

L'avenir de la médecine familiale

Le rôle des soins centrés sur le patient et de la médecine fondée sur des données probantes

Kamila Premji MD CCFP Ross Upshur MD MSc CCFP FRCPC France Légaré MD PhD CCFP FCFP Kevin Pottie MD MCISc CCFP FCFP

Les réformes des soins primaires qui sont perçues par les médecins de famille comme des menaces à l'autonomie professionnelle et au rôle traditionnel de la médecine familiale centrée sur la communauté peuvent entraîner une baisse de la satisfaction et du sentiment d'utilité, et compliquer le recrutement et le maintien en poste^{1,2}. Au cours de 8 dernières années, les médecins de famille canadiens ont vécu de nombreux changements dans l'univers de leur pratique.

- Les coupures gouvernementales dans la rémunération des soins primaires en Ontario ont récemment forcé les médecins de famille à défendre leur autonomie financière³.
- L'adoption des soins interdisciplinaires et la création de listes de patients ont entraîné la formation d'équipes de soins primaires complexes. Si elle apporte les bienfaits des soins en collaboration, elle fait aussi en sorte que les médecins puissent potentiellement perdre le contrôle de leurs propres pratiques, ainsi que des politiques et de la gestion des organisations⁴.
- L'autonomie clinique (c.-à-d. la capacité de prendre des décisions au sujet des soins aux patients) pourrait être réduite dans les communautés où un grand nombre de spécialistes soignent les patients des médecins de famille ou encore si ces derniers travaillent dans des cliniques qui limitent leur capacité de prise de décisions indépendante.
- Les rôles des autres professionnels de la santé, comme les infirmières praticiennes et les pharmaciens, se sont élargis jusqu'à chevaucher certains des rôles traditionnellement dominés par les médecins de famille, ce qui suscite chez certains la crainte que les autres professionnels de la santé usurpent un jour le rôle des médecins de famille⁵⁻⁷.
- La surveillance accrue par les gouvernements au moyen d'incitatifs de rémunération au rendement et des dossiers médicaux électroniques peut aussi être considérée comme une menace à l'autonomie clinique et politique⁸⁻¹⁰.
- Des conflits internes se produisent au sein de la profession en ce qui a trait au rôle des médecins de famille, plus particulièrement sous la forme d'une discorde professionnelle intergénérationnelle. Un nombre accru de plus jeunes médecins de famille cherchant à faire

un juste équilibre entre le travail et la vie privée ne s'acquittent plus des responsabilités antérieurement considérées comme parties intégrantes du rôle du médecin de famille (p. ex. accouchements, travail d'hospitalier) ou choisissent de cibler leurs pratiques (p. ex. médecine du sport, psychothérapie)¹¹.

- De forts mouvements de patients comme le consumérisme éclairé (p. ex. utilisation accrue des renseignements sur la santé en ligne)^{12,13} et une adoption grandissante des médecines douces et complémentaires^{14,15} pourraient menacer le sentiment d'autonomie de certains médecins.

De nombreux médecins de famille sont de plus en plus incertains quant à leur avenir dans les soins primaires^{5,6}. L'incertitude clinique n'est pas étrangère aux médecins de famille, mais qu'arrive-t-il lorsque la discipline elle-même fait face à l'incertitude professionnelle?

Incertitude professionnelle

Au cours des années 1990, lorsque le Royaume-Uni et, plus tard, l'Australie ont instauré une réforme des soins primaires, les omnipraticiens ont ressenti les tensions du changement et ont eu l'impression de perdre leur autonomie professionnelle^{1,2}. L'insatisfaction professionnelle s'est accrue et l'intention de quitter la médecine familiale a connu une hausse¹⁶. Au Canada, à mesure que les médecins de famille font face aux défis actuellement posés à leur autonomie, de même qu'à l'incertitude quant à l'avenir de leur profession, ils risquent de connaître une hausse similaire de leur insatisfaction. Toutefois, ces problèmes présentent aussi des possibilités de revigorer la discipline, de moderniser le rôle des médecins de famille et de mobiliser l'appui à la fois des patients, des collègues, des autres professionnels de la santé et des décideurs.

L'une de ces possibilités concerne l'application de la médecine fondée sur des données probantes (MFDP) en soins de santé primaires. La médecine fondée sur des données probantes désigne l'utilisation d'estimations mathématiques des risques de bienfaits et de préjudices. Elle repose sur une recherche de grande qualité auprès d'échantillons de la population dans le but d'éclairer la prise de décisions cliniques dans le diagnostic, l'investigation ou la prise en charge de chaque patient¹⁷. Les cliniciens l'utilisent pour aider à prévoir les bienfaits et les

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.
Can Fam Physician 2014;60:421-4

This article is also in English on page 409.

risques potentiels d'une intervention ou de son omission, ayant pour but d'améliorer la confiance et la fiabilité dans les décisions cliniques. Par ailleurs, on critique la MFDP, entre autres, pour la partialité dans les publications, son manque de focus sur les résultats qui importent au patient et aussi certaines questions entourant son fondement philosophique. Ce sont des facteurs scientifiques qui continuent d'être le principal moteur de la MFDP, tandis que d'autres dimensions de la confiance, comme la relation médecin-patient, pourraient être plus importantes encore pour obtenir des résultats chez le patient^{18,19}. Par exemple, les guides de pratique clinique ont eu tendance à favoriser une approche de type «taille universelle»²⁰.

La MFDP évolue présentement pour répondre à ces critiques et fournir aux médecins de famille des outils pratiques afin d'améliorer leur capacité de dispenser des soins centrés sur le patient, notamment des aides à la décision fondées sur les données probantes les plus récentes, sans imposer des exigences de temps excessives à leur horaire déjà chargé.

Soins de santé primaire et MFDP

La centralité du patient dans l'évaluation et la mise en application des guides de pratique clinique fondés sur des données probantes. Des soins centrés sur le patient impliquent la participation active des patients et de leur famille aux décisions cliniques. Ils comportent de prendre en considération le contexte particulier de chaque patient et de s'efforcer d'assurer que les patients ont l'information et le soutien dont ils ont besoin pour prendre des décisions et participer à leurs propres soins²¹. Il est inadéquat pour les médecins de famille, tant sur le plan des soins centrés sur le patient que sur celui de la satisfaction professionnelle, de devenir des «automates dirigés par des protocoles»² qui mémorisent une liste de recommandations fondées sur des données probantes ou cliquent sur une liste informatisée. Pour dispenser des soins centrés sur le patient en appliquant des lignes directrices fondées sur des données probantes, nous devons savoir non seulement la recommandation clinique elle-même, mais aussi la probabilité de ses bienfaits et de ses préjudices (la certitude des données probantes). Gardant à l'esprit la nature probabiliste des données probantes²², nous devons être capables d'évaluer de manière critique ces données probantes et déterminer la validité et la pertinence de recommandations spécifiques. Nous devons aussi le faire avec une compréhension des circonstances de la vie du patient, de ses préférences et de ses valeurs, ainsi que des coûts de la mise en œuvre de la recommandation.

Des progrès se réalisent dans la création de guides de pratique clinique fondés sur des données probantes pour mieux répondre à ces besoins. Par exemple, on peut mentionner l'adoption du système GRADE (grading of recommendations, assessment, development, and evaluation) pour évaluer les recommandations fondées sur

des données probantes, produit par le nouveau Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs²³. Élaboré en 2004, GRADE vise à aider les médecins à contextualiser les lignes directrices fondées sur des données probantes et à soutenir une approche centrée sur le patient²⁴. Toutefois, pour que cette possibilité se réalise pleinement, il faut enseigner davantage aux médecins actuels et futurs à évaluer les données probantes selon l'angle de la centralité du patient. Par exemple, plusieurs études ont démontré le manque de connaissance ou de compréhension de la MFDP par les médecins, notamment les expressions importantes comme risque absolu, risque relatif et nombre de patients à traiter²⁵⁻²⁸. Les spécialistes qui fournissent une bonne partie de la formation médicale continue aux médecins de famille doivent devenir plus aptes à comprendre et à présenter les données probantes sous une forme claire et utile²⁵. Il faut aussi régler les autres obstacles à la MFDP communément identifiés comme les contraintes de temps^{26,28} et la disponibilité des données probantes²⁶. Alors que GRADE et d'autres outils d'évaluation critique et d'aide à la décision font leur apparition pour éliminer de tels obstacles et tenir compte de la centralité du patient dans la prise de décisions, les médecins de famille sont très bien placés pour contribuer au processus.

Soutien aux décisions fondées sur des données probantes: devenir un «courtier en choix». Comme on l'a mentionné précédemment, un élément essentiel des soins centrés sur le patient est d'assurer que les patients ont l'information et le soutien nécessaires pour participer à leurs propres soins. La communication de données probantes revêt donc de l'importance et, même si les patients l'exigent de plus en plus, les médecins de famille ne le font souvent pas suffisamment^{29,30}. De nos jours, bon nombre de patients s'intéressent beaucoup aux sciences et à la technologie; toutefois, il y a souvent des lacunes dans leur compréhension de la science et ils ne sont pas toujours certains de savoir à qui se fier et quelles données croire³¹. Pour compliquer le problème, les données concernant les meilleures façons de communiquer aux patients les faits probants se font rares. Epstein et ses collaborateurs ont constaté que les préférences quant à la façon de présenter l'information diffèrent d'un patient à l'autre et qu'il faut du temps, de la patience et du jugement²⁹. De plus, la numératie dans le domaine de la santé, c'est-à-dire la façon dont les patients composent avec des renseignements quantitatifs quand il est question de leur santé, est un concept relativement nouveau que nous devons mieux comprendre³².

Face à ces défis, les médecins de famille pourraient encore être les mieux placés pour répondre aux besoins des patients quant à l'aide à la décision. Des années de formation ont permis aux médecins de famille d'acquérir de l'expertise dans le diagnostic et les traitements et,

même si l'intuition et l'expérience continuent d'être des facteurs prépondérants dans la prise de décisions au quotidien³³, les médecins de famille perçoivent généralement la MFDP comme un élément positif et important de meilleurs soins aux patients²⁷. En outre, les relations à long terme avec les patients nous procurent la possibilité de comprendre les valeurs, les besoins et les attentes de chaque patient. Deux compétences générales qui pourraient appuyer la prise de décisions conjointes³⁴ sont les compétences relationnelles (p. ex. la capacité de manifester de l'empathie et d'établir une relation avec le patient) et les compétences en communication de risques (p. ex. la capacité de traduire et de communiquer les données probantes pour aider le patient à prendre une décision éclairée).

Il existe donc un fondement sur lequel les médecins de famille peuvent s'appuyer pour améliorer leurs capacités de comprendre, d'évaluer et d'interpréter les meilleures données probantes dans le contexte du monde où vit chacun des patients³⁵. Une telle démarche pourrait en retour accroître la confiance et la satisfaction des patients. Parmi les nouveaux outils susceptibles de faciliter ce processus, on trouve le cadre de communication en 5 étapes proposé par Epstein et ses collaborateurs²⁹, des aides à la décision en fonction de scénarios pour divers sujets cliniques comme le dépistage prénatal³⁰ et la liste de vérification à 4 éléments récemment validée SURE (acronyme en anglais pour sûr de soi; comprendre l'information; rapport risques-avantages; encouragement) pour détecter les conflits décisionnels chez les patients³⁶.

Comme l'a affirmé le Future of Family Medicine Leadership Committee, une organisation établie aux États-Unis pour élaborer une stratégie visant à transformer et à renouveler la médecine familiale en tant que discipline, pour assurer avec succès la viabilité future de la profession, les médecins de famille doivent reformuler l'identité de la médecine familiale en insistant sur leur expertise à communiquer des données probantes médicales complexes aux patients dans un contexte qui humanise la médecine en tenant compte des attributs individuels et des valeurs du patient³¹. Ce faisant, les médecins de famille s'éloignent du rôle de contrôleur du processus décisionnel pour se rapprocher d'un rôle plus centré sur le patient en tant que «courtiers de choix», dans lequel même l'incertitude est partagée avec le patient^{22,37}.

Perspectives d'avenir

Grâce à de solides habiletés en soins centrés sur le patient accompagnées de soutiens à la décision fondés sur des données probantes, ainsi qu'à notre valorisation fondamentale des relations, nous serons bien placés pour nous occuper de l'émergence de torts possibles causés par des excès dans le dépistage, le diagnostic et, par conséquent, le traitement, ainsi que des préjudices iatrogènes³⁸. Étant donné qu'une perspective fondée sur

des données probantes exige de plus en plus le signalement des préjudices et la prise en compte des résultats négatifs d'études randomisées contrôlées non signalés, bon nombre de nos approches du dépistage, du diagnostic et du traitement font l'objet d'une surveillance plus étroite. Appelée «médecine minimalement invasive»³⁹, une approche à l'endroit des soins aux patients fait son apparition selon laquelle le fardeau du traitement est mis en évidence comme étant une composante importante du fardeau global de la maladie. À mesure que nous allons de l'avant et que nous nous retrouvons à prendre en charge des patients de plus en plus âgés et complexes souffrant de maladies chroniques, il est impératif, tant pour minimiser les préjudices que pour alimenter une relation de confiance médecin-patient, de prendre en considération les risques posés par le fait de surcharger nos patients avec des tests et des traitements qui, selon leurs contextes individuels, n'apporteront probablement pas des résultats qu'ils jugeront significatifs. Alors que de tels changements de paradigmes se produisent, les soins centrés sur le patient bien ancrés dans la médecine familiale aideront notre discipline à contribuer considérablement à la santé de nos patients.

Conclusion

Les réformes des soins de santé primaires se produisent dans de nombreux pays et le Canada n'y fait pas exception. Grâce à son approche holistique et généraliste, la médecine familiale continue à se distinguer spécifiquement des autres professionnels de la santé, mais les changements en cours ont créé une tension entre un désir de préserver les rôles traditionnels et les possibilités offertes par l'adoption de nouveaux rôles. Dans le contexte actuel, les médecins de famille ont la possibilité d'évoluer avec les changements sur la scène des soins de santé, de réaffirmer leur influence professionnelle et d'agir comme chefs de file dans l'amélioration du système de soins primaires au Canada. Pour ce faire, il sera d'une importance cruciale de maintenir et d'alimenter la confiance chez nos patients. Nous pouvons commencer ce processus en perfectionnant nos habiletés à offrir du soutien à la décision centré sur le patient, fondé sur des données probantes comme fondement raffermi pour notre discipline. Il pourrait falloir d'autres recherches sur les préférences, les valeurs et les attentes des patients pour déterminer comment mieux répondre aux besoins futurs en soins primaires.

D^{re} Premji est médecin de famille à Ottawa, en Ontario, et clinicienne boursière au Département de médecine familiale à l'Université d'Ottawa. **D^r Upshur** est titulaire de la Chaire de recherche en soins primaires du Canada et professeur au Département de médecine familiale et communautaire de la University of Toronto, en Ontario. **D^{re} Légaré** est médecin de famille à Québec, au Québec, et professeure titulaire au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université Laval à Québec. **D^r Pottie** est professeur agrégé au Département de médecine familiale et au Département d'épidémiologie et de santé communautaire de l'Université d'Ottawa, et scientifique principal à l'Institut de recherche sur la santé des populations et au Centre de recherche C.T. Lamont en soins de santé primaires à Ottawa.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^r Kevin Pottie, Département de médecine familiale, Université d'Ottawa, 75, rue Bruyère, Ottawa, ON K1S 0P6; téléphone 613 241-1154; courriel kpottie@uottawa.ca

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles sont sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

1. Marjoribanks T, Lewis JM. Reform and autonomy: perceptions of the Australian general practice community. *Soc Sci Med* 2003;56(10):2229-39.
2. Fraser J. Professional autonomy—is it the future of general practice? *Aust Fam Physician* 2006;35(5):353-5.
3. CBC News [site web]. *Ontario doctors feel 'deceived' after government slashes fees*. Ottawa, ON: CBC/Radio-Canada Corporate Communications; 2012. Accessible à: www.cbc.ca/news/canada/windsor/story/2012/05/07/toronto-ontario-doctors.html. Réf. du 13 janvier 2013.
4. Neilson S. Confronting the diminished role of family physicians. *The Medical Post* du 14 septembre 2012.
5. Laguë G. Do nurse practitioners pose a threat to family physicians? Yes [Debates]. *Can Fam Physician* 2008;54:1668, 1670 (ang), 1672, 1674 (fr).
6. Laguë G. Rebuttal: do nurse practitioners pose a threat to family physicians? Yes [Debates]. *Can Fam Physician* 2009;55:22 (ang), 23 (fr).
7. Gilmer MJ, Smith M. The nurse practitioner provides a substantive opportunity for task substitution in primary care: yes. *J Prim Health Care* 2009;1(2):140-2.
8. Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J et collab. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(9):CD008451.
9. Wright M. Pay-for-performance programs—do they improve the quality of primary care? *Aust Fam Physician* 2012;41(12):989-91.
10. Deom M, Agoritsas T, Bovier PA, Perneger TV. What doctors think about the impact of managed care tools on quality of care, costs, autonomy, and relations with patients. *BMC Health Serv Res* 2010;10:331.
11. Ladouceur R. What has become of family physicians? *Can Fam Physician* 2012;58:1322 (ang), 1323 (fr).
12. Santana S, Lausen B, Bujnowska-Fedak M, Chronaki CE, Prokosch HU, Wynn R. Informed citizen and empowered citizen in health: results from an European survey. *BMC Fam Pract* 2011;12:20.
13. Hou J, Shim M. The role of provider-patient communication and trust in online sources in Internet use for health-related activities. *J Health Commun* 2010;15(Suppl 3):186-99.
14. Frass M, Strassl RP, Friehs H, Müllner M, Kundi M, Kaye AD. Use and acceptance of complementary and alternative medicine among the general population and medical personnel: a systematic review. *Ochsner J* 2012;12(1):45-56.
15. Frenkel MA, Borkan JM. An approach for integrating complementary-alternative medicine into primary care. *Fam Pract* 2003;20(3):324-32.
16. Sibbald B, Bojke C, Gravelle H. National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. *BMJ* 2003;326(7379):22.
17. Greenhalgh T. *How to read a paper: the basics of evidence-based medicine*. 4^e éd. Londres, Angl: Wiley-Blackwell; 2010. p. 1.
18. Upshur R. Making the grade: assuring trustworthiness in evidence. *Perspect Biol Med* 2009;52(2):264-75.
19. Upshur RE. If not evidence, then what? Or does medicine really need a base? *J Eval Clin Pract* 2002;8(2):113-9.
20. Cranney M, Warren E, Barton S, Gamder K, Walley T. Why do GPs not implement evidence-based guidelines? A descriptive study. *Fam Pract* 2001;18(4):359-63.

21. Institute on Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: The National Academies Press; 2011. Accessible à: <http://iom.edu/Reports/2001/Crossing-the-Quality-Chasm-A-New-Health-System-for-the-21st-Century.aspx>. Réf. du 26 novembre 2012.
22. Feinbloom RI. The probabilistic paradigm as the basic science of the practice of family medicine. Dans: Sheldon M, Brooke J, Rector A, rédacteurs. *Decision-making in general practice*. New York, NY: Stockton Press; 1985. p. 161-6.
23. Pottie K, Connor Gorber S, Singh H, Joffres M, Lindsay P, Brauer P et collab. Estimating benefits and harms of screening across subgroups: the Canadian Task Force for Preventive Health Care integrates the GRADE approach and overcomes minor challenges. *J Clin Epidemiol* 2012;65(12):1245-8. Cyberpub. du 28 septembre 2012.
24. Guyatt GH, Oxman AD, Schünemann HJ, Tugwell P, Knottnerus A. GRADE guidelines: a new series of articles in the *Journal of Clinical Epidemiology*. *J Clin Epidemiol* 2011;64(4):380-2.
25. Allen M, MacLeod T, Handfield-Jones R, Sinclair D, Fleming M. Presentation of evidence in continuing medical education programs: a mixed methods study. *J Contin Educ Health Prof* 2010;30(4):221-8.
26. Ubbink DT, Vermeulen H, Knops AM, Legemate DA, Oude Rengerink K, Heinenman MJ et collab. Implementation of evidence-based practice: outside the box, throughout the hospital. *Neth J Med* 2011;69(2):87-94.
27. Ubbink DT, Guyatt GH, Vermeulen H. Framework for policy recommendations for implementation of evidence-based practice: a systematic scoping review. *BMJ Open* 2013;3(1):e001881.
28. Young JM, Ward JE. Evidence-based medicine in general practice: beliefs and barriers among Australian GPs. *J Eval Clin Pract* 2001;7(2):201-10.
29. Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating evidence for participatory decision making. *JAMA* 2004;291(19):2359-66.
30. Giguere A, Légaré F, Grad R, Pluye P, Haynes RB, Cauchon M et collab. Decision boxes for clinicians to support evidence-based practice and shared decision making: the user experience. *Implement Sci* 2012;7:72.
31. Martin JC, Avant RF, Bowman MA, Bucholtz JR, Dickinson JR, Evans KL et collab. The future of family medicine: a collaborative project of the family medicine community. *Ann Fam Med* 2004;2(Suppl 1):S3-32.
32. Levy H, Ubel PA, Dillard AJ, Weir DR, Fagerlin A. Health numeracy: the importance of domain in assessing numeracy. *Med Decis Making* 2013;34(1):107-15. Cyberpub. de juillet 2013.
33. Lorenz KA, Ryan GW, Morton SC, Chan KS, Wang S, Shekelle PG. A qualitative examination of primary care providers' and physician managers' uses and views of research evidence. *Int J Qual Health Care* 2005;17(5):409-14. Cyberpub. du 27 mai 2005.
34. Légaré F, Stacey D, Härter M, Körner M. *Developing core competencies for training healthcare professionals in SDM: update of an environmental scan and experiences from an international workshop*. Travaux présentés à la Conférence internationale sur la prise de décisions conjointe de 2013; du 16 au 19 juin 2013; Lima, Pérou. Accessible à: http://isd2013.org/files/2012/05/ABSTRACT_GUIDE1.pdf. Réf. du 23 juillet 2013.
35. Sackett DL. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312(7023):71-2.
36. Ferron Parayre A, Labrecque M, Rousseau M, Turcotte S, Légaré F. Validation of SURE, a four-item clinical checklist for detecting decisional conflict in patients. *Med Decis Making* 2014;34(1):54-62. Cyberpub. du 17 juin 2013.
37. Kasper J, Légaré F, Scheibler F, Geiger F. Turning signals into meaning—'shared decision making' meets communication theory. *Health Expect* 2012;15(1):3-11.
38. Welch HG, Black WC. Overdiagnosis in cancer. *J Natl Cancer Inst* 2010;102(9):605-13. Cyberpub. du 22 avril 2010.
39. May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. *BMJ* 2009;339:b2803.
