Journée consultation première ligne Saguenay-Lac-St-Jean

27 avril 2015

Atelier EMP et surdiagnostic

**Sur l’EMP**

Les études concernant les examens annuels chez les patients en bonne santé n’ont pas prouvé qu’ils peuvent diminuer la mortalité et la morbidité.

L’EMP peut créer des problèmes d’accessibilité. Cependant on se questionne si c’est un réel problème. L’examen annuel ou bisannuel prend plus de temps (30-45 min.) alors qu’un rendez-vous régulier sera plus de 10-15 min.

Il a été soulevé qu’il peut arriver que les patients ou même les médecins peuvent sentir une obligation de voir les gens (en bonne santé) à chaque année ou aux deux ans afin de garder un dossier ouvert. Cependant, le nouveau code de déontologie mentionne que le médecin qui désire ou qui doit mettre fin au lien thérapeutique avec un patient, doit en aviser celui-ci.

Cependant, il est difficile d’intégrer la prévention dans un rendez-vous pour un problème pointu (ce qu’on risque de voir de plus en plus en accès adapté?)

Il faut faire une nuance entre l’EMP chez la personne en bonne santé et chez une personne ayant des problèmes plus complexes.

**Solutions:**

Sensibiliser les médecins sur ce nouvel aspect du code de déontologie, en informer les patients.

**Implication d’autres professionnels (ex: les pharmaciens communautaires) dans la réalisation d’actes préventifs (vaccination etc) et aussi de suivi de conditions chroniques (suivi HTA et glycémie) Note: attention de garder un accès gratuit.**

Utilisation du Guide de prévention clinique du Collège des Médecins qui est succinct et tient sur une page.

**À propos du surdiagnostic et surtraitement**

Les guides de pratiques cliniques sont souvent conçus par des spécialistes et ne s’appliquent pas toujours à notre clientèle. Cependant on peut avoir un malaise à ne pas les suivre par peur de poursuites.

Les patients ont tendances à demander plus d’examens (anciens guide de pratiques, obsession pour la ‘santé’, recherches sur le web, pression des familles ou besoin d’être rassurés)

Gérer les recommandations des spécialistes (ex: récurrence d’examens de contrôle pour un nodule en radiologie)

Examens d’imagerie demandés en double ou en triple avec le patient qui y va quand même.

**Solutions:**

**Éducation aux professionnels et auprès des patients**

Faire la promotion d’initiatives comme Choisir avec Soin autant auprès des professionnels que des patients (des outils ont été développés pour les deux).

Utiliser des documents déjà produits par la santé publique (ex: auto-mesure de HTA), les répertorier et les utiliser régionalement, utiliser les écrans dans les établissements et les cliniques pour passer des messages de préventions ou d’autogestion de la santé. Offrir aux patients des adresses de sites internet fiables pour s’informer sur sa santé.

Diffuser des bonnes pratiques (passer par le DRMG?) par rapport à la prise en charge en première ligne.

Format convivial

**Utiliser les technologies de l’information déjà en place (ou qui sont en cours de déploiement)**

DSQ: déficiences mais prometteur

OACIS en cliniques médicales

Avoir la possibilité d’obtenir une rétroaction sur notre pratique (examens demandés, médicaments prescrits) comparée à une moyenne adaptée à notre profil de pratique.

Quel apport la direction de la performance (dans le CIUSS) peut avoir dans l’amélioration des soins de première ligne?

Solutions plus globales:

Créer une table multidisciplinaire en première ligne (ex de Jonquière et Comité MD,inf et pharmacie)

De façon globale, la communication est la clef. Communiquer entre professionnels, entre médecins. Obtenir les bonnes informations au bon moment.

Meilleure communication entre médecins et pharmaciens particulièrement pour les patients atteints de maladies chroniques ou plus complexes.

Unifier les sources (guides de bonnes pratiques, dernières recommandations