

Passage à la médecine 3.0

Par Dr Alain Larouche le 2 octobre 2017



Gouverne clinique

Vous avez terminé votre avant-midi de rendez-vous au bureau et vous dînez avec des collègues de la clinique. Comme c'est le cas de plus en plus souvent depuis quelque temps, vous leur racontez avoir reçu un patient qui souhaitait être suivi plus régulièrement et systématiquement par vous et votre équipe. Il avait avec lui une documentation précise sur son état de santé et le suivi recommandé.

Dans la même veine, un collègue raconte que la veille, une patiente s'est présentée avec un rapport résumant non seulement les symptômes qui la préoccupent mais aussi une liste de cinq hypothèses diagnostiques avec des probabilités de survenue. Vous vous interrogez sur ce qui est en train d'arriver. Que faire dans de telles circonstances?

Une accélération créée par des facteurs exogènes

Trois grands phénomènes vont précipiter ce type d'événements:

- la capacité de maintenir la population active en santé;
- l'intelligence artificielle;
- l'accès, pour le patient, à des connaissances personnalisées sur sa santé.

Et il ne s'agit pas tellement de savoir quand cela va arriver mais comment les médecins et les autres professionnels de la santé vont adapter leur pratique en vue de répondre à ces nouveaux besoins et ces nouvelles façons de faire¹.

La capacité de maintenir la population active en santé

Dans une économie comme la nôtre, le recrutement et la rétention du personnel sont des enjeux majeurs pour les entreprises. L'une des stratégies les plus utilisées consiste à offrir aux employés de bonnes conditions de travail, dont une couverture d'assurance pour les médicaments (obligatoire au Québec), les soins dentaires, les soins de santé complémentaires à l'assurance maladie (par exemple, une consultation chez le

1.

psychologue au privé) et l'invalidité temporaire ou permanente. Pour ce faire, les employeurs contractent des régimes d'assurance qui prévoient diverses modalités et qui répartissent les risques entre les employeurs – par exemple, le court terme – et les assureurs – le long terme.

Cependant, les patients chroniques complexes – une réalité que j'aborde fréquemment – et les nouveaux médicaments proposés par les compagnies pharmaceutiques novatrices viennent changer la donne. Rappelons-nous que la population active² (personnes âgées de 15 ans ou plus) est de 4,5 millions au Québec et que le taux d'emploi est à 61 %, soit environ 2,73 millions de personnes.

Compte tenu que 40 % des adultes souffrent de deux maladies chroniques ou plus, il est indéniable que cela a un impact non négligeable dans le secteur de l'emploi. On parle maintenant chez les assureurs de *grands réclamants* (qui consomment beaucoup de services dont les médicaments) et de *hauts réclamants* (ceux à qui sont prescrits des médicaments très chers, de l'ordre de dizaines voire de centaines de milliers de dollars par année).

À défaut de trouver une solution pour diminuer les coûts des réclamations ou au moins les contrôler, divers scénarios sont à l'étude:

- Hausse des primes – de moins en moins abordables pour nombre d'employeurs
- Diminution de la couverture – moins de services couverts ou augmentation des franchises et de la coassurance
- Retrait pur et simple de certains assureurs de ce marché

Voici donc un exemple concret où un système de santé mal adapté à notre réalité actuelle – sujet aussi maintes fois abordé – menace directement notre économie.

Des solutions

Les diverses approches de prévention et de programme de mieux-être ont la cote auprès des employeurs/assureurs et elles donnent des résultats intéressants. Mais cela n'est plus suffisant. Il faut maintenant s'attaquer aux situations où l'employé a un problème de santé qui nécessite une consultation, un traitement, un suivi, une réadaptation. Or les employeurs/assureurs n'ont pas d'emprise sur l'offre actuelle de services de santé³ laquelle relève, comme vous le savez bien, du plus gros assureur au Québec : l'État et sa branche exécutive, soit le gouvernement et ses ministères. À moins d'accepter que d'autres contribuent à la réduction des coûts évitables et à la non-qualité qui sont générés principalement par:

- les délais pour un premier rendez-vous et pour des consultations en spécialité;
- le morcellement de l'offre de services par manque d'intégration et résultant en une approche par pathologie;
- la très pauvre coordination par manque de communication et de standardisation des processus, résultant en duplication et en délais supplémentaires;

- les variations dans les pratiques professionnelles, source de non-pertinence et de prises de décision contradictoires;
- la faible implication des patients dans la prise de décision par manque d'outils et d'informations.

Il est assez frappant de constater que des «assureurs sectoriels» tels la SAAQ et la CNESST, lesquels relèvent du gouvernement, dirigent leurs assurés vers des guichets de services bien organisés pour justement tenter de contourner ces problèmes et diminuer les coûts à court et long termes. La chose serait donc possible pour les assureurs du secteur privé.

Il m'apparaît donc évident que les employeurs/assureurs vont vouloir obtenir le même genre d'opportunité en agissant non seulement sur la réduction de la période d'invalidité, mais aussi sur les coûts de cet épisode. Les connaissances et les outils existent pour en arriver à une offre de services adaptée, intégrée et standardisée, mais des investissements sont requis pour la mettre en place. À l'aide de projets pilotes en 1^{re} ligne, il y a certainement lieu d'en faire la démonstration et se donner le temps de bien mesurer les résultats obtenus.

L'intelligence artificielle

Je ne crois pas que l'intelligence artificielle puisse remplacer les médecins quant à la capacité d'élaborer un diagnostic à partir d'éléments subjectifs et objectifs, du moins pas dans les prochaines années. Je ne crois pas non plus qu'un médecin puisse assimiler la masse de nouvelles informations ou de nouvelles connaissances générées à vitesse grand V.

L'intelligence artificielle dans le secteur de la santé en est encore à ses débuts de manière générale, mais elle a la capacité d'interroger d'immenses bases de données tant granulaires (résultats de laboratoire par exemple) que non structurées (le texte d'une note d'observation) et de les traiter en fonction des algorithmes conçus par les chercheurs. Elle ne se fatigue pas et peut être une aide précieuse pour la prise de décision. Watson, de la compagnie IBM, est une illustration de cette capacité, notamment dans le domaine de l'oncologie.

Cependant, j'ai eu l'occasion dernièrement de «m'amuser» avec une application tout à fait surprenante dans ce domaine, fruit de 30 ans de labeur d'un médecin français et d'une équipe de collaborateurs. En plus d'être constituée d'une énorme banque d'informations sur la santé (plus de 5 300 fiches), cette application d'intelligence artificielle offre deux grandes options aux personnes qui l'utilisent. Une première consiste à saisir des informations personnelles (poids, âge, sexe, etc.), nos habitudes de vie et nos préoccupations. À partir de ce portrait, le «robot intelligent» baratte les informations, émet une opinion sur les risques d'adopter de mauvaises habitudes de vie ou de développer certaines maladies, et produit un rapport écrit.

La deuxième option permet à une personne de saisir des symptômes principaux et des signes ou symptômes d'accompagnement à l'aide de questions à cocher et de graphiques.

Le résultat: une liste de cinq hypothèses diagnostiques (au maximum) avec leur probabilité de survenue. Ce n'est pas une lubie, cela existe et est utilisé en France.

Des possibilités

Le MSSS a lancé un appel d'offres cet été pour doter le Québec d'une bibliothèque d'informations sur la santé. Outre l'approche traditionnelle où une personne peut fouiller une masse d'informations pour obtenir des réponses à ses questions, il est prévu que des infirmières puissent constituer des protocoles d'intervention à partir de la même source d'information pour guider les patients dans leur prise de décision. À cela pourra s'ajouter, selon le choix qui sera retenu, l'intelligence artificielle dont je viens de parler.

Il est certain que nombre de médecins vont se sentir interpellés voire menacés par cette nouvelle approche. Avant l'arrivée d'internet, la population voyait les médecins et les autres professionnels de la santé comme la seule source d'informations fiables et crédibles en santé. L'image qu'on s'en faisait, c'était celui du médecin qui savait tout ou presque. Nous le savons, c'est mission impossible. Il faut donc, je crois, que le médecin se transforme en expert des connaissances, capable de conseiller son patient et de le guider dans sa recherche d'informations crédibles et accréditées. Il peut aussi se transformer en «courtier» des connaissances, capable lui-même d'aller chercher une information dans un domaine pointu demandant une littérature trop grande pour quelqu'un qui n'a pas de formation en santé.

La comparaison que nous pourrions faire est celle du consommateur qui a lu beaucoup sur un produit avant de décider de l'acheter. Pour séduire et fidéliser ce client, les entreprises misent moins sur le produit lui-même que sur la qualité de la relation et la réponse à ses besoins spécifiques.

L'accès, pour le patient, à des connaissances personnalisées à sa santé

Le patient sera mieux informé sur sa santé et même mieux outillé pour se faire une idée sur les risques qu'il court de développer ou d'avoir un problème de santé en particulier.

Ce dont il est question ici est une étape supplémentaire de la vague de changements en cours. Le patient aura accès aussi aux connaissances sur les meilleures pratiques à observer pour les diagnostics de maladies chroniques les plus courantes et ceci en fonction non seulement du degré d'atteinte de son état de santé et de sa capacité à contrôler son plan de soins, mais aussi en fonction de la combinaison de maladies chroniques concomitantes.

Ainsi, le patient pourrait vous dire: *«Docteur, compte tenu du résultat de mon hémoglobine glyquée et de la médication que je prends, »on » me suggère de vous en parler et d'évaluer la possibilité d'introduire une nouvelle médication recommandée dans les lignes directrices de l'Association canadienne du diabète. Et j'apprends aussi que ma tension artérielle devrait être mieux contrôlée et que le risque d'une dépression associé à mon diabète devrait être évalué...»*

La perspective

Les médecins et les autres professionnels de la santé ne sont pas équipés pour faire face aux trois grands changements que je soulève. Pourtant, une médecine 3.0 est en train de faire sa place. *[La médecine 3.0](#) est l'ensemble de tous les savoirs médicaux détenus par l'ensemble de la communauté humaine, et partagés entre tous ses membres au travers d'internet, plus particulièrement au travers du web appliqué à la santé, le web 3.0, et de toutes les nouvelles technologies d'avant-garde, dont la télémédecine.*

Le Conseil des ministres devrait saisir ces enjeux et démarrer un grand chantier pour la modernisation de notre système de soins, à commencer par une 1^{re} ligne bien organisée. Au lieu de diaboliser la médecine actuelle et de proposer des solutions à la pièce, les partis politiques pourraient embrayer en 3^e vitesse!

1. Divulgarion : pour les nouveaux lecteurs, je rappelle que le Groupe santé Concerto, dont je suis le président, est très actif dans l'optimisation des services de santé en 1^{re} ligne.

2. Données pour le premier semestre de 2017: <http://www.emploi.quebec.gouv.qc.ca/citoyens/faire-le-bon-choix-professionnel/explorer-un-metier-ou-une-profession/information-sur-le-marche-du-travail/bulletin-trimestriel-sur-le-marche-du-travail-au-quebec/>

3. Sont compris dans cette offre de services l'assurance maladie qui est un monopole et les différents programmes couverts par le budget de la santé et des services sociaux, par exemple l'hospitalisation.