

Le patient expert: Un dialogue de plus en plus exigeant pour le médecin

Par le Dr Alain Larouche le 11 septembre 2013 pour [L'actualité médicale](#)

Blogue à part
par le Dr Alain Larouche

L'accès aux informations de santé a eu des impacts bien réels sur la relation entre le médecin, ses patients et les proches de ces derniers. De nombreux articles, colloques et conférences ont abordé de manière détaillée le nouveau patient « Internet », qui se présente à la consultation avec un bon bagage de connaissances et, surtout, avec des questions soulevées par ses lectures et ses recherches. Je ne m'attarderai pas sur le sujet dans cette chronique tant il est vaste et encore à documenter.

Je veux plutôt vous parler d'un nouveau type de patient qui va prendre de plus en plus de place dans votre quotidien : un patient doté d'outils de gestion des risques et capable de se prononcer sur les choix thérapeutiques qui le concernent. Deux lectures récentes ont frappé mon imagination.

Le calculateur des risques chirurgicaux

Le Programme national d'amélioration de la qualité en chirurgie du Collège américain des chirurgiens (ACS NSQIP) vient de rendre accessible sur son site Web un outil qui permet de calculer les risques de complications à la suite d'une chirurgie¹. À l'aide d'un formulaire en ligne, le médecin et le patient – ou le patient tout seul – remplissent un questionnaire portant environ sur 1500 procédures. Le résultat final permet d'exposer au patient les risques qu'il encourt de développer une complication en post-opératoire (parmi une dizaine de possibilités), et lui donne ainsi une information fiable lui permettant de jauger les risques en regard des bénéfices escomptés par la chirurgie². On peut imaginer ainsi qu'un patient qui souffre depuis des années de douleurs abdominales périodiques, associées par son médecin à la présence de calculs biliaires, va pouvoir mieux décider s'il prend le risque de subir des complications ou de laisser les calculs en place.

Les données utilisées pour élaborer cet outil ont les caractéristiques suivantes :

Elles proviennent des dossiers des patients et non des réclamations aux assureurs. Ainsi dans une étude comparative avec les données de facturation colligées par le programme du Consortium universitaire des systèmes de santé, l'ACS NSQIP a identifié 61 % plus de complications, dont 97 % plus d'infections sur le site chirurgical.

Elles sont ajustées aux risques. Il s'agit de prendre en compte chez chaque patient les caractéristiques sociodémographiques et médicales pouvant avoir une influence sur l'apparition de complications. J'ai eu l'occasion de travailler avec un tel modèle de prédiction du risque ajusté à la comorbidité. J'ai été impressionné par les facteurs pris en

compte et, surtout, par l'impact de chacun de ces facteurs sur l'apparition de complications.

Elles sont ajustées au groupe de diagnostics (Case-mix-adjusted). Ainsi, la capacité de prédiction de l'outil tient compte de la complexité des types d'intervention selon les milieux de soins, par exemple un CH universitaire par rapport à un CH de soins généraux.

Elles sont basées sur les résultats obtenus dans les 30 jours post-opératoires. Plus de la moitié des complications surviennent après le congé du patient et sont la cause de réadmissions, sinon d'un décès.

On peut facilement imaginer les conséquences de l'utilisation d'un tel modèle au Québec. Le chirurgien sera plus à l'aise pour expliquer clairement le potentiel de complications, tout comme il sera amené à faire les meilleures recommandations possibles. Le patient, quant à lui, sera en mesure de prendre une décision éclairée, basée sur des données factuelles et indépendantes. Et qui sait si le nouveau mode de financement axé sur le patient ne reposera pas, en partie, sur ce type d'outil.

L'urgence du recours à des outils puissants d'aide à la décision

Comme ces connaissances existent et sont bien documentées, il ne serait pas surprenant qu'un de ces bons matins, un patient se présente à son rendez-vous et, au moment où vous lui prescrivez des médicaments, vous demande de saisir l'information directement sur son téléphone intelligent. Une alerte quelconque lui signifierait ensuite si la médication prescrite est sécuritaire en fonction de son état de santé, des autres médicaments qu'il prend déjà, de son âge, de son sexe, etc. Irréaliste ? Je ne crois pas.

Le patient informé et compétent s'impose de plus en plus et pourra compter demain sur des technologies du savoir et d'aide à la décision qui reposeront sur des bases scientifiques rigoureuses. Il va donc de soi, à mon humble avis, que le médecin s'équipe lui aussi d'instruments au moins aussi puissants, en appui à sa pratique. Des outils québécois existent déjà, notamment MOXXI, dans le domaine du médicament (voir l'encadré) et Concerto, pour les maladies chroniques (pour lequel je n'indiquerai pas de détails puisque que je suis directement concerné par son développement).

Il est vrai qu'aucun être humain n'est identique à un autre et que ce qui est vrai pour une majorité de vos patients ne l'est pas pour les autres. Mais il n'en demeure pas moins qu'il faut être capable de le démontrer, de l'expliquer et d'aider son patient à prendre la meilleure décision possible.

Des outils québécois pour adapter sa pratique

MOXXI, un exemple éloquent

MOXXI (The medical office of the 21st century) est un projet³ qui consiste à soutenir les médecins de première ligne et les pharmaciens afin d'utiliser le médicament de façon optimale, de diminuer les réactions indésirables et d'éviter les prescriptions inappropriées. À l'aide d'un outil informatisé performant, d'un système d'aide à la décision et d'un prescripteur électronique, les médecins participants ont accès à la liste exhaustive des médicaments servis aux patients faisant partie du projet. Voici trois types d'information que vous pourriez obtenir.

1. Information clinique

- 26 conditions de santé en lien avec les contre-indications médicamenteuses ciblées tout comme d'autres maladies chroniques;
- alertes pour identifier 159 problèmes cliniques liés à la prescription chez les personnes âgées :
 - 26 pour les contre-indications médicamenteuses
 - 23 pour les interactions médicamenteuses
 - 17 pour les contre-indications en lien avec l'âge
 - 3 pour la durée du traitement
 - 90 pour la duplication thérapeutique.

2. Coordination des services

- 40 % des personnes âgées fréquentent plus d'une pharmacie;

3. 70 % voient plus d'un médecin. Renseignements de « santé publique » :

- les événements indésirables liés aux médicaments sont la sixième cause de décès et sont une cause importante de morbidité, surtout chez les aînés;
- les prescriptions inappropriées, donc évitables, sont la cause d'au moins 20 % des événements indésirables;
- les personnes âgées sont les plus à risque de recevoir des prescriptions inappropriées;
- les médecins en première ligne rédigent 80 % des prescriptions pour les personnes de 65 ans et plus.