



1) Le réflexe EAE (à dire simplement)

- **Efficace** : “Ça aide vraiment le patient ?”
- **Adéquat** : “C’est le bon acte, pour ce patient, maintenant ?”
- **Économique** : “On n’en fait pas plus que nécessaire, et pas plus cher si équivalent.”

👉 EAE = **droit à la prestation**.

👉 Polypragmasie = **dérapage par volume / répétition / cumul**.

2) Polypragmasie = le “trop” qui coûte cher

Signes typiques (ceux qui font tiquer un assureur / un contrôleur) :

- Examens **répétés** sans élément nouveau
- Traitements **prolongés** sans réévaluation
- **Doublons** (plusieurs spécialistes pour le même problème sans coordination)
- Enchaînement d’actes “automatiques” (routine) sans plan clair
- Absence de **critères d’arrêt** (“on continue parce qu’on continue”)

3) Check-list “anti-refus” (tu la mets en haut du dossier)

A. Objectif : on cherche quoi / on améliore quoi ?

B. Alternative : y a-t-il moins invasif / moins coûteux équivalent ?

C. Réévaluation : à quelle date on recontrôle et avec quels critères ?

D. Traçabilité : une phrase suffit, mais il faut qu’elle existe.

Astuce : une note clinique courte mais structurée vaut parfois plus qu’un roman flou.

Exemples concrets (TEAM + PARA)

Exemple 1 — Imagerie répétée (IRM / CT)

OK si : nouveau symptôme, aggravation, traumatisme, suspicion complication, plan opératoire.

Risque polypragmasie si : “douleurs pareilles”, pas de changement clinique, même examen à 2–3 semaines d’intervalle sans justification.

Phrase bunker utile :

“Nouvel élément clinique apparu le [date] → imagerie de contrôle pour exclure [risque] et adapter la prise en charge.”



Exemple 2 — Physio/ergo au long cours

OK si : objectifs mesurables, progrès documentés, réévaluation planifiée.

Risque si : séances qui s'enchaînent "par habitude", sans score fonctionnel, sans bilan, sans adaptation.

Phrase bunker :

"Objectifs : marche 50m sans pause / autonomie douche. Réévaluation à 6 semaines avec bilan fonctionnel et décision de poursuite/arrêt."

Exemple 3 — Multiplication de spécialistes

OK si : pathologies multiples / vraie complexité / coordination claire.

Risque si : 3 avis parallèles pour la même plainte sans synthèse (doublons d'examens, prescriptions contradictoires).

Phrase bunker :

"Coordination par le médecin référent ; synthèse prévue; examens évités en doublon."

Exemple 4 — Bilans biologiques trop fréquents

OK si : instabilité, traitement à risque, surveillance indispensable.

Risque si : bilans systématiques sans lien avec une décision thérapeutique.

Question tueuse :

"Si le résultat est normal, est-ce que ça change quelque chose ?"

Si la réponse est non → danger.

Mini-grille Wooclap (5 QCM "piège light")

Q1. Un acte peut être EAE mais quand même contesté pour polypragmasie si...

- A) il est efficace
- B) il est recommandé par un spécialiste
- C) il est répété/cumulé au-delà de ce qui est nécessaire
- D) il est fait à l'hôpital

✓ C

Q2. Le meilleur "anti-refus" en 1 ligne, c'est...

- A) "patient demande"
- B) "habitude du service"
- C) "objectif clinique + élément nouveau + décision attendue"
- D) "c'est standard"

✓ C



Q3. Quel combo sent le plus la polypragmasie ?

- A) examen + décision thérapeutique documentée
- B) examens répétés + pas d'évolution clinique + pas de plan
- C) physiothérapie avec bilan fonctionnel
- D) avis spécialisé unique avec synthèse

✓ **B**

Q4. La question la plus utile avant de prescrire un examen :

- A) "c'est couvert ?"
- B) "c'est rapide ?"
- C) "qu'est-ce que ce résultat va changer dans la prise en charge ?"
- D) "ça rassure tout le monde ?"

✓ **C**

Q5. Quand une réévaluation est-elle essentielle ?

- A) jamais
- B) surtout quand on prolonge un traitement/mesure dans le temps
- C) uniquement en chirurgie
- D) uniquement en urgence

✓ **B**

📱 Scanne le QR ou visite: www.jurismedx.ch pour découvrir de nouvelles ressources.

