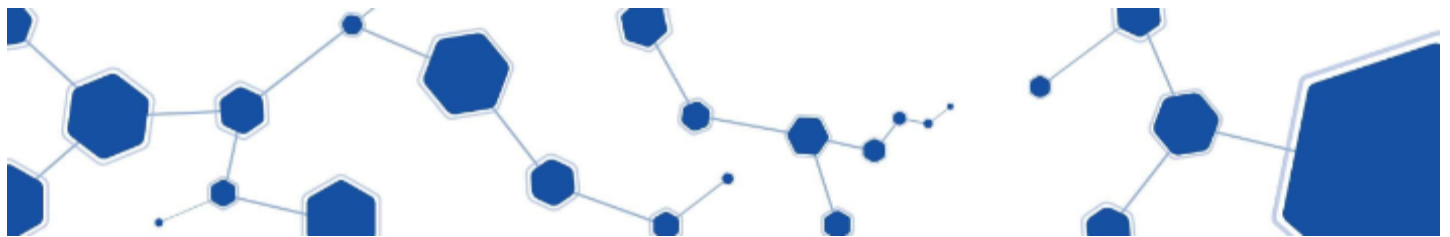


La surmédicalisation : une approche interdisciplinaire



FRE§QUE

Forum de la relève étudiante
pour la santé au Québec

Recommandations soumises au ministère
de la Santé et des Services sociaux et au ministère
de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur

Novembre 2019

Pour tout renseignement concernant le FRESQue :

Site Web : www.lefresque.com

Courriel : info@lefresque.com

Ce document est disponible seulement en version électronique.

Recherche et rédaction

Étienne Aumont

Jennifer Dahak

Jodi Kalubi

Farima Samadian

Frédéric Tremblay

Révision

Étienne Aumont

Frédéric Tremblay

Mise en page

Frédéric Tremblay

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives Canada

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

3^e trimestre 2019

ISBN x (PDF)

© Forum de la relève étudiante pour la santé au Québec, 2019

Toute reproduction autre qu'à des fins de consultation personnelle est interdite sans l'autorisation du FRESQue.

À propos du FRESQue

HISTOIRE ET MISSION

Fondé en janvier 2016, le Forum de la relève étudiante pour la santé au Québec (FRESQue) est une organisation rassemblant des étudiantes et des étudiants de plus de 30 associations en santé et en services sociaux de toutes les universités québécoises. Son objectif est de stimuler la réflexion et l'échange à propos de l'avenir de la santé et des services sociaux québécois et de formuler annuellement des recommandations précises au gouvernement à propos de différents enjeux à court, moyen et long termes concernant le système de santé au Québec.

Dans le cadre de son Sommet annuel 2019, tenu les 23 et 24 mars 2019 à l'Université de Montréal, le FRESQue a adopté les 32 recommandations présentées dans ce mémoire.

CONSEILS D'ADMINISTRATION :

2018-2019

Présidente : Jodi Kalubi

Vice-président aux affaires institutionnelles : Étienne Aumont

Vice-présidente aux affaires internes : Farima Samadian

Vice-présidente aux affaires externes : Jennifer Dahak

Vice-présidente aux partenariats financiers : Carine Bail

2019-2020

Président : Étienne Aumont

Vice-président aux affaires institutionnelles : Maxime Paquet

Vice-présidente aux affaires externes : Jennifer Dahak

Vice-président aux affaires internes : Yan Bertrand

Vice-président à la thématique : Frédéric Tremblay

Vice-présidente aux communications : Farima Samadian

Vice-présidente aux partenariats financiers : Ariane Gendron

Vice-président à la logistique : Martin Saint-Pierre

ASSOCIATIONS MEMBRES

- Association des cycles supérieurs en psychologie de l'Université de Laval (ACSPUL)
- Association des étudiantes et étudiants en pharmacologie de l'Université de Sherbrooke (ADEEP)
- Association des étudiantes et étudiants en orthophonie et audiologie de l'Université de Montréal (ADÉOA)
- Association des étudiantes et étudiants en médecine de l'Université de Montréal (AÉÉMUM)
- Association des étudiants et étudiantes en sciences infirmières de l'Université Laval (AÉÉSIUL)
- Association des étudiants aux cycles supérieurs en psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (AECSP)
- Association des étudiants au doctorat en chiropratique de l'Université du Québec à Trois-Rivières (AEDC)
- Association des étudiantes et des étudiants en santé publique de l'Université de Montréal (AÉÉSPUM)
- Association des étudiantes et étudiants de la maîtrise en orthophonie de l'Université de Laval (AEMO)
- Association des étudiants et étudiantes en pharmacie de l'Université de Montréal (AÉPUM)
- Association des étudiants en optométrie de l'Université de Montréal (AÉOUM)
- Association des étudiants en sciences infirmières de l'Université de Montréal (AÉSIUM)
- Association générale des étudiantes et étudiants en médecine de l'Université de Sherbrooke (AGÉÉMUS)
- Association générale des étudiants et étudiantes en sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke (AGEESIUS)
- Association générale des étudiant(e)s en pharmacie de l'Université Laval (AGEP)
- Association of Residents of McGill University (ARM)
- Dental Student's Society of McGill University (DSS)
- Epidemiology, Biostatistics, and Occupational Health Student Society of McGill University (EBOSS)
- Fédération interuniversitaire des doctorant.es en psychologie (FIDEP)
- Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ)
- Graduate Association of Students in Psychology of McGill University (GASP)
- Medical Students' Society of McGill University (MSS)
- Nursing Undergraduate Society of McGill University (NUS)
- Nursing Graduate Students' Association of McGill University (NGSA)
- Regroupement des étudiantes et des étudiants de deuxième cycle en service social de l'Université Laval (REEDCSS)
- Regroupement des étudiants en médecine de l'Université Laval (RÉMUL)
- Société des étudiants en réadaptation de l'Université de Montréal (SÉRUM)
- School of Physical and Occupational Therapy Graduate Student Association of McGill University (SPOTGSA)
- School & Applied Child Psychology Student Association of McGill University (SPSA)

- Social Work Student Association of McGill University (SWSA)
- School of Communication Sciences and Disorders Graduate Student Society of McGill University (SCSD-GSS)

Remerciements

Le FRESQue souhaite remercier les associations étudiantes, groupes d'usagers, groupes communautaires et individus ayant contribué à l'élaboration de ce mémoire par leur participation au Sommet annuel des 17 et 18 mars 2018.

Les recommandations dans cette publication s'appuient notamment sur les travaux de mémoire reçus dans le cadre du Sommet. Nous tenons particulièrement à remercier ces contributeurs :

- Association des étudiants et étudiantes en sciences infirmières de l'Université Laval (AÉESIUL)
- Association générale des étudiantes et étudiants en médecine de l'Université de Sherbrooke (AGÉÉMUS)
- Association des étudiants en sciences infirmières de l'Université de Montréal (AÉSIUM)
- International Federation of Medical Students of America (IFMSA)-Québec

Nous tenons aussi à remercier chaleureusement nos partenaires financiers :

- Association médicale du Québec (AMQ) (partenaire platine)
- Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ)
- Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ)
- Students' Society of McGill University (SSMU)
- McGill Alumni Association
- Association des étudiantes et étudiants de la maîtrise en orthophonie de l'Université Laval (AEMO)
- Medical Students' Society of McGill University (MSS)
- Nursing Undergraduate Society of McGill University (NUS)
- Association des cycles supérieurs en psychologie – Université de Laval (ACSPUL)
- Association des étudiantes et étudiants en pharmacie de l'Université de Montréal (AÉPUM)
- Hourglass Studios

Table des matières

Glossaire	9
Introduction	10
Sous-thème 1 : La surmédicalisation et la clientèle des soins de santé	11
1.1 Conscientiser la clientèle à la problématique de la surmédicalisation et promouvoir le partenariat de soins et de services	11
1.2 Proposer auprès de tout futur parent l'ensemble des services et professions liées à la gestation et à la périnatalité	12
1.3 Favoriser le choix parental des modalités de suivi périnatal	14
1.4 Encourager la prévention chez les aînés	14
1.4.1 Faire des Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) des plaques tournantes contre la surmédicalisation	15
1.4.1.1 Favoriser la continuité des soins en CHSLD par la rétention du personnel et la révision des ratios clientèle-personnel	16
1.4.2 Intégrer l'objectif de contrôle de la surmédicalisation et de la surutilisation au Plan d'action 2018-2023 Un Québec pour tous les âges	17
Sous-thème 2 : La surmédicalisation et le personnel des soins de santé	19
2.1 Conscientiser le personnel à la problématique de la surmédicalisation et promouvoir le partenariat de soins et de services	19
2.2 Évaluer les retombées de la pratique des sages-femmes	20
2.3 Optimiser la gestion de la douleur gestationnelle et périnatale par l'utilisation des compétences de l'ensemble du personnel	21

Sous-thème 3 : La surmédicalisation et le système de soins de santé	22
3.1 Opérationnaliser les résultats de la recherche en santé pertinents à un meilleur contrôle de la surmédicalisation	22
3.1.1 Créer un environnement propice à la recherche fondamentale, clinique et translationnelle en santé	22
3.1.2 Assurer un accès dans un délai raisonnable aux données cliniques au personnel de la recherche et des soins de santé	23
3.2 Mettre en place des incitatifs au travail interdisciplinaire	33
3.3 Évaluer l'impact de la Stratégie québécoise des sciences de la vie 2017-2027 sur la surmédicalisation	24
3.4 Assurer des relations transparentes entre le gouvernement, l'industrie, le personnel et la clientèle des soins de santé	25
3.5 Élaborer des stratégies visant à diminuer la surprescription	27
3.5.1 Contrôler la surprescription des antibiotiques	27
3.6 Promouvoir la prévention par de saines habitudes de vie auprès du personnel et de la clientèle des soins de santé	29
3.6.1 Créer des comités interministériels travaillant à la proposition de méthodes visant le déploiement de cette promotion	29
Conclusion	30
Bibliographie	31

Glossaire

- Médicalisation :** Définition médicale d'un problème, souvent par sa caractérisation en tant que maladie ou par l'utilisation d'un traitement médical pour le résoudre.
- Surmédicalisation :** Ensemble des pratiques médicales aux bénéfices non validés, potentiellement nuisibles et inutilement coûteuses. Elle peut se manifester soit par la médicalisation inappropriée d'un phénomène ou d'une activité, soit par des soins inappropriés dans un contexte où la médicalisation est appropriée.
- Surdiagnostic :** Diagnostic d'une condition pathologique sans effets négatifs sur la santé. Le diagnostic doit n'avoir aucun bénéfice pour la clientèle et la connaissance du diagnostic par la clientèle ne doit lui apporter aucun bénéfice net.
- Surtraitement :** Traitement sans bénéfice net.
- Surdétection :** Détection d'une anomalie asymptomatique sans bénéfice net.
- Surutilisation :** Utilisation du système de santé et de services sociaux sans bénéfice net.

Introduction

Le personnel du système de santé québécois tend à se préoccuper de plus en plus de la surmédicalisation, principalement du surdiagnostic et du surtraitement. La littérature leur donne raison : l'analyse de huit examens, traitements et interventions couramment réalisés au Canada montre qu'ils étaient non nécessaires dans une proportion allant jusqu'à 30% des cas. La surmédicalisation ayant des causes autant cliniques que culturelles, structurelles et légales, il importe de traiter ce problème dans sa globalité pour y proposer des solutions pertinentes.

Les répercussions sur la clientèle des soins de santé et sur le système en général sont significatives. La surmédicalisation expose ainsi la clientèle à des risques de complications parmi lesquelles on compte la douleur physique, la souffrance psychique, l'anxiété, voire le décès prématuré. Son coût monétaire est également un aspect à considérer dans un système de soins de santé à financement et gestion majoritairement publiques comme le nôtre.

Le Sommet annuel du FRESQue 2018 a été l'occasion pour la relève du personnel des soins de santé québécois de revisiter la question de la surmédicalisation et de formuler des recommandations pertinentes basées sur les données probantes, et ce en suivant une approche interdisciplinaire. Ce mémoire sert à vous présenter celles-ci ainsi que leur justification.

Sous-thème 1 :

La surmédicalisation et la clientèle des soins de santé

1.1 Conscientiser la clientèle à la problématique de la surmédicalisation et promouvoir le partenariat de soins et de services

La littérature traitant de la surmédicalisation souligne qu'il est essentiel de définir ce qui entre dans cette catégorie – autant pour le personnel que pour la clientèle – afin d'espérer la diminuer. Une clientèle ayant toute confiance dans le professionnalisme et la compétence du personnel des soins de santé ne sera pas d'emblée portée à remettre en question la pertinence des interventions proposées. Ainsi, bien que la création de lignes directrices en la matière soit utile, la conscientisation de la clientèle est aussi nécessaire : il faut lui faire comprendre la pertinence du travail coopératif avec le personnel de la santé et l'outiller pour qu'elle y participe optimalement.

Le modèle relationnel personnel-clientèle qui nous semble le plus apte à faciliter le contrôle de la surmédicalisation est celui du partenariat de soins et de services (PSS). Cette approche, élaborée par la Direction de la collaboration et du partenariat-patient (DCPP) de l'Université de Montréal, s'oppose au modèle paternaliste, dans lequel le personnel décide de tout et la clientèle reçoit passivement les soins qui lui sont offerts. Le PSS attribue plutôt un rôle actif à la clientèle : le personnel l'informe d'abord de manière exhaustive de ses options, puis clientèle et personnel discutent ouvertement des avantages et inconvénients de chacune d'entre elles. Une clientèle informée des limites aux bénéfices des interventions a plus de chance de les utiliser à bon escient. Par exemple, les tests de dépistage non nécessaires pour le cancer du sein avant l'âge de 50 ans peuvent mener à des procédures invasives évitables. Une récente étude a prouvé qu'une meilleure information de la clientèle à propos de la nécessité de tels tests de dépistage améliorerait la prise de décision à propos de l'engagement ou non dans de telles procédures (Moynihan, 2012).

Des actions peuvent être entreprises à de multiples niveaux pour favoriser la transition progressive vers une culture du PSS. La première étape est de conscientiser la clientèle des soins de santé à la valeur ajoutée que représente ce modèle et d'en faire la promotion auprès d'elle. Plusieurs instances gouvernementales peuvent agir pour favoriser cette conscientisation et cette

promotion. Notamment, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a un rôle à jouer à ce propos. Nous ciblerons ici des pistes d'intervention auprès de la clientèle des soins de santé. La manière dont le MSSS peut intervenir auprès du personnel sera détaillée en 2.1.

Une éducation informelle diffusée dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) nous semble le meilleur moyen de lutter contre la surmédicalisation auprès de la clientèle. Elle peut se faire au moyen de différents outils, tels que des campagnes de conscientisation à grande échelle, la création de matériel pédagogique et de ressources informatives sur le sujet, etc. Nous considérons que la surmédicalisation est une problématique de santé publique. Ainsi, nous suggérons que l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) ainsi que les Directions de santé publique (DSP) régionales reçoivent le mandat de coordonner la diffusion de ces outils.

Le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES) pourrait également jouer un rôle dans la diffusion du modèle PSS. La connaissance des différents aspects de ce dernier relève de la littératie en santé, et cette dernière, à côté des littératies alphabétique, mathématique, numérique, financière, etc., doit être considérée comme une composante essentielle d'une citoyenneté réussie. À ce titre, il serait souhaitable que le MEES intègre dans son cursus, soit dans le cadre de cours précis, soit à travers une approche transversale, la notion du modèle PSS. Il outillerait ainsi la clientèle présente et future des soins de santé à cette approche collaborative qui, en plus d'optimiser au maximum la prestation de soins et de services, est également la plus à même de limiter la surmédicalisation. Commencer le plus tôt possible cette éducation, avant que le mauvais pli du modèle paternaliste et passif des soins de santé n'ait été intégré, nous paraît le meilleur moyen de la rendre effective. Bien que le format limité de ce mémoire ne nous permette pas d'élaborer davantage nos idées pour opérationnaliser ladite éducation, dans le cas où le MEES serait intéressé à en être informé, il est invité à contacter les responsables du FRESQue.

1.2 Proposer à tout futur parent l'ensemble des services et professions liées à la gestation et à la périnatalité

La gestation, l'accouchement et la gestion des problématiques périnatales sont des exemples probants d'une surmédicalisation qui s'est développée dans un contexte contemporain récent. En effet, ce phénomène non pathologique est devenu au fil des dernières décennies si étroitement lié

aux soins de santé constitués pour le surveiller qu'il en est désormais presque indiscernable. Cette situation mène directement à une surutilisation des soins, et dans les cas où des soins sont effectivement nécessaires, il n'est pas rare qu'ils soient fournis de manière inappropriée ou inefficace pour l'ensemble du système au regard des coûts engendrés.

Plusieurs caractéristiques du contexte hospitalier contribuent à augmenter le stress de la mère, ce qui nuit à la qualité du suivi gestationnel et périnatal : le manque d'intimité, l'environnement peu chaleureux, la hâte du personnel, le taux de roulement de ce dernier, etc¹³. Le bien-être psychique de la femme autant que la positivité du lien qu'elle développera avec la grossesse et la période périnatale sont mis en jeu par la surmédicalisation de ces moments de sa vie.

Il est essentiel que la clientèle soit informée de toutes les possibilités qui s'offrent à elle en ce qui concerne les suivis de grossesse. Médecins de famille, gynécologues-obstétricien.nes, sages-femmes et infirmières sont autant de professionnels qui peuvent y procéder. Le fait de se tourner exclusivement vers des médecins, voire vers des spécialistes pour réaliser ce suivi, relève plus souvent d'une habitude arbitrairement établie que d'une décision réfléchie et cohérente; des mesures peuvent et doivent être prises pour utiliser plus optimalement les ressources.

La clientèle autant que le personnel sont responsables de cet état de fait, et tous deux peuvent donc contribuer à améliorer la situation à ce niveau. Le personnel doit s'engager à faire connaître à la clientèle toutes les options en termes de suivi de grossesse et de soins périnataux et il doit se montrer disponible pour une conversation ouverte et transparente sur les préférences des futurs parents et la meilleure manière de les satisfaire²⁴. La clientèle, de son côté, doit s'engager dans un processus d'information et de décision actives, dont une étape essentielle est l'expression claire et affirmée de ses attentes en matière de soins et de services. Le MSSS peut participer à ce double engagement autant par des campagnes de conscientisation que par des demandes formulées au personnel. Il devrait aussi s'engager à faire la promotion du métier de sage-femme, souvent le grand oublié des soins de gestation et de périnatalité, dont une meilleure utilisation permettrait pourtant très certainement au RSSS de réaliser des économies importantes. En effet, le coût associé un accouchement en milieu hospitalier a été estimé comme étant 24,9% plus élevé qu'en maison de naissance (Dessureault, 2015).

1.3 Favoriser le choix parental dans le suivi gestationnel et périnatal

Parallèlement aux considérations informationnelles traitées à la recommandation précédente, il existe des barrières administratives dans le RSSS au choix parental des modalités de suivi périnatal qui orientent la clientèle vers un suivi réalisé par des médecins de famille ou des gynécologues-obstétricien.nes. Ces obstacles devraient être levées de manière à ce que les parents puissent prendre des décisions qui correspondent à leurs préférences dans les cas de gestation et de période périnatale non pathologiques, et donc ne nécessitant pas de soins de santé spécifiques. Si des soins spécifiques sont nécessaires, bien que leur consentement reste évidemment requis, le personnel des soins de santé est encouragé à leur expliquer les raisons de cette nécessité.

Toutes ces interventions visent à renverser la surmédicalisation la gestation et la périnatalité. Bien qu'il soit essentiel que l'appareillage de soins de santé que nous avons déployé autour de ces processus au cours des dernières décennies reste toujours présent pour intervenir en cas de besoin, il est tout aussi important que les parents se les réapproprient comme moments non pathologiques de leur parcours de vie. Ici aussi, une approche basée sur le modèle du partenariat de soins et de services pourrait contribuer efficacement à limiter la surmédicalisation.

1.4 Encourager la prévention chez les aînés

La clientèle gériatrique est une utilisatrice majeure des soins et services de santé du RSSS pour la raison évidente que l'âge crée et aggrave de nombreuses pathologies. Considérant le vieillissement populationnel croissant, il est essentiel d'orienter notre système vers des interventions préventives plutôt que curatives. La prévention peut en elle-même être considérée comme un important moyen de contrôle de la surmédicalisation étant donné qu'elle évite que des situations non pathologiques ne le deviennent. En diminuant le risque de pathologies secondaires au vieillissement, elle évite la nécessité de médicaliser ce phénomène, et donc les risques que la médicalisation ne devienne une surmédicalisation. Des services préventifs efficaces, pour la même raison, ne peuvent pas être considérés comme une surutilisation des services de santé s'ils ont servi à éviter des pathologies : ils doivent plutôt être considérés comme leur utilisation optimale.

Les sous-recommandations suivantes servent à présenter différents moyens par lesquels nous considérons que le MSSS pourrait intervenir pour que la clientèle gériatrique devienne un moteur de changement à l'intérieur du RSSS. En se réappropriant les soins et les services qui lui sont prodigués, elle contribuerait à la prévention de la sénescence précoce et de ses multiples effets autant physiques que psychiques. Pour ce faire et pour sortir de son rôle trop souvent passif, elle doit cependant être outillée. Le MSSS, en tant que prestataire des soins qu'elle y reçoit, est bien placé pour lui fournir ces outils et donc pour l'autonomiser.

1.4.1 Faire des Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) des plaques tournantes contre la surmédicalisation

Dans l'optique de démedicaliser le processus du vieillissement, les soins de longue durée dispensés dans les CHSLD devraient toujours avoir pour objectif principal la prévention et la promotion de la santé. Actuellement, les services sont concentrés sur la guérison et la convalescence, mais la littérature démontre que les besoins de la clientèle en sont plutôt de préservation de la qualité de vie et de maintien de l'autonomie. L'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) rappelle que « la personne hébergée [en CHSLD] a le droit de recevoir l'aide nécessaire pour faire ses choix et les actualiser selon ses capacités et ses forces²⁹ ». À ce titre, toute intervention y étant réalisée et medicalisant la situation de la clientèle en dehors de sa volonté peut être considérée comme une infraction à son droit le plus fondamental à l'autonomie.

Un exemple probant de surmédicalisation est celui des antipsychotiques, utilisés pour réduire l'agitation de la clientèle des CHSLD même lorsqu'elle ne présente aucun trouble mental. Cette pratique mène, en dehors de la courte période d'action de la médication, à une augmentation de l'agressivité physique et verbale des aînés, qui renforce l'impression de la nécessité de la médication pour réduire leur agitation – ainsi de suite²². Des mesures de prévention et de promotion de la santé pourraient réduire l'utilisation d'antipsychotiques en CHSLD, en plus d'améliorer la relation clientèle-personnel forcément dévaluée par cette situation.

Des mesures de prévention de la perte d'autonomie permettraient également de réduire l'hospitalisation secondaire à la malnutrition, aux chutes, aux plaies de pression, etc²¹. Cette

hospitalisation constitue à son tour un certain risque pour l'état de santé de la clientèle (infections nosocomiales, état confusionnel [délirium], déconditionnement, etc.), dont le niveau d'autonomie pourrait être encore diminué, dans un cercle vicieux de morbidité et de mortalité.

Pour toutes ces raisons, les CHSLD sont un endroit de choix où initier le tournant vers des services de santé préventifs préférentiellement à des services curatifs. Bien qu'elle ne soit pas la seule, la clientèle gériatrique en perte d'autonomie est la plus susceptible de profiter de ce changement de paradigme.

1.4.1.1 Favoriser la continuité des soins en CHSLD par la rétention du personnel et la révision des ratios clientèle-personnel

Pour faire des CHSLD des plaques tournantes contre la surmédicalisation, la stabilité des soins et services offerts à leur clientèle est essentielle. Elle seule peut permettre la continuité des soins et des services qui permettra de diminuer la surmédicalisation du vieillissement. Plusieurs obstacles existent actuellement au maintien d'une telle stabilité dans le personnel; celui dont nous tenons particulièrement à traiter est l'établissement des ratios clientèle-personnel.

Dans les CHSLD plus encore que dans le reste du RSSS, il est primordial de s'attaquer aux difficultés de rétention du personnel dus à des ratios clientèle-personnel trop élevés. Les conditions de pratique en CHSLD doivent redevenir attrayantes pour l'ensemble du personnel des soins et services de santé. Ceci est particulièrement vrai dans le cas des professionnels dont les interventions visent le maintien de l'autonomie (physiothérapie, ergothérapie, psychologie, etc.).

Le personnel infirmier devrait également occuper une place centrale dans la coordination des soins en CHSLD. En effet, cela s'inscrit dans le cadre de sa pratique tel qu'établi par la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* du Québec : « L'exercice infirmier consiste à [...] maintenir [...] la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et [à] prévenir la maladie. » Afin de contribuer pleinement à son rôle en termes de prévention et de promotion et de la santé, le personnel infirmier ne peut travailler avec les actuels ratios clientèle-personnel de 30 ou 40 (Voyer et al., 2005) . Les répercussions d'un ratio trop élevé sur la qualité des services sont connus : surtout en soins de longue durée, ils ne permettent pas au personnel infirmier d'atteindre les

standards de pratique (Laffon de Mazières et al., 2017) . Une étude démontre que 67% des hospitalisations de la clientèle en résidence de soins de longue durée aurait pu être évitée si les ressources en personnel infirmier avaient été adéquates (Ouslander et al., 2010).

Il est donc évident que la diminution du ratio clientèle-personnel s'inscrit logiquement dans l'objectif de contrôle de la surmédicalisation et la surutilisation des soins et services de santé. Le personnel de la santé travaillant en CHSLD doit se voir offrir les conditions de travail qui lui permettront de s'impliquer dans leur transformation en fer de lance du modèle préventif.

1.4.2 Intégrer l'objectif de contrôle de la surmédicalisation et de la surutilisation au Plan d'action 2018-2023 Un Québec pour tous les âges

Le Québec a fait œuvre de précurseur avec l'énoncé de sa politique Vieillir et vivre ensemble (VVE) et du Plan d'action 2012-2017 qui l'accompagnait. Il devenait ainsi la seule province canadienne à poser un cadre cohérent visant la promotion du vieillissement actif. Cette politique n'est pas restée lettre morte : ses recommandations ont rapidement été intégrées aux différents organismes gouvernementaux concernés par son application. La pertinence de son renouvellement était évidente, ce pourquoi un nouveau Plan d'action a été formulé pour 2018-2023.

Même si les cinq priorités d'intervention qui y sont identifiées peuvent toutes contribuer d'une manière ou d'une autre à un meilleur contrôle de la surmédicalisation et de la surutilisation des soins et services de santé, le simple fait que ces concepts ne s'y retrouvent pas comme objectifs explicites constitue à nos yeux une faiblesse de ce document de référence essentiel. C'est pourquoi nous recommandons au MSSS de produire un addendum au Plan d'action 2018-2023 dans lequel il affirmerait clairement la volonté de lier la politique VVE à une amélioration générale du système de soins et services de santé en contrant la surmédicalisation et la surutilisation. Cet ajout, d'une valeur en partie symbolique, servirait à souligner l'impact qu'un vieillissement actif peut avoir sur l'efficacité de l'ensemble du système. Il ferait ainsi des aînés non seulement des acteurs de leur propre vieillissement, mais aussi des acteurs potentiels du RSSS en soi. Il réaffirmerait auprès du personnel de la santé l'importance que ce dernier peut jouer dans l'autonomisation de la clientèle gériatrique. Il rappellerait aussi que cette autonomisation – réalisée par le renversement de la

surmédicalisation et de la surutilisation – doit être l’objectif-clé de toutes ses interventions.

Cette mise à jour du Plan d’action 2018-2023 devrait également intégrer les objectifs de stabilisation des équipes interventionnelles interdisciplinaires dont nous avons traité en 1.4.1.1, un outil indispensable de cette autonomisation et sur lequel il vaut la peine d’insister.

Sous-thème 2 :

La surmédicalisation et le personnel des soins de santé

2.1 Conscientiser le personnel à la problématique de la surmédicalisation et promouvoir le partenariat de soins et de services

« Si l'on veut éliminer les soins de faible valeur, il faut que les cliniciens et les patients aient la même perception de ce que sont des soins inappropriés », indique l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) dans son rapport sur la lutte contre le gaspillage dans les systèmes de santé (OCDE, 2017). La recommandation de déployer des moyens auprès de la clientèle des soins de santé pour la conscientiser à l'importance d'évaluer la pertinence des soins qu'on lui propose s'applique également au personnel soignant. En effet, le modèle de partenariat de soins et de services (PSS) ne peut fonctionner que si la relation entre la clientèle et le personnel des soins de santé en est une de collaboration : dans cette optique, il est essentiel que les messages à propos de la surmédicalisation diffusés à la clientèle et au personnel soient cohérents.

Ici, le MSSS et le MEES doivent intervenir de pair pour conscientiser le personnel à cette problématique et à ses solutions. Le MEES peut le prendre au moment de sa formation initiale et encourager les différentes universités à intégrer dans leurs programmes liés à la santé de l'information concernant la surmédicalisation et ses coûts pour la clientèle et le système. Il aurait aussi avantage à intégrer, dans les cours procédant davantage sur le mode conversationnel que magistral (cours de collaboration interdisciplinaire, cours d'éthique), des échanges à propos de la manière d'aborder ce sujet avec la clientèle. En effet, le personnel doit démontrer d'emblée sa disponibilité à une remise en question de ses propositions par la clientèle; autrement celle-ci pourrait ne pas oser ouvrir la discussion sur le sujet.

Il importe aussi que le futur personnel de la santé soit conscientisé le plus tôt possible dans sa formation au surdiagnostic et au surtraitement ainsi qu'à la littérature qui prouve leur nuisibilité. Dans son plan d'action contre le surdiagnostic, l'Association médicale du Québec (AMQ) mentionne : « La littérature de plus en plus abondante sur le surdiagnostic a bien cerné cet effet pervers d'associer le diagnostic précoce et le traitement aux bienfaits de la prévention. Il y a lieu de

faire preuve d'un certain discernement à l'égard du diagnostic précoce, en particulier lorsqu'il est appliqué aux personnes bien portantes. » (AMQ, 2013) On peut considérer qu'il est du devoir du personnel d'apprendre à faire preuve d'un tel discernement, et donc qu'il s'agit d'une compétence à développer au même titre que les autres composantes du professionnalisme en santé.

Une connaissance insuffisante des rôles et responsabilités des différentes professions du domaine des soins de santé peut mener à un chevauchement des prestations de soins qui, en les démultipliant, crée une situation de surutilisation⁹. Une meilleure formation à l'interdisciplinarité dans les programmes de formation initiale permettrait de limiter le risque de cette surutilisation. Le MEES devrait donc également encourager les universités à renforcer cette formation.

Quant au MSSS, il pourrait collaborer avec les ordres professionnels, associations professionnels et autres groupes de représentants du personnel pour s'assurer que des processus y sont mis en place pour limiter la surutilisation des soins de santé. Une mesure possible pourrait être de commander à l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) des lignes directrices à propos de la réduction des diagnostics et des traitements inappropriés. Une fois ces lignes directrices émises, il pourrait travailler avec l'Office des professions du Québec (OPQ) à faire considérer leur non-respect comme une faute professionnelle passible de sanctions. Il opérerait ainsi dans le cadre de l'autonomie propre à chaque corps professionnel, leur laissant à chacun la responsabilité de s'autoréguler, tout en donnant une cohérence aux interventions.

Un autre moyen que le MSSS pourrait prendre pour y parvenir est de s'assurer que la conscientisation aux problématiques de la surmédicalisation et de la surutilisation soit intégrée dans les cursus de formation continue du personnel de soins.

2.2 Évaluer les retombées de la pratique des sages-femmes

Les sages-femmes détiennent une expertise propre en ce qui concerne la périnatalité et l'accouchement. Cependant, on constate un manque de données permettant de déterminer quel est leur apport concret aux soins de santé offert dans ces domaines dans le cadre du RSSS. Ses praticiens actuels et leur relève remarquent la méconnaissance et l'estime insuffisante envers leur contribution spécifique. Ainsi, nous recommandons au MSSS de collaborer avec toutes les

instances appropriées, dont l'INESSS, l'INSPQ et l'Institut de la statistique du Québec, pour établir des données à cet effet, et agir en fonction de ces données pour intégrer à leur juste mesure les sages-femmes dans le système.

2.3 Optimiser la gestion de la douleur gestationnelle et périnatale par l'utilisation des compétences de l'ensemble du personnel

Au Québec, 69% des femmes qui accouchent ont recours à l'analgésie péridurale. Or, bien que celle-ci soit efficace pour réduire la douleur, elle comporte des effets importants sur la femme et le nouveau-né tout en contribuant à la médicalisation du phénomène naturel de l'accouchement. En effet, dans les accouchements sous péridurale, le temps de travail est plus long, l'utilisation d'instruments (forceps, ventouses, etc.) et d'ocytocine synthétique est plus fréquente, l'installation d'un cathéter vésical est nécessaire et le monitoring foetal est obligatoire (Anim-Somuah, 2005). Ainsi, l'utilisation de la péridurale décuple le nombre d'interventions médicales nécessaires lors de l'accouchement.

Le savoir infirmier dans la gestion non pharmacologique de la douleur lors de l'accouchement devient un atout qui doit être mis de l'avant afin de réduire la médicalisation de la natalité. Déjà bien implantées par les sages-femmes dans les maisons de naissances, les techniques de gestion de la douleur doivent être accessibles aux femmes qui accouchent en contexte hospitalier puisqu'elles sont non invasives et moins coûteuses (Lehuteur et al., 2017). De plus, elles favorisent l'autonomisation des femmes, puisque l'accouchement naturel augmente le sentiment de contrôle et de compétence des mères (Dessureault, 2015). Les compétences relationnelles des infirmières peuvent aussi contribuer à réduire le stress de la femme qui accouche (Beake et al., 2018). Bien qu'avoir recours à l'analgésie péridurale pendant l'accouchement reste un choix personnel pour la femme, l'accès facile à des techniques non pharmacologiques de gestion de la douleur et de réduction du stress favorise les accouchements non pathologiques.

Sous-thème 3 :

La surmédicalisation et le système de santé

3.1 Opérationnaliser les résultats de la recherche en santé pertinents à un meilleur contrôle de la surmédicalisation

Les résultats les plus récents de la recherche sur l'organisation des soins de santé et de services sociaux tendent tous à démontrer les impacts négatifs de la surmédicalisation. Ce qu'il manque cependant pour que ces données exercent un effet sur le système, ce sont des outils pour les opérationnaliser, c'est-à-dire s'assurer qu'ils influencent les pratiques. Un système efficace en est un qui intègre à sa structure la recherche et le développement capables de mener à son amélioration. Le système de santé et de services sociaux québécois n'est pas encore exemplaire à cet effet, mais peut le devenir si les acteurs présents se concertent à cet effet.

3.1.1 Créer un environnement propice à la recherche fondamentale, clinique et translationnelle en santé

Selon un rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sur le gaspillage dans les systèmes de santé, le gouvernement joue un rôle important dans la lutte contre les soins non nécessaires : celui de superviser la recherche pour la création de recommandations de bonne pratique et d'évaluer leur application (OCDE, 2017). Le gouvernement québécois a la responsabilité d'investir dans la recherche sur les meilleures pratiques cliniques, sur les coûts des traitements non nécessaires et sur les pratiques à forte et à faible valeur ajoutée.

Fournir les ressources financières nécessaires à la recherche n'est qu'un des moyens de viser un objectif plus large : celui d'établir un environnement propice à la recherche. Cet écosystème de chercheurs, provenant de l'industrie de l'université, travaillant dans des laboratoires et centres installés au Québec et ailleurs peut être soutenue par un grand nombre de mesures étatiques.

D'un autre côté, pour arriver à des données probantes applicables, le milieu de la recherche biomédicale se doit de maintenir une transparence et une rigueur irréprochables. Le gouvernement québécois est appelé à investir dans une recherche transparente sur la valeur des procédures, des technologies et des produits pharmaceutiques dans divers contextes cliniques. Dans le Plan d'action de l'Association médicale du Québec (AMQ) sur le surdiagnostic, on propose une politique visant à assurer que les recommandations de bonnes pratiques communiquées aux professionnels soient développées de façon transparente, par des experts indépendants et en se basant sur des données probantes (4). Nous recommandons au MSSS et aux autres instances gouvernementales liées à la recherche d'inviter toutes les parties prenantes de la recherche à formuler la leur.

3.1.2 Assurer un accès raisonnable aux données cliniques au personnel de la recherche et des soins de santé

Une mesure concrète pour rendre la recherche clinique plus efficace serait de faciliter l'accès aux données cliniques du personnel de la recherche, dans les limites du respect de la confidentialité et du consentement libre et éclairé de la clientèle à la recherche. De nombreuses barrières institutionnelles existent encore à ce niveau et il est de la responsabilité du MSSS de participer à les lever puisqu'elles nuisent indirectement à la qualité des soins.

La limitation de la surmédicalisation passe par des mesures organisationnelles, mais aussi par des mesures professionnelles orientées en fonction des connaissances individuelles. C'est pour cette raison que l'augmentation des connaissances accessibles sur lesquelles le jugement clinique pourra s'opérer au quotidien est une composante essentielle d'une médicalisation optimale. À cette fin, les données cliniques devraient aussi être accessibles le plus facilement et rapidement possible au personnel de la santé et des services sociaux, et ce toujours dans les limites du respect de la confidentialité et du consentement libre et éclairé de la clientèle au partage de ces données.

3.2 Mettre en place des incitatifs à l'adoption de bonnes pratiques

Un obstacle important à l'adoption de bonnes pratiques cliniques est la quantité insuffisante de mesures incitatives pour les professionnels à intégrer celles-ci à leur pratique courante. C'est pour

cette raison que dans sa position sur les soins de santé appropriés, l'Association médicale canadienne (AMC) recommande que les provinces et territoires canadiens mettent en place des incitatifs à limiter les soins non nécessaires. Ces incitatifs peuvent être d'ordre financier, telle que la radiation des pratiques non nécessaires de la liste des actes rémunérés (AMC, 2013; AMQ, 2013; AMQ, 2014).

L'audit et l'évaluation de la performance des médecins comparativement à leurs collègues dans le contexte d'une discussion bilatérale et respectueuse peut s'avérer un incitatif efficace. Selon l'AMC, cette méthode encouragerait les médecins à porter davantage attention à leurs pratiques et encouragerait la publication des paramètres de performance des institutions en matière de bonnes pratiques (AMQ, 2014). Dans tous les cas, qu'il s'agisse d'incitatifs monétaires ou professionnels, l'AMC recommande fortement aux gouvernements provinciaux d'impliquer le corps médical dans les décisions quant au renforcement des bonnes pratiques médicales.

3.3 Évaluer l'impact de la Stratégie québécoise des sciences de la vie 2017-2027 sur la surmédicalisation

En mai 2017, le ministère de l'Économie, de la Science et de l'Innovation et le MSSS ont annoncé la création de la Stratégie québécoise des sciences de la vie 2017-2027, qui comprend un large éventail de mesures spécifiquement vouées à la santé. Ces mesures concernent des activités très variées, allant de la recherche fondamentale de produits thérapeutiques aux plateformes et procédés du système de santé, en passant par la commercialisation de nouveaux médicaments et des technologies médicales (Gouvernement du Québec, 2017). Le gouvernement québécois se présente comme agent catalyseur du dialogue avec le secteur privé, dans le but d'offrir un environnement propice au développement de l'industrie des sciences de la vie et de projeter le Québec en tant que leader international dans le domaine. Des investissements de 205 millions de dollars sont annoncés de 2017 à 2022 et on dit s'attendre à une explosion d'innovation dans les technologies médicales, les produits pharmaceutiques et la gestion de mégadonnées en santé.

Notamment, la dernière étape de cette stratégie consiste à assurer l'intégration de ces innovations dans le système de santé québécois, dont la supervision est le mandat du Bureau de l'innovation en santé et en services sociaux créé précisément dans ce but. Il s'agit d'un processus

essentiel à la réussite et à la durabilité de ce projet, promettant « l'optimisation du système de santé et l'amélioration des services offerts à la population » (Gouvernement du Québec, 2018). Ce Bureau aura à sa disposition un financement spécifiquement destiné à le soutenir dans l'évaluation des nouveaux produits québécois dans le système lui-même. Le gouvernement annonce de plus des modifications pour accélérer le processus d'évaluation de médicaments considérés comme prometteurs (Gouvernement du Québec, 2018).

La forte pression associée aux retombées économiques de ce projet fait en sorte qu'il devient indispensable que le système de santé soit prêt à l'accueillir. Le personnel de la santé doit être outillé pour accueillir ces nouveaux produits, médicaments et procédés en se basant sur des faits scientifiques probants pour assurer que les meilleurs soins possibles soient prodigués. Il peut en ressortir d'importants bénéfices pour la clientèle du RSSS, mais il faut cependant éviter que le personnel ne soit poussé vers des processus et outils dont la nouveauté serait la seule valeur.

Nous recommandons donc au MSSS de collaborer, dans le cadre de sa Stratégie québécoise des sciences de la vie 2017-2027, avec chaque association professionnelle en santé pour assurer que les fournisseurs de soins de santé ne soient pas contraints d'adopter une procédure, de prescrire un médicament ou d'utiliser un instrument médical dans une situation clinique où ils jugent qu'une telle adoption n'améliore pas leurs services. Nous recommandons aussi que le Bureau de l'innovation en santé et en services sociaux reçoive les mandats suivants : 1) assurer la rigueur des évaluations de chaque nouveau produit introduit dans le système de santé; 2) créer des règlements empêchant que des représentants des entreprises proposant un nouveau produit participent à leur processus d'homologation et réglementation; et 3) diffuser publiquement les renseignements cliniques concernant la sécurité et l'efficacité des nouveaux produits homologués.

3.4 Assurer des relations transparentes entre le gouvernement, l'industrie, le personnel et la clientèle des soins de santé

En 2014, les lignes directrices américaines portant sur les maladies cardiovasculaires ont été la cible de critiques importantes de la part de la population et ont démontré l'énorme impact des recommandations de tests diagnostiques et de traitements par les professionnels de la santé (21). Dans cet exemple, un changement dans la façon de calculer les risques de problèmes cardiaques a

fait bondir à plus de 1 milliard le nombre de personnes pour qui les statines (une classe de médicaments utilisés pour contrôler le cholestérol) seraient recommandées. Ce chiffre ayant été jugé complètement déraisonnable par plusieurs critiques (Ioannidis, 2014), l'intégrité des recommandations de l'American Heart Association (AHA) a été remise en question. Des liens entre certains membres du comité d'experts et l'industrie pharmaceutique ont éventuellement été dévoilés, au détriment autant de l'AHA que de l'industrie et des experts concernés.

Cet exemple en est un parmi d'autres qui soulèvent une problématique bien connue : le besoin d'encadrement de l'influence de l'industrie sur les choix du personnel de la santé. L'instauration d'une politique gouvernementale obligeant une transparence totale de la part du personnel et de l'industrie permettrait de remédier au risque qu'une surmédicalisation systématique qui s'installe progressivement dans le système à travers les lignes directrices propres à chaque profession.

D'abord, la diffusion publique de renseignements cliniques concernant les procédures d'intervention en santé, les médicaments et instruments médicaux disponibles sur le marché québécois est primordiale. Ces données permettront aux patients de mieux s'informer avant de choisir une intervention, à la communauté académique d'éviter des études redondantes et de diversifier les analyses de ces produits et aux fournisseurs de soins de santé de mieux utiliser ces outils et ainsi de les prescrire aux patients qui ont le plus de chances d'en bénéficier. Depuis 2017, Santé Canada travaille sur une nouvelle politique qui rendra accessible les données sur la sécurité et l'efficacité des médicaments et instruments médicaux utilisées dans son processus de réglementation (Santé Canada, 2017). Malgré ce progrès non négligeable dans le domaine médical, l'accessibilité aux renseignements cliniques et données scientifiques appuyant une énorme proportion des soins de santé ne sont pas encadrées légalement et certaines sont en accès payant.

Ensuite, la diffusion publique obligatoire des échanges financiers entre les fournisseurs de soins de santé et les entreprises liées aux médicaments et instruments médicaux est essentielle pour éviter le surdiagnostic et le surtraitement. Les médecins, par exemple, peuvent recevoir des compensations financières de l'industrie pharmaceutique la participation à des essais cliniques, des fonds de recherche, des fonds pour participer à des conférences médicales ou encore pour donner des formations sur des médicaments spécifiques ou pour devenir conseiller pour l'entreprise (Crowe, 2017a). Les États-Unis ont une loi obligeant les médecins à déclarer tout revenu supérieur à 10\$US provenant de l'industrie pharmaceutique (Open Pharma Initiative, 2016), mais Canada et le Québec n'ont pas encore d'encadrement juridique de cette nature.

En plus d'affecter la relation de confiance entre le personnel et la clientèle des soins de santé, des liens financiers avec l'industrie peuvent biaiser les opinions exprimées par ces professionnels lorsqu'ils participent à un comité d'experts de leur domaine. Des tels comités sont souvent responsables de déterminer les lignes directrices et protocoles d'intervention médicaux. Or, la présence d'un expert lié à une entreprise pharmaceutique produisant un médicament discuté dans le protocole met en doute l'objectivité des lignes directrices, comme ç'a été le cas pour les lignes directrices de prescription d'opioïdes canadiennes en 2017 (Crowe, 2017b). Bien que nous n'ayons présenté que des exemples relevant des médecins parce qu'ils sont les prescripteurs majeurs, ce même raisonnement s'applique à l'ensemble du personnel des soins de santé.

3.5 Élaborer des stratégies visant à diminuer la surprescription

Autant en termes de couts financiers sur le système que de cout médical sur la clientèle, la surprescription est une forme particulièrement nuisible de la surmédialisation. Pour cette raison, il est essentiel de se pencher prioritairement sur cette problématique. Il faut cependant éviter de tomber dans l'autre excès, potentiellement encore plus dommageable, que serait la sous-prescription. Les modalités de ce qui constitue la prescription optimale doivent relever d'un consensus entre les différentes professions impliquées et s'adapter à la situation de santé de la clientèle. Néanmoins, la recherche définit des critères permettant d'établir ce qui représente de la sous-prescription et de la surprescription. Le MSSS a donc tout avantage à faire appliquer ces derniers. D'abord ils permettraient de réaliser des économies considérables à l'ampleur du RSSS, ensuite parce que les fonds économisés pourraient être relocalisés où ils créent plus de valeur.

3.5.1 Contrôler la surprescription des antibiotiques

La résistance aux antibiotiques est un enjeu mondial menaçant la vie de milliers de personnes chaque année. L'une des causes importantes contribuant au phénomène est une prescription sous-optimale des antibiotiques. En septembre 2016, l'OMS a énoncé une déclaration afin de lutter contre l'augmentation des infections résistantes aux antimicrobiens. Parmi les recommandations

du groupe figure l'amélioration de la prescription des antibiotiques. De plus en plus de cas d'infections courantes telles que la pneumonie, la tuberculose et la gonorrhée deviennent presque impossibles à traiter à cause de la perte d'efficacité des antibiotiques (OMS, 2017).

Une étude menée par le Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université Laval visait à tester l'efficacité du modèle de décision partagée avec le patient (similaire à l'approche de partenariat de soins et de services [PSS] déjà mentionnée dans ce mémoire) en vue de corriger la prescription inappropriée et excessive d'antibiotiques pour traiter les infections des voies respiratoires supérieures (IVRS), pour lesquelles une faible proportion d'agent causal est d'origine bactérienne (Légaré et al., 2012). Les médecins de famille devaient suivre une formation en ligne traitant des concepts-clés du modèle, soit les diagnostics différentiels, les traitements et la communication efficace avec le patient des risques et des bénéfices des possibles interventions. Les résultats démontrent que le modèle de décision partagée est une méthode efficace pour réduire la surutilisation d'antibiothérapies lorsque non nécessaire.

Une étude publiée par le groupe Infectious Disease Society of America met de l'avant l'efficacité d'un programme institutionnel de gestion de l'utilisation des antibiotiques au sein des hôpitaux. Ce programme inclut des recommandations quant à la sélection, au dosage et à la durée du traitement antibiotique. L'étude démontre que la combinaison de ce programme avec un programme de contrôle des infections limite l'émergence et la transmission des bactéries résistantes aux antibiotiques tout en réduisant le coût des soins de santé, et ce sans impact sur leur qualité (Dellit et al., 2007). Une diminution de 22 à 36% de l'utilisation inappropriée d'antibiotiques a été constatée suite à l'instauration de ce programme. La collaboration entre un médecin spécialiste en maladies infectieuses et un pharmacien clinicien avec une formation en maladies infectieuses est primordiale au succès de ces mesures. Parmi les recommandations énoncées, on note l'utilisation d'un formulaire de restriction et de préautorisation avant la prescription d'un antibiotique. Les bénéfices à long terme d'une telle pratique n'ont cependant pas encore été démontrés.

3.6 Promouvoir la prévention par de saines habitudes de vie auprès du personnel et de la clientèle des soins de santé

La prévention est un outil-clé de la lutte à la surmédicalisation. La promotion doit en être faite à tous les niveaux du système de santé et de services sociaux, autant auprès de son personnel qu'auprès de sa clientèle. Des habitudes optimales aux niveaux de l'alimentation, du sport, du tabac, de la consommation d'alcool, de l'hygiène de sommeil, de la gestion du stress ne sont que des exemples parmi de nombreux autres de contributions souvent négligées à la santé globale d'un individu. Tous les représentants du RSSS doivent travailler à en faire comprendre l'importance. Nous recommandons à cet effet d'implanter des incitatifs à initier la conversation à ce propos avec la clientèle, par exemple en lui réservant une proportion de toute intervention auprès d'elle. De l'enseignement à propos des manières optimales d'aborder les changements comportementaux avec la clientèle devrait aussi s'ajouter aux formations initiale et continue.

3.6.1 Créer des comités interministériels travaillant à la proposition de méthodes visant le déploiement de cette promotion

Le MSSS doit reconnaître la pertinence d'autres ministères dans des interventions pouvant mener à une meilleure promotion de la prévention. À cet effet, nous lui recommandons de mettre sur pied des comités interministériels expressément formés pour proposer de telles mesures. Ceux-ci pourraient parfaitement, dans l'idée d'en limiter les coûts, avoir une durée de vie limitée dans le temps. Ils pourraient être composés d'anciens et d'actuels acteurs du RSSS. Les modalités devront en être décidées selon le fonctionnement propre à chaque ministère, tant que leurs résultats et l'application des mesures recommandées relèvent de leur responsabilité commune.

Conclusion

Ces 20 recommandations sont le fruit de la consultation des futurs professionnels en santé et en services sociaux du Québec. S'appuyant sur des données probantes ainsi que sur le travail d'experts et de groupes communautaires, ils présentent des pistes de solution audacieuses mais pas moins opérationnalisables, qui peuvent contribuer à un système de soins et de services plus efficace.

Le FRESQue présente ces recommandations au ministère de la Santé et des Services sociaux et au ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur avec la certitude que leur considération attentive résultera en des interventions effectives en vue du contrôle de la surmédicalisation et de la surutilisation du système de soins de santé et de services québécois.

Au plaisir de collaborer dans la suite des choses,

L'équipe de recherche et de rédaction du mémoire 2018
Le conseil d'administration du FRESQue 2019-2020

Médiagraphie

- Anim-Somuah, M., Smyth, R. et Howell, C. (2005). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1-69.
- Association médicale canadienne (AMC ; 2013). *Appropriateness in Health Care – CMA Policy*. Canada.
- Association médicale du Québec (AMQ; 2013). *Optimisation de la pratique clinique – Mieux choisir*. Québec.
- Association médicale du Québec (AMQ ; 2014). *Le surdiagnostic : constats et plan d'action – 1er symposium québécois sur le surdiagnostic*. Québec.
- Beake, S., Yan-Shing Chang, B.A., Cheyne, H. et al. (2018). Experiences of early labour management from perspectives of women labour companions and health professionals : A systematic review of qualitative evidence. *Midwifery*, 57, 69-84.
- Canadian Institute for Health Information (2017). *Unnecessary care in Canada*. Ottawa, Ontario: CIHI. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/choosing-wisely-technical-report-fr-web.pdf>
- Carter, S. M., Rogers, W., Heath, I., Degeling, C., Doust, J., & Barratt, A. (2015). The challenge of overdiagnosis begins with its definition. *British Medical Journal*, 350.
- Chiolero, A., Paccaud, F., Aujesky, D., Santschi, V., & Rodondi, N. (2015). How to prevent overdiagnosis. *Swiss Medical Weekly*, 145, w14060.
- Cribb, A., & Entwistle, V. A. (2011). Shared decision making: trade-offs between narrower and broader conceptions. *Health Expectations*, 14(2), 210-219.
- Crowe, K. (2017a). “Does your doctor get money from drug companies? It's not easy to find out.” *CBCnews, CBC/Radio Canada*, www.cbc.ca/news/health/doctors-pharmaceutical-funding-1.4164625
- Crowe, K. (2017b). Opioid conflict-of-interest controversy. *CBC News, CBC/Radio Canada*, www.cbc.ca/news/health/opioid-pain-philpott-mcmaster-university-purdue-pharmadrug-industry-conflict-1.4121956.
- Dellit, T. H., Owens, R. C., McGowan, J. E., Gerding, D. N., Weinstein, R. A., Burke, J.P., (...) & Hooton, T. M. (2007). Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America guidelines for developing an institutional program to enhance antimicrobial stewardship. *Clinical Infectious Diseases*, 44(2), 159–177
- Dessureault, A. (2015). La médicalisation de l'accouchement : impacts possibles sur la santé mentale et physique des familles. *Devenir*, 27(1), 53-68.
- Gouvernement du Québec. (2017). *L'innovation prend vie : Stratégie québécoise des sciences de la vie 2017-2027*.

- Gouvernement du Québec. (2018). Les sciences de la vie : une industrie clé pour l'économie du Québec.
- Gouvernement du Québec. (2018) Un Québec pour tous les âges : Le Plan d'action 2018-2023.
- Hanslik, T. & Flahault, A. (2015). La surmédicalisation : quand trop de médecine nuit à la santé. *La Revue de médecine interne*, 37. 201-205.
- Hofmann, B. (2014). Diagnosing overdiagnosis: conceptual challenges and suggested solutions. *European journal of epidemiology*, 29(9), 599-604.
- Hongsoo, K., Harrington, C., & Greene, W.H. (2009). Registered nurse staffing mix and quality of care in nursing homes : A longitudinal analysis. *The Gerontologist*, 49 (1). 89-90
- Ioannidis, J. P. A. (2014). More than a billion people taking statins? *JAMA*, 311(5), 463.
- Laffon de Mazières, C., Morley, J. E., Levy, C., Agenes, F., Barbagallo, M., Cesari, M., (...) & Rolland, Y. (2017). Prevention of Functional Decline by Reframing the Role of Nursing Homes? *JAMDA*, 18. 105-110.
- Légaré, F., Labrecque, M., Cauchon, M., Castel, J., Turcotte, S. & Grimshaw, J. (2012). Training family physicians in shared decision-making to reduce the overuse of antibiotics in acute respiratory infections: a cluster randomized trial. *CMAJ* : 184(13), E726–34.
- Lehuteur, D., Strapasson, M. R., & Fronza, E. (2017). Non-pharmacological management of relief in deliveries assisted by an obstetric nurse. *Journal of Nursing*, 11(12). 4929-4937.
- McCormack, B., & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centered nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5). 472–479.
- Morgan D. J., Brownlee, S., Leppin, A. L., Kressin, N., Dhruva, S. S., Levin, L.(2015). Setting a research agenda for medical overuse. *British Medical Journal*, 351.
- Moynihan, R., Doust, J., & Henry, D. (2012). Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ: British Medical Journal*, 344.
- Open Pharma Initiative. (2016). Why Open Pharma. <http://open-pharma.org/news-and-evidence/>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ ; 2018). Exercice infirmier auprès des personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) – Cadre de référence. Montréal.
- Organisation de coopération et de développement économique (OCDE ; 2017). Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé – Synthèse. Paris.
- Organisation Mondiale de la Santé. (OMS ; 2017). Aide-mémoire : Résistance aux antibiotiques. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antibiotic-resistance>
- Ouslander, J. G., Lamb, G., Perloe, M., Givens, J. H., Kludge, L., Rutland, T., (...) & Saliba, D. (2010). Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents : Frequency, causes and costs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58 (4), 627-635.

Rogers, W. A., Craig, W. L., & Entwistle, V. A. (2017). Ethical issues raised by thyroid cancer overdiagnosis: A matter for public health?. *Bioethics*, 31(8), 590-598.

Santé Canada – Direction générale des produits de santé et des aliments (2017). Diffusion publique de renseignements cliniques dans les présentations de médicaments et les demandes d'homologation d'instruments médicaux. Repéré à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/programmes/diffusion-publique-renseignements-cliniques-presentations-medicaments-demandes-homologation-instruments-medicaux.html>

Van Dijk, W., Faber, M. J., Tanke, M. A. C., Jeurissen, P. P. T., & Westert, G. P. (2016). Medicalisation and Overdiagnosis: What Society Does to Medicine. *International Journal of Health Policy and Management*, 5(11), 619–622.

Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2e éd.). Montréal : ERPI.

Voyer, P., Verreault, R., Azizah, G. M., Desrosiers, J., Champoux, N., & Bédard, A. (2005). Prevalence of physical and verbal aggressive behaviors and associated factors among older adults in long-term care facilities. *BMC Geriatrics*, 5(13).

Zdenkowski, N., Butow, P., Tesson, S., & Boyle, F. (2016). A systematic review of decision aids for patients making a decision about treatment for early breast cancer. *The Breast*, 26, 31-45.