est pas un processus qui peut être mis en œuvre du jour au lendemain. Elle exige à tout le moins de connaître et de comprendre les obstacles auxquels sont confrontés tous les prestataires de soins de santé. En outre, il faut avoir une excellente connaissance des indications et des limites des examens et des traitements, et tenir compte des valeurs et des inquiétudes des patients. Ce processus exige sans aucun doute d'adopter une approche consciencieuse et de toujours maintenir le patient au centre de nos préoccupations. En réfléchissant au cas initial, il devient évident que ces questions nous permettent d'augmenter la valeur des soins offerts au patient.

Diapositive 35:

Quelles sont les autres mesures possibles?

Ressources individuelles :

- Recommandations de Choisir avec soin
- Projet « Do No Harm »
- Moments d'apprentissage JAMA

Initiatives fondées sur le système :

- Optimisation de l'éducation à l'égard de la gestion des ressources
- Description du problème
- Vérification et rétroaction
- Contraintes imposées

Les stagiaires peuvent se reporter aux ressources suivantes pour cibler les sources de gaspillage et pour trouver de l'information sur les concepts associés à la gestion des ressources:

Choisir avec soin Canada: Campagne qui vise à aider les cliniciens et les patients à amorcer une discussion au sujet des examens et des traitements inutiles et à prendre des décisions judicieuses et efficaces pour assurer la prestation de soins de grande qualité. Choisir avec soin Canada propose une liste de recommandations par spécialité médicale pour cibler les examens et les traitements courants qui ne sont pas appuyés par des données probantes ou qui peuvent exposer les patients à des préjudices évitables.

Projet « Do No Harm »: Projet conçu par la Faculté de médecine de l'Université du Colorado dans l'objectif d'utiliser des vignettes cliniques pour améliorer la reconnaissance des préjudices qui peuvent être causés par une surutilisation des ressources médicales et pour favoriser un changement de culture dans la pratique de la médecine.

Moments d'apprentissage JAMA: Cette initiative du JAMA vise à encourager les stagiaires à soumettre des articles qui mettent en évidence les préjudices pouvant être causés par une surutilisation des ressources médicales et une sous-utilisation des interventions médicales nécessaires.

En ce qui concerne les initiatives ciblant les systèmes, un nombre croissant d'articles portent sur la multitude de projets mis en place pour intégrer les concepts de la gestion des ressources dans les milieux éducatifs et cliniques. Parmi ces initiatives, on compte celles qui portent sur la simplification et la normalisation (p. ex., groupes d'examens normalisés), sur l'éducation fondée sur les dossiers médicaux électroniques (p. ex., consignation du coût des examens dans les systèmes de dossiers médicaux électroniques) et sur les systèmes de soutien aux décisions cliniques (p. ex., alertes automatisées fondées sur les lignes directrices intégrées aux systèmes de dossiers électroniques). Les quelques diapositives suivantes présentent des exemples de ces initiatives qui sont davantage destinés aux stagiaires.

Diapositive 36:

Quelles sont les autres mesures possibles à l'égard de l'éducation?

Circonstances qui permettent d'apprendre comment offrir des soins de grande valeur en se souciant des coûts :

| Transmission des connaissances | Pratique réfléchie | Milieu d'apprentissage favorable |
|---|---|---|
| Preuves scientifiques | Rétroaction sur les examens et les traitements demandés | Soutien au macroniveau |
| Connaissance des préférences du patient | Questions de réflexion | Modèles cliniques et enseignants |
| Prix et économie de la santé | | Culture de collaboration interprofessionnelle |

D'après Stammen LA et al. 2015. JAMA¹

Dans des articles de synthèse publiés en 2015 dans le *JAMA*, on a évalué les circonstances propices à l'apprentissage des moyens qui permettent d'offrir des soins de grande valeur tout en tenant compte des coûts. Trois domaines généraux favorisant l'apprentissage ont ainsi été ciblés. Même si plusieurs de ces domaines ne sont pas nécessairement propres aux stagiaires et que certains s'appliquent davantage au système de soins de santé américain, les principes généraux demeurent pertinents.

Voici un sommaire des trois domaines évalués dans le cadre de la revue systématique :

- **Transmission des connaissances :**
 - Données scientifiques – renvoient à la connaissance des données générales sur lesquelles reposent les indications et les lignes directrices relatives à la prise de décisions médicales.
 - Connaissance des préférences du patient – renvoie au fait de solliciter la participation des patients dans le processus décisionnel et d'explorer leurs valeurs ainsi que leurs inquiétudes.
 - Prix et économie de la santé – renvoie à la connaissance du coût des services médicaux et à l'apprentissage des notions fondamentales en économie de la santé, y compris les concepts des forces concurrentielles du marché et le rôle des compagnies d'assurance dans l'établissement des prix.
- **Pratique réfléchie :**
 - Rétroaction sur les examens et les traitements demandés – renvoie aux commentaires émis aux médecins (y compris une comparaison par rapport à leur groupe) sur le nombre d'examen demandés, le coût total de ces examens et sur leur pertinence.
 - Questions de réflexion – visent à réfléchir aux décisions médicales, à la qualité des soins et à la rentabilité des soins.

- **Milieu d'apprentissage favorable :**

- Soutien au macroniveau – renvoie à l'accès aux coûts de soins de santé, aux mesures incitatives visant à modifier la pratique et à la disponibilité des ressources.
- Modèles cliniques – renvoie à l'importance des modèles cliniques appuyant et enseignant la prestation de soins de grande valeur.
- Culture de collaboration interprofessionnelle – renvoie à la création d'une culture favorisant la prestation de soins de grande valeur parmi les médecins et les professionnels paramédicaux

¹Stammen LA, RS Stalmeijer, R Paternotte, AOudkerk Pool, EW Driessen, F Scheele et LPS Stassen. 2015. Training Physicians to Provide High-Value, Cost-Conscious Care: A Systematic Review. *JAMA*. **314**(22):2384-2400.

Diapositive 37:

Quelles sont les autres mesures possibles à l'égard des projets?

Description du problème :

Une étude a évalué la variabilité dans la prestation des services d'IRM et la variation des demandes dans les centres universitaires canadiens.

Résultats :

- Grande variabilité entre les différents établissements.
- Échelles de priorité non uniformisées.
- Faible usage des lignes directrices pour assurer l'orientation adéquate des patients.

Vanderby, S. et al. 2017 Can Assoc Rad J.¹

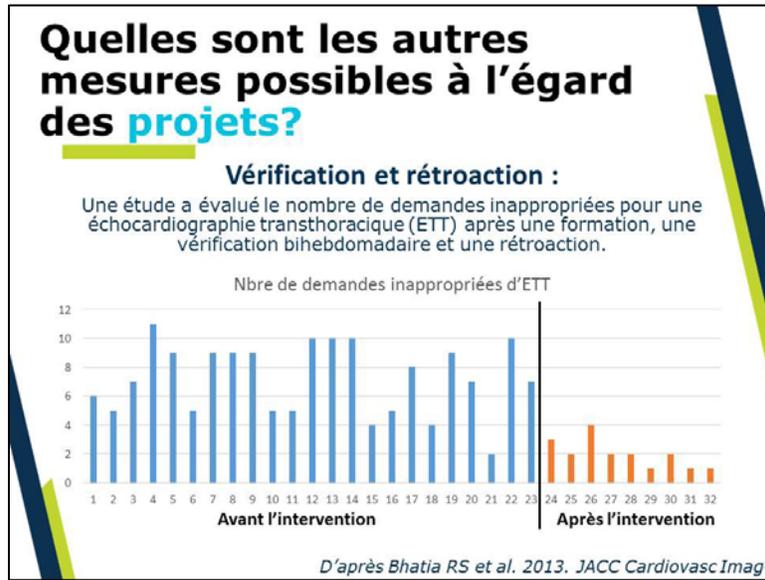
***Remarque à l'intention du présentateur:** Vous pourriez présenter cette diapositive et celles qui suivent pour inciter les résidents à participer à des projets de gestion des ressources. La trousse d'information sur les projets qui accompagne le présent document aidera les superviseurs et les stagiaires à élaborer ce type de projets. Si vous effectuez une présentation auprès d'un auditoire moins expérimenté, il pourrait être préférable d'omettre ces exemples.

L'une des premières méthodes ciblant les systèmes et qui sont nécessaires à l'amélioration de la gestion des ressources consiste à cibler et à décrire le problème. Ces types d'études permettent d'isoler les problèmes spécifiques qui peuvent être ciblés par les initiatives ultérieures visant à modifier les comportements sous-jacents associés à ces problèmes.

Cette étude, menée par des stagiaires, portait sur les programmes d'IRM de centres universitaires canadiens, et elle visait à évaluer la variabilité des systèmes de demande d'exams d'imagerie ainsi que la façon d'offrir ces exams. Les résultats de l'étude ont montré une variabilité substantielle dans l'ensemble des établissements, et des occasions précises ont été ciblées en ce qui concerne la normalisation des demandes et des processus de dépistage ainsi que l'établissement de critères d'imagerie appropriés.

¹Veterby S, A Badea, JN Peña Sánchez, N Kalra et P Babyn. 2017. Variations in Magnetic Resonance Imaging Provision et Processes Among Canadian Academic Centres. *Canadian Association of Radiologists Journal*. **68**(1):56-65.

Diapositive 38:

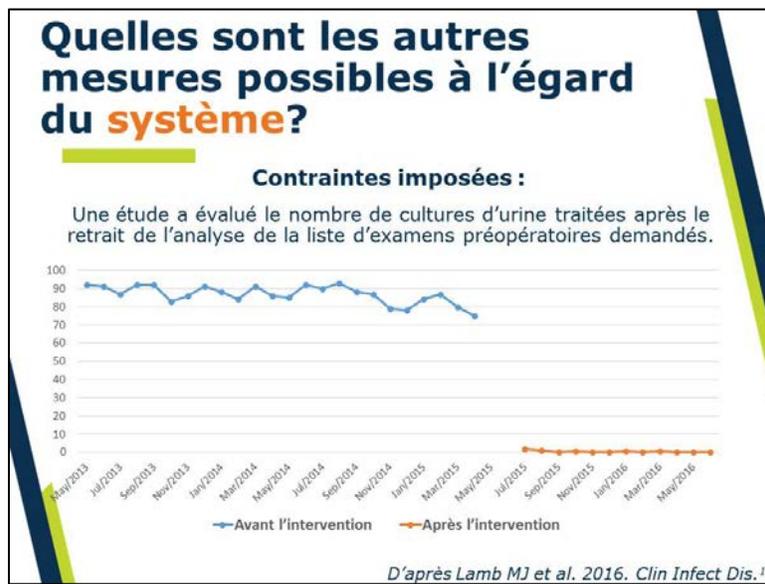


Une autre méthode qui permet de modifier le comportement d'un médecin consiste à vérifier ses habitudes quant aux demandes d'examen ou aux prescriptions et à lui offrir par la suite une rétroaction. Cette méthode peut être mise en place de différentes façons dans le milieu éducatif. Par exemple, les résidents expérimentés ou les médecins traitants peuvent revoir les habitudes de résidents inexpérimentés à l'égard des demandes d'examen et des prescriptions, tant en milieu hospitalier qu'en consultation externe, et leur offrir ensuite une rétroaction (à la fois positive et constructive) dans le but d'améliorer leurs pratiques.

Cette étude¹ visait à évaluer le nombre de demandes d'échocardiogrammes inappropriés (d'après les critères figurant dans les lignes directrices) avant et après l'intervention qui comptait une conférence sur les critères régissant l'utilisation appropriée des échocardiographies, la remise d'une fiche présentant ces critères ainsi que la transmission par courriel d'une vérification bihebdomadaire et d'une rétroaction. Après l'intervention, on a observé une diminution de 26 % des demandes globales pour une échocardiographie, un nombre beaucoup moins élevé de demandes inappropriées et un nombre nettement plus élevé de demandes appropriées.

¹Bhatia RS, CE Milford, MH Picard et RB Weiner. 2013. An educational intervention reduces the rate of inappropriate echocardiograms on an inpatient medical service. *JACC: Cardiovascular Imaging*. 6(5):545-55.

Diapositive 39:



Une autre méthode permettant de modifier le comportement d'un médecin consister à intégrer des limites imposées dans le système afin de réduire ou d'éliminer les pratiques qui ne sont pas fondées sur des données probantes ou qui pourraient causer certains préjudices.

Cette étude visait à évaluer un groupe d'examen préopératoire exigés, qui comptait une culture d'urine courante avant toute arthroplastie articulaire non urgente (dont la réalisation se fondait au départ sur les résultats de certaines études d'observation qui semblaient montrer l'existence d'un lien entre une bactériurie asymptomatique et les infections périprothétiques). Après avoir évalué le nombre de cultures d'urine demandées avant l'intervention, l'option de l'analyse a été retirée de la liste d'examen préopératoire et le traitement de tout échantillon reçu par le laboratoire de microbiologie exigeait d'obtenir une confirmation préalable des symptômes d'infection urinaire. Cette étude a montré une réduction marquée du nombre de demandes pour une culture d'urine ainsi qu'une nette diminution de l'usage des antibiotiques. Toutefois, aucun changement n'a été observé quant au taux d'infections périprothétiques.

¹Lamb MJ, L Baillie, D Pajak, J Flynn, V Bansal, A Simo, M Vearncombe, S Walker, S Clark, J Gollish et JA Leis. 2017. Elimination of Screening Urine Cultures Prior to Elective Joint Arthroplasty. *Clinical Infectious Diseases*. **15**;64(6):806-809.

Diapositive 40:

Cibler les stratégies permettant de surmonter les obstacles à la gestion des ressources

- Réfléchir-associer-partager
- Pour chaque vignette, cibler les obstacles à la gestion des ressources ainsi qu'une stratégie permettant de surmonter un obstacle.
- Être prêt à discuter avec un groupe.



***Remarque à l'intention du présentateur:** Les prochaines diapositives présenteront des exemples de vignettes. Le présentateur peut choisir de présenter les vignettes qui sont pertinentes pour son auditoire cible, ou il peut présenter l'ensemble des vignettes à titre d'exercice général sur la reconnaissance des occasions d'améliorer la gestion des ressources au sein des différentes spécialités.

On encourage également le présentateur à concevoir ses propres vignettes pour illustrer les cas particuliers de sa spécialité. Par exemple, le présentateur peut concevoir une vignette en se basant sur ses propres expériences cliniques, c'est-à-dire en présentant des cas où des examens ou des interventions inutiles ont été réalisés sans procurer de bienfaits au patient et sans modifier la prise en charge, causant même des préjudices. On encourage également le présentateur à consulter le site Web de Choisir avec soin Canada pour obtenir la liste de recommandations¹ élaborée par l'association canadienne propre à leur spécialité.

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.

¹ Choisir avec soin Canada. *Recommandations et ressources, par spécialité*. Dernière consultation le 31 juillet 2017 sur le site Web de Choisir avec soin Canada:

<https://choisiravecsoin.org/recommandations/>

Diapositive 41:

Vignette : anesthésie

Vous êtes un résident en anesthésie effectuant un stage dans une clinique préopératoire en milieu hospitalier. Vous remarquez qu'environ 25 % des orientations sont effectuées pour des patients devant subir une intervention chirurgicale de la cataracte à faible risque. Les analyses de laboratoire initiales et un électrocardiogramme ont déjà été effectués, et vous êtes prêt à interpréter les résultats. Vous réalisez que vos évaluations n'ont aucune incidence sur la prise en charge préopératoire, et vous demandez au médecin traitant pourquoi ces patients sont rencontrés à la clinique.



Obstacles à la gestion des ressources:

• Culture de la médecine:

- Mieux vaut agir que de ne rien faire
- Culture axée sur une approche maximaliste

• Modèle comportemental:

- « C'est ainsi qu'on nous l'a appris »

• Facteurs liés aux médecins:

- Habitudes établies
- Défis liés à l'utilisation concrète des données probantes
- Médecine défensive
- Satisfaction des demandes des collègues ayant effectué l'orientation

• Structure du système de soins de santé:

- Contraintes de temps
- Accès facile aux services
- Modèle de remboursement fondé sur le volume/incitatifs financiers

Stratégies potentielles pour surmonter ces obstacles:

- Comprendre que ces évaluations ne modifient pas la prise en charge préopératoire et qu'elles peuvent simultanément accroître les chances d'effectuer des découvertes fortuites exigeant le report d'une intervention nécessaire afin d'effectuer des examens complémentaires.
- Évaluer les coûts de ces évaluations pour le patient, y compris la nécessité de s'absenter du travail, les frais de stationnement et l'anxiété potentielle engendrée par les découvertes fortuites.
- Être prêt à remettre en question le « curriculum caché » afin de modifier le *statu quo*.

Voici les recommandations spécifiques de Choisir avec soin Canada¹ illustrées par cette vignette:

La Société canadienne des anesthésiologistes

- **Ne demandez pas des analyses de laboratoire de référence (formule sanguine complète, tests de coagulation ou analyses biochimiques sériques) chez les patients asymptomatiques devant subir une intervention chirurgicale non cardiaque à faible risque.**
- **Ne demandez pas un électrocardiogramme de référence chez les patients asymptomatiques devant subir une intervention chirurgicale non cardiaque à faible risque.**

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

Diapositive 42:

Vignette : médecine familiale

Vous êtes résident dans une clinique de médecine familiale. Une femme de 30 ans souffre de maux de tête fréquents depuis une semaine. Elle a des antécédents de migraines (1 à 2 fois par année). Les résultats de l'examen neurologique sont normaux. La patiente s'inquiète à l'idée d'être atteinte de sclérose en plaques, et elle souhaite subir une IRM.



Obstacles à la gestion des ressources:

- **Facteurs propres aux stagiaires :**
 - Manque de confiance dans l'évaluation clinique
 - Curiosité ou volonté d'acquérir de l'expérience
- **Culture de la médecine :**
 - Mieux vaut agir que de ne rien faire
 - Besoin d'exclure un diagnostic inhabituel
- **Structure du système de soins de santé :**
 - Temps insuffisant pour discuter avec les patients et leur famille
- **Facteurs liés aux patients :**
 - Demandes et attentes des patients

Stratégies potentielles pour surmonter ces obstacles:

- Reconnaître que la faible probabilité pré-test de la sclérose en plaques suffit pour exclure la possibilité que le patient soit atteint de la maladie, et qu'il n'est pas nécessaire de réaliser d'autres examens.
- Sonder les préoccupations du patient à l'égard de la sclérose en plaques, et expliquer pourquoi vous croyez que ce diagnostic est peu probable.

Voici les recommandations spécifiques de Choisir avec soin Canada¹ illustrées par cette vignette:

L'Association canadienne des radiologistes

- **Évitez l'imagerie pour un mal de tête sans complication, sauf en présence de signaux d'alarme.**

La Société canadienne des céphalées

- **Éviter de demander des tests d'imagerie cérébrale ou des sinus chez les patients dont l'examen clinique est normal, qui répondent aux critères diagnostiques de la migraine et ne présentent aucun « signal d'alarme » évoquant une céphalée secondaire.**

¹ Choisir avec soin Canada. *Recommandations et ressources, par spécialité*. Dernière consultation le 31 juillet 2017 sur le site Web de Choisir avec soin Canada:

<https://choisiravecsoin.org/recommandations/>

© Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2017

Diapositive 43:

Vignette : médecine d'urgence

Un patient âgé qui demeure dans un établissement de soins de longue durée est conduit à l'urgence après une chute. Une analyse d'urine est réalisée dans le cadre du bilan. L'analyse révèle la présence de leucocytes et de nitrites dans l'urine. Le patient ne rapporte aucun symptôme urinaire. Vous êtes résident et travaillez directement avec le directeur du programme. Vous avez déjà travaillé avec ce médecin superviseur et, en présence d'anomalies à l'analyse d'urine, il insiste toujours pour amorcer une antibiothérapie empirique.



ROYAL COLLEGE
COLLÈGE ROYAL

Obstacles à la gestion des ressources:

- **Modèle comportemental :**
 - « C'est ainsi qu'on nous l'a appris »
 - Volonté d'impressionner le superviseur
 - Absence de renforcement positif pour avoir fait preuve de retenue
- **Culture de la médecine :**
 - Malaise à l'égard d'une approche « sans intervention »
- **Facteurs liés aux médecins :**
 - Habitudes établies
 - Médecine défensive
- **Structure du système de soins de santé :**
 - Absence de rétroaction à l'égard du comportement

Stratégies potentielles pour surmonter ces obstacles:

- N'hésitez pas à demander des explications au sujet des traitements que vous jugez inutiles. De nombreuses données appuient la décision d'éviter les antibiotiques en présence d'une bactériurie asymptomatique.
- Être prêt à remettre en question le « curriculum caché » afin de modifier le *statu quo*.

Voici les recommandations spécifiques de Choisir avec soin Canada¹ illustrées par cette vignette:

L'Association canadienne des directeurs médicaux en soins de longue durée

- **Ne procédez pas à des tests d'urine par bâtonnet ni à des cultures d'urine en l'absence de signes et symptômes clairs d'infection urinaire (IU).**

L'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada

- **Ne demandez pas de cultures urinaires chez des adultes qui ne présentent ni symptôme urinaire ni fièvre, à moins qu'il ne s'agisse d'une femme enceinte ou d'un patient devant subir une intervention génito-urinaire susceptible de s'accompagner de saignements des muqueuses.**

Traitement d'une bactériurie asymptomatique

La Société canadienne de gériatrie

- **N'utilisez pas d'antimicrobiens pour traiter la bactériurie chez les personnes âgées à moins d'être en présence de symptômes indicateurs d'infection urinaire.**

La Société canadienne de médecine d'hôpital

- **Ne prescrivez pas d'antibiotiques pour une bactériurie asymptomatique, sauf aux femmes enceintes.**

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada

- **Ne pas recommander d'antimicrobiens pour traiter la bactériurie chez les personnes âgées à moins d'être en présence de symptômes indicateurs d'infection urinaire.**

L'Association des urologues du Canada

- **Évitez de prescrire un antimicrobien pour traiter une bactériurie asymptomatique chez l'homme âgé.**

¹ Choisir avec soin Canada. *Recommandations et ressources, par spécialité*. Dernière consultation le 31 juillet 2017 sur le site Web de Choisir avec soin Canada:

<https://choisiravecsoin.org/recommandations/>

Diapositive 44:

Vignette : hématologie

Vous êtes résident en hématologie dans une clinique longitudinale et vous rencontrez un patient qui souffre d'anémie chronique. D'après les antécédents et l'examen physique du patient, vous êtes certain qu'il s'agit d'une anémie causée par une maladie chronique, le patient souffrant de plusieurs affections concomitantes, dont une maladie rénale chronique. Cependant, la demande d'orientation soumise par le médecin de famille précise qu'il demande une biopsie de la moelle osseuse.



Obstacles à la gestion des ressources:

- **Facteurs propres aux stagiaires:**
 - Manque de confiance dans l'évaluation clinique
- **Culture de la médecine:**
 - Mieux vaut agir que de ne rien faire
 - Culture axée sur une approche maximaliste
- **Facteurs liés aux médecins:**
 - Habitudes établies
 - Satisfaction des demandes des collègues ayant effectué l'orientation
- **Structure du système de soins de santé:**
 - Absence de rétroaction à l'égard du comportement
 - Accès facile aux services
 - Incitatifs financiers

Stratégies potentielles pour surmonter ces obstacles:

- Comprendre qu'il est probable qu'une biopsie de la moelle osseuse n'ait aucune incidence sur la prise en charge (en supposant que le diagnostic différentiel ne comporte aucune autre affection préoccupante dont la possibilité doit être exclue en raison d'une probabilité pré-test suffisamment élevée).
- N'hésitez pas à communiquer avec le prestataire de soins de santé ayant soumis la demande d'orientation afin de discuter des raisons pour lesquelles il souhaite qu'une biopsie de la moelle osseuse soit réalisée. À l'instar des demandes ou des attentes d'un patient, les préoccupations d'un prestataire de soins de santé peuvent être attribuables à des expériences antérieures ou à une mauvaise connaissance de l'examen. Être prêt à prendre le temps de communiquer avec le prestataire de soins de santé et à discuter du cas.
- Croire en son évaluation. En cas de doute, discuter avec le médecin traitant.

Cet exemple est celui d'un cas pour lequel il **n'existe aucune recommandation émise par Choisir avec soins Canada**¹. Cependant, il s'agit du cas plausible d'un patient qui pourrait être orienté vers un hématalogue (ou un interniste). Il est important de mener la discussion sur les occasions d'amélioration de la gestion des ressources au-delà des recommandations figurant sur les différentes listes publiées par Choisir avec soin Canada. Dans certains cas, il est possible qu'un examen ou un traitement qui semble approprié s'avère inutile après la vérification des objectifs et des préférences du patient.

Garder en tête les trois questions à poser aux patients à toutes les rencontres:

1. **Devrais-je demander cet examen?**
2. **Devrais-je prescrire ce traitement?**
3. **Ai-je tenu compte du patient?**

¹ Choisir avec soin Canada. *Recommandations et ressources, par spécialité*. Dernière consultation le 31 juillet 2017 sur le site Web de Choisir avec soin Canada:

<https://choisiravecsoin.org/recommandations/>

Diapositive 45:

Vignette : chirurgie orthopédique

Vous êtes résident en chirurgie orthopédique et vous évaluez un homme de 72 ans (IMC de 32) orienté vers vous en raison d'une douleur au genou s'intensifiant depuis 8 mois. Les symptômes du patient s'aggravent avec l'activité, et ils ont nuï à son mode de vie auparavant actif. L'instauration d'un traitement avec la glucosamine et la chondroïtine n'a procuré qu'un léger soulagement. L'examen des genoux montre une sensibilité au niveau de l'interligne articulaire médiale, une amplitude des mouvements normaux, un crépitement et l'absence d'épanchement. Le médecin orienteur demande à ce qu'on envisage un lavage arthroscopique pour la prise en charge de l'arthrose du genou.



Obstacles à la gestion des ressources:

•Culture de la médecine :

- Mieux vaut agir que de ne rien faire
- Culture axée sur une approche maximaliste

•Facteurs liés aux médecins :

- Habitudes établies
- Satisfaction des demandes des collègues ayant effectué l'orientation

•Structure du système de soins de santé :

- Absence de rétroaction à l'égard du comportement
- Modèle de remboursement du système de soins de santé/incitatifs financiers

•Influence de l'industrie :

- Nouvelles technologies
- Marketing auprès des médecins

Stratégies potentielles pour surmonter ces obstacles:

- Comprendre les données appuyant le traitement proposé. Prendre le temps d'approfondir vos connaissances en consultant la documentation pertinente vous permettra d'avoir une discussion pertinente avec le patient au sujet de toute intervention potentielle et d'appuyer votre recommandation auprès du médecin traitant.
- Plutôt que de simplement refuser une intervention de faible valeur (c.-à-d., lavage arthroscopique), prendre le temps de discuter avec le patient des interventions en présentant les preuves à l'appui (c.-à-d., perte de poids, programmes d'exercices structurés).

Voici les recommandations spécifiques de Choisir avec soin Canada¹ illustrées par cette vignette:

L'Association canadienne d'orthopédie

- **Évitez de recourir au lavage à l'aiguille pour traiter des patients qui ont une arthrose symptomatique du genou afin de leur procurer un soulagement de longue durée.**

Le lavage à l'aiguille chez les patients qui ont une arthrose symptomatique du genou n'entraîne pas d'atténuation quantifiable de la douleur, d'amélioration de la fonction, de réduction du temps qu'il faut pour parcourir 15,24 mètres (50 pieds) en marchant, de la raideur, de la sensibilité ou de l'enflure.

- **Évitez d'utiliser la glucosamine et la chondroïtine pour traiter les patients qui ont une arthrose symptomatique du genou.**

La glucosamine et le sulfate de chondroïtine ne soulagent pas les patients qui ont une arthrose symptomatique du genou.

¹ Choisir avec soin Canada. *Recommandations et ressources, par spécialité*. Dernière consultation le 31 juillet 2017 sur le site Web de Choisir avec soin Canada:

<https://choisiravecsoin.org/recommandations/>

Diapositive 46:

Conclusion

- La saine gestion des ressources est un devoir professionnel et éthique.
- La surutilisation est fréquente dans les milieux d'apprentissage cliniques, et elle peut causer des préjudices aux patients.
- Des facteurs propres aux personnes et au système favorisent la surutilisation.
- Les résidents sont les mieux placés pour diminuer la surutilisation et assurer une saine gestion des ressources.

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

***Remarque à l'intention du présentateur:** Cette diapositive présente les conclusions générales. Nous vous encourageons à concevoir votre propre diapositive de conclusion en vous basant sur la profondeur et l'étendue de votre présentation.

À titre de référence, voici les objectifs de cette séance:

- définir les termes courants associés à la gestion des ressources;
- distinguer le rationnement de la gestion des ressources;
- discuter des aspects éthiques de la gestion des ressources;
- reconnaître les préjudices causés par une surutilisation des ressources;
- cibler les facteurs favorisant une surutilisation des ressources;
- discuter des stratégies pour améliorer la gestion des ressources;
- citer des exemples de surutilisation des ressources dans leur spécialité et cibler des occasions d'améliorer la gestion des ressources.

COLLABORATEURS ET RÉVISEURS

Collaborateurs

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

Faiza Khurshid, MBBS, FCPS
Département de pédiatrie
Université Queen's
Kingston (Ontario)

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

Jessica Otte, MD, CCMF
Département de pratique familiale
Université de la Colombie-Britannique
Vancouver (Colombie-Britannique)

Denyse Richardson, MD, MEd, FRCPC
Division de médecine
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Seth Stern, MSc, MD
Département de médecine interne
Université McMaster
Hamilton (Ontario)

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

Réviseurs

Karen Born, MSc, PhD
Transfert des connaissances
Choisir avec soin Canada
Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

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