

AMQ

Médecins
EN ACTION

Première conférence internationale sur le surdiagnostic

Rapport de mission

29 octobre 2013

Preventing Overdiagnosis

1^{ère} conférence internationale sur le surdiagnostic
9 au 12 septembre 2013, Hanover, New Hampshire

Rapport de mission

1. Contexte

La participation de l'Association médicale du Québec à la 1^{ère} conférence internationale sur le surdiagnostic s'inscrit dans les travaux qu'elle a amorcés depuis le début de l'année 2013.

En effet, en avril 2013, l'AMQ publiait un document de réflexion sur l'optimisation de la pratique clinique ⁽¹⁾. Dans ce document, l'AMQ faisait un survol des plus récentes évaluations de la performance de notre système de santé, sur les plans de l'efficacité et de l'efficience. On y trouvait ensuite une analyse sommaire des perspectives budgétaires, dans le contexte des modifications apportées en 2011 par le gouvernement fédéral aux paramètres de financement des principaux programmes de transfert.

Il est évident que dans ce contexte, les pressions sur les établissements et les dispensateurs de soins seront grandes pour modifier les façons de faire afin d'améliorer l'efficience et la performance du système.

Deux grandes avenues peuvent être envisagées pour le gouvernement. Il est important de noter que ces deux avenues ne sont pas mutuellement exclusives.

La première consiste à privilégier les mesures visant **un meilleur contrôle** relié aux principaux postes de dépenses : les budgets des établissements, la masse salariale des médecins et les médicaments. Ce contrôle accru se traduit nécessairement par un rationnement des services. C'est la voie que semble vouloir emprunter le gouvernement du Québec, du moins si on se fie aux crédits 2013-2014.

La deuxième avenue qui peut être envisagée consiste à s'attaquer à l'inefficacité. Surtraitements, lacunes dans la coordination des soins, infections nosocomiales, erreurs

de médication, incidents évitables, réadmissions, etc. Comment les médecins, de concert avec les autres professionnels de la santé, peuvent-ils contribuer à endiguer, voire à éliminer ces sources de gaspillage qui menacent la pérennité de notre système?

Voilà donc la question que posait alors l'AMQ et qui demeure plus que jamais d'actualité.

2. La mission

Après cette sortie publique de l'AMQ, qui a trouvé écho chez plusieurs de ses partenaires, la tenue de la 1^{ère} conférence internationale sur le surdiagnostic, *Preventing Overdiagnosis*, au New Hampshire, arrivait à point nommé ⁽²⁾. En effet, le surdiagnostic et le surtraitement ne peuvent être ignorés dans toute discussion ou réflexion sur l'optimisation de la pratique clinique.

Plus de 320 scientifiques, médecins, stratèges et défenseurs des consommateurs provenant d'une trentaine de pays sur six continents ont participé à cette conférence qui portait sur la prévention du surdiagnostic et autres problématiques sous-jacentes, telles que la surmédicalisation, la surdétection, l'obsession diagnostique et le surtraitement. La conférence était organisée par une alliance formée d'un des journaux médicaux les plus réputés au monde, le *British Medical Journal*, d'une organisation américaine de défense des consommateurs renommée, *Consumer Reports*, ainsi que de *The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice* et de *Bond University* d'Australie.

Bien que la préoccupation du phénomène du surdiagnostic et du surtraitement semble embryonnaire, au Québec, plusieurs organisations solidement implantées dans notre réseau de la santé se sont montrées intéressées à creuser cet enjeu. À l'initiative de l'AMQ, une délégation québécoise formée d'une quinzaine de médecins, médecins-gestionnaires et professionnels en recherche et en évaluation a participé à la conférence (la liste des participants apparaît en annexe).

Pour l'AMQ, l'objectif de la mission était double :

- Prendre connaissance des plus récents travaux, au plan international, sur le phénomène de la surinvestigation et des stratégies mises de l'avant dans le but de contrer ce phénomène.
- Favoriser la concertation entre les différentes organisations au Québec afin de faire avancer la réflexion et l'action dans le dossier de l'optimisation de la pratique médicale.

3. Les enjeux de la prévention du surdiagnostic

Le phénomène du surdiagnostic doit être abordé dans ses quatre grandes dimensions : définir le phénomène, en mesurer l'ampleur, communiquer les enjeux aux parties prenantes afin de susciter leur adhésion et agir de façon concrète dans tous les milieux cliniques et auprès de la population.

Définir

Même si plusieurs définitions coexistent dans la littérature, celle qui a été communiquée lors de la conférence semble faire consensus :

Le surdiagnostic survient quand, chez une personne, on diagnostique une maladie qui ne causera jamais ni symptôme, ni mort, ou qu'on pose tout geste qui n'apporte pas de valeur ajoutée à un traitement.

Cette définition, quoique correcte, nous semble limitative. Il faut en effet considérer les bénéfices réels qu'entraînent certaines interventions en regard des risques encourus, incluant le fardeau financier. En somme, l'équation coût/bénéfice/risque doit demeurer au cœur de notre réflexion et de notre action sur l'enjeu de l'inflation diagnostique.

Mesurer

De nombreux exemples ont été exposés pour illustrer le surdiagnostic : hypertension artérielle limite (borderline), diabète, hypercholestérolémie, ostéoporose, examens d'imagerie de dépistage des cancers (prostate, thyroïde, poumon, mélanomes, sein et

« incidentalomes », alias tumeurs de découverte fortuite). Le surdiagnostic survient aussi quand on prescrit des examens ou des tests qui n'apportent aucun élément pertinent pour établir un diagnostic et amorcer un traitement.

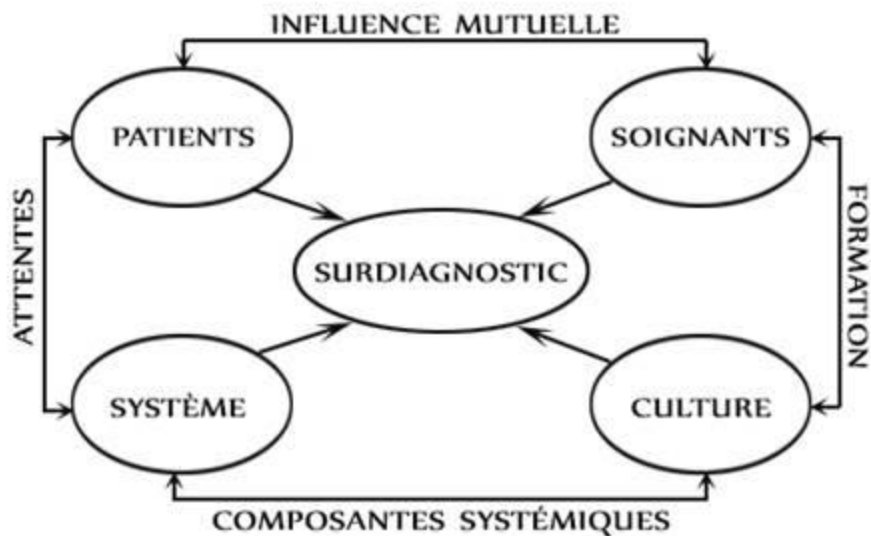
Communiquer

L'enjeu du surdiagnostic touche de nombreuses parties prenantes. On a vu que des stratégies de communication et de transfert des connaissances doivent être élaborées afin de sensibiliser l'ensemble des professionnels de la santé à ce phénomène, mais aussi pour faciliter les échanges entre les professionnels et leurs patients. À cet égard la collaboration de *Consumer Reports* dans le cadre du programme *Choosing Wisely* mérite d'être soulignée et peut, certes, servir de modèle pour faciliter la vulgarisation et la dissémination de l'information auprès de la population en général.

Agir

Les pistes d'action retenues tiennent compte des quatre grands vecteurs qui alimentent l'inflation diagnostique et thérapeutique, soit les professionnels soignants, les patients et les groupes de pression qui les regroupent, les composantes systémiques (développements technologiques, médecine défensive, modes de rémunération, etc.) et la culture professionnelle.

Ce modèle d'influence peut être illustré de la façon suivante :



(adapté de Parmar, M. et Parmar K., 2013)

Comme nous le verrons plus loin, il est possible d'identifier un certain nombre de facteurs qui contribuent à alimenter l'inflation diagnostique et thérapeutique. Ces facteurs ne sont toutefois pas mutuellement exclusifs. Ainsi, les comportements qu'adoptent les soignants peuvent être influencés par les attitudes et les besoins exprimés par les patients. De même, certaines composantes systémiques très structurantes (par exemple, les modes de rémunération) peuvent influencer tant les politiques de santé que la culture médicale elle-même.

Les attentes que les patients placent dans notre système de santé, alimentées par différents facteurs, contribuent aussi à modeler certains comportements qu'ils adoptent lorsqu'ils interagissent avec des professionnels de la santé. Enfin, la formation que les professionnels reçoivent est également un facteur d'influence non négligeable sur les comportements qu'ils adoptent.

De toute évidence la problématique du surdiagnostic et du surtraitement est multidimensionnelle et multifactorielle. Les stratégies qui seront mises de l'avant pour en contrer les effets pervers devront en tenir compte. La culture de notre système pousse les différents acteurs à multiplier les interventions, tout en minimisant les risques, en amplifiant les bénéfiques et en considérant peu les coûts qui y sont associés. S'il y a un

facteur commun aux quatre vecteurs d'inflation thérapeutique, c'est la certitude fortement enracinée que « faire plus, c'est mieux ».

4. Les facteurs qui contribuent au surdiagnostic

Un grand nombre de facteurs alimentent les vecteurs d'inflation diagnostique et thérapeutique⁽³⁾. Essayons d'en identifier quelques-uns. Les facteurs qui suivent ont été évoqués par certains conférenciers tout au long des discussions. Quelques-uns de ces facteurs sont plus associés à des systèmes de santé très différents du nôtre sur le plan structurel et sur le plan du financement. Ils sont donc présentés à titre indicatif.

*Le vecteur **culture** – les facteurs reliés à la culture de la pratique médicale*

- La peur du litige (médecine défensive).
- « Prévenir vaut mieux que guérir. » Associer le diagnostic précoce et le traitement aux bienfaits de la prévention.
- La médicalisation du vieillissement.
- La médecine basée sur les données probantes, souvent déterminées sous l'influence de l'industrie.
- Le biais de certaines publications qui font la promotion des nouvelles technologies et des « cas rares ».
- La médiatisation entourant la disponibilité et l'utilité des nouvelles technologies.
- « Ce qui est nouveau est mieux. »

*Le vecteur **système** – les politiques de santé dictées par les politiciens, les sociétés médicales et les associations de défense des patients*

- Les technologies de l'information dont le déploiement limité entraîne les duplications de tests et d'examens.
- Les campagnes massives de détection précoce.
- La rémunération à l'acte.
- Le recours aux guides de pratique clinique en substitution au jugement clinique.
- La répétition d'examens dans les centres de référence (niveau tertiaire).

- La « protocolisation » excessive.
- L'accent mis sur l'utilisation des guides de pratique clinique plutôt que sur les extrants (*outcomes*).
- Les tests et examens demandés par les infirmières praticiennes spécialisées.
- La dépendance à l'imagerie médicale.

*Le vecteur **patients** – les convictions, les valeurs et les besoins individuels*

- Les pressions pour avoir accès à un traitement ou à un examen.
- La certitude qu'une intervention diagnostique ou pharmacologique est nécessaire.
- L'accès à l'information en ligne.
- La peur du vieillissement.
- Les antécédents familiaux.
- « En avoir le cœur net. »

*Le vecteur **soignants** – l'influence des valeurs, des attitudes et des besoins des médecins de famille et des spécialistes*

- L'utilisation des tests hyper-sensibles dans des situations cliniques inappropriés.
- La pratique de la médecine d'exclusion – exclure toute possibilité.
- Pallier le manque de connaissance/confiance par le recours à des tests.
- Ne pas vouloir être le médecin qui est « en reste » – pratiquer une médecine basée sur les modes courantes.
- Être sûr à 100 % – confirmer ce qui est évident – « une photo vaut mille mots. »
- Acheter du temps – quand la nature pourrait prendre soin du problème.
- L'incapacité de ne rien faire – il **faut** faire quelque chose.
- Demander des tests d'imagerie avant l'évaluation clinique.
- Demander des tests d'imagerie sans donner l'information clinique complète, ce qui se traduit par des tests inutiles.
- Pratiquer l'autoréférence.

5. Déclaration

Au terme de la conférence, les organisateurs ont émis la déclaration suivante ⁽⁴⁾ (traduction libre de l'AMQ) :

Le surdiagnostic cause du tort à la population partout dans le monde et exacerbe le rationnement des services par le gaspillage de ressources limitées ⁽ⁱ⁾. Plus de 320 scientifiques, médecins, stratèges et défenseurs des consommateurs provenant d'une trentaine de pays sur six continents ont assisté à la première conférence scientifique sur la prévention du surdiagnostic et autres problématiques sous-jacentes, telles que la surmédicalisation, la surdétention, l'obsession diagnostique et le surtraitement ⁽ⁱⁱ⁾. La conférence était organisée par une alliance formée d'un des journaux médicaux les plus réputés au monde, le *British Medical Journal*, d'une organisation américaine de défense des consommateurs renommée, *Consumer Reports*, ainsi que de *The Dartmouth Institute* et de *Bond University* d'Australie.

Plus de 150 présentateurs ont décortiqué la science du surdiagnostic et proposé divers moyens de contrer les effets néfastes d'une médecine envahissante, de façon sécuritaire et équitable, dans le respect des valeurs de la population. La conférence mise sur les efforts de diverses initiatives visant la réduction du surdiagnostic et du surtraitement telles que *Less is more* ⁽ⁱⁱⁱ⁾, *Choosing Wisely* ^(iv), *Selling Sickness* ^(v) et *Right Care Initiatives* ^(vi).

La conférence a permis l'identification des priorités suivantes :

- Renforcer la science du surdiagnostic, développer un consensus sur les méthodes pour mesurer le problème et évaluer les stratégies visant à maximiser les bénéfices et minimiser les dommages.
- Développer et intégrer la formation sur le surdiagnostic dans les programmes de formation clinique des professionnels et des étudiants.

- Proposer des stratégies pour informer la population et les stratèges sur le problème et trouver des moyens de communication efficaces sur les pratiques contraires à l'intuition.
- Miser sur les efforts des systèmes de soins partout dans le monde visant à réduire le surdiagnostic et combattre les incitatifs pernicioseux qui transforment inutilement les personnes en patients. Plus spécifiquement, modifier la façon dont les maladies sont définies en minimisant les conflits d'intérêts professionnels et financiers au sein des panels d'experts et en évaluant rigoureusement les bénéfices et les dommages de l'élargissement de la définition des maladies.

Avis de non-responsabilité : Ces remarques reflètent l'avis des participants et ne peuvent être considérées comme représentatives de l'opinion de leurs employeurs ou des gouvernements.

(i) Illich I, Limits to Medicine. Marion Boyers. (reprint) 2000; Welch G, Schwartz L, Woloshin S. Overdiagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Health. Boston: Beacon; 2011; Brownlee S. Overtreated: why too much medicine is making us sicker and poorer. Bloomsbury; 2007; Moynihan R, Doust J, Henry D (2012) Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. BMJ 344: e3502; Berwick D, Hackbarth, A. Eliminating Waste in US Health Care. JAMA 2012;307(14):1513-1516

(ii) www.preventingoverdiagnosis.net

(iii) Grady D, Redberg R. Less is more: how less health care can result in better health. Arch Intern Med 2010;170:749-50.

(iv) Choosing Wisely. US physician groups identify commonly used tests or procedures they say are often not necessary. Press release, 4 April 2012. http://choosingwisely.org/wp-content/uploads/2012/03/033012_Choosing-Wisely-National-Press-RIs-FINAL.pdf

(v) www.sellingsickness.com

(vi) www.rightcaredeclaration.org

6. Quelques initiatives d'ailleurs...

L'Australie

Le programme NPS MedicineWise (NPS) a été mis en place en 1998 ⁽⁵⁾. Son objectif est de fournir aux professionnels et aux usagers information et soutien dans le but d'assurer une utilisation judicieuse des examens, des tests et des médicaments.

Une politique nationale a été publiée en 1992 et vise la création de partenariats de tous les groupes dont les activités peuvent influencer la consommation des services de santé, ainsi que la promotion de l'interdisciplinarité, avec le patient comme partenaire actif.

Les résultats d'une initiative récente du NPS ont été présentés par un des conférenciers ⁽⁶⁾. Le projet consistait à mesurer les conséquences financières d'un programme visant à influencer la gestion des maux de dos par des médecins en première ligne. On sait en effet que malgré des preuves solides à l'effet que l'imagerie médicale (tomodensitométrie) n'améliore pas la condition des personnes souffrant de lombalgie basse non compliquée, ce test est souvent prescrit par les médecins de famille. Une telle pratique non seulement constitue un fardeau financier important, mais peut même être préjudiciable pour les patients soumis à une irradiation inutile.

Un des éléments-clés de ce projet consistait à fournir aux médecins de famille une rétroaction aux prescripteurs de l'imagerie médicale dans la lombalgie basse non compliquée, ainsi qu'une liste des signes et conditions justifiant l'usage de l'imagerie. Cette rétroaction a entraîné des économies annuelles de 5,4 millions de dollars (CAD), découlant de la diminution de l'utilisation de cette seule approche diagnostique.

Le projet a fait la démonstration que l'information individualisée transmise aux médecins de famille, dans une optique d'autocontrôle, s'est avérée efficace pour diminuer le recours à l'imagerie dans les cas de lombalgie.

En Ontario

Pour favoriser l'utilisation appropriée des interventions de santé en Ontario, Qualité des services de santé Ontario (QSSO) a formé, en avril 2012, le Groupe de travail sur la pertinence, sous-comité du Comité consultatif ontarien des technologies de la santé (CCOTS) ⁽⁷⁾. Le CCOTS est un organisme d'évaluation des technologies de la santé reconnu internationalement. Plus précisément, il s'agit d'un sous-comité consultatif permanent qui formule des recommandations sur les interventions de santé en Ontario. Les membres du Groupe de travail sur la pertinence représentent les principales parties intéressées, dont l'Ontario Medical Association, l'Association des hôpitaux de l'Ontario, le Council of Academic Hospitals of Ontario, le milieu universitaire et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Les membres du groupe de travail ont élaboré un cadre de travail qui sert à déterminer, à établir les priorités et à évaluer de façon systématique les interventions qui semblent être utilisées de façon inappropriée. Pour sa première année de fonctionnement, les travaux du groupe de travail ont mené à l'identification de sept tests, pour lesquels la couverture provinciale sera restreinte à des indications ou des populations particulières, ou pour laquelle l'inscription sera retirée du formulaire provincial de réquisition pour des tests de laboratoire ⁽⁸⁾.

Les économies potentielles de 150 millions de dollars sont prévues sur une base annuelle, bien que des chiffres allant jusqu'à 250 millions aient été mentionnés.

L'initiative albertaine

Les soins de santé en Alberta sont présentement en restructuration importante avec l'introduction de réseaux stratégiques cliniques (*strategic clinical network – SCN*) ⁽⁹⁾.

Les SCN sont des structures formelles, composées de groupes multidisciplinaires qui ont une portée provinciale et dont le mandat est de concevoir et de recommander des plans d'amélioration. Ces plans présenteront des cibles, mesurables et durables, d'améliorations cliniques et opérationnelles dans la prestation des services de santé et de soins de l'Alberta. Ils vont intégrer les initiatives de recherche et les activités d'application des connaissances pour atteindre le bien-être à tous les âges.

En 2011, *Alberta Health Services* (AHS) a organisé une série de trois symposiums, soutenus par *l'Institute of Health Economics*, pour déterminer les caractéristiques des systèmes de santé les plus performants au monde. Une vingtaine de caractéristiques ont été retenues et servent de base aux actions de l'AHS.

Le *Health Quality Council of Alberta* (HQCA) a publié une matrice inclusive de qualité de six dimensions qui a été approuvée par la province : l'efficacité, l'efficience, la sécurité, l'accessibilité, la pertinence et l'acceptabilité. Chaque dimension a une définition spécifique qui peut éclairer l'élaboration des indicateurs et des paramètres de réussite des SCN.

L'AHS a développé un plan pour le développement et l'implantation des SCN. Les SCN sont organisés autour de secteurs stratégiques-clés qui transcendent les groupes de patients. Ces zones ont été identifiées comme ayant les plus grands besoins et le plus gros fardeau de la maladie, et où il est nécessaire d'améliorer la pratique clinique. Dans une première étape, six zones ont été développées à l'été 2012 : la santé mentale, la toxicomanie, le cancer, le diabète, l'obésité et la nutrition. À l'automne 2012, la santé de la population et la promotion de la santé ainsi que les soins primaires et la gestion des maladies chroniques, ont été ajoutés et intégrés dans les six SCN existants. Finalement, au printemps 2013, six nouveaux SCN seront intégrés :

- médecine complexe: respiratoire, rénale, gastro-intestinale et d'autres spécialités médicales
- maladie neurologique, ORL et ophtalmologie
- santé maternelle
- nouveau-né, l'enfant et de la jeunesse
- santé publique et promotion de la santé
- soins primaires et gestion des maladies chroniques

L'AHS reconnaît que les cliniciens, et en particulier les médecins, doivent être positionnés dans les principaux rôles stratégiques au sein de l'organisation. Ils ne sont pas seulement des leaders sur la ligne de front, mais ils doivent diriger également l'élaboration des stratégies visant la prévention et des soins de qualité dans la province.

Choosing Wisely Canada

Choosing Wisely Canada⁽¹⁰⁾ est une campagne qui vise à encourager les médecins et les patients à discuter des tests et des interventions qui peuvent être inutiles et, dans certains cas, préjudiciables. La campagne aide les patients et les médecins à faire des choix judicieux en soins de santé.

La campagne vise à encourager et à outiller les médecins pour leur permettre d'assimiler, d'évaluer et de mettre en œuvre l'information sans cesse grandissante sur les pratiques exemplaires. La campagne prend également en compte l'importance des patients mieux informés et le besoin de dissiper la fausse assertion qu'en matière de soins, « plus, c'est mieux ».

Choosing Wisely Canada est modelée sur l'exemple de la campagne *Choosing Wisely* qui a remporté un franc succès aux États-Unis⁽¹¹⁾. À l'initiative et sous la coordination de l'*American Board of Internal Medicine Foundation* (ABIMF), pas moins de 50 associations médicales ont joint les rangs de la campagne en dressant chacune une liste de cinq tests ou procédures que médecins et patients devraient remettre en question pour lesquels il y a tout lieu de croire qu'ils sont sources de gaspillage, surutilisés et même préjudiciables.

L'ABIMF a conclu un partenariat avec l'organisation de défense des consommateurs réputée, *Consumer Reports*, afin de produire une version vulgarisée de ces contenus, pour diffusion auprès du grand public. La campagne a suscité beaucoup d'intérêt, tant chez les médecins que chez les patients, et de nombreuses initiatives similaires ont vu le jour un peu partout dans le monde.

Le programme *Choosing Wisely Canada* consiste en des listes factuelles d'activités cliniques particulières à chaque spécialité, qui confèrent peu d'avantage, voire aucun, aux patients, mais qui sont souvent réclamées par les patients ou effectuées par les médecins. Les listes permettent d'appuyer au moyen d'un outil objectif la prise de décisions patient-médecin, ce qui devrait résulter en soins de meilleure qualité et plus pertinents.

Jusqu'ici, les sociétés médicales suivantes se sont jointes à la campagne *Choosing Wisely Canada* et s'emploient activement à dresser leurs listes :

- Société canadienne de cardiologie
- Association canadienne des radiologistes
- Forum de l'Association médicale canadienne sur les enjeux de la pratique générale et familiale
- Association canadienne d'orthopédie
- Société canadienne de médecine interne
- Association canadienne de rhumatologie
- Société canadienne de gériatrie

Plusieurs autres associations médicales ont manifesté leur intérêt pour cette campagne et il est plausible que 20 à 30 d'entre elles se joignent à l'initiative au cours des prochaines années.

Choosing Wisely Canada compte également travailler de concert avec les facultés de médecine afin de développer et d'intégrer la formation sur le surdiagnostic dans les programmes de formation clinique des professionnels et des étudiants. Des partenariats avec diverses organisations et associations dans le domaine de la santé seront conclus afin de favoriser la dissémination de l'information (les listes) dans les milieux cliniques. De plus, des partenariats seront également conclus avec des associations de patients et certains médias ciblés afin de sensibiliser les patients à cette problématique.

Choosing Wisely Canada, de concert avec les diverses associations médicales, rendra publique la première série de listes au printemps 2014.

7. Le comité directeur sur l'optimisation de la pratique clinique

L'AMQ a publié son document de réflexion sur l'optimisation de la pratique clinique en avril 2013. Elle a ensuite organisé et pris la tête d'une mission québécoise à l'occasion de la 1^{ère} conférence internationale sur le surdiagnostic, qui avait lieu à Hanover, New Hampshire, en septembre 2013.

Dans la foulée de ces initiatives, l'AMQ a mis sur pied un comité directeur sur l'optimisation de la pratique médicale. Le mandat de ce comité est le suivant :

- Proposer des stratégies en vue de sensibiliser l'ensemble des partenaires du réseau de la santé à l'importance de se préoccuper de l'optimisation de la pratique médicale.
- Élaborer et proposer un plan d'action dans le dossier de l'optimisation de la pratique clinique.
- Agir comme comité d'orientation pour l'organisation d'un colloque sur l'optimisation au printemps 2014.
- S'assurer que, de façon individuelle, les membres agissent comme agents de liaison auprès de leur milieu respectif pour susciter l'adhésion au projet d'optimisation de la pratique clinique.

Composition

La composition du comité reflète l'éventail des intérêts multiples associés au dossier de l'optimisation de la pratique clinique :

- Deux représentants de l'Association médicale du Québec.
- Un représentant de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS).
- Un représentant de l'Association des CMDP.

- Un représentant de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).
- Un représentant de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Outre le mandat général décrit plus haut, le comité directeur aura la responsabilité d'assurer une certaine cohésion au sein des différentes organisations qui se préoccupent du phénomène du surdiagnostic. Il verra à arrimer ses efforts avec ceux des responsables de *Choosing Wisely Canada*. Il proposera aussi des pistes de collaboration avec les organisations médicales du Québec. L'organisation d'un colloque sur cette question en 2014 sera l'occasion de mobiliser l'ensemble des organisations du réseau de la santé afin que toute la réflexion sur les enjeux reliés au surdiagnostic débouche sur des actions concrètes. Enfin, le comité sera partie prenante des activités de représentation que devra amorcer l'AMQ auprès des instances gouvernementales.

Le comité directeur amorcera ses travaux d'ici la fin de l'année 2013.

Annexe

Liste des organisations ayant participé à la mission à Hanover

Preventing Overdiagnosis – Septembre 2013

- Association médicale du Québec (AMQ)
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS)
- Association des conseils de médecins, dentistes et pharmaciens (ACMDP)
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
- Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ)
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)
- Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)

Sources

- (1) <http://www.amq.ca/fr/documents/memoires/item/501-optimisation-de-la-pratique-clinique>
- (2) <http://www.preventingoverdiagnosis.net/>
- (3) Parmar, Malvinder S., Parmar, Kamalpreet S. *A systematic evaluation of factors contributing to over-investigations and over-diagnosis*, Conférence présentée à *Preventing Diagnosis*, Dartmouth College, Hanover, NH, septembre 2013.
- (4) <http://www.preventingoverdiagnosis.net/>
- (5) <http://www.nps.org.au/>
- (6) Lindner, R., Wu, F., Oyomopito, R., Khanal, S., Heaney, A., Yeqin Zuo, Y. & Kaye, K. (2013). *Financial Impact of a National Program to Influence Low Back Pain Management in General Practice*. Conférence présentée à *Preventing Overdiagnosis*, Dartmouth College, Hanover, NH, septembre 2013.
- (7) <http://www.hqontario.ca/evidence/publications-and-ohtac-recommendations/ohtac-recommendations>
- (8) McCurdy, B.R, Wright, C.J., Henry, D.A. & Levin, L. (2013). *Ontario's Approach to Evaluating the Appropriateness of Routine Procedures and Tests*. Conférence présentée à *Preventing Overdiagnosis*, Dartmouth College, Hanover, NH, septembre 2013.
- (9) <http://www.albertahealthservices.ca/services.asp?pid=service&rid=1060332>
- (10) http://rheum.ca/en/the_cra/news_update/choosing_wisely_canada
- (11) <http://www.choosingwisely.org/>