

Document de recommandations pour favoriser la pertinence clinique et l'usage judicieux des ressources dans l'enseignement formel dispensé aux résidents

Cet outil s'adresse à tous les médecins et professionnels qui donnent des cours aux résidents du programme de médecine de famille, autant dans les CUMF que dans les journées académiques.

Document adapté des [« 10 recommandations de Choisir avec soin Québec pour favoriser l'usage judicieux des ressources dans les lignes directrices, les outils de transfert de connaissances et les présentations scientifiques »](#)¹

Recommandation 1 : Encourager les résidents à faire une évaluation rigoureuse des données en utilisant la pratique basée sur des données probantes

Amener les résidents à évaluer la base factuelle appuyant les conduites cliniques et leur solidité (données probantes, validité des résultats, niveaux de confiance) et à réfléchir aux nuances lexicales qui illustrent la force de la recommandation ("considérer" versus "faire"); cette évaluation devrait être portée par une vision globale des lignes directrice et de la littérature (revues de la littérature, méta-analyses). Toute affirmation-clé devrait être appuyée par une référence crédible.

Utiliser les avis divergents et les lignes directrices divergentes comme occasion propice aux apprentissages pour développer l'esprit critique des apprenants. Par exemple l'outil G-TRUST ([traduction libre disponible sur le Portail académique des résidents](#)) peut être un outil à intégrer dans les présentations comme les PABP et autres activités académiques. *[L'outil G-TRUST simplifié](#) sera prochainement publié dans la littérature (cf annexe 1) et également traduit en français d'ici la fin 2024.

Recommandation 2 : S'assurer que les recommandations transmises aux résidents soient associées à des bénéfices cliniques pour les patients et tiennent compte des objectifs déterminés par les patients par rapport à leur santé

Il est important de s'assurer que l'objet des recommandations vise des problématiques importantes au plan clinique (par exemple : impact sur la morbidité et la mortalité) et centrées sur les objectifs de soin des patients. On doit également limiter ou utiliser avec circonspection les données portant sur des marqueurs intermédiaires ou sur les issues composites.

¹ Wittmer R, Theriault G, Lafortune FD, Boudreault S, Turgeon MA, Breault P, Bois G, Hannane L, Try A. Ten recommendations to foster healthcare resource stewardship in knowledge translation. *BMJ Evid Based Med*. 2024 Jun 11;bmjebm-2024-112914. doi: 10.1136/bmjebm-2024-112914.

Recommandation 3 : Susciter la réflexion des résidents par rapport à l'utilisation des ressources dans leur pratique (disponibilité, coût, impact environnemental, ...)

En 2017, on estimait que jusqu'à 30% des tests, traitements et procédures réalisés au Canada étaient potentiellement inutiles. En plus de comporter des risques (faux positifs, surdiagnostics, effets secondaires), ceci contribue aux problèmes d'accès aux soins et à l'impact environnemental du système de santé. Il est donc essentiel de s'assurer que les recommandations émises tiennent compte de l'utilisation judicieuse des ressources.

Il faut amener les résidents à se questionner également à savoir s'il existe des alternatives avec moins d'impact environnemental lorsqu'ils utilisent des ressources, notamment la médication.

Recommandation 4 : Amener les résidents à se questionner par rapport aux conflits d'intérêts et à la fiabilité des sources utilisées

Bien que l'expertise sur un sujet particulier soit essentielle, il faut s'assurer que les conflits d'intérêts soient divulgués et considérés dans l'interprétation des données et lors de la formulation des recommandations. Au-delà des conflits d'intérêts financiers, il faut aussi considérer les conflits de nature intellectuelle. Les recommandations qui reposent sur des avis d'experts devraient être clairement identifiées afin de permettre aux utilisateurs de les distinguer facilement. Les avis d'experts, même lorsque largement adoptés, ne constituent pas des données probantes, et ne devraient pas s'y substituer.

Recommandation 5 : Encourager les résidents à favoriser la prise de décision partagée lorsque c'est approprié

Le résident doit alors présenter aux patients tous les aspects de la balance décisionnelle (risques et avantages, effets indésirables et thérapeutiques) et en présentant les données probantes en termes de risques (nombres) absolus plutôt que de risques relatifs afin de faciliter la compréhension de toutes les parties impliquées. Plusieurs outils d'aide à la décision partagée sont disponibles et fréquemment mis-à-jour sur le [Portail académique des résidents](#).

Recommandation 6 : Encourager les résidents à tenir compte des risques et préjudices possibles en lien avec le surdiagnostic et la surmédicalisation

Toute action (tests diagnostiques ou traitements) présente des bénéfices et préjudices potentiels : il faut en tenir compte dans nos recommandations. Trop souvent, des modifications sont apportées aux définitions des maladies ou à leur prise en charge, sans tenir compte des conséquences négatives possibles. On ne devrait jamais présumer d'une prépondérance des bénéfices par rapport aux risques sans disposer de données à l'appui. Toute modification devrait au minimum susciter les questionnements suivants :

- Quels sont les bénéfices supplémentaires associés à ce changement ?
- Quels sont les risques supplémentaires associés à ce changement ?
- Y a-t-il prépondérance des bénéfices par rapport aux risques potentiels avec le changement proposé ?

Ceci nous permet d'être vigilants face au potentiel de surmédicalisation, par exemple lors de l'élargissement des critères diagnostiques définissant une maladie, ou encore lorsqu'un facteur de risque est redéfini comme une maladie. Cela doit être communiqué de façon transparente.

Recommandation 7: Encourager les résidents à ne pas présumer de l'innocuité des pratiques de dépistage et à s'assurer que les bénéfices surpassent les risques pour les patients avant d'émettre une recommandation

Avant de suggérer une modalité de dépistage, il faut s'assurer que des études de bonne qualité appuient l'efficacité du dépistage ; les essais cliniques randomisés devraient être priorités. Il faut déterminer l'ampleur des bénéfices et des risques potentiels notamment ceux découlant du test lui-même, des résultats faux positifs, du surdiagnostic ainsi que des risques découlant des interventions diagnostiques ou thérapeutiques suite à un résultat positif. L'augmentation du nombre de cas repérés, l'existence d'un test de dépistage sécuritaire ou d'un traitement efficace ne sont pas suffisants pour conclure qu'un test de dépistage est bénéfique. Il faut démontrer que les bénéfices surpassent les risques pour la population visée en contexte de dépistage.

Recommandation 8: Susciter la réflexion par rapport au temps nécessaire pour traiter (*time needed to treat*) chez les résidents

Il faut considérer le temps clinique des soignants dans la réflexion sur l'utilisation des ressources. À bénéfice égal, les pratiques nécessitant moins de temps devraient être considérées, et celles qui ne sont pas appuyées par des données probantes ne devraient tout simplement pas être recommandées. Exemples : dépistage et traitement des dyslipidémies, dépistage et traitement de l'ostéoporose ou fractures de fragilité, ...

Il faut également amener les résidents à se questionner à savoir quel professionnel est le mieux placé pour fournir les soins aux patients dans un contexte de collaboration interprofessionnelle.

Version juin 2024

Recommandation 9 : Enseigner aux résidents à développer un jugement critique face à l'information provenant de l'industrie et les bons comportements à adopter dans une optique de pertinence des soins, tout en limitant leurs contacts avec l'industrie durant la résidence.

[Références disponibles dans l'annexe 2.](#)

Recommandation 10 : Utiliser les diapositives de déclaration de conflits d'intérêts et d'engagement à la transparence

Vous pouvez [télécharger les diapositives](#) sur la boîte à outils de développement professoral.

Elements to consider to identify threats in clinical practice guidelines	
Relevance	<p>Is this guideline useful and applicable in my practice? Patient/population/context similar to mine? Patient-oriented outcomes? Clear and doable recommendations? Time needed to treat</p>
Interpretation	<p>Do I trust the people who interpreted the evidence and made the recommendations? Free of competing interests (financial, intellectual)? Management of conflicts of interest? Diversity of panel members?</p>
Confidence	<p>What is the factual basis of the recommendations, and is this transparent in the guideline? Systematic review available? GRADE methodology or another rigorous method?</p>

	Guideline 1	Guideline 2
Relevance		
Interpretation		
Confidence		

Annexe 2 – Références sur l'industrie

Spurling GK, Mansfield PR, Montgomery BD, Lexchin J, Doust J, et al. (2010) Information from Pharmaceutical Companies and the Quality, Quantity, and Cost of Physicians' Prescribing: A Systematic Review. *PLOS Medicine* 7(10): e1000352. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000352>

“With rare exceptions, studies of exposure to information provided directly by pharmaceutical companies have found associations with higher prescribing frequency, higher costs, or lower prescribing quality or have not found significant associations.”

Persaud N Questionable content of an industry-supported medical school lecture series: a case study *Journal of Medical Ethics* 2014;40:414-418.

<https://jme.bmj.com/content/40/6/414.abstract>

Mitchell A P, Dusetzina S B, Mishra Meza A, Trivedi N U, Bach P B, Winn A N et al. Pharmaceutical industry payments and delivery of non-recommended and low value cancer drugs: population based cohort study *BMJ* 2023; 383 :e075512 doi:10.1136/bmj-2023-075512

<https://www.bmj.com/content/383/bmj-2023-075512>

“Conclusions: Within some clinical scenarios, industry payments to physicians are associated with non-recommended and low value drugs. These findings raise quality of care concerns about the financial relationships between physicians and industry.”

Symm B, Averitt M, Forjuoh SN, Preece C. Effects of using free sample medications on the prescribing practices of family physicians. *J Am Board Fam Med*. 2006 Sep-Oct;19(5):443-9. doi: 10.3122/jabfm.19.5.443. PMID: 16951293.

<https://www.jabfm.org/content/jabfp/19/5/443.full.pdf>

“ Conclusions: Our data support the conclusion that FPs who distribute free samples are more likely to prescribe those medications than their counterparts who do not. (*J Am Board Fam Med* 2006;19: 443–9.)”