

# MOINS, C'EST PARFOIS MIEUX

## PRÉVENIR LE SURDIAGNOSTIC EN PARTAGEANT LES DÉCISIONS

HENRARD G (1), JOLY L (1), BURET L (1), GIET D (1)

**RÉSUMÉ :** Dans cet article, nous définirons la «prévention quaternaire», qui consiste à minimiser les effets iatrogènes de nos interventions et plus particulièrement de la notion de «surdiagnostic». Ensuite, nous discuterons en quoi une mauvaise appréciation des risques, chez les patients comme chez les thérapeutes, semble nourrir le phénomène. Nous discuterons de l'intérêt de replacer la prévention quaternaire dans le cadre plus large de la prise de décision médicale partagée (DMP) («Shared Decision Making»). Nous nous attarderons sur une des étapes du processus de prise de DMP, celle de la communication des risques. Enfin nous concluons que, fondamentalement, il s'agit pour les thérapeutes de non seulement partager l'information avec les patients, mais aussi le pouvoir de décider.

**MOTS-CLÉS :** *Prévention quaternaire - Surdiagnostic - Prise de décision partagée*

**SOMETIMES LESS IS MORE. PREVENTING OVERDIAGNOSIS  
BY SHARING DECISIONS**

**SUMMARY :** In this article, we will define «quaternary prevention», which consists in minimizing the iatrogenic effects of medical interventions, and more specifically the notion of «overdiagnosis». We will then discuss how a poor appreciation of the risks, on the part of both patients and clinicians, seems to fuel the phenomenon. We will discuss the interest of placing quaternary prevention within the broader framework of Shared Decision Making. We will focus on one of the stages of Shared Decision Making process, that of risk communication. Finally, we'll conclude that, fundamentally, clinicians should not only share information with patients, but also the power to decide.

**KEYWORDS :** *Quaternary Prevention - Overdiagnosis - Shared Decision Making*

*«All screening programmes do harm; some do good as well»*

Muir Gray (1)

«*Mieux vaut prévenir que guérir*». En tant que thérapeute, nous restons bien souvent pétris de cet adage. Il nous pousse vers le versant «enthousiaste» de la médecine, celui qui adopte les innovations et propose des solutions maximalistes, singulièrement dans le domaine du dépistage des cancers. Des approches plus sceptiques co-existent et posent la question de savoir si, au-delà d'un certain point, une augmentation des investissements médicaux ne les rend pas contre-productifs. Richard Smith, ancien éditeur en chef du British Medical Journal, a écrit à ce sujet un éditorial devenu fameux, titré «*Too much medicine ?*» (Trop de médecine ?), et sous-titré... «*Almost certainly*» (Quasi certainement) (2).

### **D'ABORD NE PAS NUIRE : LA PRÉVENTION QUATERNAIRE**

La prévention quaternaire est essentielle-  
ment une interrogation sur le bien-fondé de

l'agir. C'est un médecin généraliste belge, Marc Jamouille, qui a formalisé cette notion en la définissant comme «toutes actions menées pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation» (3) (**Tableau I**).

Plus précisément, un phénomène de surdiagnostic intervient quand un diagnostic correctement posé donne lieu à une balance bénéfices/préjudices jugée défavorable (4). La première utilisation du terme remonterait à 1924, pour caractériser certains aspects de la prise en charge de la tuberculose (5). Aujourd'hui, un courant de recherche académique bien vivant sur la prévention du surdiagnostic existe, comme en témoigne la tenue annuelle d'un congrès international sur le sujet (cf. : <https://www.cebm.ox.ac.uk/upcoming-events/preventing-overdiagnosis>).

### **MIEUX ÉVALUER LES RISQUES**

Il est toujours important pour les thérapeutes de pouvoir apprécier, de manière aussi juste que possible, la balance bénéfices/préjudices des interventions médicales. Dans l'optique d'un partage de la décision avec le patient, où, comme nous le verrons plus loin, il s'agira d'explicitier avec lui la balance bénéfices/préjudices du choix à poser, cette capacité devient essentielle. Or, il est bien démontré que, tout comme leurs patients (6), les cliniciens apprécient de manière très imprécise les avantages

(1) Département de Médecine générale, Unité de Recherche Soins primaires et Santé, ULiège.

**Tableau I. Les quatre types de prévention en fonction du statut de «malade» et de «non malade», du point de vue du médecin et du patient. Adapté de M. Jamouille, 2013 (3)**

		Point de vue du médecin	
		Pas malade	Malade
Point de vue du patient	Pas malade	Prévention primaire Ex : vaccin	Prévention secondaire Ex : dépistage
	Malade	Prévention quaternaire Ex : éviter les effets indésirables, la surmédicalisation	Prévention tertiaire Ex : suivi post-infarctus

et inconvénients de leurs interventions : le plus souvent, ils en surestiment les bénéfices et en sous-estiment les préjudices (7, 8). Selon une étude menée en 2012, la majorité des médecins de première ligne aux USA éprouvaient des difficultés à interpréter correctement les principales notions statistiques utilisées pour présenter les performances des tests de dépistage du cancer (9). Ce manque de «littératie du risque» des professionnels de la santé va souvent dans le sens d'une exagération du bénéfice à intervenir. Cela pourrait entretenir chez eux un sentiment «d'urgence à agir» qui nourrirait la tendance au surdiagnostic.

Au-delà de ces compétences qui permettent de comprendre rationnellement les risques associés aux interventions médicales, la littératie du risque englobe aussi la capacité à apprécier les risques de manière plus intuitive, le «gutfeeling» en anglais, et d'ainsi être «avisé» à propos des risques (en anglais «being risk savvy») (10). Cet aspect de la littératie du risque est important car il faut se rappeler que la médecine est une activité intrinsèquement incertaine (11), dans laquelle les risques doivent souvent être estimés à l'aune de la seule expérience clinique du professionnel, lorsque des données probantes de la littérature sont inexistantes ou de faible qualité.

À côté des problèmes liés à des connaissances médicales incomplètes ou inexacts, certaines erreurs diagnostiques sont liées à des biais cognitifs, c'est-à-dire à des mécanismes de la pensée à l'origine d'une altération du jugement, par exemple dans l'appréciation des risques (12). Un premier exemple est quand la probabilité de survenue d'une pathologie est sur- ou sous-estimée. Ainsi, le médecin ayant récemment eu un membre de sa famille atteint d'un cancer du poumon aura peut-être tendance à surévaluer le risque à l'occasion des consultations suivantes suggérant ce diagnostic. C'est ce qui est appelé un «biais de disponibilité» (de l'information). Un deuxième exemple est quand l'anticipation d'un regret pousse les patients et/

ou leurs thérapeutes à opter pour l'intervention (ici le dépistage) au détriment de l'expectative. Ici, c'est l'idée de la survenue ultérieure d'un cancer «qui était déjà là et qu'on aurait pu voir plus tôt» («regret theory») qui est difficile à assumer. On sait, par ailleurs, que les gens sont, en général, plutôt réticents à prendre un risque quand il s'agit pour eux d'engranger un bénéfice, mais plutôt enclins à prendre un risque, comme dans ce cas-ci, quand il s'agit possiblement d'éviter un préjudice. Troisième illustration, le «biais de représentation» : ici, nous réfléchissons à la probabilité d'un événement en l'associant à un stéréotype, par exemple quand le mot cancer est systématiquement associé à des situations péjoratives à très court terme, rendant difficile son association avec des situations moins menaçantes comme c'est pourtant le cas avec certains cancers à évolution lente.

Il faut aussi se rappeler que l'appréciation d'un risque comporte évidemment, pour le patient comme pour le professionnel, une dimension émotionnelle. En fait, en informant les individus sur leurs besoins, les émotions sont indispensables pour la prise de décision. Il s'agira plutôt d'identifier les émotions et les éléments de contexte qui tendent à altérer la qualité du jugement (13) : par exemple, l'existence d'une expérience préalable à laquelle raccrocher le risque en question, le caractère immédiat du risque (arrêter de fumer 15 jours avant une opération programmée pour en améliorer le pronostic) ou différé (arrêter de fumer à 16 ans pour réduire son risque de cancer à l'âge adulte...); ou, le sentiment d'un risque perçu comme choisi volontairement ou, au contraire, vécu comme «imposé» et sur lequel on n'a aucun contrôle; ou encore, la gravité perçue de la décision à prendre... Autant de facteurs qui influenceront les émotions associées au risque en question (14).

Pour permettre une discussion aussi sereine que possible à propos des risques, il sera nécessaire de rechercher, de reconnaître et de pouvoir parler de ces émotions. De même,

la communication «brute» d'un risque, sans explications connexes sur les mécanismes en jeu, peut rester trop «intangible» pour le patient, voire sembler parfois contredire son vécu. «Pourquoi arrêter de fumer alors que je me sens aussi mal quand j'essaye d'arrêter ?». D'où l'importance pour le professionnel d'être capable, au besoin, de présenter des explications qui pourront donner une certaine «rationalité» à la situation ou, en tout cas, la rendre compréhensible et plausible aux yeux du patient. Richard et Witteman (14) écrivent, à juste titre, que parfois le raisonnement permet de rétablir l'harmonie entre l'observation (le vécu du patient) et le risque calculé (communiqué par le médecin). Il faut se rappeler également que le vécu d'un risque - et la marge de manœuvre dont on dispose pour l'éviter - est culturel et social. Pour paraphraser le sociologue Peretti-Watel, la cigarette du pauvre n'est pas la même que celle du riche (15).

Finalement, quand on discute dépistage, il est nécessaire de se poser *a priori* la question de la pertinence du choix de la maladie dont il est question comme cible potentielle d'un dépistage. Les classiques critères de Wilson et Jungner (16), récemment réactualisés par une équipe canadienne (17), reprennent les «conditions de base» pour un programme de dépistage, et constituent autant de points d'attention critiques pour le lecteur (Tableau II).

## PARTAGER LES DÉCISIONS CHANGE LA DONNE

Il existe une multitude de bonnes raisons de viser le partage des décisions médicales avec

les patients. La première, fondamentale, est d'ordre éthique. Par exemple, sans cette boussole, la médecine basée sur les meilleurs faits probants disponibles alias EBM («Evidence-Based Medicine»), pourrait se transformer en «tyrannie des preuves» (18). Nous allons, dans ce chapitre, discuter son intérêt potentiel en termes de lutte contre le surdiagnostic.

Se donner les moyens de viser le partage des décisions médicales demande de la motivation, (c'est-à-dire être convaincu que cela en vaut la peine), un cadre conceptuel (pour baliser le processus) et enfin, au besoin, des outils pour le soutenir.

Pour ce qui est de nourrir notre motivation, il faut se rappeler que, contrairement à une «fiction partagée» qui les représente essentiellement comme des usagers/clients passifs des services de santé, les patients sont des maillons essentiels de la chaîne de soins. La majorité des décisions qui ont un impact sur la santé sont prises en amont, en aval ou en marge de celles qui sont prises par les professionnels. De même, la grande majorité du temps consacré à «prendre soin» est du ressort des patients eux-mêmes et de leurs aidants proches, en dehors des institutions de soins. Coulter a mesuré cet écart : 5 à 10 heures par an et par patient pour les professionnels de la santé et plus de 6.000 heures par an pour les patients à prendre soin d'eux-mêmes (19). Les patients gagneraient donc à être considérés non plus comme une somme de besoins mais comme, *a priori*, détenteurs de savoirs expérientiels très riches et indispensables à la qualité des soins.

Concernant le cadre conceptuel de la décision médicale partagée (DMP), un groupe d'auteurs propose un modèle de mise en œuvre en

**Tableau II. Critères de pertinence d'un dépistage. Adapté de la référence (17)**

Concernant la pathologie en question	Son épidémiologie doit être connue et doit pouvoir être considérée comme un problème important (en termes d'incidence, de prévalence et/ou de morbi-mortalité). Son histoire naturelle doit aussi être connue et comporter une phase préclinique durant laquelle elle est détectable
Concernant la population cible	Elle doit être clairement définie, identifiable et atteignable
Concernant le test de dépistage	Il doit être suffisamment précis, fiable, acceptable, sûr et efficace. Ses résultats doivent être facilement interprétables
Concernant l'après-dépistage	Des options diagnostiques, thérapeutiques et de suivi doivent pouvoir modifier l'évolution naturelle de la pathologie. Ces options doivent pouvoir améliorer des critères d'évaluation clinique et être accessibles et acceptables pour la population cible
Concernant le programme de dépistage	Son infrastructure doit être suffisante (en termes de finances et de ressources humaines, par exemple). Il doit aussi être, autant que possible, intégré dans le système de soins existant, et présenter des garanties éthiques (par exemple, permettre un choix informé des participants et favoriser leur autonomie). Sa balance bénéfices/préjudices (notamment en termes de surdiagnostic) devrait être déterminée et être acceptable, et une évaluation économique devrait être menée pour juger de la pertinence relative de l'investissement

trois étapes, dit «modèle des trois discussions» (20) (Figure 1).

La première étape comprend deux objectifs : la construction d'une relation d'équipe et l'explicitation d'un choix identifié comme ouvert. C'est fondamental. D'abord parce que les prises de décision, contrairement à certains paradigmes rationalistes dominants, sont aussi une question de confiance en son interlocuteur. Pensons ici à la classique triade de la rhétorique d'Aristote : le LOGOS (la raison, les arguments), mais aussi le PATHOS (les émotions) et l'ETHOS (la crédibilité, la familiarité de l'interlocuteur). Les études qualitatives explorant le vécu des patients dans les consultations de dépistage des cancers, soulignent l'importance prépondérante de cet aspect pour ces derniers (21). Mais surtout parce qu'il ne peut y avoir de décision que si différentes alternatives sont mises sur la table, ne serait-ce que celle de ne pas intervenir, ce qui est au cœur de la démarche de lutte contre le surdiagnostic. La deuxième étape est l'échange d'information à propos des alternatives identifiées. Les patients choisissent d'autres options thérapeutiques quand ils sont mieux informés (22). Nous verrons, dans le chapitre suivant, comment essayer de le faire. La troisième étape est celle qui doit aider le patient à clarifier ses propres préférences. En se rappelant qu'il existe souvent un hiatus important entre ce

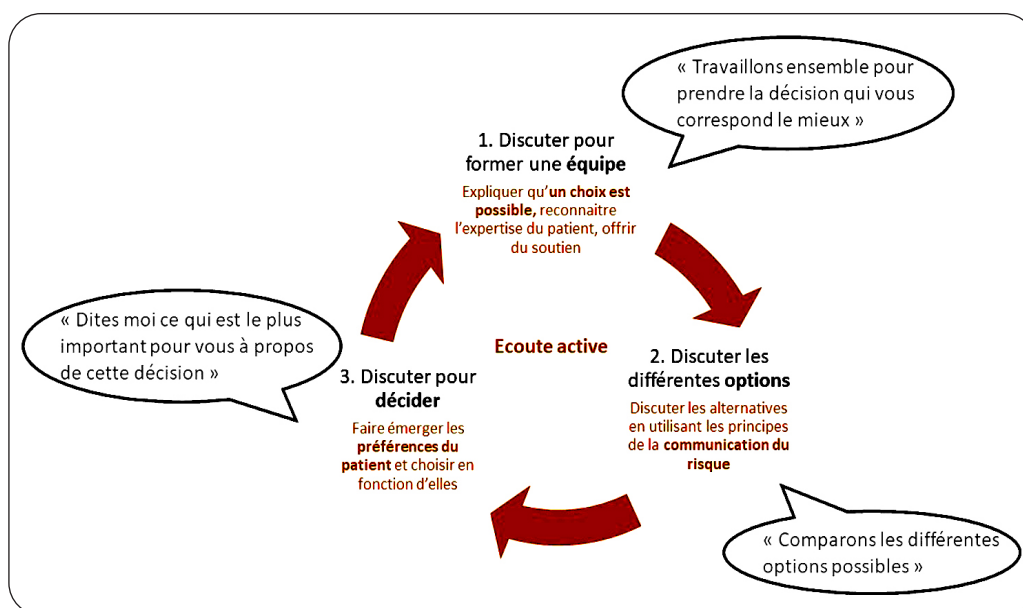
que les patients veulent et ce que les médecins pensent que les patients veulent (22).

Il a été démontré que des interventions visant à renforcer la prise de DMP peut diminuer la surprescription. Par exemple, une courte formation des médecins généralistes peut diminuer la prise d'antibiotiques dans les infections des voies respiratoires (23) et l'utilisation d'outil d'aide à la prise de DMP réduit celle des statines chez les patients à faible risque cardiovasculaire (24). L'impact réel dans le domaine du dépistage des cancers n'a, à notre connaissance, été que peu étudié. Cependant, le recours à la DMP diminuerait les conflits décisionnels et les regrets (25) et améliorerait l'adhésion (26) aux programmes de dépistage du cancer du poumon.

Même s'il est raisonnable d'admettre que, sur le terrain, la place réelle accordée au processus de prise de DMP puisse varier en fonction de l'enjeu et de l'incertitude entourant le sujet abordé (27), plus de la moitié des guides de pratiques cliniques en lien avec le dépistage du cancer ne font pas du tout référence à cette notion (28, 29).

Nous allons maintenant aborder les aspects pratiques d'une étape du processus de prise de DMP, celle de la communication des risques en lien avec les options de prise en charge.

**Figure 1. Décision médicale partagée et communication du risque. Le modèle des trois discussions, traduit de Elwyn et coll. (20)**



## COMMUNIQUER LES RISQUES

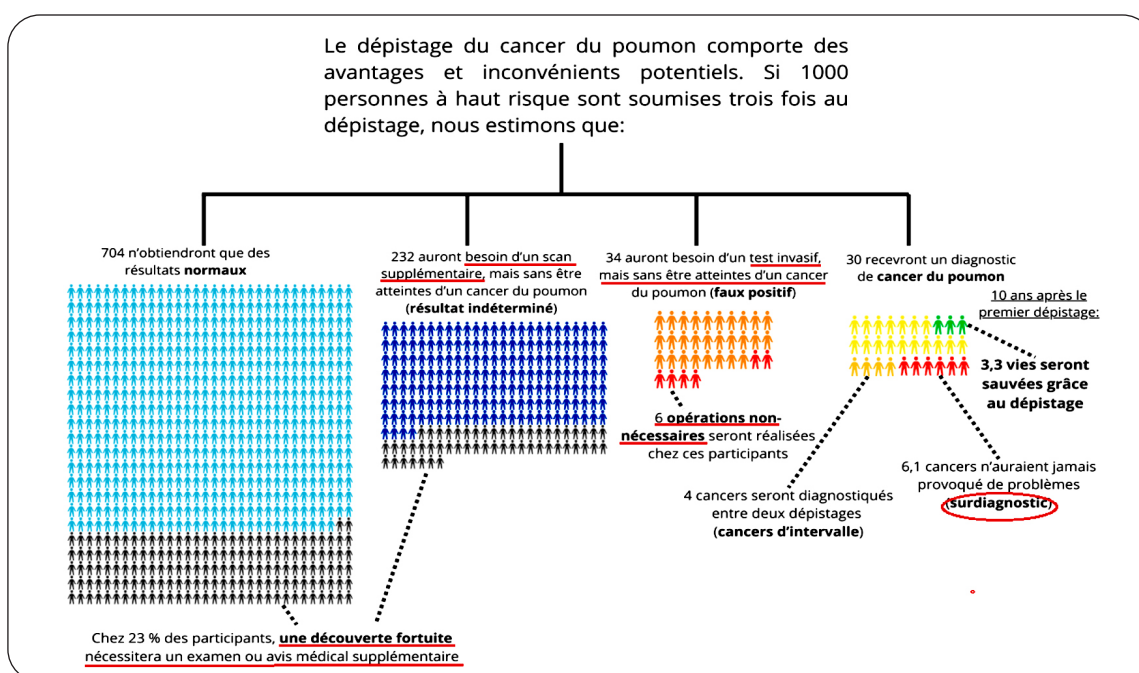
Que faire de chiffres en consultation ? Les recommandations en matière de communication du risque avec les patients sont bien résumées par le Centre d'excellence clinique anglais (NICE) (30) et présentées sous forme de «précautions universelles» (Tableau III).

Pour favoriser la communication du risque, on peut recourir à l'utilisation d'outils d'aide à la DMP qui présentent le plus souvent des probabilités d'événements. Nous prenons, comme exemple ci-dessous, le «diagramme de 1.000 patients» dans le cadre d'un dépistage systématique du cancer du poumon (Figure 2). Une revue systématique (31) montre que l'utilisation de ces outils conduit à une meilleure

**Tableau III. Recommandations pour la communication des risques. Traduit de (30)**

Personnaliser autant que possible les risques (bénéfices et préjudices)
Utiliser des risques absolus plutôt que des risques relatifs (par exemple : mentionner un risque d'événements passant de 1 sur 1.000 à 2 sur 1.000 plutôt que d'évoquer un doublement du risque)
Utiliser des fréquences naturelles (par exemple 10 sur 100) plutôt que des pourcentages (par exemple 10 %)
Être constant dans l'utilisation des données (par exemple, utiliser les mêmes dénominateurs pour comparer deux risques, ou pour juger d'une balance bénéfiques / préjudices : 7 sur 100 pour l'un et 20 sur 100 pour l'autre plutôt que 1 sur 14 pour l'un et 1 sur 5 pour l'autre, par exemple)
Présenter si possible le risque sur une période de temps bien définie (par exemple, «100 personnes traitées pendant un an vont expérimenter tel effet indésirable»)
Inclure des formulations autant positives que négatives (par exemple, «un traitement sera un succès chez 97 patients sur 100 et un échec chez 3 patients sur 100»)
Être conscient que les gens interprètent de manière très diverse des termes comme «rare», «inhabituel» ou «commun» et leur préférer des données numériques
Envisager d'utiliser une combinaison de chiffres et de supports graphiques

**Figure 2. Diagramme de 1.000 personnes pour soutenir la décision concernant le dépistage du cancer du poumon. Centre fédéral d'expertise (KCE), extrait de (32). (nous soulignons en rouge)**



information des patients, à une meilleure clarification de leurs valeurs, à la prise d'un rôle plus actif dans la décision et à une perception plus précise des risques. Le tout sans effets indésirables observés, avec une égale satisfaction par rapport aux soins usuels et parfois, un impact positif sur des critères d'utilisation des soins.

Certains organismes de production de recommandations cliniques font preuve d'imagination pour communiquer avec leur public cible, comme en témoigne une courte vidéo présentant le dépistage du cancer du poumon (voir <https://canadiantaskforce.ca/tools-resources/videos/?lang=fr>). Des sites Internet tentent également de fournir, directement aux patients et au travers des logiciels de gestion des dossiers informatiques professionnels, de l'information en santé fiable scientifiquement et accessible quant à la forme. C'est le cas par exemple du site «Infosante.be» mené par le département de Médecine générale de l'Université de Liège (voir <https://www.infosante.be>). Le site canadien «Choisir avec soin» compile, lui, une série de recommandations de déprescription (voir <https://choisiravecsoin.org>).

## CONCLUSION : PARTAGER L'INFORMATION ET LE POUVOIR

Nous n'avons pas parlé ici du corollaire direct du surdiagnostic, celui du sous-diagnostic ni des perspectives ouvertes, pour le meilleur et pour le pire, par la médecine personnalisée et/ou prédictive. Nous fermerons cet article en rappelant simplement les deux fonctions essentielles de toute communication interpersonnelle : échanger de l'information et établir une relation (33). Nous pensons que, dans une relation thérapeutique, l'information doit circuler, mais que le pouvoir, par exemple d'opter pour un dépistage ou non, doit aussi se partager (34). Les modèles de prise de décision médicale partagée nous offrent un guide concret pour essayer d'aller dans cette direction.

## BIBLIOGRAPHIE

- Gray JA, Patnick J, Blanks RG. Maximising benefit and minimising harm of screening. *BMJ* 2008;**336**:480-3.
- Moynihan R, Smith R. Too much medicine? Almost certainly. *BMJ* 2002;**324**:859-60.
- Jamouille M. Prévention quaternaire et limites en médecine. *Prat Cah Médecine Utop* [Internet]. 2013 [cité 13 avr 2024];63. Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/179632>
- Carter SM, Rogers W, Heath I, et al. The challenge of overdiagnosis begins with its definition. *BMJ* 2015;**350**:h869.
- Podolsky S. The historical rise of "overdiagnosis" - an essay by Scott Podolsky. *BMJ* 2022;**378**:o1679.
- Hoffmann TC, Del Mar C. Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA Intern Med* 2015;**175**:274-86.
- Hoffmann TC, Del Mar C. Clinicians' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA Intern Med* 2017;**177**:407-19.
- Krouss M, Croft L, Morgan DJ. Physician understanding and ability to communicate harms and benefits of common medical treatments. *JAMA Intern Med* 2016;**176**:1565-7.
- Wegwarth O, Schwartz LM, Woloshin S, et al. Do physicians understand cancer screening statistics? A national survey of primary care physicians in the United States. *Ann Intern Med* 2012;**156**:340-9.
- Gigerenzer G. *Risk savvy: how to make good decisions*. New York, NY: Penguin Books; 2015.
- Rutter H, Wolpert M, Greenhalgh T. Managing uncertainty in the COVID-19 era. *BMJ* 2020;**370**:m3349.
- Ariely D. Psychology judgment and choice. In: Hunink MG, Weinstein MC, Witterberg E, et al, editors. *Decision making in health and medicine: integrating evidence and values*. 2<sup>nd</sup> edit. Cambridge:Cambridge Univ Press; 2014. p. 392-412.
- Blanchette I, Richards A. The influence of affect on higher level cognition: A review of research on interpretation, judgement, decision making and reasoning. *Cogn Emot* 2010;**24**:561-95.
- Richard C, Witteman HO. La communication au sujet des risques. In: *La communication professionnelle en santé*. 2<sup>ème</sup> édit. Montréal: Pearson ERP; 2016.
- Peretti-Watel P. La cigarette du pauvre : enquête auprès des fumeurs en situation précaire. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2012. (Recherche, santé, social). Disponible sur: <https://www.presses.ehesp.fr/wp-content/uploads/2016/03/9782810900732.pdf>
- Wilson JMG, Jungner G. Organisation Mondiale de la Santé. Principes et pratique du dépistage des maladies [Internet]. Genève: Genève : Organisation mondiale de la Santé; 1970 [cité 16 nov 2018]. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/41503>
- Dobrow MJ, Hagens V, Chafe R, et al. Consolidated principles for screening based on a systematic review and consensus process. *CMAJ* 2018;**190**:E422-9.
- Hoffmann TC, Montori VM, Del Mar C. The connection between evidence-based medicine and shared decision making. *JAMA* 2014;**312**:1295-6.
- Coulter A. *Engaging patients in healthcare*. Milton Keynes: Open University Press; 2011.
- Elwyn G, Durand MA, Song J, et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ* 2017;**359**:j4891.
- Duncan FC, Sears CR. Patient perspectives on shared decision-making in lung cancer screening. *Chest* 2020;**158**:860-1.
- Mulley AG, Trimble C, Elwyn G. Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. *BMJ* 2012;**345**:e6572.
- Légaré F, Labrecque M, Cauchon M, et al. Training family physicians in shared decision-making to reduce the overuse of antibiotics in acute respiratory infections: a cluster randomized trial. *Can Med Assoc J* 2012;**184**:E726-34.
- Weymiller AJ, Montori VM, Jones LA, et al. Helping patients with type 2 diabetes mellitus make treatment decisions: statin choice randomized trial. *Arch Intern Med* 2007;**167**:1076-82.
- Søndergaard SR, Madsen PH, Hilberg O, et al. A prospective cohort study of shared decision making in lung cancer diagnostics: Impact of using a patient decision aid. *Patient Educ Couns* 2019;**102**:1961-8.
- Studts JL, Hirsch EA, Silvestri GA. Shared decision-making during a lung cancer screening visit. *Chest* 2023;**163**:251-4.

27. Berger ZD, Brito JP, Ospina NS, et al. Patient centred diagnosis: sharing diagnostic decisions with patients in clinical practice. *BMJ* 2017;**359**:j4218.
28. Maes-Carballo M, Moreno-Asencio T, Martín-Díaz M, et al. Shared decision making in breast cancer screening guidelines: a systematic review of their quality and reporting. *Eur J Public Health* 2021;**31**:873-83.
29. Maes-Carballo M, García-García M, Gómez-Fandiño Y, et al. Systematic review of shared decision-making in guidelines about colorectal cancer screening. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2022;**31**:e13738.
30. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/Guidance/CG138>
31. Stacey D, Légaré F, Lewis K, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;**4**:CD001431.
32. Desimpel F, Luyten J, Camberlin C, et al. Dépistage du cancer du poumon chez les personnes à haut risque - Synthèse [Internet]. 1re éd. BE: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); 2024 [cité 18 avr 2024]. 47 p. (KCE Reports - Health Technology Assessment (HTA)). Disponible sur: <https://doi.org/10.57598/R379BS>
33. Lipkin M, Putnam SM, Lazare A. *The medical interview: clinical care, education, and research*. New York: Springer-Verlag; 1995.
34. Joseph-Williams N, Edwards A, Elwyn G. Power imbalance prevents shared decision making. *BMJ* 2014;**348**:g3178.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Henrard G, Département de Médecine générale, ULiège, Belgique.  
Email : [gilles.henrard@ulg.ac.be](mailto:gilles.henrard@ulg.ac.be)