

# Que devraient enseigner les éducateurs pour améliorer les soins de santé préventifs?

Roland Grad MDCM MSc CCFP FCFP Viola Antao MD CCFP MHSc FCFP Neil R. Bell MD SM CCFP FCFP  
James A. Dickinson MBBS PhD CCFP FRACGP Raphael Rezkallah BScNUT Harminder Singh MD MPH FRCPC  
Olga Szafran MHSA Earle Waugh PhD Guylène Thériault MD CCFP

La série d'articles *Prévention en pratique*<sup>1</sup> est publiée dans *Le Médecin de famille canadien* depuis 2017. Cette série repose en partie sur nos expériences en tant que médecins enseignants ou membres du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP). Dans cet article, nous décrivons comment les éducateurs et les apprenants peuvent utiliser la série d'articles *Prévention en pratique* pour améliorer la maîtrise des concepts en lien avec les soins de santé préventifs. Bien que ce sujet soit couvert dans un livre destiné aux médecins en santé publique<sup>2</sup>, au meilleur de nos connaissances, il n'existe pas de manuel sur l'enseignement des soins préventifs en médecine familiale. Cette absence signale une lacune dans le cursus de formation.

Dans notre article précédent le plus récent<sup>3</sup>, nous lançons un appel à l'action pour améliorer l'enseignement du dépistage et des soins préventifs durant les études en médecine et la résidence, car les apprenants commencent alors à développer leur jugement clinique et leurs habiletés en communication. Dans le présent article, nous avons cerné 6 thèmes pour l'enseignement des soins de santé préventifs. Pour chaque thème, nous suggérons aux enseignants et aux apprenants de fixer conjointement des objectifs d'apprentissage réalistes. En utilisant l'un de ces thèmes comme exemple, nous nous penchons sur ce qu'il faudrait enseigner (**Figure 1**).

## Description du cas

Pat, un étudiant en troisième année de médecine affecté à votre clinique, vient de rencontrer Bara, une femme de 55 ans. (Les lecteurs de cette série se souviendront de Bara, présentée dans l'article *Prévention en pratique* de mai 2022<sup>3</sup>.) En bref, l'amie de Bara a reçu un diagnostic de cancer du sein détecté par mammographie et, même si Bara ne présente

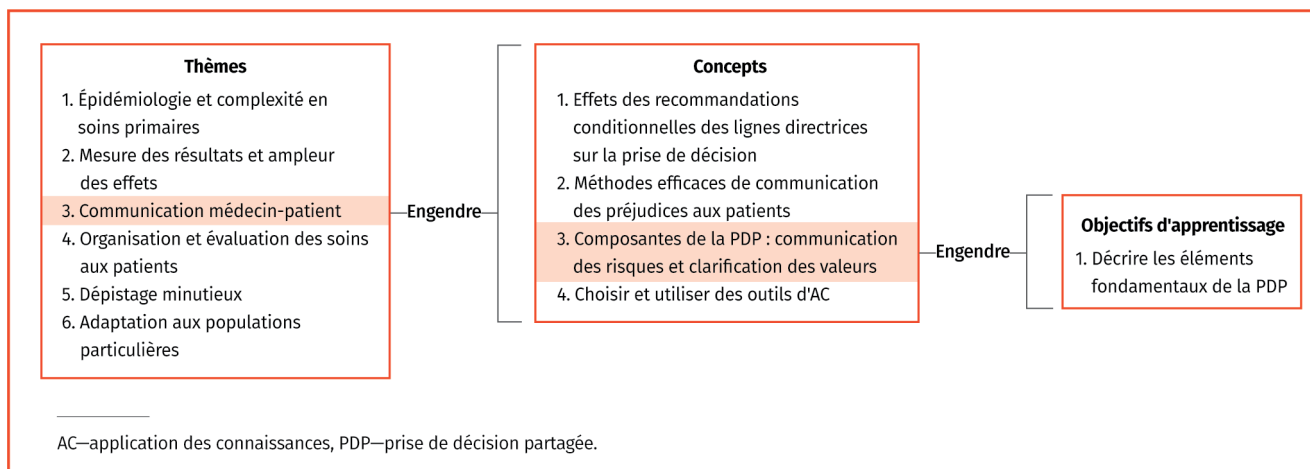
pas de risque élevé de cancer, elle s'inquiète. À la dernière visite l'an dernier, Bara et vous aviez discuté des préjudices et des bénéfices potentiels liés au dépistage du cancer du sein par mammographie. Vous aviez notamment discuté de surdiagnostic. Bara avait finalement décidé d'aboyer une mammographie et rien de suspect n'a été observé. Aujourd'hui, Pat vous dit que Bara aimerait une nouvelle requête pour une mammographie. Pat avait déjà rempli le formulaire, et vous le remet aux fins de signature. Vous vous demandez quelles sont les compétences que devrait acquérir l'apprenant pour une prise en charge optimale de cette patiente.

Le fait que Pat semble être d'accord avec la demande de Bara de subir une mammographie annuelle est en soi problématique. Pat n'a pas beaucoup réfléchi à la fréquence des tests de dépistage ni à la possibilité qu'approcher le dépistage en voulant en faire « toujours plus » puisse causer des préjudices<sup>4</sup>. Pat ne sait pas que la réduction de la fréquence des mammographies de dépistage peut diminuer les préjudices tels que les résultats faussement positifs, tout en préservant les bienfaits<sup>5</sup>. Par conséquent, si une plus grande fréquence avait vraiment été meilleure, le GECSSP aurait recommandé fortement que les médecins recherchent annuellement un cancer occulte par mammographie. En 2018, dans la mise à jour de sa ligne directrice sur le dépistage du cancer du sein, le GECSSP a recommandé une mammographie tous les 2 à 3 ans pour les femmes de 50 à 74 ans, sous réserve d'une prise de décision partagée (PDP)<sup>6</sup>.

Sur la question générale du dépistage et de l'intervalle entre les tests, les apprenants doivent s'engager dans une réflexion critique. Mais, qu'est-ce que la réflexion critique?

## Points de repère

- ▶ De nombreuses suppositions ou croyances erronées persistent encore concernant l'utilité des interventions en soins de santé préventifs.
- ▶ Il est essentiel de promouvoir la réflexion critique pour améliorer l'apprentissage et la prise de décisions cliniques.
- ▶ La série d'articles *Prévention en pratique* dans *Le Médecin de famille canadien* est une source d'information pour les éducateurs qui souhaitent des conseils sur la matière à enseigner aux étudiants en médecine ou aux résidents.
- ▶ Il est possible de formuler des questions clés et des objectifs d'apprentissage à partir de thèmes issus de cette série d'articles.

**Figure 1. Définir des objectifs d'apprentissage : Un exemple fondé sur le thème de la communication médecin-patient**

Un panel international d'experts a défini la réflexion critique comme étant la capacité et la volonté d'évaluer des affirmations et de poser des jugements objectifs fondés sur des raisons bien étayées. C'est la capacité de chercher des lacunes dans les arguments et de résister aux affirmations sans preuves à l'appui. Cette aptitude favorise aussi l'habileté à être créatif et constructif dans le but de générer des explications possibles aux constatations, de réfléchir aux implications et d'appliquer de nouvelles connaissances à un large éventail de problèmes sociaux et individuels<sup>7</sup>. Citant ces travaux, Sharples et ses collègues ont émis l'avis que la réflexion critique est une habileté essentielle à la pratique fondée sur des données probantes, et l'ont décrite comme suit :

La réflexion critique englobe un vaste ensemble de compétences et de dispositions, y compris des aptitudes cognitives (comme l'analyse, l'inférence et l'autoréglementation), des approches à l'endroit de questions ou de problèmes en particulier (ordre, diligence et raisonnement) et des approches envers la vie en général (curiosité, préoccupation d'être bien informé et ouverture d'esprit)<sup>8</sup>.

En tant qu'éducateurs, nous devrions demander aux apprenants de réfléchir à leurs approches dans les rencontres cliniques comme la rencontre avec Bara. Pour optimiser les soins, il est essentiel de savoir quand entreprendre une PDP en relation avec la force et l'orientation d'une recommandation. Pour stimuler une réflexion critique, vous pouvez demander à Pat de passer en revue un outil infographique sur les bénéfices et les préjudices potentiels du dépistage par mammographie<sup>9</sup>. Il s'agit d'une représentation visuelle des effets de la mammographie de dépistage, qui révèle la magnitude du potentiel de bénéfices par rapport aux préjudices apportés par cette intervention.

Il n'est pas si facile d'élaborer des stratégies et du contenu pédagogiques pour expliquer les concepts clés des soins de santé préventifs. Le **Tableau 1**<sup>10-31</sup> présente 6 thèmes et des concepts connexes pour l'enseignement. Ces thèmes ont été déterminés par induction, en analysant la série d'articles de Prévention en pratique ainsi que ceux que nous avons recommandés comme lectures suggérées. Selon une approche séquentielle, la connaissance de chaque thème est requise pour atteindre les objectifs d'apprentissage enchâssés dans les thèmes subséquents. Nous recommandons d'enseigner ces concepts aux étudiants dès la première année de médecine.

### Objectifs d'apprentissage particuliers aux thèmes

Chaque thème dans le **Tableau 1** peut servir à produire des questions clés pour orienter le dialogue entre les enseignants et les apprenants<sup>10-31</sup>. Pendant la résidence, ces thèmes peuvent être utilisés durant des séances éducatives lors de demi-journées scientifiques, puis être revisités dans la supervision clinique. Le **Tableau 2** donne un exemple pour un sous-thème de la PDP. Dans cet exemple, la connaissance acquise à partir du thème 1 (épidémiologie et complexité en soins primaires) et du thème 2 (mesure des issues cliniques et ampleur des effets) représente un fondement sur lequel miser pour le thème 3 et les thèmes subséquents.

### Enseigner la PDP dans les recommandations liées au dépistage

On devrait enseigner la PDP aux étudiants en médecine et aux résidents car cela fait partie de l'apprentissage de la mise en pratique des recommandations conditionnelles. Cela leur permettra de mieux intégrer les données probantes à la prise de décisions cliniques et ainsi d'atteindre la compétence 3.5 du rôle d'érudit décrit dans le référentiel CanMEDS-Médecine familiale de 2017<sup>32</sup>.

**Tableau 1. Enseigner les soins de santé préventifs : Thèmes et concepts, dans l'ordre.**

THÈMES	CONCEPTS (LISTE INCOMPLÈTE)	ARTICLES
<p>1. Épidémiologie et complexité en soins primaires</p> <p>Sous-thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Écologie des soins médicaux</li> <li>• Prévalence plus faible des maladies graves</li> <li>• Exactitude plus faible des tests aux premiers stades d'une maladie</li> <li>• Variabilité de la progression des maladies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Environnement adaptatif complexe en soins primaires</li> <li>• Évolution naturelle des maladies et hétérogénéité de leur progression</li> <li>• Répercussions du surdiagnostic (p. ex. à la suite de la recherche d'un cancer)</li> <li>• Variation du risque selon différentes populations</li> </ul>	<p>Better decision making in preventive health screening. Balancing benefits and harms<sup>10</sup> (en anglais)</p> <p>Surdiagnostic : causes et conséquences en soins primaires<sup>11</sup></p>
<p>2. Mesure des issues cliniques et ampleur des effets</p> <p>Sous-thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Information quantitative sur les bénéfices et les préjudices des interventions préventives</li> <li>• Qualité des données</li> <li>• Résoudre les informations conflictuelles issues des données probantes ou des lignes directrices</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampleur des bénéfices et des préjudices—mesure des issues cliniques et ampleur des effets (p. ex. changements en risques absolus plutôt qu'en risques relatifs)</li> <li>• Biais de latence et de sélection pronostique (p. ex. la survie à 5 ans en tant qu'issue clinique est une mauvaise utilisation de cette mesure dans le dépistage d'une maladie)</li> <li>• Paramètres GRADE pour les recommandations dans les lignes directrices</li> <li>• Outils pour la réflexion critique sur les lignes directrices (p. ex. G-TRUST)</li> </ul>	<p>Comprendre et expliquer le risque. Mesurer les résultats et l'ampleur des bienfaits et des préjudices<sup>12</sup></p> <p>Mise à jour sur la terminologie et les activités de rayonnement du groupe d'étude. Accroître l'utilité des lignes directrices dans le contexte des soins primaires canadiens<sup>13</sup></p> <p>Choisir les guides de pratique clinique à utiliser<sup>14</sup></p> <p>Dépistage : quand les choses tournent mal<sup>15</sup></p> <p>Les soins de santé préventifs et les médias<sup>16</sup></p>
<p>3. Communication médecin-patient</p> <p>Sous-thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PDP : Ce que c'est et quand l'utiliser ou s'en abstenir</li> <li>• Évaluation et mise en œuvre des outils d'application des connaissances</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effets des recommandations conditionnelles dans les lignes directrices sur la prise de décision</li> <li>• Méthodes efficaces pour communiquer les préjudices aux patients</li> <li>• Composantes de la PDP : communication des risques et clarification des valeurs</li> <li>• Choisir et utiliser des outils d'application des connaissances</li> </ul>	<p>Prise de décision partagée en soins de santé préventifs. Ce que c'est; ce que cela n'est pas<sup>17</sup></p> <p>Clarifier les valeurs et les préférences des patients pour éclairer la prise de décision partagée sur le dépistage préventif<sup>18</sup></p> <p>Points de vue des patients. Explorer les valeurs et les préférences des patients<sup>19</sup></p> <p>Faut-il partager ou non? Quand la décision partagée est-elle la meilleure option<sup>20</sup>?</p> <p>Enseigner la prise de décision partagée. Une compétence essentielle<sup>21</sup></p> <p>Outils d'application des connaissances en soins de santé préventifs<sup>22</sup></p>
<p>4. Organisation et évaluation des soins préventifs</p> <p>Sous-thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Efficacité du processus</li> <li>• Qualité du processus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation de la pratique pour soutenir des soins préventifs efficaces</li> <li>• Évaluation de la qualité des soins de santé préventifs en milieu de soins primaires</li> <li>• Évaluation et choix des mesures de la qualité des soins dans le dépistage</li> <li>• Interprétation des mesures de la qualité en milieu de pratique médicale</li> </ul>	<p>Organisation de la pratique pour le dépistage préventif<sup>23</sup></p> <p>Qualité du processus de dépistage. Un facteur critique négligé et un élément essentiel de la prise de décision partagée concernant le dépistage<sup>24</sup></p> <p>Mesurer ce qui importe vraiment. Le dépistage en première ligne<sup>25</sup></p>

Suite du Tableau 1 à la page e244

Suite du Tableau 1 de la page e243

THÈMES	CONCEPTS (LISTE INCOMPLÈTE)	ARTICLES
5. Dépister avec soin Sous-thème : • Dépistage excessif	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment les circonstances d'un patient influencent la prise de décision (p. ex. âges où commencer et où arrêter)</li> <li>• Perception du risque par le patient par rapport au risque réel</li> <li>• Utilisation des ressources dans le dépistage</li> </ul>	À quel âge arrêter? Dépistage approprié chez les patients âgés <sup>26</sup>  Visites médicales préventives périodiques : une meilleure prestation des services de prévention <sup>27</sup>  Rethinking screening during and after COVID-19. Should things ever be the same again? <sup>28</sup> (en anglais)  Trop tôt ou trop tard? Choisir le bon intervalle pour les tests de dépistage <sup>29</sup>
6. Adaptation pour les populations particulières Sous-thème : • Adaptation des recommandations de dépistage à des patients en particulier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Importance du contexte</li> </ul>	Améliorer le dépistage chez les patients autochtones <sup>30</sup>  Preventive screening in women who have sex with women <sup>31</sup> (en anglais)

GRADE—Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (classement de l'analyse, de l'élaboration et de l'évaluation des recommandations); G-TRUST—outil G-TRUST (Guideline Trustworthiness, Relevance, and Utility Scoring Tool); PDP—prise de décision partagée.

Chaque année, 2 d'entre nous (R.G., G.T.) présentent des conférences et des ateliers à l'intention des étudiants en médecine et des résidents de l'Université McGill à Montréal (Québec). Dans nos exposés, nous expliquons comment opérationnaliser le processus de la PDP et définissons les attentes concernant les occasions où elle devrait être offerte (**Figure 2**)<sup>33</sup>.

Au cours du programme de résidence, nous offrons une séance de 2 heures, appelée PDP-MF (SDM-FM en anglais), qui comporte un exposé et un atelier. Durant la séance, nous utilisons des interventions préventives pour expliquer quand et comment opérationnaliser les principales composantes de la PDP. Parmi ces composantes figurent la communication des risques et la clarification des valeurs qui permet d'élucider les préférences du patient. Pour la composante de la communication des risques, des outils infographiques servent à visualiser les données sur les risques et les bénéfices. Nous expliquons qu'en plus de ces outils, des outils d'aides à la décision destinés aux patients peuvent aussi servir en clinique.

Durant l'atelier, nous examinons plus en profondeur la clarification des valeurs. Au moyen de simulations et de rétroaction, nous démontrons comment les aides à la décision facilitent l'identification des préférences du patient et leur intégration dans la prise de décision. Nous utilisons des jeux de rôles avec comme thème le dépistage du cancer du sein par mammographie chez les femmes de 50 ans. Les résidents mettent leurs habiletés en pratique dans ces situations fictives au moyen des aides à la décision du GECSSP ou de celles du répertoire d'aides à la décision de l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa<sup>34,35</sup>.

Au cours des séances PDP-MF, nous expliquons que le dépistage du cancer du sein est une décision liée aux préférences de la patiente, lesquelles peuvent pencher

en faveur ou contre l'option suggérée. S'il est relativement facile de le comprendre dans le contexte de la prise de décisions cliniques, le concept des valeurs de la patiente est moins intuitif. Nous expliquons que les valeurs font référence à la façon dont les patients considèrent les issues cliniques qui peuvent découler des choix de faire ou non un dépistage. Les valeurs aident à déterminer les préférences. Par conséquent, au cours des séances de PDP-MF, nous expliquons comment la clarification des valeurs tient compte à la fois des valeurs des patients et de leurs préférences.

Nous en savons très peu sur la disposition des résidents en médecine familiale à s'engager dans la PDP. En 2021, l'une d'entre nous (R.G.) a exploré la volonté de médecins résidents de l'Université McGill de s'engager dans la PDP et la possibilité d'accroître cette volonté. À l'aide d'une mesure validée des attitudes, nous avons constaté que la volonté de s'engager dans la PDP parmi les résidents en médecine familiale varie grandement<sup>36</sup>. Six mois après notre intervention pédagogique (PDP-MF), nous avons observé une légère amélioration de la disposition des résidents à s'engager dans la PDP<sup>37</sup>. Sur le plan pratique, ces constatations font valoir que les éducateurs devraient considérer la PDP comme une habileté à développer de manière continue durant les études de médecine et la formation en résidence, et qu'ils ne devraient pas se fier uniquement à des interventions ponctuelles, comme une conférence ou un atelier.

### Résolution du cas

Pat, l'étudiant en médecine, examine l'outil infographique et l'aide à la décision sur le dépistage du cancer du sein par mammographie chez les femmes dans la cinquantaine. Comme dans le cas de plusieurs de

**Tableau 2. Questions clés et objectifs d'apprentissage connexes pour le sous-thème de la communication médecin-patient**

QUESTIONS CLÉS POUR IMPLIQUER LES APPRENANTS	OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE	POINTS SAILLANTS DE LA SÉRIE D'ARTICLES
<p>De nombreuses recommandations sur le dépistage du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs peuvent être qualifiées de <i>conditionnelles</i></p> <p>Question 1 : Conditionnelles à quoi?</p>	<p>1a. Expliquer ce que signifie le concept de recommandation conditionnelle dans le contexte d'une intervention de dépistage</p> <p>1b. Faire la distinction entre une recommandation <i>conditionnelle</i> et une recommandation <i>forte</i> lorsqu'il s'agit d'amorcer ou non une PDP</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• On devrait envisager une PDP lorsqu'il y a au moins 2 options valides sur le plan médical qui produisent un équilibre entre les bienfaits et les préjudices (equipoise)</li> <li>• Si la recommandation est conditionnelle et en faveur de l'intervention : offrir une discussion à son sujet</li> <li>• Si la recommandation est conditionnelle et contre l'intervention : n'amorcer la PDP que si le patient vous questionne à son sujet</li> </ul>
<p>La PDP est un processus structuré qui sert à améliorer la prise de décision</p> <p>Question 2 : Quels sont les éléments fondamentaux de la PDP?</p>	<p>2a. Décrire les éléments fondamentaux de la PDP</p> <p>2b. Démontrer la capacité de s'engager dans une PDP avec un patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les éléments fondamentaux de la PDP sont la communication des risques et la clarification des valeurs</li> <li>• Pour en arriver à ces éléments, utiliser des outils infographiques et des aides à la décision</li> </ul>
<p>Les préférences des patients concernant le traitement de problèmes détectables par dépistage varient grandement</p> <p>Question 3 : Comment expliqueriez-vous les concepts suivants : valeurs du patient et préférences du patient?</p>	<p>3a. Décrire au moyen d'exemples ce qu'on entend par valeurs et préférences du patient</p> <p>3b. Démontrer comment obtenir l'expression des valeurs et des préférences du patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La clarification des valeurs tient compte à la fois des valeurs des patients et de leurs préférences</li> <li>• Les valeurs désignent l'importance que les patients accordent aux résultats cliniques produits par les diverses options</li> <li>• Les valeurs aident à déterminer les préférences</li> <li>• Les préférences sont une propension en faveur ou à l'encontre d'une option</li> </ul>
<p>Certains patients ne comprennent pas le sens des valeurs dans le contexte d'une prise de décision à propos des interventions de dépistage</p> <p>Question 4 : En ce qui a trait à une décision concernant le dépistage, comment aideriez-vous un patient à clarifier ses valeurs?</p>	<p>4a. Expliquer, à l'aide d'exemples, la relation entre les valeurs et les issues cliniques découlant d'interventions de dépistage</p> <p>4b. Démontrer la capacité de faciliter la décision d'un patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans le contexte de la PDP, les valeurs ont trait à l'importance qu'accordent les patients aux issues bénéfiques et préjudiciables potentielles d'une intervention ou d'un test de dépistage. Les préférences des patients sont les options de soins de santé qui leur conviennent le mieux.</li> <li>• Pour les décisions sur le dépistage, la clarification des valeurs insiste sur la détermination des souhaits des patients d'avoir un diagnostic précoce, de même que sur leur compréhension et leur aversion à l'égard des risques et des répercussions de résultats de tests faux positifs et du surdiagnostic</li> <li>• La clarification des valeurs des patients aide souvent à cerner les options qu'ils préfèrent, mais cela peut aussi être difficile pour les patients qui préfèrent ne pas s'impliquer dans la prise de décision</li> </ul>
<p>Des outils peuvent faciliter le processus de la PDP</p> <p>Question 5 : Comment les outils infographiques et les aides à la décision peuvent-ils être intégrés lors d'une visite en clinique?</p>	<p>5a. Expliquer la différence entre un outil infographique et une aide à la décision</p> <p>5b. Démontrer la capacité d'utiliser des outils au point de service pour améliorer la prise de décision</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De nombreuses recommandations sur le dépistage mettent en évidence l'équilibre relatif entre les bénéfices et les préjudices</li> </ul>
<p>La PDP n'est pas appropriée dans toutes les situations</p> <p>Question 6 : Quand la PDP n'est-elle probablement pas la bonne approche?</p>	<p>6a. À l'aide d'un exemple, expliquer quand la PDP devrait être amorcée et quand elle ne devrait pas l'être</p> <p>6b. Expliquer la différence entre le partage d'information et la PDP</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans les recommandations fortes, les bienfaits et les préjudices ne sont pas en équilibre</li> <li>• Bien que la PDP ne soit pas souvent utilisée, il se peut qu'elle soit amorcée dans des situations où elle ne devrait probablement pas l'être</li> <li>• Lorsque la PDP n'est pas justifiée, le partage d'information demeure une bonne pratique</li> </ul>

PDP—prise de décision partagée.



**Figure 2.** Quand amorcer une PDP en se fondant sur la force et l'orientation de la recommandation des lignes directrices selon GRADE<sup>33</sup>

		Orientation de la recommandation	
		Intervention recommandée	Intervention non recommandée
Force de la recommandation	Forte	PDP non requise (p. ex. dépistage du cancer du col chez les patientes ≥30 ans)	PDP non requise (p. ex. dépistage de la déficience cognitive)
	Conditionnelle	Offrir systématiquement la PDP (p. ex. dépistage du cancer du sein chez les patientes ≥50 ans)	Offrir la PDP sur demande (p. ex. dépistage du cancer du sein chez les patientes <50 ans)

GRADE—Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (classement de l'analyse, de l'élaboration et de l'évaluation des recommandations); PDP—prise de décision partagée.

nos patients, l'outil infographique aide les apprenants à réaliser lorsqu'ils ont surestimé les bénéfices et sous-estimé les préjudices de cette intervention<sup>38,39</sup>. Pat apprécie aussi observer la manière dont vous discutez du dépistage du cancer du sein avec Bara, conformément au processus de la PDP. En tant qu'étudiant en médecine, Pat n'a pas eu la possibilité d'établir des relations à long terme qui alimentent la confiance et facilitent la PDP avec les patients. Reconnaître l'absence d'une relation médecin-patient de grande qualité fait mieux comprendre aux apprenants les difficultés auxquelles les apprenants font face lorsqu'ils essaient de mettre en application la PDP dans leurs pratique.

## Conclusion

Dans cet article, nous n'avons pas insisté sur le *comment* de l'enseignement, mais plutôt sur les *concepts particuliers* à enseigner en soins préventifs. Les apprenants bénéficieront d'interventions pédagogiques conçues pour améliorer la prestation des soins de santé préventifs. Nous reconnaissons la complexité du sujet, qui exige une réflexion critique au-delà des algorithmes que nous enseignons souvent lorsque nous donnons des soins aux patients. Nous invitons la communauté à exprimer ses commentaires sur cet article.

Le **D<sup>r</sup> Roland Grad** est professeur agrégé au Département de médecine familiale de l'Université McGill à Montréal (Québec). La **D<sup>re</sup> Viola Antao** est professeure agrégée au Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto (Ontario). Le **D<sup>r</sup> Neil R. Bell** est professeur au Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta à Edmonton. Le **D<sup>r</sup> James A. Dickinson** est professeur au Département de médecine familiale et au Département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Calgary (Alberta). **Raphael Rezkallah** est étudiant en médecine à l'Université McGill. Le **D<sup>r</sup> Harminder Singh** est professeur agrégé au Département de médecine interne et au Département des sciences de la santé communautaire de l'Université du Manitoba à Winnipeg, et au Département d'hématologie et d'oncologie médicale à ActionCancer Manitoba; il est également scientifique adjoint à l'Institut de recherche d'ActionCancer Manitoba. **Olga Szafran** est directrice adjointe de recherche au Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta à Edmonton.

Le **D<sup>r</sup> Earle Waugh** est professeur émérite et directeur émérite du Centre de santé et de culture au Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta. La **D<sup>re</sup> Gylène Thériault** est directrice du volet Rôle du médecin et directrice du Centre de pédagogie au Campus Outaouais de la Faculté de médecine de l'Université McGill.

### Intérêts concurrents

Les **D<sup>rs</sup> Roland Grad, Neil R. Bell, James A. Dickinson, Gylène Thériault** et **Harminder Singh** sont rémunérés par salaires versés par leurs établissements universitaires. En tant que membres actuels ou anciens du GECSSP, nous sommes (ou étions) à titre de bénévoles. Nous ne déclarons que les remboursements pour les déplacements, les repas et l'hébergement lors des réunions en personne financées par l'Agence de la santé publique du Canada. Le **D<sup>r</sup> Harminder Singh** a siégé aux conseils consultatifs des sociétés suivantes, ou a agi à titre de consultant auprès d'elles : Pendopharm, Amgen Canada, Roche Canada, Sandoz Canada, Takeda Canada et Guardant Health, Inc.

### Correspondance

**D<sup>r</sup> Roland Grad**; courriel [roland.grad@mcgill.ca](mailto:roland.grad@mcgill.ca)

### Références

- Médecin de famille canadien. *More articles from Prevention in Practice*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2022. Accessible à : <https://www.cfp.ca/content/by/section/Prevention%20in%20Practice>. Réf. du 27 avr. 2022.
- Raffle AE, Mackie A, Gray JAM. *Screening: evidence and practice*. 2<sup>e</sup> éd. Oxford, RU: Oxford University Press; 2019.
- Antao V, Grad R, Thériault G, Dickinson JA, Szafran O, Singh H et coll. Going against the status quo in screening. Call to action to improve teaching in preventive health care. *Can Fam Physician* 2022;68:340-4 (ang), e140-5 (fr).
- Ropeik D. A 'more, more, more' approach to cancer screening is misleading and harmful. *Stat* du 24 févr. 2022. Accessible à : <https://www.statnews.com/2022/02/24/more-more-more-approach-cancer-screening-harmful/>. Réf. du 25 avr. 2022.
- Hubbard RA, Kerlikowske K, Flowers CI, Yankaskas BC, Zhu W, Miglioretti DL. Cumulative probability of false-positive recall or biopsy recommendation after 10 years of screening mammography: a cohort study. *Ann Intern Med* 2011;155(8):481-92. Erratum dans: *Ann Intern Med* 2014;160(9):658.
- Klarenbach S, Sims-Jones N, Lewin G, Singh H, Thériault G, Tonelli M et coll. Recommendations on screening for breast cancer in women aged 40-74 years who are not at increased risk for breast cancer. *CMAJ* 2018;190(49):E1441-51.
- Facione PA. *Critical thinking: a statement of expert consensus for purposes of educational assessment and instruction. Research findings and recommendations*. Millbrae, CA: California Academic Press; 1990. Accessible à : <https://eric.ed.gov/?id=ED315423>. Réf. du 26 avr. 2022.
- Sharples JM, Oxman AD, Mahtani KR, Chalmers I, Oliver S, Collins K et coll. Critical thinking in healthcare and education. *BMJ* 2017;357:j2234.
- Breast cancer update—1000 person tool, age 50-59. Ottawa, ON: Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; 2020. Accessible à : <https://canadiantaskforce.ca/tools-resources/breast-cancer-update/1000-person-tool-age-50-59/>. Réf. du 27 avr. 2022.
- Bell NR, Grad R, Dickinson JA, Singh H, Moore AE, Kasperavicius D et coll. Better decision making in preventive health screening. Balancing benefits and harms. *Can Fam Physician* 2017;63:521-4.
- Singh H, Dickinson JA, Thériault G, Grad R, Groulx S, Wilson BJ et coll. Overdiagnosis: causes and consequences in primary health care. *Can Fam Physician* 2018;64:654-9 (ang), e373-9 (fr).

12. Bell NR, Dickinson JA, Grad R, Singh H, Kasperavicius D, Thombs BD. Understanding and communicating risk. Measures of outcome and the magnitude of benefits and harms. *Can Fam Physician* 2018;64:181-5 (ang), 186-91 (fr).
13. Thombs BD, Straus SE, Moore AE; Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Update on task force terminology and outreach activities. Advancing guideline usability for the Canadian primary care context [commentaire]. *Can Fam Physician* 2019;65:12-3 (ang), e5-7 (fr).
14. Dickinson JA, Bell NR, Grad R, Singh H, Groulx S, Szafran O. Choosing guidelines to use in your practice. *Can Fam Physician* 2018;64:357-62 (ang), e225-31 (fr).
15. Dickinson JA, Pimlott N, Grad R, Singh H, Szafran O, Wilson BJ et coll. Screening: when things go wrong. *Can Fam Physician* 2018;64:502-8 (ang), e299-306 (fr).
16. Thériault G, Breault P, Dickinson JA, Grad R, Bell NR, Singh H et coll. Preventive health care and the media. *Can Fam Physician* 2020;66:811-6 (ang), e287-92 (ar).
17. Grad R, Légaré F, Bell NR, Dickinson JA, Singh H, Moore AE et coll. Shared decision making in preventive health care. What it is; what it is not. *Can Fam Physician* 2017;63:682-4 (ang), e377-80 (fr).
18. Lang E, Bell NR, Dickinson JA, Grad R, Kasperavicius D, Moore AE et coll. Eliciting patient values and preferences to inform shared decision making in preventive screening. *Can Fam Physician* 2018;64:28-31 (ang), e13-6 (fr).
19. Telfer C. Patient perspectives. Exploring patient values and preferences [commentaire]. *Can Fam Physician* 2018;64:10-1 (ang), 13-5 (fr).
20. Thériault G, Grad R, Dickinson JA, Breault P, Singh H, Bell NR et coll. To share or not to share. When is shared decision making the best option? *Can Fam Physician* 2020;66:327-31 (ang), e149-54 (fr).
21. Thériault G, Bell NR, Grad R, Singh H, Szafran O. Teaching shared decision making. An essential competency. *Can Fam Physician* 2019;65:514-6 (ang), e321-4 (fr).
22. Moore AE, Straus SE, Kasperavicius D, Bell NR, Dickinson JA, Grad R et coll. Knowledge translation tools in preventive health care. *Can Fam Physician* 2017;63:853-8 (ang), e466-72 (fr).
23. Wilson BJ, Bell NR, Grad R, Thériault G, Dickinson JA, Singh H et coll. Practice organization for preventive screening. *Can Fam Physician* 2018;64:816-20 (ang), e477-82 (fr).
24. Dickinson JA, Grad R, Wilson BJ, Bell NR, Singh H, Szafran O et coll. Quality of the screening process. An overlooked critical factor and an essential component of shared decision making about screening. *Can Fam Physician* 2019;65:331-6 (ang), e185-91 (fr).
25. Bell NR, Thériault G, Singh H, Grad R. Measuring what really matters. Screening in primary care. *Can Fam Physician* 2019;65:790-5 (ang), e459-65 (fr).
26. Grad R, Thériault G, Singh H, Dickinson JA, Szafran O, Bell NR. Age to stop? Appropriate screening in older patients. *Can Fam Physician* 2019;65:543-8 (ang), e329-35 (fr).
27. Birtwhistle R, Bell NR, Thombs BD, Grad R, Dickinson JA. Periodic preventive health visits: a more appropriate approach to delivering preventive services. From the Canadian Task Force on Preventive Health Care [commentaire]. *Can Fam Physician* 2017;63:824-6 (ang), e449-51 (fr).
28. Dickinson JA, Thériault G, Singh H, Szafran O, Grad R. Rethinking screening during and after COVID-19. Should things ever be the same again? *Can Fam Physician* 2020;66:571-5.
29. Dickinson JA, Thériault G, Singh H, Grad R, Bell NR, Szafran O. Too soon or too late? Choosing the right screening test intervals. *Can Fam Physician* 2021;67:100-6 (ang), e48-55 (fr).
30. Breault P, Nault J, Audette M, Échaquan S, Ottawa J, Szafran O et coll. Improving preventive screening with Indigenous peoples. *Can Fam Physician* 2021;67:588-93 (ang), e217-23 (fr).
31. Waugh E, Myhre D, Beauvais C, Thériault G, Bell NR, Dickinson JA et coll. Preventive screening in women who have sex with women. *Can Fam Physician* 2021;67:830-6.
32. Shaw E, Oandasan I, Fowler N, rédacteurs. *CanMEDS—Family Medicine 2017. A competency framework for family physicians across the continuum*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2017. Accessible à : <https://www.cfp.ca/en/education-professional-development/educational-frameworks-and-reference-guides/canmeds-family-medicine>. Réf. du 27 mars 2022.
33. Schünemann H, Brożek J, Guyatt G, Oxman A, editors. *GRADE handbook: introduction to GRADE handbook*. GRADE Working Group; 2013. Accessible à : <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>. Réf. du 5 juin 2022.
34. *Tools & resources*. Ottawa, ON: Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; 2019. Accessible à : <https://canadiantaskforce.ca/tools-resources/>. Réf. du 23 mars 2022.
35. *A to Z inventory of decision aids*. Ottawa, ON: Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa; 2019. Accessible à : <https://decisionaid.ohri.ca/azinvent.php>. Réf. du 23 mars 2022.
36. Berkowitz J, Martinez-Cambor P, Stevens G, Elwyn G. The development of incorporate: a measure of physicians' willingness to incorporate shared decision making into practice. *Patient Educ Couns* 2021;104(9):2327-37. Publ. en ligne du 25 févr. 2021.
37. Ferrante MA, Sandhu A, D'Souza V, Grad R, Elwyn G, Stevens G. Different levels of willingness for shared decision making among resident physicians [résumé d'affiche virtuelle]. Dans: 49th North American Primary Care Research Group annual meeting; 19 nov. 2021. Accessible à : <https://napcrg.org/conferences/2008/sessions/3159>. Réf. du 27 avr. 2022.
38. Hoffmann TC, Del Mar C. Clinicians' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA Intern Med* 2017;177(3):407-19.
39. Hoffmann TC, Del Mar C. Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA Intern Med* 2015;175(2):274-86.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, allez à <https://www.cfp.ca> et cliquez sur le lien vers Mainpro+.

*Can Fam Physician* 2022;68:e241-7. DOI: 10.46747/cfp.6808e241  
The English version of this article is available at <https://www.cfp.ca> on the table of contents for the August 2022 issue on page 583.

## Lectures suggérées

Brignardello-Petersen R, Carrasco-Labra A, Guyatt GH. How to interpret and use a clinical practice guideline or recommendation. *JAMA* 2021;326(15):1516-23. Erratum dans: *JAMA* 2022;327(8):784.

Raffle AE, Mackie A, Gray JAM. *Screening: evidence and practice*. 2<sup>e</sup> éd. Oxford, RU: Oxford University Press; 2019.

Le Médecin de famille canadien. *More articles from Prevention in Practice*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2022. Accessible à : <https://www.cfp.ca/content/by/section/Prevention%20in%20Practice>. Réf. du 27 avr. 2022.