



## Pertinence des soins de santé

### Sommaire

**Ce document traite de la notion de pertinence des soins de santé et avance la définition suivante : L'Association médicale canadienne adopte la définition suivante de la pertinence des soins de santé : Les bons soins fournis par les bons fournisseurs au bon patient, au bon endroit et au bon moment, aboutissant à des soins d'une qualité optimale.**

**S'appuyant sur cette définition, l'AMC fait les recommandations suivantes :**

- **Les provinces et les territoires doivent travailler en collaboration avec les fournisseurs de soins à l'élaboration d'un cadre global permettant d'évaluer la pertinence des soins de santé.**
- **Les provinces et les territoires doivent travailler en collaboration avec les fournisseurs à la création de produits éducatifs solides sur la pertinence des soins de santé et diffuser des stratégies factuelles pour la mise en œuvre des changements nécessaires dans les processus de soins.**
- **Les provinces et les territoires doivent travailler en collaboration avec les fournisseurs à la mise en place d'incitatifs afin de réduire la prestation de soins inutiles ou marginalement utiles.**

### Introduction

Comme les systèmes de santé sont aux prises avec des problèmes de viabilité et que l'on constate, preuves à l'appui, une qualité de soins souvent sous-optimale, la notion de pertinence intéresse de plus en plus. Une étude de l'Organisation mondiale de la santé publiée en 2000 décrit la pertinence comme étant « une question floue et complexe »<sup>1</sup>. Et pourtant, si le terme doit être appliqué de façon avantageuse aux systèmes de santé, il faut en clarifier la définition. Ce document stratégique présente la définition de pertinence adoptée par l'Association médicale canadienne, qui traite à la fois de la qualité et de la valeur des soins. Les racines de la

définition sont ancrées dans l'évolution des soins de santé au Canada au cours des vingt dernières années. Le document examine ensuite les nombreux problèmes liés à la mise en application du terme. Il conclut que la pertinence peut jouer un rôle central dans la transformation positive du système de santé.

### Définition

Au Conseil général de l'Association médicale canadienne en 2013, la résolution suivante a été adoptée :

*L'Association médicale canadienne adopte la définition suivante de la pertinence en soins de santé : Les bons soins fournis par les bons*

*fournisseurs au bon patient, au bon endroit et au bon moment, aboutissant à des soins d'une qualité optimale.*

Cette définition comporte cinq éléments clés :

- les « bons soins » sont ceux dont la littérature clinique a démontré l'efficacité et l'efficacités, la définition englobant non seulement l'utilisation mais aussi la non-utilisation;
- le « bon fournisseur » est celui qui, de par son champ d'exercice, peut fournir le plus adéquatement les soins, sans que ses compétences et connaissances dépassent de beaucoup les exigences de la tâche;
- la définition de « bon patient » reconnaît qu'il faut adapter les choix de soins en fonction des caractéristiques et des préférences de chaque patient, et que la conciliation des perceptions du patient et de celles du praticien peut poser des défis;
- la définition du « bon endroit » reconnaît que certains lieux sont mieux adaptés que d'autres du point de vue de la sécurité et de l'efficacité pour fournir un type particulier de soins plutôt qu'un autre;
- par « bon moment » on entend les soins dispensés en temps opportun conformément aux points de repère convenus.

Il est essentiel de bien comprendre que les « bons coûts » découlent de la prestation des « bons soins », donc qu'il s'agit d'un résultat plutôt qu'un intrant. Autrement dit, si les cinq éléments de la définition sont présents, le patient aura reçu des soins de haute qualité et les ressources auront été utilisées de façon appropriée, c'est-à-dire au bon coût. En revanche, il convient de signaler que le bon coût n'est pas nécessairement le coût abordable. Par exemple, un nouveau

médicament ou une nouvelle technologie d'imagerie peut offrir de petits avantages démontrables par rapport aux anciennes pratiques, mais au prix d'une forte hausse des coûts. Dans un tel cas, certains affirment que les bons soins doivent prévoir l'utilisation du nouveau médicament ou de la nouvelle technologie, tandis que d'autres soutiennent qu'il faut tenir compte des coûts d'opportunités excessifs, de sorte que les anciennes pratiques demeureront la référence de bons soins.

### **Une évolution de la perspective canadienne de 1996 à 2013**

Dans un article éclairant publié en 1996, Lavis et Anderson écrivaient :

*...Il y a deux types distincts de pertinence : la pertinence d'un service et la pertinence du milieu où les soins sont prodigués. Les différences entre les deux sont parallèles aux différences entre deux autres concepts en soins de santé : l'efficacité et la maîtrise des coûts... Un service pertinent est un service qui devrait faire plus de bien que de mal pour un patient présentant un trouble donné... La pertinence du milieu où les soins sont fournis est liée à l'efficacité des coûts [traduction]<sup>2</sup>.*

Cette définition très concrète va au-delà de la conception clinique étroite fondée uniquement sur l'impact thérapeutique d'une intervention sur un patient, pour adopter une vue contextuelle plus large axée sur le milieu de prestation des soins. Par exemple, les soins qui sont pertinents dans un cadre de soins à domicile pourraient ne pas être pertinents du tout dans un centre de soins tertiaires. D'ailleurs, les auteurs ajoutent cette observation importante : « Le milieu où les soins sont fournis peut servir de mesure des ressources utilisées pour fournir les soins » [traduction]<sup>2</sup>. Cette phrase invite à élargir la définition originale de Lavis et Anderson pour englober d'autres ressources et intrants identifiés au cours des décennies qui ont suivi.

Trois éléments sont particulièrement importants.

D'abord, la question de la prestation des soins en temps opportun, qui commençait à poser problème dans les soins de santé au Canada au moment de la parution de l'article de Lavis et d'Anderson. En 1997, près des deux tiers des Canadiens interrogés estimaient que les temps d'attente pour une chirurgie étaient excessifs, alors qu'un peu plus de la moitié des répondants étaient de cet avis un an plus tôt<sup>3</sup>. En 2004, les préoccupations concernant les temps d'attente avaient pris une telle ampleur que lorsque le gouvernement fédéral et les provinces ont conclu l'Accord des premiers ministres, ils ont inclus l'obligation de fournir l'accès en temps opportun aux traitements du cancer, aux soins cardiaques, à l'imagerie diagnostique, au remplacement d'articulations et au rétablissement de la vue<sup>4</sup>. Cette rapide évolution indique que la prestation des soins en temps opportun était maintenant perçue comme élément essentiel dans la détermination de la pertinence des soins.

Un deuxième thème a pris de l'importance dans les soins de santé au cours des vingt dernières années : la notion des soins axés sur le patient. Lorsque l'Association médicale canadienne a publié en 2010 son document *La transformation des soins de santé au Canada*, qui a été très bien reçu, le premier principe de la réforme était celui de l'implantation d'une culture de soins centrés sur le patient. En bref, cela signifiait que « les services de soins de santé sont fournis d'une manière qui donne le meilleur résultat pour les patients »<sup>5</sup>. Pour démarrer le processus de mise en application de ce concept, l'AMC a proposé une Charte des soins axés sur les patients. Structurée autour de sept domaines, la Charte traitait de l'importance de permettre aux patients de participer pleinement aux décisions concernant leur santé, du respect de la

confidentialité des dossiers de santé et de l'assurance que les soins fournis sont sûrs et pertinents. Il ressort de cette vision globale que des soins qui ne sont pas adaptés à chaque patient ne peuvent pas être des soins pertinents.

Un troisième élément marquant s'est dégagé au cours des vingt dernières années, soit une prise de conscience accrue de l'importance des champs de pratique, en raison notamment de l'accent mis sur le travail d'équipe dans les nouveaux modèles de soins primaires<sup>6</sup>, mais aussi de l'émergence de nouvelles professions telles que les adjoints au médecin, et de l'expansion des champs de pratique d'autres professionnels, dont les pharmaciens<sup>7</sup>.

Comme il arrivait de plus en plus souvent qu'une même activité en soins de santé puisse être effectuée par un éventail élargi de professionnels, il devenait essentiel, dans la définition de la pertinence, d'assurer la meilleure concordance possible entre les compétences requises et le service fourni. En effet, des praticiens sous-qualifiés ne peuvent pas fournir des soins de qualité, tandis que le recours à des fournisseurs surqualifiés constitue une mauvaise utilisation des ressources rares.

En résumé, comme l'a suggéré une récente étude exploratoire, pour une conceptualisation complète de la pertinence en 2013, il est nécessaire d'ajouter le bon moment, le bon patient et le bon fournisseur aux éléments mentionnés précédemment, à savoir les bons soins et le bon milieu<sup>8</sup>.

### **Pourquoi la pertinence compte**

L'argument le plus souvent invoqué pour justifier d'accorder de l'attention à la pertinence dans les politiques, c'est le coût du système de santé. Une abondance de preuves démontrent que les soins inappropriés – hospitalisations évitables, par exemple, ou

patients ayant besoin d'un autre niveau de soins qui occupent des lits de soins de courte durée – sont très répandus au Canada<sup>9</sup>; il est essentiel d'éliminer ce gaspillage pour assurer la viabilité du système. En Saskatchewan, par exemple, les villes de Regina et de Saskatoon ont signé des contrats en 2011 avec des cliniques privées pour fournir 34 différentes interventions chirurgicales. Non seulement les temps d'attente ont-ils été réduits, mais les coûts étaient 26 % plus faibles dans les cliniques de chirurgie que dans les hôpitaux où étaient pratiquées les mêmes interventions<sup>10</sup>.

Il y a cependant un autre problème, tout aussi important, qui souligne l'importance de la pertinence des soins : la qualité sous-optimale des soins de santé. Aux États-Unis, par exemple, une étude qui a évalué la performance en regard de 439 indicateurs de qualité pour 30 affections aiguës et chroniques a révélé que les patients ont reçu 54,9 % des soins recommandés (de 78,7 % pour les cataractes séniles à 10,5 % pour la dépendance à l'alcool)<sup>11</sup>. Une étude australienne plus récente qui a utilisé 522 indicateurs de qualité pour évaluer les soins liés à 22 affections courantes a révélé pour sa part que les patients ont reçu des soins cliniquement pertinents dans 57 % des rencontres (de 90 % pour une maladie coronarienne à 13 % pour la dépendance à l'alcool)<sup>12</sup>. Bien qu'il n'existe pas de données exhaustives comparables pour le Canada, il est peu probable que les pratiques dans notre système de santé s'écartent considérablement de celles de pays pairs. Mettre l'accent sur la pertinence des soins est alors justifié par des préoccupations relatives à la fois au budget et à la qualité des soins.

### **Méthodologie : le défi de cerner la pertinence**

Bien qu'il existe un besoin évident de parler de pertinence – dans toutes ses dimensions –,

les méthodes permettant d'évaluer la pertinence des soins sont limitées et, à ce jour, ont surtout porté sur les dimensions cliniques.

L'approche la plus fréquemment utilisée est la méthode Rand de l'Université de la Californie à Los Angeles. Elle fournit à des groupes d'experts la documentation pertinente sur une pratique particulière et facilite la discussion itérative et le classement des indications possibles pour l'utilisation de la pratique en question. Les pratiques sont classées comme étant pertinentes, équivoques ou inappropriées<sup>13</sup>. Une revue systématique réalisée en 2012 a permis de constater que lorsqu'elle est utilisée pour les interventions chirurgicales, la méthode Rand avait une bonne fiabilité de test-retest, de fiabilité intergroupe et de validité conceptuelle<sup>14</sup>. Cependant, cette méthode a été critiquée en raison d'autres lacunes : des groupes de différents pays peuvent parvenir à des conclusions différentes lors de l'examen de la même preuve; la validité peut seulement être testée par rapport à des instruments tels que les guides de pratique clinique qui eux-mêmes peuvent avoir une forte composante d'opinions d'experts<sup>2</sup>; les scores de Rand sur la pertinence s'appliquent à un patient « moyen » et ne peuvent pas tenir compte des différences entre les individus; et, enfin, les scores de Rand se concentrent sur la pertinence lorsqu'un service est fourni, mais ne tiennent pas compte de la sous-utilisation, c'est-à-dire de la non-prestation d'un service qui aurait été pertinent<sup>9</sup>.

En dépit de ses imperfections, la méthode Rand est actuellement l'approche la plus rigoureuse que l'on puisse adopter pour déterminer la pertinence clinique. On a récemment suggéré qu'une méthode basée sur un examen approfondi de la littérature pourrait cerner les pratiques potentiellement inefficaces ou nocives; lorsqu'une telle méthode a été appliquée à près de

6 000 éléments de l’Australian Medical Benefits Schedule, 156 pratiques ont été identifiées comme étant potentiellement inappropriées<sup>15</sup>. Cette méthode présente également des défis. Par exemple, les auteurs d’une étude utilisant les revues Cochrane pour cerner les pratiques offrant une faible valeur font remarquer que l’étiquette de « faible valeur » avait été appliquée principalement en raison d’un manque de preuves randomisées d’efficacité<sup>16</sup>.

L’évaluation de la pertinence du milieu de soins a porté presque exclusivement sur les hôpitaux. On sait que certaines maladies peuvent être prises en charge en milieu communautaire dans des cliniques de soins primaires ou de soins spécialisés. Le taux d’admission pour ces affections gérables en soins ambulatoires – qui est passé de 459 par 100 000 habitants en 2001-2002 à 320 par 100 000 habitants en 2008-2009 – est une façon de mesurer la pertinence de l’hôpital comme milieu de soins<sup>9</sup>. Le nombre de patients hospitalisés qui n’ont pas besoin de traitement initial ou prolongé dans un établissement de soins de courte durée constitue une deuxième mesure. Des instruments appartenant à des intérêts privés comme l’Appropriateness Evaluation Protocol<sup>17</sup> ou l’InterQual Intensity of Service, Severity of Illness and Discharge Screen for Acute Care<sup>18</sup> ont été utilisés pour évaluer la pertinence des soins en milieu hospitalier pour des patients individuels. Bien que ces instruments aient été appliqués à des données d’hôpitaux canadiens<sup>19,20</sup>, il y a un manque de consensus dans la littérature quant à leur fiabilité et leur utilité<sup>21-23</sup>.

Il existe des points de repères sur les temps d’attente appropriés pour certains types de soins au Canada grâce au travail de l’Alliance sur les temps d’attente<sup>4</sup>. Il s’agit notamment des temps d’attente pour le traitement de la douleur chronique, le traitement du cancer, les

soins cardiaques, les soins de santé digestive, l’urgence, le remplacement d’articulations, la médecine nucléaire, la radiologie, l’obstétrique et la gynécologie, la chirurgie pédiatrique, la chirurgie plastique, les maladies psychiatriques et le rétablissement de la vue. Les recommandations sont fondées sur l’opinion d’experts formulée à partir de données probantes.

Quant aux deux autres domaines de pertinence, à savoir le « bon patient » et le « bon fournisseur », il n’existe pas encore d’instruments objectifs permettant d’évaluer la pertinence.

### Obstacles

Pour déterminer la pertinence, il faut adopter une approche complexe et chronophage, dont la mise en œuvre est parsemée d’obstacles.

La disponibilité de certains services de santé peut être soumise à l’influence politique, qui outrepassa alors les critères de pertinence. Par exemple, des recommandations visant à fermer les petits hôpitaux jugés redondants ou inefficaces ne seront peut-être pas mise en œuvre pour des raisons politiques.

Les attentes des patients peuvent aller à l’encontre des critères de pertinence fondés factuels. Dans un centre de soins primaires, par exemple, il peut être difficile de convaincre un patient ayant une entorse à la cheville qu’une radiographie n’est probablement pas utile. L’insistance du patient est aggravée par la possibilité de poursuites médico-légales si jamais ce jugement clinique devait se révéler par la suite erroné. *Choisir avec soin* recommande aux médecins et aux patients d’avoir des discussions éclairées sur les soins potentiellement nécessaires<sup>24</sup>.

Les rôles cliniques traditionnels sont difficiles à revoir pour s’assurer que les soins sont

fournis par le professionnel de la santé le plus approprié. Ceci est particulièrement vrai si les silos du financement existant ne sont pas réalignés en fonction du changement souhaité dans les modèles de pratique.

Enfin, et c'est peut-être le point le plus important, même si des critères de pertinence convenus sont élaborés, il est extrêmement difficile de tenir les praticiens responsables de leur application dans la pratique clinique en raison de problèmes liés aux données<sup>25</sup>. On pourrait faire une vérification des dossiers pour voir si les critères de pertinence ont été respectés lorsque des activités cliniques particulières ont été effectuées, mais cela n'est pas réalisable à grande échelle. Les taux d'utilisation de certaines pratiques pourraient être comparés entre pairs à partir de données administratives, mais des variations dans la population de pratique pourraient légitimement justifier des variations de la pratique. Pour les procédures de diagnostic, on a suggéré d'utiliser le pourcentage de résultats négatifs comme indicateur d'utilisation inappropriée, mais, la plupart des bases de données sur les réclamations administratives ne contiendraient pas de données sur les résultats positifs ou négatifs des tests<sup>26</sup>. Cette question du déficit de données doit être abordée avec les ministères de la Santé et les régies régionales de la santé.

### **Avertissements importants**

Il existe plusieurs contraintes supplémentaires relatives à l'utilisation du concept de pertinence par les gestionnaires du système de santé.

Tout d'abord, la grande majorité des pratiques n'ont jamais été soumises à la méthode Rand ou à toute autre évaluation de la pertinence. Même pour les interventions chirurgicales, il n'existe des critères de pertinence clinique que pour 10 des 25 interventions les plus courantes pour les patients hospitalisés et pour

6 des 15 principales chirurgies ambulatoires aux États-Unis. Qui plus est, la plupart des études remontent à plus de 5 ans<sup>27</sup>.

Deuxièmement, même si la notion est peut-être attrayante pour les décideurs, il est incorrect de supposer que l'utilisation élevée d'une pratique équivaut à une mauvaise utilisation : lorsque les pratiques à forte utilisation sont comparées à celles à faible utilisation, il a été régulièrement observé que le taux d'utilisation inappropriée n'est pas plus élevé pour les pratiques à haute utilisation<sup>28,29</sup>.

Enfin, on ne sait pas à quel point on pourrait économiser en éliminant les soins cliniques problématiques. Par exemples, une étude américaine qui a modélisé la mise en œuvre des recommandations pour les soins primaires a révélé que l'on pourrait certes économiser considérablement si l'on décidait de prescrire de façon préférentielle des médicaments génériques, mais la plupart des autres éléments sur la liste des activités discutables « ne sont pas les principaux contributeurs aux coûts des soins de santé »<sup>30</sup>. Il importe de souligner que même si l'on ne réalise aucune économie en argent, on obtiendra une meilleure valeur pour chaque dollar dépensé en réduisant les soins inappropriés.

### **Recommandations de politiques**

Malgré ces défis méthodologiques et autres<sup>31</sup>, l'Association médicale canadienne présente les recommandations suivantes relatives à la mise en application du concept de pertinence dans la pratique clinique.

1. Les provinces et les territoires doivent travailler en collaboration avec les fournisseurs de soins à l'élaboration d'un cadre global permettant d'évaluer la pertinence des soins de santé.

Les provinces et les territoires doivent

élaborer un cadre de travail<sup>32</sup> permettant de cerner les soins potentiellement inappropriés, ce qui comprend la sous-utilisation des soins. Pour ce faire, il faudra 1) préciser des critères de sélection afin de cerner et de hiérarchiser les pratiques à évaluer; 2) élaborer et appliquer une méthodologie d'évaluation robuste; 3) créer des mécanismes de diffusion et d'application des résultats. Les cadres doivent également tenir compte des milieux de soins, de la prestation en temps opportun, des préférences des patients et des champs de pratique des professionnels de la santé. On trouve des exemples ailleurs dans le monde pour certains aspects de cet exercice. Il faudrait les adapter aux contextes propres aux provinces et aux territoires. Forcément, pour créer un tel cadre, il faudra recueillir des données d'appui d'une manière conforme à la résolution suivante du Conseil général de 2013 :

*L'Association médicale canadienne appuie la création de données sur la prestation des soins de santé et les résultats pour les patients afin d'aider la profession médicale à élaborer un cadre sur la pertinence des actes et des normes connexes d'imputabilité, à condition que la confidentialité des patients et des médecins soit préservée.*

2. Les provinces et les territoires doivent travailler en collaboration avec les fournisseurs à la création de produits éducatifs solides sur la pertinence des soins de santé et diffuser des stratégies factuelles pour la mise en œuvre des changements nécessaires dans les processus de soins.

Les médecins en formation et les médecins actifs doivent avoir accès à une formation et à des conseils sur la pertinence et sur les pratiques qui sont mal utilisées, sous-utilisées, ou surutilisées. On a démontré qu'une formation continue conçue adéquatement peut

modifier les pratiques des médecins. Des conseils accessibles au point de soin, par le biais du dossier médical électronique, offriraient une occasion supplémentaire d'alerter les cliniciens à des pratiques qui devraient ou ne devraient pas être utilisées dans le cadre d'une rencontre avec un patient<sup>33</sup>.

*Choisir avec soin* est une initiative codirigée par l'Association médicale canadienne qui vise à sensibiliser la profession médicale à la surutilisation inappropriée de certaines interventions diagnostiques et thérapeutiques. En premier lieu, l'objectif est d'améliorer la qualité des soins et, en deuxième lieu, de réduire les dépenses inutiles. L'initiative est conforme à l'intention des deux résolutions suivantes adoptées par le Conseil général de 2013 :

*L'Association médicale canadienne créera un groupe de travail collaboratif chargé d'établir des listes de tests cliniques et d'interventions spécifiques à chaque spécialité dont les avantages ne l'emportent généralement pas sur les risques.*

*L'Association médicale canadienne est d'avis que les avantages fiscaux et financiers découlant des efforts d'imputabilité et de pertinence des soins cliniques sont un sous-produit de ces efforts et non leur but premier.*

3. Les provinces et les territoires doivent travailler en collaboration avec les fournisseurs à la mise en place d'incitatifs afin de réduire la prestation de soins inutiles ou marginalement utiles.

Il faut offrir aux praticiens des incitatifs pour éliminer des soins inappropriés. Ces incitatifs peuvent être d'ordre financier – rayer de la liste des activités marginales ou fournir des bonus pour l'atteinte d'objectifs d'utilisation de soins appropriés, mais sous-utilisés. Toutes

les économies théoriques pourraient aussi être marquées aux fins de réinvestissement dans le système de santé, par exemple, pour améliorer l'accès. Donner aux médecins la capacité de participer aux vérifications et à la rétroaction concernant leur utilisation des pratiques marginales par rapport à leurs pairs crée généralement une incitation personnelle à éviter le statut marginal. La production de rapports publics par groupe ou établissement peut également déplacer la pratique vers la moyenne<sup>30</sup>. Lorsqu'on prend de telles mesures pour améliorer la qualité ou réduire les coûts par des changements de comportement de pratique, il est essentiel que la profession médicale joue un rôle central. Ce point important a été saisi dans une résolution du Conseil général en 2013 :

*L'Association médicale canadienne préconisera une contribution adéquate des médecins à l'identification des données probantes servant à évaluer les coûts et la qualité liés aux changements de la pratique clinique.*

## **Conclusion**

Lorsque la pertinence est évaluée uniquement en fonction de l'avantage clinique des soins, elle peut justifier des « désinvestissements » ou des « désinscriptions » d'interventions diagnostiques ou thérapeutiques particulières. Toutefois, une telle conceptualisation étroite de la pertinence ne permettra pas d'assurer la prestation de soins de haute qualité en même temps qu'une utilisation optimale des ressources. Il faut comprendre la pertinence dans toutes ses dimensions (les bons soins fournis par les bons fournisseurs au bon patient, au bon endroit et au bon moment) si elle doit véritablement servir à promouvoir la qualité et la valeur.

La réalisation de ces cinq éléments de la pertinence des soins de santé comportera certes des défis importants, à commencer par

la définition des termes, puis la tenue de discussions complexes sur les méthodes de mesure. Cet objectif théorique pourrait se révéler assez difficile à atteindre dans la réalité. Mais si, à chaque rencontre dans le système de santé – que ce soit une hospitalisation, une visite à un fournisseur de soins primaires, une admission aux soins à domicile – on tentait d'atteindre ou de presque atteindre chacun des cinq critères de pertinence, nous aurions franchi une étape importante vers l'atteinte de soins optimaux et la réalisation d'une meilleure valeur dans le continuum. Vue sous cet angle, la pertinence a la capacité de devenir un concept organisateur extraordinairement utile pour la transformation des soins de santé au Canada.

*Approuvé par le Conseil d'administration de l'AMC le 6 décembre 2014.*

## **Références**

1. Organisation mondiale de la santé. Appropriateness in Health Care Services, Report on a WHO Workshop. Copenhagen : OMS; 2000.
2. Lavis JN, Anderson GM. Appropriateness in health care delivery: definitions, measurement and policy implications. CMAJ. 1996;154(3):321-8.
3. Sanmartin C, Shortt SE, Barer ML, Sheps S, Lewis S, McDonald PW. Waiting for medical services in Canada: lots of heat, but little light. CMAJ. 2000;162(9):1305-10.
4. Alliance sur les temps d'attente. Working to Improve Wait Times Across Canada. Toronto: Wait Time Alliance; 2014. En ligne : <http://www.waittimealliance.ca>. (consulté le 18 avril 2013)
5. Association médicale canadienne. La transformation des soins de santé au Canada. Ottawa : Association médicale canadienne; 2010.
6. Association médicale canadienne. Politique de l'AMC : Implantation des soins en collaboration axés sur les patients. Ottawa : Association médicale canadienne; 2008.



7. Maxwell-Alleyne A, Farber A. Pharmacists' expanded scope of practice: Professional obligations for physicians and pharmacists working collaboratively. *Ont Med Rev.* 2013;80(4):17-9.
8. Sanmartin C, Murphy K, Choptain N, et coll. Appropriateness of healthcare interventions: concepts and scoping of the published literature. *Int J Technol Assess Health Care.* 2008;24(3):342-9.
9. Institut canadien d'information sur la santé. Les soins de santé au Canada 2010. Ottawa: ICIS; 2010.
10. MacKinnon J. Health Care Reform from the Cradle of Medicare. Ottawa : Macdonald-Laurier Institute; 2013.
11. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, et coll. The quality of health care delivered to adults in the United States. *NEJM.* 2003;348(26):2635-45.
12. Runciman WB, Hunt TD, Hannaford NA, et coll. CareTrack: assessing the appropriateness of health care delivery in Australia. *Med J Aust.* 2012;197(2):100-5.
13. Brook RH, Chassin MR, Fink A, Solomon DH, Kosecoff J, Park RE. A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. *Int J Technol Assess Health Care.* 1986;2(1):53-63.
14. Lawson EH, Gibbons MM, Ko CY, Shekelle PG. The appropriateness method has acceptable reliability and validity for assessing overuse and underuse of surgical procedures. *J Clin Epidemiol.* 2012;65(11):1133-43.
15. Elshaug AG, Watt AM, Mundy L, Willis CD. Over 150 potentially low-value health care practices: an Australian study. *Med J Aust.* 2012;197(10):556-60.
16. Garner S, Docherty M, Somner J, et coll. Reducing ineffective practice: challenges in identifying low-value health care using Cochrane systematic reviews. *J Health Serv Res Policy.* 2013;18(1):6-12.
17. Gertman PM, Restuccia JD. The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care.* 1981;19(8):855-71.
18. Mitus AJ. The birth of InterQual: evidence-based decision support criteria that helped change healthcare. *Prof Case Manag.* 2008;13(4):228-33.
19. DeCoster C, Roos NP, Carriere KC, Peterson S. Inappropriate hospital use by patients receiving care for medical conditions: targeting utilization review. *CMAJ.* 1997;157(7):889-96.
20. Flintoft VF, Williams JI, Williams RC, Basinski AS, Blackstien-Hirsch P, Naylor CD. The need for acute, subacute and nonacute care at 105 general hospital sites in Ontario. Joint Policy and Planning Committee Non-Acute Hospitalization Project Working Group. *CMAJ.* 1998;158(10):1289-96.
21. Kalant N, Berlinguet M, Diodati JG, Dragatakis L, Marcotte F. How valid are utilization review tools in assessing appropriate use of acute care beds? *CMAJ.* 2000;162(13):1809-13.
22. McDonagh MS, Smith DH, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. *Health policy.* 2000;53(3):157-84.
23. Vetter N. Inappropriately delayed discharge from hospital: what do we know? *BMJ.* 2003;326(7395):927-8.
24. Choisir avec soin. Actualités. Ottawa : Choisir avec soin; 2015. En ligne : [www.choisiravecsoin.org](http://www.choisiravecsoin.org). (consulté en décembre 2014)
25. Garner S, Littlejohns P. Disinvestment from low value clinical interventions: NICEly done? *BMJ.* 2011;343:d4519.
26. Baker DW, Qaseem A, Reynolds PP, Gardner LA, Schneider EC. Design and use of performance measures to decrease low-value services and achieve cost-conscious care. *Ann Intern Med.* 2013;158(1):55-9.
27. Lawson EH, Gibbons MM, Ingraham AM, Shekelle PG, Ko CY. Appropriateness criteria to assess variations in surgical procedure use in the United States. *Arch Surg.* 2011;146(12):1433-40.
28. Chassin MR, Kosecoff J, Park RE, et al. Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health care services? A study of three procedures. *JAMA.* 1987;258(18):2533-7.

29. Keyhani S, Falk R, Bishop T, Howell E, Korenstein D. The relationship between geographic variations and overuse of healthcare services: a systematic review. *Med Care*. 2012;50(3):257-61.
30. Kale MS, Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. "Top 5" lists top \$5 billion. *Arch Intern Med*. 2011;171(20):1856-8.
31. Elshaug AG, Hiller JE, Tunis SR, Moss JR. Challenges in Australian policy processes for disinvestment from existing, ineffective health care practices. *Aust New Zealand Health Policy*. 2007;4:23.
32. Elshaug AG, Moss JR, Littlejohns P, Karnon J, Merlin TL, Hiller JE. Identifying existing health care services that do not provide value for money. *Med J Aust*. 2009;190(5):269-73.
33. Shortt S GM, Gorbet S. Making medical practice safer: the role of public policy. *Int J Risk Saf Med*. 2010;22(3):159-68.