

Fondements de la gestion des ressources

Bibliographie annotée

*Dans le cadre de la série des trousse d'information
sur le curriculum CanMEDS de gestion des ressources*

Rédactrice

Jennifer Ngo, MD, MSc (AQ/SP), FRCPC
Département de médecine
Université de Calgary
Calgary (Alberta)

Rédacteur de la série

Chris Hillis, MD, MSc (AQ/SP), FRCPC
Département d'oncologie
Université McMaster
Hamilton (Ontario)

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
774, promenade Echo
Ottawa (Ontario) K1S 5N8 CANADA
Téléphone : 613-730-8177
Sans frais : 1-800-668-3740
Site Web : collegeroyal.ca/canmeds
Courriel : canmeds@collegeroyal.ca

© Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2017.
Tous droits réservés.

Ce document peut être reproduit en totalité à des fins éducatives, personnelles ou non commerciales seulement.
Toute autre utilisation est interdite sans l'autorisation écrite du Collège royal.

Comment citer ce document en référence:
C Hillis et J Ngo, rédacteurs. 2017. *Fondements de la gestion des ressources. Bibliographie annotée*. Dans: le cadre de la série des trousse d'information sur le curriculum CanMEDS de gestion des ressources. Ottawa: Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

TABLE DES MATIÈRES

Outils d'évaluation	4
Obstacles à la gestion des ressources et facteurs de surutilisation	4
Stratégies éducatives de réduction des soins inutiles	4
Aspects éthiques de la gestion des ressources	5
Points de vue et articles internationaux sur la gestion des ressources	6
Gestion des ressources en rapport avec les attentes des patients	9
Terminologie de la gestion des ressources	10
Rôle des expériences de formation dans le comportement futur du médecin en matière de gestion des ressources	10
Stratégies de réduction des soins inutiles	12
Vidéos sur la gestion des ressources	13
Pages Web sur la gestion des ressources	14
Collaborateurs et réviseure	15

OUTILS D'ÉVALUATION

Alliance for Academic Internal Medicine. *High Value Care Learner Assessment Tools*. Dernière consultation le 18 août 2017 sur le site de l'AAIM (en anglais) : <http://www.im.org/p/cm/ld/fid=1532>

Mount CA, PA Short, GR Mount et CM Schofield. 2014. An End-of-Year Oral Examination for Internal Medicine Residents: An Assessment Tool for the Clinical Competency Committee. *Journal of Graduate Medical Education*. **6**(3): 551-554.

OBSTACLES À LA GESTION DES RESSOURCES ET FACTEURS DE SURUTILISATION

Morgan DJ, S Brownlee, AL Leppin, N Kressin, SS Dhruva, L Levin, BE Landon, MA Zezza, H Schmidt, V Saini et AG Elshaug. 2015. Setting a research agenda for medical overuse. *BMJ*. **351**:h4534.

Parmar MS. 2016. A Systematic Evaluation of Factors Contributing to Overdiagnosis and Overtreatment. *Southern Medical Journal*. **109**(4):272-276.

STRATÉGIES ÉDUCATIVES DE RÉDUCTION DES SOINS INUTILES

Huang GC, CD Tibbles, LR Newman et RM Schwartzstein. 2016. Consensus of the Millennium Conference on Teaching High Value Care. *Teaching and Learning in Medicine*. **28**(1):97-104.

Cet article se veut un compte rendu d'une conférence de consensus où sept équipes de facultés de médecine se sont rencontrées pour discuter de stratégies de promotion et d'éducation sur les soins de grande valeur destinés aux stagiaires. Les « soins de grande valeur » sont décrits comme des soins qui tiennent compte de l'équilibre optimal entre les bienfaits cliniques, les coûts et les préjudices, et dont l'objectif ultime est d'améliorer le pronostic du patient. Les auteurs soulignent d'abord que la communication avec les patients en est la pierre angulaire, puisqu'elle permet de prendre des décisions éclairées, d'établir une relation de confiance et d'utiliser les données probantes pour appuyer les affirmations. L'article traite aussi du besoin de recourir à des outils d'évaluation et d'éducation sur les soins de grande valeur et propose des modules interactifs en ligne ainsi qu'une sensibilisation aux coûts durant la formation médicale. Les auteurs parlent des contraintes de temps, du manque de contrôle par rapport aux tests demandés par les consultants et des décisions insuffisamment appuyées comme des obstacles à la prestation de soins de grande valeur. L'intégration des soins de grande valeur à la pratique par les nouvelles générations de stagiaires suscite toutefois de l'optimisme. Cet article explique clairement l'importance de ce sujet, résume le consensus dégagé lors de la conférence

et présente des outils pratiques à utiliser pour la promotion des soins de grande valeur.

Autres lectures recommandées

- Chassin MR, Galvin RW, and the National Roundtable on Health Care Quality. The Urgent Need to Improve Health Care Quality. *JAMA*. 1998; **280**(11):1000-1005.
- Detsky AS et AA Verma. 2012. A new model for medical education: celebrating restraint. *JAMA*. **308**(13):1329-1330.
- Korenstein D. 2015. Charting the route to high-value care: The role of medical education. *JAMA*. **314**(2): 2359-2361.
- Lakhani A, E Lass, WK Silverstein, KB Born, W Levinson et BM Wong. 2016. Choosing Wisely for Medical Education: Six Things Medical Students and Trainees Should Question. *Academic Medicine*. **91**(10): 1374-1378.
- Leep Hunderfund AN, LN Dyrbye, SR Starr, J Mandrekar, JM Naessens, JC Tilburt, P George, EG Baxley, JD Gonzalo, C Moriates, SD Gool, PA Carney, BM Miller, SJ Grethlein, TL Fancher et DA Reed. 2016. Role Modeling and Regional Health Care Intensity: U.S. Medical Student Attitudes Toward and Experiences With Cost-Conscious Care. *Academic Medicine*. **92**(5):694-702.
- Moriates C, D Dohan, J Spetz et GF Sawaya. 2015. Defining competencies for education in healthcare value: recommendations from the University of California, San Francisco Center for Healthcare Value Training Initiative. *Academic Medicine*. **90**(4): 421-424.
- Rosenbaum L et D Lamas. 2012. Cents and Sensitivity – Teaching Physicians to Think about Costs. *New England Journal of Medicine*. **367**(2):99-10.
- Smith CD, WS Levinson, Internal Medicine HVC Advisory Board. 2015. A commitment to high-value care education from the internal medicine community. *Annals of Internal Medicine*. **62**(9):639-40.

ASPECTS ÉTHIQUES DE LA GESTION DES RESSOURCES

Reuben DB et CK Cassel. 2011. Physician stewardship of healthcare in an era of finite resources. *JAMA*. **306**(4):430-1.

Ce commentaire propose d'aborder la gestion des ressources en santé aux États-Unis à trois principaux niveaux, soit les politiques nationales ou d'État, les payeurs et la pratique, pour obtenir des résultats positifs. Les politiques nationales ou d'État sont considérées comme des occasions de promouvoir la gestion des ressources au moyen de mécanismes de financement. Le deuxième niveau de gestion devrait concerner les payeurs, c'est-à-dire ceux qui prennent les décisions relatives à la couverture. Dans ce domaine, les

changements seront déterminants, particulièrement parce que les patients aux États-Unis paient des frais élevés non seulement pour des traitements essentiels, mais aussi pour des services jugés non essentiels, inefficaces ou très coûteux. Le troisième niveau de gestion concerne la pratique. Les pratiques de groupe peuvent décider de privilégier les médicaments génériques plutôt que ceux de marque lorsque leur efficacité est comparable, par exemple. Ce niveau comprend le clinicien en pratique individuelle, qui peut appuyer davantage ses décisions sur les données probantes et tenir compte de ce qui est réellement bénéfique et approprié sur le plan médical pour le patient. La gestion des ressources peut aussi se faire au niveau du patient, par le biais de discussions au sujet du processus décisionnel partagé des individus qui peuvent mener à des discussions plus vastes au sein de la communauté et, ultimement, avoir une incidence sur les politiques, la législation et les élections.

POINTS DE VUE ET ARTICLES INTERNATIONAUX SUR LA GESTION DES RESSOURCES

Berwick DM. 2017. Avoiding overuse-the next quality frontier. *The Lancet*. **390**(10090):102-104.

Ce commentaire décrit les problèmes de qualité découlant de la surutilisation des soins inefficaces et de la sous-utilisation des soins efficaces. Il traite des effets qu'aura l'utilisation adéquate des ressources sur les pays à revenu faible ou élevé. Cet article fait partie de la série « Right Care » publiée par *The Lancet*, qui porte sur les facteurs mondiaux de la surutilisation et de la sous-utilisation des soins. Les articles de cette série offrent un éclairage utile sur la santé mondiale et le problème de qualité associé aux soins inutiles.

Berwick DM et AD Hackbarth. 2012. Eliminating Waste in US Healthcare. *JAMA*. **307**(14):1513-1516.

Ce commentaire présente des stratégies novatrices pour réduire les dépenses en soins de santé aux États-Unis, non pas en éliminant les services qui peuvent réellement aider les patients et améliorer les soins, mais en diminuant le gaspillage. Les auteurs définissent six catégories de gaspillage : (1) les ratés dans la prestation des soins, (2) la mauvaise coordination des soins, (3) le surtraitement, (4) la complexité administrative, (5) la tarification inadéquate, et (6) la fraude et les abus. Dans leurs propos sur l'utilisation d'un modèle axé sur la répartition des ressources gaspillées (*wedges of waste*) pour diminuer les dépenses en soins de santé, les auteurs estiment que des réductions progressives seraient beaucoup plus avantageuses que des coupes massives dans les soins et les couvertures d'assurance. En somme, ce modèle théorique unique illustre une nouvelle perspective des stratégies de réduction des coûts.

Brownlee S, K Chalkidou, J Doust, AG Elshaug, P Glasziou, I Heath I, S Nagpal, V Saini, D Srivastava, K Chalmers et D Korenstein. 2017. Evidence for overuse of medical services around the world. *The Lancet*. **390**(10090):156-168.

Cet article de synthèse porte sur les données qui mettent en évidence la surutilisation des services médicaux, que l'on définit comme les situations où « les préjudices potentiels surpassent les bienfaits possibles ». Les données proviennent de cinq revues systémiques. Les auteurs analysent les données issues de la littérature examinée par des pairs pour discuter de la surutilisation des médicaments, des tests de dépistage, des tests diagnostiques et des interventions thérapeutiques. Ils donnent également des exemples de surutilisation dans la prestation aux lieux de soins et dans le recours aux soins de fin de vie. Ils expliquent les préjudices physiques et psychologiques individuels que peut entraîner la surutilisation, et plus largement, ses conséquences sur les systèmes de soins de santé.

Elshaug AG, MB Rosenthal, JN Lavis, S Brownlee, H Schmidt, S Nagpal, P Littlejohns, D Srivastava, S Tunis, et V Saini. 2017. Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value healthcare. *The Lancet*. **390**(10090):191–202

Cet article de synthèse présente des mesures visant à améliorer la valeur des soins de santé à l'échelle mondiale. L'amélioration de la valeur est décrite comme la prestation des bons soins par le bon fournisseur au bon patient, au bon moment et au bon endroit. Deux stratégies, l'une descendante et l'autre ascendante, sont considérées comme des leviers possibles. Il est question de divers intervenants et groupes, et les deux stratégies sont envisagées pour ces groupes. Les auteurs soulignent qu'il est essentiel que les patients, les collectivités et les organisations civiles soient inclus dans le processus décisionnel, car ils sont à la fois les bénéficiaires et les payeurs des soins de santé. De plus, la mise à contribution de ces personnes peut accroître la légitimité des efforts visant à déterminer la valeur relative des différents investissements en santé. On encourage l'utilisation des guides de pratique clinique comme outils pour aider le praticien et le patient à prendre les décisions sur les soins de santé appropriés. L'article traite aussi du rôle des décideurs des systèmes et des gouvernements dans l'amélioration de la valeur des soins de santé, particulièrement en ce qui a trait à la mise en œuvre de politiques publiques ciblant des facteurs importants qui contribuent à la santé, y compris les déterminants sociaux. Les gouvernements et les décideurs doivent adopter des politiques qui mettent l'accent sur les soins

primaires pour réduire la prestation de soins coûteux comme ceux prodigués en milieu hospitalier.

Hofmann B. 2014. Diagnosing overdiagnosis: conceptual challenges and suggested solutions. *European Journal of Epidemiology*. **29**(9): 599-604.

L'absence de consensus sur la définition commune du terme « surdiagnostic » contribue aux défis de la recherche et de l'évaluation du problème que cette réalité représente. Ce commentaire analyse et précise le concept du surdiagnostic. Dans leur analyse, les auteurs soutiennent que la définition commune comporte quatre problèmes fondamentaux et suggèrent une nomenclature pour diviser ce concept complexe en plusieurs concepts plus précis, dans le but de simplifier l'évaluation du problème et de relever les défis associés aux méthodes diagnostiques des cliniciens.

Morgan DJ, SS Dhruva, SM Wright et D Korenstein. 2016. 2016 Update on Medical Overuse: A Systematic Review. *JAMA Internal Medicine*. **176**(11):1687-1692.

Cette revue systématique traite de dix des articles les plus influents publiés en 2015 sur la question de la surutilisation des soins médicaux. Ces articles portent sur la surutilisation des examens (p. ex., l'imagerie pour les céphalées) et des traitements (p. ex., un traitement de remplacement de la testostérone inapproprié) et les pratiques médicales dont la pertinence est discutable (p. ex., suivi en série des nodules thyroïdiens bénins). Selon les études réalisées, la surutilisation est courante dans la pratique médicale et elle existe dans tous les secteurs de la santé. Cet article invite le lecteur à réfléchir sur l'utilisation inadéquate des soins médicaux dans la pratique quotidienne, dans l'espoir que cette sensibilisation suscite des changements de méthodes pour réduire la prestation de soins inappropriés et améliorer la qualité. En plus d'offrir une vision d'ensemble des principaux domaines cliniques touchés par la surutilisation, cet article peut s'avérer utile pour la formation des professionnels de la santé et les projets d'amélioration de la qualité.

Saini V, S Brownlee, AG Elshaug, P Glasziou et I Heath. 2017. Addressing overuse and underuse around the world. *The Lancet*. **390**(10090):105-107.

Ce commentaire explore les causes et les facteurs complexes de la surutilisation et de la sous-utilisation des soins de santé à l'échelle mondiale. Les auteurs concluent que ce problème existe tant dans les pays à faible revenu que dans ceux à revenu élevé, et ce, quel que soit le mode de rémunération des professionnels (salarié ou paiement à l'acte) ou le modèle de financement du système de santé (public ou privé). Selon eux, les efforts visant à améliorer la qualité des soins et à réduire la surutilisation doivent tenir

compte non seulement des multiples facteurs à l'origine du problème, mais aussi du fait qu'aucune approche ne peut, à elle seule, résoudre ce phénomène complexe.

Saini V, S Garcia-Armesto, D Klemperer, V Paris, AG Elshaug, S Brownlee, JPA Ioannidis et ES Fisher. 2017. Drivers of poor medical care. *The Lancet*. **390**(10090):178–190.

Ce commentaire décrit trois domaines qui contribuent à la prestation de soins médicaux inadéquats, que l'on définit à la fois comme une surutilisation et une sous-utilisation inappropriées : (1) l'argent et les finances; (2) les connaissances, la subjectivité et l'incertitude; et (3) le pouvoir et les relations humaines. D'abord, les auteurs résument l'incidence des finances et de l'économie sur les soins médicaux, y compris le statut socio-économique, le financement des systèmes de santé et les considérations financières qui influencent les patients, les fournisseurs et les systèmes. Ensuite, ils abordent la recherche et son influence sur les soins médicaux; plus particulièrement la recherche qui ne produit pas de résultats pertinents ayant des retombées positives pour les soins aux patients en raison de leur inapplicabilité à la pratique clinique ou d'une puissance statistique ne permettant pas d'obtenir des résultats généralisables. En dernier lieu, le pouvoir et les relations humaines ainsi que la dynamique entre les médecins et les patients peuvent souvent mener à la prestation de soins médicaux inappropriés. Les politiques peuvent être influencées par les demandes provenant d'intervenants en situation de concurrence, ce qui peut entraîner des préjudices involontaires. Par exemple, aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande, où la publicité directe aux consommateurs est légale, il semblerait qu'un pourcentage plus élevé de consommateurs demandent certains médicaments et services en raison de la sensibilisation accrue et, bien souvent, de préoccupations non fondées au sujet des maladies. La somme nette de ces facteurs influence et entraîne la prestation de soins médicaux inadéquats.

Autres lectures recommandées

- Emmanuel et A Steinmetz. 2013. Will Physicians Lead on Controlling Healthcare Costs? *JAMA*. **310**(4):374-5.
- Owens DK, A Qaseem, R Chou et P Shekelle, for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. 2011. High-value, cost-conscious health care: concepts for clinicians to evaluate the benefits, harms, and costs of medical interventions. *Annals of Internal Medicine*. **154**(3):174-180.
- Rao VM et DC Levin. 2012. The Overuse of Diagnostic Imaging and the Choosing Wisely Initiative. *Annals of Internal Medicine*. **157**(8):574-6.

- The Lancet. *Right Care Series*. Dernière consultation le 18 août 2017 sur le site Web de *The Lancet* : <http://www.thelancet.com/series/right-care>.

GESTION DES RESSOURCES EN RAPPORT AVEC LES ATTENTES DES PATIENTS

Sabbatini AK, JC Tilburt, EG Campbell, RD Sheeler, JS Egginton et SD Goold. 2014. Controlling health costs: physician responses to patient expectations for medical care. *Journal of General Internal Medicine*. **29**(9): 1234-1241.

Les médecins sont les gardiens des ressources médicales. Cette étude se penche sur la façon dont les médecins envisagent l'utilisation des ressources en santé et les stratégies qui leur permettent de répondre aux attentes et aux demandes des patients relativement aux soins médicaux tout en se souciant des coûts que ces derniers engendrent. Les auteurs présentent les résultats des travaux d'un groupe de discussion composé de 62 médecins spécialistes provenant de divers horizons. Les médecins disent faire des compromis par rapport aux différentes ressources disponibles et prendre en considération non seulement le coût relatif des décisions médicales et des services de rechange, mais aussi le temps requis et la commodité pour les patients, ainsi que leurs propres contraintes de temps. Il a été reconnu que le patient joue un rôle essentiel dans le processus décisionnel, bien que cela puisse poser des difficultés lorsque les pratiques tenant compte des coûts ne correspondent pas aux attentes du patient. On décrit des stratégies et des techniques pour renseigner les patients, établir un lien de confiance et choisir des options moins coûteuses au besoin, souvent en adaptant la prise en charge au patient et à l'environnement clinique. Dans l'ensemble, cette étude aide à comprendre les mesures politiques qui aborderont le rôle des médecins dans la gestion des ressources et susciteront la réalisation de recherches plus poussées sur les interactions complexes entre les patients et les médecins.

TERMINOLOGIE DE LA GESTION DES RESSOURCES

Association médicale canadienne. *Politique de l'AMC : Pertinence des soins de santé*. Dernière consultation le 18 août 2017 sur le site Web de l'AMC : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD15-05f.pdf>

Dans le document stratégique de l'Association médicale canadienne (AMC) sur l'amélioration de la viabilité des soins de santé par l'évaluation de leur pertinence, la notion de pertinence est définie comme : les bons soins fournis par les bons fournisseurs au bon patient, au bon endroit et au bon moment. La présence de ces éléments permet d'offrir des soins d'une qualité optimale au meilleur rapport coût-efficacité. On insiste sur le fait que la qualité des soins ne doit jamais être compromise. Tenir compte des obstacles à la pertinence

des soins, comme l'influence politique et les attentes des patients, et promouvoir les conversations basées sur les données probantes est une des stratégies proposées pour assurer la qualité des soins. Le rapport recommande que chaque province et territoire élabore un cadre de travail permettant de cerner les soins potentiellement inappropriés et comprenant des moyens de diffuser l'information et les résultats.

RÔLE DES EXPÉRIENCES DE FORMATION DANS LE COMPORTEMENT FUTUR DU MÉDECIN EN MATIÈRE DE GESTION DES RESSOURCES

Chen C, S Petterson, R Phillips, A Bazemore et F Mullan. 2014. Spending patterns in region of residency training and subsequent expenditures for care provided by practicing physicians for Medicare beneficiaries. *JAMA*. **312**(22):2385-2393.

Cette étude examine l'incidence de la formation sur les résidents en médecine familiale et médecine interne qui sont formés dans les diverses régions d'hôpitaux de référence (*hospital referral regions* ou HRR) aux États-Unis, qui sont classées en groupe selon leurs dépenses (faibles, moyennes, élevées). L'analyse des données a révélé que les habitudes de dépenses des médecins étaient associées à celles de la région pendant leur résidence. Une différence de 29 % dans les dépenses des médecins des groupes de dépenses faibles et élevées des régions de formation a été notée dans les 7 années suivant la fin de la résidence. Toutefois, 16 à 19 ans après la fin de leur formation, il n'y avait aucune différence significative sur le plan statistique. Soulignons que l'utilisation du lieu de formation et des dépenses Medicare moyennes par personne dans une région d'hôpitaux de référence comme un indicateur de l'expérience de formation constitue une des limites de cette étude. De plus, cette dernière ne tient pas compte de la variation des dépenses des différents résidents et médecins praticiens à l'intérieur d'une même région d'hôpitaux de référence. Enfin, les résultats cliniques n'ont pas été mesurés. Compte tenu de ces limites, les résultats de cette étude montrent une association entre les habitudes de dépenses dans les régions d'hôpitaux de référence où les résidents sont formés et l'utilisation des ressources en début de pratique.

Sirovich BE, RS Lipner, M Johnston et ES Holmboe. 2014. The association between residency training and internists' ability to practice conservatively. *JAMA Internal Medicine*. **174**(10):1640-1649.

Cette étude visait à déterminer si les diplômés des programmes de résidence caractérisés par des modèles de pratiques de faible intensité gèrent les soins aux patients de façon prudente, s'il y a lieu, et s'ils sont moins susceptibles de fournir des soins vigoureux lorsque le contexte l'exige. Pour les besoins de

cette étude, l'intensité de la pratique a été mesurée à l'aide de l'indice de visites en fin de vie, qui reflète le nombre moyen de visites chez le médecin au cours des six derniers mois de vie chez les bénéficiaires de Medicare de 65 ans ou plus, dans les programmes de résidence des régions d'hôpitaux de référence. D'après les résultats de l'étude, les stagiaires des régions où l'intensité de la pratique médicale est plus faible étaient plus susceptibles de reconnaître les circonstances nécessitant une prise en charge plus prudente, et ce, sans égard aux différences dans la base de connaissances. Cette étude a aussi révélé que les médecins formés dans des régions d'intensité plus faible étaient également en mesure de choisir une approche plus vigoureuse s'il y avait lieu.

Stammen LA, RE Stalmeijer, E Paternotte, A Oudkerk Pool, EW Driessen, F Scheele et LPS Stassen. 2015. Training Physicians to Provide High-Value, Cost-Conscious Care: A Systematic Review. *JAMA*. **314**(22):2384-2400.

Cette revue systématique porte sur la façon de prodiguer des soins de grande valeur tout en tenant compte des coûts. Trois domaines généraux favorisant l'apprentissage ont été ciblés : (1) la transmission des connaissances, (2) la pratique réfléchie et (3) un milieu d'apprentissage favorable. La transmission des connaissances comprend la capacité à comprendre les données scientifiques, les préférences des patients, la tarification et l'économie de la santé, ainsi que l'applicabilité de ces facteurs à la prise de décisions médicales. La pratique réfléchie renvoie à la rétroaction sur les examens et les traitements demandés qui peut être transmise aux médecins en lien avec leur pratique, et plus largement, à la réflexion sur la prise de décisions médicales et la qualité. Un environnement d'apprentissage favorable comprend un soutien au macroniveau et des mesures incitatives visant l'amélioration de la pratique, des modèles cliniques pour l'enseignement et la démonstration des soins de grande valeur, de même qu'une culture de collaboration interprofessionnelle.

Autres lectures recommandées

- Aror A, A True et The Dartmouth Atlas of Health Care. 2012. *What kind of physician will you be? Variation in healthcare its importance for residency training*. Hanover, New Hampshire: The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice.
- Asch DA, S Nicholson, S Srinivas, J Herrin, AJ Epstein. Evaluating obstetrical residency programs using patient outcomes. *JAMA*. 2009 Sep 23; 302(12):1277-1283.
- Dine CJ, LM Bellini, G Diemer, A Ferris, A Rana, G Simoncini, W Surkis W, C Rothschild, DA Asch, JA Shea et AJ Epstein. 2015. Assessing Correlations of Physicians' Practice Intensity and Certainty During Residency Training. *Journal of Graduate Medical Education*. **7**(4):603-9.

- Monette J, RM Tamblyn, PJ McLeod et DC Gayton. 1997. Characteristics of physicians who frequently prescribe long-acting benzodiazepines for the elderly. *Evaluation & the Health Professions*. **20**(2):115-130.
- Moriates C et BM Wong. 2016. High-value care programmes from the bottom-up... and the top-down. *BMJ Quality and Safety*. **25**(11):821-823
- Patel MS, DA Reed, C Smith et VM Arora 2015. Role-Modeling Cost-Conscious Care-A National Evaluation of Perceptions of Faculty at Teaching Hospitals in the United States. *Journal of General Internal Medicine*. **30**(9):1294-1298.
- Weinberger SE. 2011. Providing High-Value, Cost-Conscious Care: A Critical Seventh General Competency for Physicians. *Annals of Internal Medicine*. **155**(6):386-388.

STRATÉGIE DE RÉDUCTION DES SOINS INUTILES

Chen CL, GA Lin, NS Bardach, TH Clay, WJ Boscardin, AW Gelb, M Maze, MA Gropper, et RA Dudley. 2015. Preoperative Medical Testing in Medicare Patients Undergoing Cataract Surgery. *New England Journal of Medicine*. **372**(16):1530-1538.

Cette étude a examiné la fréquence des évaluations médicales préopératoires ainsi que les habitudes y étant associées à l'aide de données recueillies auprès de 440 000 patients ayant subi une chirurgie de la cataracte. Les données laissent croire que pour une chirurgie à faible risque comme la chirurgie de la cataracte, les examens préopératoires n'ont aucune valeur clinique pour les patients. L'étude a révélé d'importantes variations dans la pratique, qui s'expliquaient principalement par les habitudes des médecins qui demandent les tests, plutôt que par les caractéristiques des patients. Cette étude met en évidence le fait que les habitudes des médecins en matière d'examens et de pratique peuvent s'enraciner dans la routine et non dans l'utilisation des données disponibles. Cette observation devrait inciter les médecins à réfléchir à leurs pratiques de demandes d'examens et à se demander si elles sont fondées sur des données probantes et si elles offrent une valeur clinique aux patients.

Waxman DA, MD Greenberg, MS Ridgely, AL Kellermann et P Heaton. 2014. The Effect of Malpractice Reform on Emergency Department Care. *New England Journal of Medicine*. **371**(16):1518-1525.

Cette étude basée sur une approche analytique quasi expérimentale visait à évaluer l'effet de la réforme législative sur la prise en charge des patients couverts par Medicare au service d'urgence. Les auteurs ont émis l'hypothèse selon laquelle la modification des définitions données à la faute

médicale pouvait changer l'utilisation des ressources de soins de santé au service d'urgence, qu'ils ont examinée dans trois États (Texas, Géorgie et Caroline du Sud). Les préoccupations relatives à la faute médicale sont souvent citées par les médecins pour justifier la surutilisation. Ces États avaient récemment remplacé la faute médicale par la négligence grave dans leurs normes de responsabilité pour les soins d'urgence (ce qui veut dire qu'il faut faire la preuve d'une négligence assez grave de la part du médecin), puis ils ont mesuré les dépenses en soins de santé à l'aide des taux d'imagerie avancée et d'hospitalisation. Les résultats ont montré peu de différence entre ces paramètres avant et après la réforme, ce qui porte à croire que, à lui seul, le risque perçu de réclamations pour faute médicale est peu susceptible d'avoir un effet sur l'utilisation de l'imagerie au service d'urgence. Dans leurs choix, les médecins ne semblent d'ailleurs pas aussi motivés par le risque de poursuite qu'ils le pensent. Parmi les autres facteurs pouvant jouer un rôle dans la prise de décisions défensive, mentionnons l'aversion au risque généralisée et le défi inhérent et unique auquel les médecins font face en tant que gardiens des ressources médicales. D'autres études pourraient venir étayer les concepts soulevés par cette étude.

VIDÉOS SUR LA GESTION DES RESSOURCES

DocMikeEvans. *Est-ce que plus de tests de dépistage mènent à une meilleure santé?* Dernière consultation le 18 août 2017 à partir de la page YouTube du Dr Mike Evans : https://www.youtube.com/watch?v=Jmz8_7Tea6I

Cette vidéo consiste en un exposé animé qui explore l'utilité des tests de dépistage dans la pratique médicale de première ligne. Il est notamment question de la pertinence de la mammographie chez la femme asymptomatique à risque moyen, du dépistage du dysfonctionnement thyroïdien chez les personnes à faible risque et des électrocardiogrammes de dépistage. Parmi les autres sujets abordés dans la vidéo : le dosage du taux de vitamine D, le dépistage de l'ostéoporose et les tests Pap, qui ont chacun fait l'objet de révisions dans les recommandations sur le dépistage, puisqu'il a été démontré que la réalisation de ces tests de façon régulière n'améliore pas les résultats des patients. D'après le Dr Mike Evans, qui fait la narration de la vidéo anglaise, réaliser plus de tests n'est pas toujours la meilleure approche et n'améliore pas nécessairement les résultats du patient. Il propose de tenir compte des valeurs des patients et des facteurs de risque personnels pour déterminer quels tests de dépistage sont les plus appropriés.

Teaching Value. *Teaching Value YouTube channel*. Dernière consultation le 18 août 2017 à l'adresse :

<https://www.youtube.com/channel/UChhOPJF5zGImSgRf1QRGLVA>

Cette chaîne YouTube, qui fait partie du Healthcare Google Group, présente des vidéos de divers intervenants dans le cadre de rendez-vous en ligne.

Autres vidéos recommandées

- Tedx Talks. *How Medical Screening Turns Healthy People into Patients: Alan Cassels at TEDxVictoria. CMA Policy: Appropriateness in Healthcare*. Dernière consultation le 18 août 2017 sur la chaîne YouTube TEDx Talks :
<https://www.youtube.com/watch?v=k1X0CfXAo-A&index=10&list=PLo06RNEsN5xqLQVhccqjkoghaL9-zjhPHb>

PAGES WEB SUR LA GESTION DES RESSOURCES

Si vous souhaitez en savoir davantage sur la gestion des ressources ou vous investir plus activement dans ce domaine, consultez les pages Web suivantes :

- American College of Physicians. *Controlling Health Care Costs While Promoting the Best Possible Health Outcomes*. Dernière consultation le 25 août 2017 sur le site de l'ACP :https://www.acponline.org/acp_policy/policies/controlling_healthcare_costs_2009.pdf
- American College of Physicians. *Curriculum for Educators and Residents*. Dernière consultation le 25 août 2017 sur le site de l'ACP :
<https://www.acponline.org/clinical-information/high-value-care/medical-educators-resources/curriculum-for-educators-and-residents>
- American Hospital Association. *Appropriate Use of Medical Resources*. Dernière consultation le 25 août 2017 sur le site de l'AMA :
<http://www.ahaphysicianforum.org/files/pdf/appropusewhiteppr.pdf>
- Canadian Medical Association Journal. *Focus on Choosing Wisely Canada*. Dernière consultation le 25 août 2017 sur le site du CMAJ :
<http://www.cmaj.ca/site/pdfs/choosing-wisely.pdf>
- Costs of Care. *Value Conversation Modules*. Dernière consultation le 25 août 2017 sur le site de Costs of Care : <http://costsofcare.org/value-conversations-modules/>
- Gawande, A. *An avalanche of unnecessary medical care is harming patients physically and financially. What can we do about it?* Dernière consultation le 25 août 2017 sur le site Annals of Health Care :
<http://www.newyorker.com/magazine/2015/05/11/overkill-atul-gawande>

- MDcme.ca. Fournisseur universitaire canadien d'éducation médicale continue en ligne. Dernière consultation le 25 août 2017 à l'adresse : https://www.mdcme.ca/default_f.asp
- Otte, J. *Less is More Medicine*. Dernière consultation le 25 août 2017 à l'adresse : <http://www.lessismoremedicine.com/>
- *The University of Texas at Austin Dell Medical School.. Discovering Value-Based Health Care. Interactive Learning Modules from Dell Medical School.* Dernière consultation le 25 août 2017 sur le site de l'Université du Texas : <vbhc.dellmed.utexas.edu>
- Workman S. *Les soins en fin de vie : Demandes de traitement et traitements non indiqués*. Dernière consultation le 25 août 2017 sur le site du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada à l'adresse : <http://www.royalcollege.ca/rcsite/bioethics/cases/section-7/demands-for-inappropriate-treatment-f>

COLLABORATEURS ET RÉVISEURE

Collaborateurs

Kwadwo Mponponsuo, MD
 Département de médecine interne
 Université de Calgary
 Calgary (Alberta)

Natasha Qureshi, MD
 Département de médecine interne
 Université de Calgary
 Calgary (Alberta)

Révisseur

Karen Born, MSc, PhD
 Transfert des connaissances
 Choisir avec soin Canada
 Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé
 Université de Toronto
 Toronto (Ontario)