

Rapport spécial sur la COVID-19

L'utilisation judicieuse des ressources en soins de santé après la pandémie de COVID-19 : recommandations pour réduire les soins de faible valeur

ISSN : 2563-6596

Avis de non-responsabilité : L'information contenue dans le présent document se veut utile aux décideurs, aux professionnels de la santé et aux dirigeants de systèmes de santé ainsi qu'aux responsables des orientations politiques du secteur de la santé au Canada; elle est destinée à éclairer leur prise de décisions et à améliorer la qualité des services de santé. Le document, auquel des patients et d'autres personnes peuvent avoir accès, est diffusé à titre d'information exclusivement, et rien n'est dit ou garanti quant à son adéquation à une finalité déterminée. L'information que renferme le document ne saurait tenir lieu de l'avis ou de l'opinion en bonne et due forme d'un médecin, du discernement ou du jugement du clinicien dans la prise en charge du patient en particulier ni d'un autre jugement professionnel qui intervient dans la prise de décisions. L'ACMTS – l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé – n'appuie, ne promeut ou n'encourage aucune information ou thérapie, ni aucun médicament, traitement, produit, processus ou service.

Bien que l'ACMTS ait tout mis en œuvre pour veiller à l'exactitude, à l'exhaustivité et à l'actualité de l'information présentée dans le document à la date de sa publication, elle n'offre aucune garantie à cet égard. Elle n'offre aucune garantie non plus quant à la qualité, à l'actualité, au bienfondé, à l'exactitude ou à la vraisemblance des énoncés, des renseignements ou des conclusions paraissant dans le matériel d'un tiers utilisé dans la rédaction du présent document. Les points de vue et les opinions de tiers figurant dans le présent document ne représentent pas forcément ceux de l'ACMTS.

L'ACMTS ne saurait être tenue responsable des erreurs ou des omissions, des blessures, des pertes, des dommages ou des préjudices découlant de l'usage ou du mésusage de l'information, des déclarations, des énoncés ou des conclusions contenus ou sous-entendus dans le présent document ni dans les sources d'information de référence.

Il peut y avoir des liens à des sites Web de tiers dans le présent document. L'ACMTS n'exerce aucun contrôle sur le contenu de ces sites. Ce sont les modalités et les conditions énoncées sur ces sites qui en régissent l'utilisation. L'ACMTS n'offre aucune garantie quant à l'information contenue dans ces sites et elle n'est pas responsable des blessures, des pertes ou des dommages découlant de l'utilisation de sites de tiers. Elle ne saurait être tenue responsable non plus des pratiques de collecte, d'utilisation et de divulgation de renseignements personnels des sites de tiers.

Dans les limites et sous les conditions précisées ci-dessus, les points de vue exprimés ici sont ceux de l'ACMTS et ils ne représentent pas forcément ceux du gouvernement du Canada, des provinces ou des territoires ni de tout fournisseur d'information tiers.

Le présent document, dans son contenu et son utilisation prévue, s'inscrit dans le contexte du système de santé canadien. C'est à ses risques que l'utilisateur de ce document l'appliquera ailleurs qu'au Canada.

Le présent avertissement et tout litige ou question de quelque nature que ce soit ayant trait au contenu ou à l'usage ou au mésusage qui est fait du présent document sont régis et interprétés conformément aux lois de la province de l'Ontario et aux lois du Canada applicables, et toute procédure sera du ressort exclusif d'une cour de la province de l'Ontario au Canada.

L'ACMTS et ses concédants de licence sont les détenteurs du droit d'auteur et des autres droits de propriété intellectuelle relatifs au présent document. Ces droits sont protégés en vertu de la Loi sur le droit d'auteur du Canada et d'autres lois en vigueur au pays et d'accords internationaux. La reproduction du présent document à des fins non commerciales est autorisée pourvu qu'il ne soit pas modifié et que l'ACMTS et ses concédants de licence soient dûment mentionnés.

L'ACMTS : L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) est un organisme indépendant sans but lucratif qui a pour mandat d'offrir des preuves objectives aux décideurs du secteur de la santé au Canada afin d'éclairer la prise de décisions sur l'utilisation optimale des médicaments, des dispositifs médicaux, des tests diagnostiques et des interventions chirurgicales ou médicales dans le système de santé canadien.

Financement : L'ACMTS bénéficie d'un soutien financier des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, à l'exception de celui du Québec.

Auteurs

Sinwan Basharat, M. Sc., agente de développement de programmes (ACMTS)

Karen Born, M. Sc., Ph. D., responsable du transfert des connaissances (Choisir avec soin)

Collaborateurs

Les auteurs remercient le personnel de l'ACMTS, **Heather Logan; Tasha A. Narain**, M. Sc.; **Deirdre DeJean**, Ph. D.; **Nicole Mittman**, M. Sc., Ph. D.; et les membres de Choisir avec soin **Wendy Levinson**, M.D.; **Tai Huynh**, M. Des. M.B.A.; et **Stephanie Callan**, B.A. de leur participation à ce comité d'experts et de leur rétroaction sur le contenu de ce rapport.

Experts

Ces personnes sont des participants experts et ont gentiment fourni leurs commentaires sur ce rapport :

Adina Weierman, M.D., FRCPC, M. Sc. S.

Directrice médicale, Qualité et sécurité des patients
Centre de sciences de la santé Sunnybrook
Toronto, Ontario

Alexander Singer, B. Sc., M.B. BAO BCh, CCMF

Directeur, Bureau de la recherche et de l'amélioration de la qualité
Université du Manitoba
Winnipeg, Manitoba

Christy Simpson, Ph. D.

Directrice du département et professeure agrégée
Département de bioéthique, Université Dalhousie
Halifax, Nouvelle-Écosse

Cindy Dumba

Patiente partenaire
Autorité de la santé de la Saskatchewan et Choisir avec soin
Regina, Saskatchewan

Johanna Trimble

Patiente championne
Patients pour la sécurité des patients du Canada
Roberts Creek, Colombie-Britannique

Maggie Keresteci, M.A., LCS

Directrice générale
Association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de la santé
Toronto, Ontario

Patrick Quail, M.B.

Directeur médical, Aide à la vie autonome
Services de santé de l'Alberta, région de Calgary
Calgary, Alberta

Sophia Ikura, B. Sc. Inf., M.A.P.

Directrice générale
Health Commons Solutions Lab
Toronto, Ontario

Susan Shaw, M.D.

Médecin en chef
Autorité de la santé de la Saskatchewan
Saskatoon, Saskatchewan

Wm. Kenneth Milne, M.D.

Professeur auxiliaire
École de médecine et de dentisterie Schulich, Université Western
London, Ontario

Conflits d'intérêts

Trois experts ont déclaré avoir des conflits d'intérêts, lesquels sont présentés ci-dessous, alors que tous les autres participants ont indiqué n'avoir aucun conflit d'intérêts à déclarer aux fins de ce rapport. Un expert a reçu des honoraires de la Société canadienne du sang à titre de conseiller, un expert a reçu des fonds de recherche d'IBM pour le traitement automatique des langues, et un expert est parent avec un ancien employé de Qualité des services de santé Ontario.

Table des matières

Liste des tableaux	6
Liste des figures	7
Messages clés.....	8
Contexte	8
Du chemin à faire dans la réduction des soins de faible valeur	9
Élan de changement dans les soins de santé après la pandémie	10
Objectif.....	11
Approche	11
Présélection de recommandations	11
Sélection des membres du comité.....	11
Première étape : Sondage en ligne.....	12
Deuxième étape : Délibérations du comité	12
Conclusions.....	13
Première étape : Résultats du sondage en ligne	13
Deuxième étape : Délibérations du comité	14
Liste finale de recommandations après les délibérations du comité	14
Examen qualitatif des recommandations.....	16
Discussion	22
Limites.....	22
Enjeux de mise en œuvre.....	23
Références	24
Annexe 1 : Résultats de vote du comité	26

Liste des tableaux

Tableau 1 : Membres du comité d'experts	12
Tableau 2 : Liste finale de 19 recommandations de Choisir avec soin pour réduire les soins de faible valeur après la pandémie	17
Tableau 3 : Recommandations définitives faisant l'objet d'un fort consensus	26
Tableau 4 : Recommandations abordées par le comité n'ayant pas fait consensus auprès d'au moins huit membres	28
Tableau 5 : Liste des 45 recommandations présélectionnées par Choisir avec soin et niveau de consensus obtenu dans le sondage	29

Liste des figures

Figure 1 : Nombre de recommandations dans chaque domaine clinique selon le niveau de consensus (N = 45 recommandations)	14
Figure 2 : Aperçu du processus de sélection pour la liste finale de recommandations.....	15

Messages clés

- Les examens, traitements et interventions de faible valeur sont un problème important de qualité des soins de santé au Canada et partout dans le monde puisqu'ils procurent peu de bienfaits cliniques, peuvent être néfastes pour les patients et grugent les ressources limitées.
- En raison de la pandémie de COVID-19, les systèmes de soins de santé sont confrontés à des problèmes de ressources limitées, de capacité réduite et d'arriéré croissant de chirurgies et autres interventions. La pandémie a contraint les professionnels de la santé à prendre des décisions difficiles pour établir les services de soins de santé prioritaires tout en répondant à une demande accrue.
- Alors que le Canada émerge de la pandémie et que les systèmes de soins de santé se reconstruisent et commencent à s'attaquer à l'arriéré de services reportés ou annulés, il est impératif d'apporter des changements durables afin de réduire les soins de faible valeur et de s'assurer que des soins de grande qualité soient accessibles à tous.
- Afin d'orienter les efforts pour une utilisation judicieuse des ressources en soins de santé et d'appuyer la prise de décisions, l'ACMTS et Choisir avec soin ont créé un comité pluridisciplinaire formé de 10 membres, soit des cliniciens, des représentants des patients et des experts des politiques en santé, ayant pour mandat d'examiner les domaines où des soins de faible valeur pourraient être réduits ou limités. Ce comité a évalué et sélectionné 19 recommandations prioritaires parmi les quelque 400 recommandations de Choisir avec soin, dont la mise en œuvre aidera à assurer des soins de grande valeur après la pandémie.

Ces 19 recommandations comprennent les suivantes :

- Évitez les **transferts non nécessaires** des résidents des centres d'hébergement vers les hôpitaux à moins d'une urgence médicale.
- Ne demandez pas d'**analyses sanguines** ou d'**examens d'imagerie** à moins qu'ils ne soient essentiels pour répondre à une question clinique précise ou orienter le traitement.
- **Évitez les transfusions** de culots globulaires aux patients hémodynamiquement stables à l'unité des soins intensifs.
- **Évitez de retarder l'administration de soins palliatifs** à un patient gravement malade parce qu'il suit un traitement ciblant la maladie.

De plus, le comité a souligné dans sa discussion la manière dont les recommandations sélectionnées peuvent faire progresser certaines priorités clés, comme l'amélioration de l'équité en santé et de l'accès aux soins, l'utilisation appropriée des ressources limitées, l'importance des soins axés sur le patient, et la résolution des problèmes que la pandémie a mis en évidence en matière de soins de longue durée.

Contexte

Les campagnes de Choisir avec soin au Canada et partout dans le monde ont sensibilisé les gens au problème de la surutilisation des soins et des interventions de faible valeur en santé. Il s'agit d'examens, de traitements et d'interventions qui procurent peu de bienfaits cliniques ou n'en procurent pas du tout, qui grugent les ressources limitées et qui peuvent même être néfastes pour les patients^{1,2}. Choisir avec soin a été créé en 2014 par des cliniciens dans un effort de sensibilisation à la surutilisation des soins de santé³. Choisir avec soin agit comme

porte-parole national sur la surutilisation et a bâti une base de données probantes et de nombreuses initiatives afin d'appuyer et de favoriser les changements dans l'ensemble du paysage des soins de santé^{4,5}. Cette campagne à grand déploiement mobilise des groupes de cliniciens, notamment des médecins, du personnel infirmier, des dentistes, des pharmaciens et d'autres professionnels paramédicaux du Canada⁶.

Une des principales activités de Choisir avec soin a été de rassembler les associations nationales de cliniciens afin d'élaborer des recommandations fondées sur des données probantes visant les examens, les traitements et les interventions de faible valeur qui devraient être remis en question. À ce jour, plus de 400 recommandations ont été formulées par l'entremise de consultations avec des associations, des patients et le public ainsi que d'examen de données cliniques, de délibérations de groupes de travail et de sondages auprès de praticiens. Les recommandations sont révisées annuellement afin d'intégrer les nouvelles données probantes et connaissances⁷.

L'objectif des recommandations est d'améliorer la qualité des soins de santé et la sécurité des patients en réduisant les examens, les traitements et les interventions de faible valeur⁸. Dans certains cas, les soins de faible valeur peuvent mener à des événements indésirables ou à davantage d'examen, ce qui peut augmenter l'anxiété des patients et des aidants ainsi que les risques de résultats faux positifs ou d'autres effets néfastes évitables^{8,9}.

Du chemin à faire dans la réduction des soins de faible valeur

Cependant, il y a un décalage entre les données probantes et la pratique. En 2017, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a analysé les données de systèmes de santé associées à huit recommandations clés de Choisir avec soin concernant différents examens, traitements et interventions dans divers milieux cliniques. Selon le rapport, jusqu'à 30 % des examens, traitements et interventions au Canada visés par les recommandations sélectionnées pourraient être de faible valeur et n'offrir aucun bienfait clinique aux patients⁹.

Un bon exemple du décalage entre les données probantes et la pratique est une recommandation de Choisir avec soin contre la prescription d'imagerie diagnostique aux personnes ayant des douleurs au bas du dos sans complications ni signaux d'alarme (p. ex. les personnes atteintes d'un cancer, ayant récemment eu une infection ou une fracture)^{7,10}. Les données probantes d'une revue systématique confirment que l'imagerie systématique ne mène pas à une atténuation de la douleur ou à une amélioration du bien-être, mais expose plutôt les personnes à des rayonnements inutiles et peut augmenter le nombre d'examen en aval et accroître l'anxiété et l'inquiétude¹¹. Cependant, malgré cette recommandation fondée sur des données probantes, on a constaté que 30 % des patients ayant une douleur au bas du dos sans complications subissaient une imagerie diagnostique potentiellement non nécessaire dans une province canadienne¹².

Les cliniciens indiquent que les recommandations de Choisir avec soin aident à cerner les examens, traitements et interventions qui sont surutilisés et qui n'offrent aucune valeur clinique, mais que la mise en œuvre de ces recommandations dans les systèmes de soins de santé est tout de même un défi¹³. L'élaboration et la diffusion des listes de recommandations fondées sur des données probantes sont une première étape qui peut favoriser des changements durables à la pratique¹⁴. Des recherches menées au Canada et aux États-Unis soulignent également que les campagnes de sensibilisation visant à amener les cliniciens à changer leurs pratiques qui sont liées à des politiques qui appuient ces changements sont plus susceptibles d'entraîner une réduction durable des soins de faible valeur^{15,16}.

Pour aborder le problème des soins de faible valeur, il faut aussi comprendre les obstacles auxquels les cliniciens et les systèmes de santé peuvent être confrontés lors de la mise en œuvre du changement. Les habitudes de pratique, la perception des demandes des patients et l'environnement clinique peuvent créer des obstacles à la réduction de ces soins^{13,17,18}. Ainsi, le cadre de travail de Choisir avec soins pour la réduction des soins de faible valeur se penche sur des facteurs qui pourraient faciliter ou entraver la mise en œuvre des recommandations¹⁴.

Élan de changement dans les soins de santé après la pandémie

La pandémie de COVID-19 a coûté la vie à des milliers de personnes, a attiré l'attention sur les inégalités persistantes dans l'accès aux soins et dans les issues de santé, et a mis l'accent sur le besoin crucial d'améliorer les systèmes de soins de santé^{19,20}. Alors que le Canada émerge de la pandémie et que les systèmes de santé se reconstruisent, il y a beaucoup à apprendre des changements rapides mis en place pour répondre aux besoins urgents à court terme de la pandémie, qui pourraient améliorer les soins de santé à long terme. Par exemple, la pandémie a rapidement mené à des changements aux soins virtuels qui continueront vraisemblablement à améliorer l'accès aux soins^{21,22}. De manière semblable, la pause temporaire et le retardement de nombreuses interventions potentiellement non nécessaires pourraient aider les professionnels de la santé à réévaluer différents services de soins de santé qui pourraient être de faible valeur, bien que courants avant la pandémie²³. Cette évaluation est particulièrement importante alors que les systèmes de soins de santé ont des ressources limitées, mais doivent répondre aux besoins accrus de la population^{24,25}.

Depuis mars 2020, les hôpitaux de différentes régions du pays ont dû prendre des décisions difficiles sur le report ou la restriction de certaines interventions. Ces mesures ont été prises afin de veiller à ce que les établissements puissent prodiguer des soins aux patients atteints de la COVID-19, de soutenir les directives de santé publique et de réduire les risques d'exposition au virus des patients et des professionnels de la santé²⁶. En avril 2020, le nombre de pontages aortocoronariens a été réduit de plus de 40 % comparativement au début de l'année, et les chirurgies de la cataracte et de remplacement du genou ont été presque complètement interrompues²⁷. Dans l'ensemble, les chirurgies pratiquées entre mars et juin 2020 ont été réduites de 47 % comparativement à l'année précédente²⁸.

On estime que du temps et des ressources considérables seront nécessaires pour éliminer l'arriéré d'interventions dans les provinces et territoires. En Ontario, selon les estimations, il pourrait falloir de 0,9 à 2,8 années pour éliminer l'arriéré d'interventions chirurgicales seulement²⁹. En Colombie-Britannique, on parle d'environ deux ans³⁰. Le coût total pour éliminer, d'ici août 2021, l'arriéré de six interventions et examens d'imagerie lourdement touchés par la pandémie au Canada est estimé à plus de 1,3 milliard de dollars²⁷.

Au printemps 2021, plus d'un an après le début de la pandémie, plusieurs provinces et territoires canadiens se retrouvent dans une troisième vague marquée par une hausse considérable des cas de COVID-19 et sont aux prises avec des problèmes sans précédent de capacité dans le système de soins de santé. Cette troisième vague a rallongé l'arriéré des autres interventions de soins de santé³¹. La mise en pause et la redéfinition des priorités pour de nombreuses interventions durant la pandémie ont donné lieu à une évaluation minutieuse de tous les services de soins de santé pour s'assurer de diriger les ressources vers les besoins les plus criants²³. Bien que de nombreux services à faible valeur aient été réduits pour l'instant, la mise en œuvre de changements durables pour limiter ces soins requiert un effort concerté d'évaluation de la valeur des services de soins de santé²⁵. Alors que les

systèmes de soins de santé émergent de la pandémie, accorder la priorité aux services de soins de grande valeur peut aider à gérer la demande en ressources de soins de santé limitées et à réduire l'arriéré de manière efficace. Choisir avec soin a publié à l'automne 2020 un document de politiques décrivant cinq idées de politiques pour réduire les soins de faible valeur pendant et après la pandémie²⁵. La reprise postpandémique peut aussi être guidée par les recommandations de Choisir avec soin et par une vaste conversation et concertation avec les professionnels de la santé, les patients et les décideurs politiques pour qui ces recommandations pourraient être les plus pertinentes après la pandémie.

Objectif

L'ACMTS et Choisir avec soin ont créé un comité indépendant de cliniciens, de représentants des patients et d'experts des politiques en santé pour évaluer et prioriser des recommandations sur les soins de santé de faible valeur pour les systèmes de santé après la pandémie. Le comité a discuté de ces recommandations et a passé au vote pour déterminer celles qui, selon son évaluation, permettraient la plus grande réduction des soins de faible valeur dans les systèmes de soins de santé canadiens après la pandémie.

Approche

Présélection de recommandations

En février 2021, deux membres de l'équipe de direction de Choisir avec soin ont examiné les 400 recommandations élaborées par les associations nationales de cliniciens⁷. Ces membres, s'appuyant sur leur expertise, ont présélectionné 45 recommandations susceptibles d'avoir un impact important alors que le Canada émerge de la pandémie de COVID-19 et que les systèmes de soins de santé se relèvent.

Quatre critères ont servi à la présélection. Les recommandations retenues visent des services, interventions ou examens correspondant aux cas de figure suivants :

- est couramment pratiqué, peut avoir des effets néfastes et accapare d'importantes ressources;
- est associé à des secteurs où des interventions ont été reportées en raison de la pandémie ou à des secteurs qui comptent déjà des listes d'attente;
- risque d'entraîner des pressions sur les effectifs et la capacité des systèmes de santé;
- s'inscrit dans les catégories de surutilisation établies par Choisir avec soin et l'Institut canadien d'information sur la santé : soins hospitaliers, soins primaires, soins de longue durée, soins oncologiques, soins de fin de vie, soins spécialisés ou en consultation externe, et utilisation de produits sanguins⁹.

Sélection des membres du comité

L'ACMTS et Choisir avec soin ont rassemblé un groupe d'experts multidisciplinaire ayant pour mandat d'évaluer les 45 recommandations présélectionnées et de choisir les recommandations prioritaires. Le choix des membres du groupe a tenu compte de la répartition géographique et du genre. Également, divers domaines de pratique, dont la médecine d'urgence, la médecine interne, la médecine familiale, les soins gériatriques et les

soins intensifs, sont représentés. Les membres experts de politiques ont été sélectionnés selon leur expérience en élaboration de politiques en santé ou en consultation en la matière, et au moins une personne devait avoir une expertise en éthique de la santé. Les représentants des patients ont été choisis de manière à refléter diverses expériences dans les systèmes de soins de santé.

Le comité de dix membres est formé de cinq cliniciens, de trois experts des politiques en santé et de deux représentants des patients, provenant de six provinces (tableau 1). Tous les membres connaissaient la campagne de Choisir avec soin axée sur les soins de faible valeur. Ils devaient aussi se conformer à la politique actuelle de l'ACMTS concernant la divulgation et la gestion des conflits d'intérêts.

Première étape : Sondage en ligne

Avant de se réunir, les membres ont eu cinq jours ouvrables pour répondre à un sondage en ligne. Ils devaient indiquer, pour chacune des 45 recommandations, s'ils croyaient qu'elle devrait ou ne devrait pas être incluse dans la liste finale de recommandations visant à réduire les soins de faible valeur après la pandémie. Ils pouvaient aussi choisir l'option « peut-être/incertain » et fournir un commentaire. On leur a demandé de fonder leurs décisions sur les mêmes critères que ceux utilisés par Choisir avec soin.

Deuxième étape : Délibérations du comité

Les résultats du sondage, montrant le niveau de consensus obtenu pour chacune des recommandations, ont été envoyés aux membres. Par la suite, une réunion virtuelle a été

Tableau 1 : Membres du comité d'experts

Rôle	Nom	Expérience
Cliniciens	Milne, Wm. Ken	Urgentologue et professeur auxiliaire de médecine, École Schulich de médecine et de dentisterie, Ontario
	Quail, Patrick	Médecin de famille et directeur médical, Aide à la vie autonome, Services de santé de l'Alberta, Alberta
	Shaw, Susan	Anesthésiologue et médecin en chef, Autorité de la santé de la Saskatchewan, Saskatchewan
	Singer, Alexander	Médecin de famille et directeur, Recherche et amélioration de la qualité, Université du Manitoba, Manitoba
	Weinerman, Adina	Interniste et directrice médicale, Qualité et sécurité des patients, Centre de sciences de la santé Sunnybrook, Ontario
Experts en politiques de la santé	Ikura, Sophia	Directrice générale, Health Commons Solution Lab, Ontario
	Keresteci, Maggie	Directrice générale, Association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de la santé; aidante; Ontario
	Simpson, Christy	Professeure agrégée et directrice du Département de bioéthique, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse
Représentantes des patients	Dumba, Cindy	Patiente partenaire, Choisir avec soin, Saskatchewan
	Trimble, Johanna	Patiente championne, Patients pour la sécurité des patients du Canada, Colombie-Britannique

organisée le 15 avril 2021 afin d'examiner les recommandations ayant fait l'objet du plus haut niveau de consensus. Cette réunion était coanimée par l'ACMTS et Choisir avec soin.

Durant la réunion, on a demandé aux membres de discuter des recommandations qui faisaient consensus auprès d'au moins 8 des 10 membres (c.-à-d. consensus élevé) et d'autres recommandations pour lesquels les membres étaient plus divisés (c.-à-d. moins de 8 membres sur 10), mais dont il valait la peine de discuter, selon certains membres. Deux membres ont aussi examiné la liste complète de 400 recommandations et ont proposé 12 recommandations ne faisant pas partie de la présélection, mais qui pourraient être prises en considération; finalement, une seule de ces recommandations a été retenue pour l'examen.

Un vote en direct s'est tenu durant la réunion afin de réévaluer le niveau de consensus des recommandations ayant fait l'objet d'une discussion détaillée. Les recommandations faisant l'objet d'un haut niveau de concertation qui n'ont pas été abordées en détail n'ont pas été soumises au vote; les résultats du sondage étaient considérés comme suffisants pour représenter le niveau de consensus.

La liste finale comprend les recommandations faisant consensus auprès d'au moins 8 membres sur 10 (80 %). Une analyse de contenu traditionnelle³² a été effectuée pour élaborer les thèmes qualitatifs afin de structurer les conclusions tirées des discussions du comité ainsi que pour fournir davantage de renseignements contextuels, justifier les décisions du comité et présenter les éléments à considérer pour la mise en œuvre.

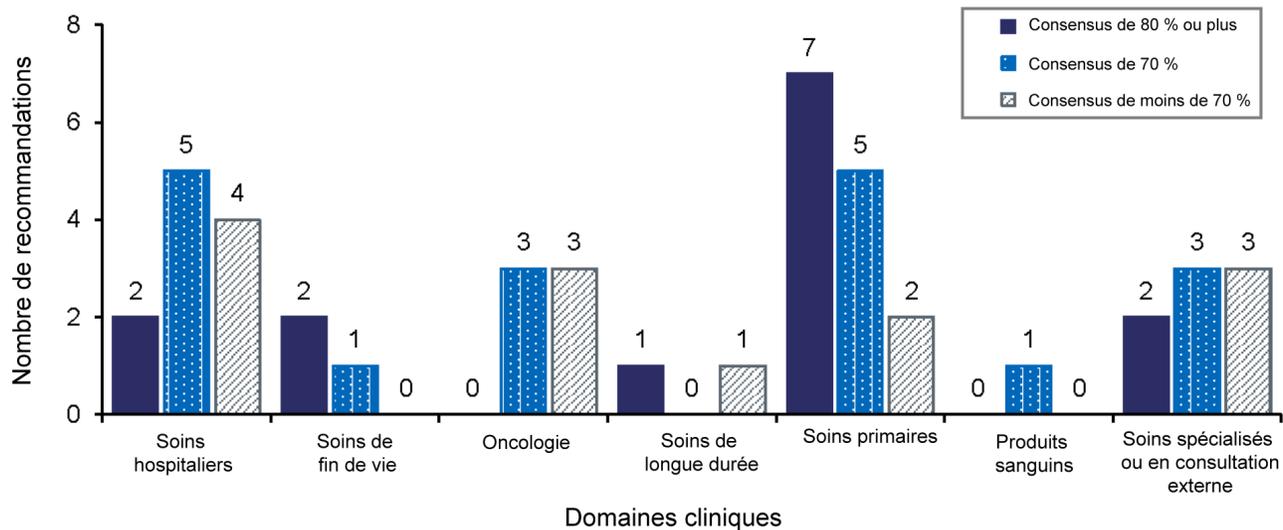
Conclusions

Première étape : Résultats du sondage en ligne

Tous les membres du comité ont répondu au sondage, et les résultats indiquent un niveau élevé de consensus (c.-à-d. au moins 8 membres sur 10, ou 80 %) pour 14 des 45 recommandations. De ces 14 recommandations, 3 faisaient consensus auprès de 9 membres (90 %), mais aucune ne recevait de soutien unanime. De plus, 18 recommandations faisaient consensus auprès de 7 des 10 membres (70 %). La figure 1 montre le nombre total de recommandations par domaine clinique et le niveau de consensus qu'elles ont obtenu au sondage.

La moitié des recommandations sur les soins primaires (7 sur 14) et la plupart des recommandations sur les soins de fin de vie (2 sur 3) ont obtenu un niveau élevé de consensus dans le sondage. Les domaines des soins hospitaliers et des soins spécialisés ou en consultation externe comptent également chacun 2 recommandations faisant l'objet d'un consensus élevé. Pour certaines recommandations ayant obtenu un consensus moindre (moins de 80 %), les membres du comité ont indiqué dans les commentaires ouverts qu'ils étaient incertains de la recommandation ou qu'ils ne croyaient pas qu'elle devrait être incluse puisqu'elle semblait trop spécifique et aurait donc une portée limitée dans la réduction des soins de faible valeur dans les systèmes de soins de santé. De même, des membres ont indiqué que d'autres recommandations semblaient trop générales pour cette liste de priorités et que, bien qu'elles soient importantes, elles ne sont peut-être pas urgentes pour l'amélioration des soins après la pandémie.

Figure 1 : Nombre de recommandations dans chaque domaine clinique selon le niveau de consensus (N = 45 recommandations)



Remarque : Ayant reçu le vote « devrait être incluse » dans le sondage.

Deuxième étape : Délibérations du comité

En raison du haut niveau de consensus obtenu dans les résultats du sondage en ligne, la réunion du comité a été structurée de manière à discuter de 22 des 45 recommandations présélectionnées. Ces 22 recommandations avaient obtenu un consensus d'au moins 80 % (n = 14), avaient obtenu un consensus moindre, mais avaient été signalées par au moins un membre (n = 7), ou ne faisaient pas partie de la présélection, mais avaient été portées à l'attention du comité (n = 1).

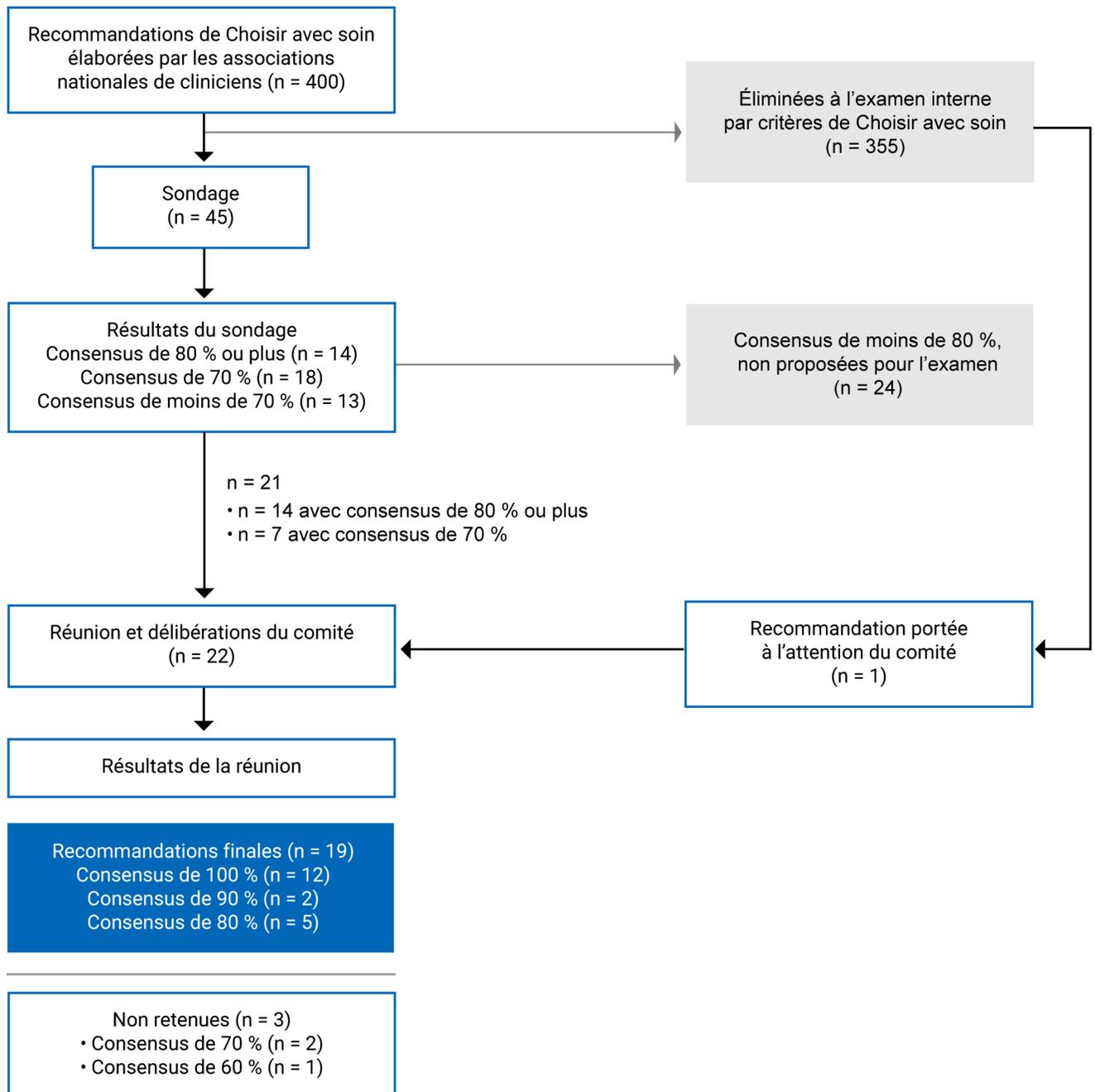
Liste finale de recommandations après les délibérations du comité

La figure 2 présente un aperçu du processus de sélection, en commençant par la liste des 400 recommandations, puis les résultats du sondage, ensuite les délibérations et la liste finale après la réunion.

Des **22 recommandations** examinées lors de la réunion, les membres en ont adopté 5 sans discussion. Ces recommandations faisaient déjà consensus auprès d'au moins 8 des 10 membres selon le sondage, et les membres n'avaient aucune réserve quant à leur ajout à la liste finale. Le groupe a discuté de chacune des 17 recommandations restantes et a tenu un vote en direct durant la réunion virtuelle, après les discussions.

D'après le vote et les résultats du sondage sur les cinq recommandations qui ne requéraient pas de discussion exhaustive, douze recommandations faisaient l'objet d'un consensus unanime, deux ont obtenu un consensus de 90 % et cinq ont obtenu un consensus de 80 %. Au total, le groupe a dégagé un consensus élevé pour **19 recommandations finales** visant à réduire les soins de faible valeur dans les systèmes de santé après la pandémie. Le tableau 2 montre la liste finale de recommandations.

Figure 2 : Aperçu du processus de sélection pour la liste finale de recommandations



Trois recommandations ont été exclues de la liste finale parce qu'elles n'ont recueilli un consensus qu'auprès de six ou sept membres (c.-à-d. moins de 80 %) après le vote en direct. Le tableau 3 et le tableau 4 à l'annexe 1 montrent les résultats complets du vote.

Examen qualitatif des recommandations

Durant la réunion virtuelle du comité, les membres ont discuté de leur processus décisionnel pour la sélection des recommandations. Ils ont aussi fait part de leurs connaissances et de leurs observations sur les différentes recommandations et les facteurs à considérer pour la mise en œuvre, lesquels ont guidé le comité dans les délibérations et le vote en direct. Les principaux thèmes abordés sont l'importance de l'impact relatif des recommandations, l'équité en santé, les soins axés sur le patient et les défis auxquels sont confrontés les centres d'hébergement de soins de longue durée.

Importance de l'impact relatif des recommandations

Plusieurs membres ont indiqué que la plupart des recommandations qu'ils ont examinées, sinon toutes, étaient importantes et pourraient contribuer à réduire les soins de faible valeur en général. Cependant, afin d'élaborer la liste finale, ils se sont concentrés sur l'impact potentiel des recommandations sur la prise de décisions dans le contexte de la prestation de soins durant et après la pandémie. Ainsi, ils ont choisi en priorité des recommandations qui permettent de s'assurer que les ressources de soins de santé limitées sont utilisées adéquatement et peuvent être dirigées de manière efficace et efficiente vers les domaines ayant les plus grands besoins. Les membres ont aussi reconnu que, en raison des contextes locaux, il y aurait des variations régionales importantes en ce qui a trait à l'arriéré associé à la pandémie et à ce qu'il est possible ou nécessaire de faire pour changer les pratiques de soins.

Un peu comme les critères établis par Choisir avec soin pour créer la présélection, les membres du groupe ont principalement tenu compte de la fréquence à laquelle les examens ou interventions particuliers étaient effectués et le nombre de personnes que la recommandation serait susceptible de toucher. Les membres ont affirmé que les services de soins de santé offerts plus fréquemment toucheraient vraisemblablement un plus grand nombre de personnes et ont donc reçu une note plus élevée. À l'inverse, les services qui sont fournis moins souvent, mais qui exigent tout de même des ressources en forte demande pourraient aussi avoir un impact plus grand à l'échelle du système. Par exemple, bien qu'on observe une diminution des transfusions de sang non nécessaires au Canada, les produits sanguins sont une ressource très rare, particulièrement durant la pandémie, et on observe encore un usage inutile^{9,34}. De manière semblable, les examens d'imagerie non nécessaires exercent une pression sur les ressources limitées — des ressources qui sont et qui seront nécessaires pour éliminer les arriérés⁹. Par conséquent, on a privilégié l'adoption de recommandations qui réduisent l'utilisation non nécessaire de services à fréquence élevée ou de ressources en forte demande puisqu'elles pourraient avoir des répercussions plus grandes sur le système de santé en général et sur l'accès aux soins pour les patients.

Un membre du comité a également dit avoir choisi de privilégier les services de soins de santé qui requièrent souvent de nombreux points de contact ou qui contribuent à une cascade d'examens additionnels puisque cela favorisera la réduction non seulement des soins de faible valeur, mais aussi de l'exposition potentielle au SRAS-CoV-2. Les recommandations liées aux soins primaires, qui servent souvent de passerelle vers le système de soins de santé et les examens en aval, ont obtenu un consensus élevé auprès du comité. Plus du tiers (7 sur 19) des recommandations de la liste finale est associé aux

Tableau 2 : Liste finale de 19 recommandations de Choisir avec soin pour réduire les soins de faible valeur après la pandémie

Domaine clinique	Catégorie	Recommandation
Soins hospitaliers	Examens systématiques	Ne demandez pas d'examens systématiques, y compris une radiographie thoracique ou une analyse sanguine, chez les patients gravement malades, sauf si vous souhaitez répondre à une question clinique précise.
	Examens préopératoires	Ne demandez pas des analyses de laboratoire de référence (formule sanguine complète, tests de coagulation ou analyses biochimiques sériques) chez les patients asymptomatiques devant subir une chirurgie non cardiaque à faible risque.
Soins de fin de vie	Conversations sur la planification préalable des soins	Ne débutez pas ou ne continuez pas les interventions de maintien des fonctions vitales, à moins qu'elles ne cadrent avec les valeurs du patient et avec des objectifs de soins réalistes. Évitez de retarder les discussions sur la planification préalable des soins.
	Soins palliatifs	Évitez de retarder l'administration de soins palliatifs au patient gravement malade, présentant une détresse physique, psychologique, sociale ou spirituelle, sous prétexte qu'il reçoit un traitement visant la maladie.
Soins spécialisés ou en consultation externe	Néphrologie	N'amorcez pas d'hémodialyse chronique sans vous être assuré que le patient, les membres de sa famille et les membres de l'équipe de soins en néphrologie ont tous pris part au processus décisionnel.
	Gastroentérologie	Évitez d'ordonner une coloscopie chez les patients de moins de 50 ans souffrant de constipation en l'absence d'antécédents familiaux de cancer du côlon ou de signes avertisseurs.
	Cardiologie	Ne procédez pas à des examens d'imagerie cardiaque à l'effort ou d'imagerie non invasive avancée au cours de la première évaluation des patients qui n'ont pas de symptômes cardiaques, sauf en présence de marqueurs de haut risque.
	Orthopédie	Ne demandez pas d'IRM du genou lorsque des signes d'arthrose sont visibles à la radiographie avec mise en charge et en présence de symptômes d'arthrose, car l'IRM apporte rarement un complément d'information utile pour orienter le diagnostic ou le traitement.
Soins de longue durée	Transfert	Évitez de transférer les résidents fragiles des centres d'hébergement vers les hôpitaux, à moins que leur confort ou que leurs besoins médicaux urgents ne puissent être assurés dans leur établissement ^a .
Produits sanguins	Transfusion de culots globulaires	N'administrez pas d'emblée de transfusions de culots globulaires à des patients de SI hémodynamiquement stables dont le taux d'hémoglobine (Hb) est supérieur à 70 g/L (un seuil de 80 g/L peut être considéré chez les patients qui doivent subir une chirurgie cardiaque ou orthopédique, et ceux qui souffrent de maladie cardiovasculaire évolutive).
Oncologie	Soins palliatifs	Évitez de retarder ou de vous abstenir d'offrir des soins palliatifs à un patient atteint d'un cancer métastatique parce qu'il suit un traitement ciblant la maladie.

Domaine clinique	Catégorie	Recommandation
Soins primaires	Transfert des patients en milieu rural	N'envoyez pas un patient consulter un spécialiste à plusieurs heures de route si la consultation peut être effectuée virtuellement ou par un médecin de la région.
	Examens annuels	Ne procédez pas annuellement à un examen physique complet chez les adultes asymptomatiques qui ne présentent aucun facteur de risque significatif ^a .
	Tests de dépistage non nécessaires	Évitez d'effectuer un dépistage de masse du déficit en 25(OH) vitamine D.
	Imagerie non nécessaire	Ne prescrivez pas de radiographies pulmonaires et d'ECG de dépistage aux patients asymptomatiques ou à faible risque.
		Ne recourez pas à des examens d'imagerie pour des douleurs au bas du dos à moins d'être en présence de signaux d'alarme ^b .
		Évitez l'imagerie pour un mal de tête sans complication, sauf en présence de signaux d'alarme ^b .
		Ne demandez pas de TDM pour une rhinosinusite aiguë non compliquée.

TDM = tomodynamométrie; ECG = électrocardiogramme; SI = soins intensifs; IRM = imagerie par résonance magnétique

^a Cette recommandation ne faisait pas partie de la présélection initiale; cependant, elle a été ajoutée après avoir été portée à l'attention du comité.

^b Les facteurs de risque spécifiques ou les signaux d'alarme peuvent varier selon l'évaluation clinique. Consultez le [Guide détaillé sur la médecine familiale de Choisir avec soin](#)³³.

soins primaires. Les membres du comité reconnaissent que l'impact relatif de ces sept recommandations sur la réduction des soins de faible valeur variera. Par exemple, les recommandations contre les examens d'imagerie pour les douleurs au bas du dos et les TDM pour les rhinosinusites aiguës non compliquées sont toutes deux incluses dans la liste finale. Cependant, puisque le premier type d'examen est beaucoup plus fréquent que le second, la première recommandation aura vraisemblablement des répercussions plus importantes sur le système en général.

Plusieurs autres recommandations de la liste finale font partie de domaines cliniques qui tendent à mettre l'accent sur les interventions. Par exemple, les dialyses non nécessaires en néphrologie et les coloscopies non nécessaires en gastroentérologie ont fait l'unanimité au sein du comité. La réduction des interventions de faible valeur pourrait aider à éliminer l'arrière d'interventions reportées et à libérer les ressources en forte demande.

La réduction des soins de faible valeur est importante pour l'équité en santé

Durant la discussion, les membres du comité ont reconnu que la réduction des soins de faible valeur était étroitement liée à l'équité en santé. Les préoccupations à cet égard sont reflétées dans les commentaires d'un membre, qui affirme que : « En voyant cette liste, plusieurs de nos patients qui recherchent l'équité pourraient se demander si cela signifie qu'ils vont recevoir moins de soins et s'il s'agit de décisions au sujet de soins qu'ils recevront ou ne recevront pas. »

Au Canada, des populations sont mal desservies et des groupes ont besoin d'un meilleur accès aux soins, plutôt que d'une réduction des soins, donc il est important de justifier les recommandations finales. Le comité estime qu'à mesure que les praticiens adopteront ces recommandations, il sera nécessaire, en parallèle, que les décideurs du secteur de la santé expliquent que la réduction des soins de faible valeur vise à améliorer l'équité en santé en réduisant le gaspillage et en libérant des ressources. Les recommandations ont pour but de veiller à ce que les ressources de soins de santé soient réparties adéquatement et demeurent accessibles aux personnes qui en ont le plus besoin. Cela inclut d'atténuer les disparités dans l'accès aux soins des personnes vivant en région rurale et éloignée ainsi que des groupes mal desservis. Durant et après la pandémie, la promotion de l'utilisation adéquate des examens, des traitements et des interventions permet de s'assurer que ces services sont accessibles à tous, au besoin.

Le comité a aussi unanimement appuyé la recommandation concernant le transfert non nécessaire de patients des communautés rurales vers les centres urbains pour consulter un spécialiste si la consultation peut être effectuée virtuellement ou par un médecin de la région. Les membres du comité qui vivent ou travaillent en milieu rural ont discuté du nombre de patients qui doivent se déplacer pour consulter un spécialiste malgré leur préférence de recevoir des soins dans leur communauté, en plus des frais que ces patients doivent débours³⁵. Sur le plan de l'équité en santé, les membres ont aussi présenté des exemples d'études de cas qui mettent en lumière le fait que les services virtuels, lorsqu'ils sont adéquats et pertinents, peuvent même améliorer l'accès aux soins spécialisés^{36,37}. Par conséquent, la réduction des transferts non nécessaires pourrait contribuer à l'amélioration de l'équité et à la réduction du gaspillage.

Besoin de mettre l'accent sur les soins axés sur les patients

Les membres du comité ont discuté du fait que les recommandations qui encouragent les conversations sur la prise de décision partagée entre les cliniciens, les patients et

les aidants peuvent jouer un rôle important dans la réduction des soins de faible valeur. Ces conversations sont particulièrement importantes pour éviter la surutilisation en fin de vie et garantir des soins de qualité aux personnes atteintes d'une maladie grave. Les recommandations qui préconisent de « ne pas retarder » des interventions particulières, et d'avoir des conversations tôt dans le processus, peuvent aider à limiter la cascade de soins de faible valeur ultérieurement. Le groupe a aussi mentionné que les conversations sur la planification préalable des soins pouvaient se tenir avec différents professionnels de la santé, et pas seulement avec les médecins. Les trois recommandations sur la planification préalable des soins ont obtenu un consensus élevé auprès des membres quant à leur importance dans les soins de santé postpandémiques et ont été incluses dans la liste finale.

Bien qu'un fort consensus se dégage au sein du groupe quant aux recommandations sur les soins palliatifs, les membres ont aussi décrit certains défis et occasions qui pourraient devoir être pris en compte selon le contexte local. Les soins palliatifs peuvent être limités dans de nombreux milieux, particulièrement en région rurale ou éloignée. Les ressources peuvent aussi être déjà utilisées au maximum en raison de la pandémie³⁸. Cependant, un membre du groupe a noté que si davantage de ressources étaient fournies pour les soins palliatifs, cela pourrait améliorer l'efficacité du système dans son ensemble et favoriser les patients et les aidants. Voici ses propos :

Nous savons que les ressources en soins palliatifs sont limitées, et je pense que s'il y avait une manière d'arrêter de faire certaines choses, cela pourrait débloquer des ressources pour les soins palliatifs. Ou, si certains patients pouvaient recevoir ces soins plus rapidement, cela ouvrirait la voie aux discussions sur la planification préalable des soins et permettrait de mieux gérer les symptômes. Également, les patients ne reviendraient pas à l'hôpital par l'urgence.

Défis des soins de longue durée

Les recommandations associées aux soins de longue durée ont suscité des discussions importantes au sein du comité. Comme la pandémie de COVID-19 a touché de manière disproportionnée les résidents des centres d'hébergement de longue durée, elle a aussi perturbé la manière dont les résidents, les familles et les cliniciens de ces centres utilisent les ressources du système de soins de santé³⁹. D'après les résultats initiaux du sondage, la recommandation visant à éviter de poser une sonde d'alimentation aux personnes atteintes de démence avancée dans les centres d'hébergement recevait un fort appui (80 %). Cependant, après les discussions de la réunion du comité, l'appui pour cette recommandation a diminué, seulement six des dix membres jugeant qu'elle devrait se retrouver sur la liste finale.

Les membres du groupe qui voulaient discuter de cette recommandation ont indiqué qu'ils n'avaient pas de réserves inhérentes par rapport à cette recommandation. Elle est appuyée par des lignes directrices cliniques et des revues des données probantes, qui montrent que les sondes d'alimentation chez les patients déments ne procurent pas de bienfaits cliniques et peuvent dans certains cas être néfastes⁴⁰. Les membres du comité étaient aussi au courant du fait que, durant la pandémie, le personnel des centres de soins de longue durée était limité et que, dans la plupart des centres, des restrictions par rapport aux visites de la famille et des aidants ont été imposées. Dans ces circonstances, il pourrait être préférable d'offrir un soutien additionnel pour aider les résidents à s'alimenter plutôt que d'encourager l'installation de sondes d'alimentation.

Cependant, un membre du comité ayant de l'expertise clinique en soins de longue durée a indiqué que la pose de sondes d'alimentation n'est pas une pratique courante au pays. Ce membre a aussi présenté un rapport de données de l'ICIS qui montre que la prévalence des sondes d'alimentation parmi les résidents des maisons de soins de longue durée était faible (de 2 % à 7 %) au pays, sauf dans deux provinces ou territoires⁴¹. Selon l'expérience pratique de cet expert, les sondes d'alimentation sont souvent mises en place à l'hôpital avant qu'un résident ne soit admis dans une maison de soins de longue durée, principalement chez les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral. Ainsi, les membres du comité qui étaient contre l'inclusion de cette recommandation dans la liste finale étaient d'avis que la pose de sondes d'alimentation chez les résidents des maisons de soins de longue durée n'est peut-être pas une priorité urgente dans l'ensemble du pays, bien qu'il pourrait être important de s'y pencher dans certaines régions.

Un membre du comité, reconnaissant avoir moins d'expérience relativement aux soins de longue durée, a indiqué que son vote dans le sondage était fondé sur la justification inhérente de la recommandation. Cependant, après avoir entendu qu'il ne s'agit pas d'une pratique courante, il s'est dit préoccupé par le fait qu'elle pourrait être interprétée à tort comme étant prioritaire ou un aspect qui doit être renforcé dans les soins postpandémiques.

Bien que cette recommandation ne fasse pas partie de la liste finale, un autre membre du comité a fait part de ses préoccupations quant au manque de personnel dans les maisons de soins de longue durée, qui pourrait influencer sur l'utilisation des sondes d'alimentation dans l'avenir. Il s'est exprimé comme suit :

L'installation de sondes d'alimentation n'est pas une pratique très courante, mais lorsqu'on regarde les variations régionales dans le diagramme, on voit qu'elle est pratiquée dans certaines régions du pays où cela ne devrait pas être le cas. Et la question est la suivante : comment peut-on éviter que cela se produise, particulièrement à l'ère postpandémique, où la quantité de personnel dans les maisons de soins de longue durée pourrait être considérablement réduite?

Le comité a insisté sur le fait que, bien que la recommandation ne se retrouve pas sur la liste finale, l'installation de sondes d'alimentation chez les résidents déments ne devrait pas être encouragée. Qui plus est, le comité a noté que les décisions entourant la mise en place d'une sonde d'alimentation devraient faire partie de la planification préalable des soins.

Une recommandation concernant les soins de longue durée a été incluse dans la liste finale. Cette recommandation a été ajoutée à la discussion du groupe après avoir été portée à l'attention du comité. Malgré le fait qu'elle ne se retrouvait pas dans la présélection originale et le sondage, la recommandation a reçu un appui unanime du groupe après la discussion. Elle vise à éviter le transfert inutile des résidents des centres d'hébergement vers l'hôpital. Les membres qui avaient proposé cette recommandation ont indiqué que, lorsque les résidents des maisons de soins de longue durée sont transférés à l'hôpital, ils peuvent y recevoir des médicaments et des soins de faible valeur, être exposés à des infections et se retrouver dans un état général aggravé dans le milieu hospitalier⁴²⁻⁴⁴. Ainsi, l'adoption de cette recommandation pourrait aider à améliorer les résultats pour les résidents des maisons de soins de longue durée et réduire les pressions sur des ressources essentielles dans les hôpitaux.

Discussion

Les examens, traitements et interventions de faible valeur sont courants dans les systèmes de soins de santé au Canada, ce qui a des conséquences sur l'état de santé des patients et l'utilisation des ressources⁹. Alors que le Canada émerge de la pandémie et se reconstruit, il est impératif d'aborder la surutilisation des ressources afin d'assurer leur utilisation judicieuse^{25,26}. Pour répondre à la pandémie, les systèmes de soins de santé ont reporté ou annulé divers examens, traitements et interventions. À mesure que ces services reprennent, la réduction des soins de faible valeur pourrait aider à libérer des ressources essentielles qui peuvent aider à éliminer l'arriéré grandissant et à répondre aux besoins croissants en soins de santé de la population²⁵. Lors de la reconstruction des systèmes de soins de santé après la pandémie, il sera nécessaire de mettre en place des changements durables et permanents pour éliminer ces soins de faible valeur.

Afin de mettre en lumière les principales recommandations qui pourraient avoir des répercussions durables sur les systèmes de soins de santé après la pandémie, l'ACMTS et Choisir avec soin ont créé un comité d'experts pluridisciplinaire formé de cliniciens, de représentants des patients et d'experts des politiques en santé. Les évaluateurs internes de Choisir avec soin ont créé et peaufiné une présélection, puis le comité a répondu à un sondage, a délibéré et est parvenu à un consensus élevé sur 19 recommandations. Ces recommandations portent sur divers milieux et domaines cliniques, dont les hôpitaux, les soins primaires et les centres d'hébergement de soins de longue durée. Le comité a choisi ces recommandations sous la prémisses qu'elles permettraient de réduire considérablement les soins de faible valeur et la pression exercée sur les systèmes de santé partout au Canada en raison de la pandémie. La discussion du comité a permis de mettre en contexte le rôle que ces recommandations pourraient jouer sur l'équité en santé et l'accès aux soins, les ressources en santé, les soins axés sur les patients et les défis disproportionnés que la pandémie a posés pour les centres d'hébergement.

Limites

Le processus global a été conçu exclusivement pour établir les priorités parmi les plus de 400 recommandations de Choisir avec soin. Beaucoup d'autres types de soins de faible valeur qui n'ont pas été retenus pourraient être réduits après la pandémie.

Les conclusions du comité indépendant ne sont pas fondées sur une analyse quantitative comparant la valeur relative des recommandations de Choisir avec soin. Les recommandations ont plutôt été évaluées selon l'expertise des membres du comité en ce qui concerne les soins cliniques, l'expérience des patients et les politiques en santé. Bien que les membres aient une base de connaissance et des expériences variées, les délibérations n'ont pas porté sur de l'information ou des données détaillées sur des taux d'utilisation particuliers de différents services de soins de santé ou sur le rapport coût/bénéfice. Pandémie ou non, la mesure directe des soins de faible valeur et de leurs conséquences sur les systèmes de santé est une évaluation complexe qui dépasse la portée du mandat de ce comité⁴⁵.

Les membres du comité ont aussi reconnu qu'il était difficile pour eux de prévoir les domaines d'amélioration critiques après la pandémie. Cependant, des approches de concertation similaires entre experts ont été utilisées par le passé pour établir les domaines de soins de faible valeur prioritaires afin d'appuyer la prise de décisions⁴⁶.

Enjeux de mise en œuvre

Ces 19 recommandations permettent de cerner des domaines où les soins de faible valeur pourraient être réduits ou éliminés dans les systèmes de soins de santé après la pandémie. Les professionnels de la santé de partout au pays peuvent utiliser cette liste pour guider leur prise de décisions et s'assurer que des soins de grande valeur sont prodigués aux patients. La variation régionale et le contexte local sont d'importants facteurs qui peuvent influencer sur la pertinence de ces recommandations. Dans certaines régions, des efforts substantiels peuvent déjà avoir été faits pour réduire certains examens, traitements ou interventions de faible valeur inclus dans la liste finale. Par conséquent, la liste finale de recommandations se veut un guide pour établir les priorités, qui seront déterminées en fonction des circonstances locales. La liste complète de plus de [400 recommandations](#) préparées par les associations nationales de cliniciens peut servir de guide pour des manières additionnelles d'utiliser les ressources de soins de santé de manière judicieuse.

Références

1. MacLeod S, Musich S, Hawkins K, Schwabke K. Highlighting a common quality of care delivery problem: Overuse of low-value healthcare services. *J Healthc Qual.* 2018;40(4):201-208. [PubMed](#)
2. OECD. Tackling wasteful spending on health. Paris: OECD; 2017: <https://www.oecd.org/health/tackling-wasteful-spending-on-health-9789264266414-en.htm>. Accessed 2021 May 6.
3. Choosing Wisely Canada. About Choosing Wisely Canada. 2020; <https://choosingwiselycanada.org/about/>. Accessed 2021 Mar 29.
4. Hurley R. Can doctors reduce harmful medical overuse worldwide? *BMJ.* 2014;349:g4289. [PubMed](#)
5. Born KB, Levinson W. Choosing Wisely campaigns globally: a shared approach to tackling the problem of overuse in healthcare. *J Gen Fam Med.* 2019;20(1):9-12. [PubMed](#)
6. Stern SJ, Holbrook A, Patel M, Hillis C, Patel A. Assessing physician awareness of the Choosing Wisely Canada recommendations. *Canadian Journal of General Internal Medicine.* 2017;12(3).
7. Choosing Wisely Canada. Recommendations and resources, by specialty. 2020; <https://choosingwiselycanada.org/recommendations/>. Accessed 2021 Mar 29.
8. Brownlee SM, Korenstein D. Better understanding the downsides of low value healthcare could reduce harm. *BMJ.* 2021;372:n117. [PubMed](#)
9. Canadian Institute for Health Information. Unnecessary care in Canada. Ottawa (ON): CIHI; 2017: <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/choosing-wisely-baseline-report-en-web.pdf>. Accessed 2021 May 7.
10. Hall AM, Aubrey-Bassler K, Thorne B, Maher CG. Do not routinely offer imaging for uncomplicated low back pain. *BMJ.* 2021;372:n291. [PubMed](#)
11. Chou R, Qaseem A, Owens DK, Shekelle P, Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2011;154(3):181-189. [PubMed](#)
12. Bouck Z, Pendrith C, Chen XK, et al. Measuring the frequency and variation of unnecessary care across Canada. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):446. [PubMed](#)
13. Embrett M, Randall GE. Physician perspectives on Choosing Wisely Canada as an approach to reduce unnecessary medical care: a qualitative study. *Health Res Policy Syst.* 2018;16(1):95. [PubMed](#)
14. Grimshaw JM, Patey AM, Kirkham KR, et al. De-implementing wisely: developing the evidence base to reduce low-value care. *BMJ Qual Saf.* 2020;29(5):409-417. [PubMed](#)
15. Rosenberg A, Agiro A, Gottlieb M, et al. Early trends among seven recommendations from the Choosing Wisely Campaign. *JAMA Internal Medicine.* 2015;175(12):1913-1920. [PubMed](#)
16. Henderson J, Bouck Z, Holleman R, et al. Comparison of payment changes and Choosing Wisely recommendations for use of low-value laboratory tests in the United States and Canada. *JAMA Intern Med.* 2020;180(4):524-531. [PubMed](#)
17. Lam JH, Pickles K, Stanaway FF, Bell KJL. Why clinicians overtest: development of a thematic framework. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):1011. [PubMed](#)
18. Hall AM, Scurry SR, Pike AE, et al. Physician-reported barriers to using evidence-based recommendations for low back pain in clinical practice: a systematic review and synthesis of qualitative studies using the Theoretical Domains Framework. *Implement Sci.* 2019;14(1):49. [PubMed](#)
19. Guttman A, Gandhi S, Wanigaratne S, et al. COVID-19 in immigrants, refugees and other newcomers in Ontario: characteristics of those tested and those confirmed positive, as of June 13, 2020. Toronto (ON): ICES; 2020: <https://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2020/COVID-19-in-Immigrants-Refugees-and-Other-Newcomers-in-Ontario>. Accessed 2021 May 6.
20. Choi KH, Denice P, Haan M, Zajacova A. Studying the social determinants of COVID-19 in a data vacuum. *Can Rev Sociol.* 2021. [PubMed](#)
21. Glazier RH, Green ME, Wu FC, Frymire E, Kopp A, Kiran T. Shifts in office and virtual primary care during the early COVID-19 pandemic in Ontario, Canada. *CMAJ.* 2021;193(6):E200-E210. [PubMed](#)
22. Enablers for virtual visits. (*CADTH policy insights*). Ottawa (ON): CADTH; 2020: <https://cadth.ca/sites/default/files/covid-19/cy0006-enablers-for-virtual-visits.pdf>. Accessed 2021 May 4.
23. Oakes AH, Segal JB. The COVID-19 pandemic can help us understand low-value health care. *Health Affairs Blog.* 2020. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20201023.522078/full/>. Accessed 2021 Apr 20.
24. The Conference Board of Canada. Health care cost drivers in Canada: pre-and post-COVID-19. Ottawa (ON): Conference Board of Canada; 2020: <https://www.conferenceboard.ca/e-library/abstract.aspx?did=10816>. Accessed 2021 Apr 21.
25. Choosing Wisely Canada. Not necessary: policy ideas for limiting low-value care in Canada. Toronto (ON): Choosing Wisely Canada; 2020: <https://choosingwiselycanada.org/perspective/not-necessary/>. Accessed 2021 May 6.
26. Resumption of elective health services amid COVID-19. (*COVID-19 CADTH briefing note*). Ottawa (ON): CADTH; 2020: <https://covid.cadth.ca/treatment/resumption-of-elective-health-services-amid-covid-19/>. Accessed 2021 May 7.
27. Canadian Medical Association, Deloitte LLP. Clearing the backlog: the cost to return wait time to pre-pandemic levels. Ottawa (ON): CMA; 2020: <https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/Media-Releases/Deloitte-Clearing-the-Backlog.pdf>. Accessed 2021 May 7.

28. Canadian Institute for Health Information. COVID-19's effect on hospital care services. 2020; <https://www.cihi.ca/en/covid-19-resources/impact-of-covid-19-on-canadas-health-care-systems/covid-19s-effect-on-hospital>. Accessed 2021 Apr 12.
29. Wang J, Vahid S, Eberg M, et al. Clearing the surgical backlog caused by COVID-19 in Ontario: a time series modelling study. *CMAJ*. 2020;192(44):E1347-E1356. [PubMed](#)
30. BC Ministry of Health. A Commitment to Surgical Renewal in B.C. Victoria (BC): BC Ministry of Health; 2020: <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/conducting-health-research/surgical-renewal-plan.pdf>. Accessed 2021 Apr 21.
31. Canadian Medical Association. CMA calls for extraordinary measures as pandemic surpasses critical point. 2021; <https://www.cma.ca/news-releases-and-statements/cma-calls-extraordinary-measures-pandemic-surpasses-critical-point>. Accessed 2021 April 20.
32. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*. 2005;15(9):1277-1288. [PubMed](#)
33. Choosing Wisely Canada, College of Family Physicians of Canada. Family medicine. 2020; <https://choosingwiselycanada.org/family-medicine/>. Accessed 2021 May 7.
34. Stanworth SJ, New HV, Apolseth TO, et al. Effects of the COVID-19 pandemic on supply and use of blood for transfusion. *The Lancet Haematology*. 2020;7(10):e756-e764. [PubMed](#)
35. Centre for Rural Health Research. Out of pocket costs for rural residents when travelling for health care. Vancouver (BC): University of British Columbia (UBC); 2020: <https://crhr.med.ubc.ca/out-of-pocket-costs-survey/>. Accessed 2021 Apr 28.
36. Pooja C, Suraiya N. Choosing Wisely in the Northwest Territories: a case for thinking beyond the test in rural and remote northern communities. *HealthcarePapers*. 2019;18(1):19-24.
37. Liddy C, McKellips F, Armstrong CD, Afkham A, Fraser-Roberts L, Keely E. Improving access to specialists in remote communities: a cross-sectional study and cost analysis of the use of eConsult in Nunavut. *Int J Circumpolar Health*. 2017;76(1):1323493. [PubMed](#)
38. Arya A, Buchman S, Gagnon B, Downar J. Pandemic palliative care: beyond ventilators and saving lives. *CMAJ*. 2020;192(15):E400-E404. [PubMed](#)
39. Canadian Institute for Health Information. The impact of COVID-19 on long-term care in Canada: focus on the first 6 months. Ottawa (ON): CIHI; 2021: <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/impact-covid-19-long-term-care-canada-first-6-months-report-en.pdf>. Accessed 2021 May 6.
40. Sorrell JM. Use of feeding tubes in patients with advanced dementia: are we doing harm? *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2010;48(5):15-18. [PubMed](#)
41. Canadian Institute for Health Information. Continuing Care Reporting System (CCRS) metadata. 2021; <https://www.cihi.ca/en/continuing-care-metadata>. Accessed 2021 May 6. - An extraction of this metadata was presented during the Panel meeting.
42. Walker JD, Teare GF, Hogan DB, Lewis S, Maxwell CJ. Identifying potentially avoidable hospital admissions from canadian long-term care facilities. *Med Care*. 2009;47(2):250-254. [PubMed](#)
43. Kadu M, Heckman GA, Stolee P, Perlman C. Risk of hospitalization in long-term care residents living with heart failure: a retrospective cohort study. *Can Geriatr J*. 2019;22(4):171-181. [PubMed](#)
44. Brown KA, Daneman N, Buchan SA, Chan AK, Stall NM. Variation in care of community and nursing home residents who died of COVID-19 in Ontario, Canada. *J Am Med Dir Assoc*. 2021.
45. Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *The Lancet*. 2017;390(10090):156-168. [PubMed](#)
46. Soril LJJ, Seixas BV, Mitton C, Bryan S, Clement FM. Moving low value care lists into action: prioritizing candidate health technologies for reassessment using administrative data. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):640. [PubMed](#)

Annexe 1 : Résultats de vote du comité

Tableau 3 : Recommandations définitives faisant l'objet d'un fort consensus

Domaine clinique	Catégorie	Recommandation	Soumis au vote en réunion?	Consensus
Soins hospitaliers	Examens systématiques	Ne demandez pas d'examens systématiques, y compris une radiographie thoracique ou une analyse sanguine, chez les patients gravement malades, sauf si vous souhaitez répondre à une question clinique précise.	Non	80 %
	Examens préopératoires	Ne demandez pas des analyses de laboratoire de référence (formule sanguine complète, tests de coagulation ou analyses biochimiques sériques) chez les patients asymptomatiques devant subir une chirurgie non cardiaque à faible risque.	Non	80 %
Soins de fin de vie	Conversations sur la planification préalable des soins	Ne débutez pas ou ne continuez pas les interventions de maintien des fonctions vitales, à moins qu'elles ne cadrent avec les valeurs du patient et avec des objectifs de soins réalistes.	Non	90 %
		Évitez de retarder les discussions sur la planification préalable des soins.	Oui	90 %
	Soins palliatifs	Évitez de retarder l'administration de soins palliatifs au patient gravement malade, présentant une détresse physique, psychologique, sociale ou spirituelle, sous prétexte qu'il reçoit un traitement visant la maladie.	Oui	100 %
Soins spécialisés ou en consultation externe	Néphrologie	N'amorcez pas d'hémodialyse chronique sans vous être assuré que le patient, les membres de sa famille et les membres de l'équipe de soins en néphrologie ont tous pris part au processus décisionnel.	Oui	100 %
	Gastroentérologie	Évitez d'ordonner une coloscopie chez les patients de moins de 50 ans souffrant de constipation en l'absence d'antécédents familiaux de cancer du côlon ou de signes avertisseurs.	Oui	100 %
	Cardiologie	Ne procédez pas à des examens d'imagerie cardiaque à l'effort ou d'imagerie non invasive avancée au cours de la première évaluation des patients qui n'ont pas de symptômes cardiaques, sauf en présence de marqueurs de haut risque.	Oui	100 %
	Orthopédie	Ne demandez pas d'IRM du genou lorsque des signes d'arthrose sont visibles à la radiographie avec mise en charge et en présence de symptômes d'arthrose, car l'IRM apporte rarement un complément d'information utile pour orienter le diagnostic ou le traitement.	Oui	80 %

Domaine clinique	Catégorie	Recommandation	Soumis au vote en réunion?	Consensus
Soins de longue durée	Transferts	Évitez de transférer les résidents fragiles des centres d'hébergement vers les hôpitaux, à moins que leur confort ou que leurs besoins médicaux urgents ne puissent être assurés dans leur établissement.	Oui ^a	100 %
Produits sanguins	Transfusion de culots globulaires	N'administrez pas d'emblée de transfusions de culots globulaires à des patients de SI hémodynamiquement stables dont le taux d'hémoglobine (Hb) est supérieur à 70 g/L (un seuil de 80 g/L peut être considéré chez les patients qui doivent subir une chirurgie cardiaque ou orthopédique, et ceux qui souffrent de maladie cardiovasculaire évolutive).	Oui	100 %
Oncologie	Soins palliatifs	Évitez de retarder ou de vous abstenir d'offrir des soins palliatifs à un patient atteint d'un cancer métastatique parce qu'il suit un traitement ciblant la maladie.	Oui	100 %
Soins primaires	Transferts	N'envoyez pas un patient consulter un spécialiste à plusieurs heures de route si la consultation peut être effectuée virtuellement ou par un médecin de la région.	Oui	100 %
	Examens annuels	Ne procédez pas annuellement à un examen physique complet chez les adultes asymptomatiques qui ne présentent aucun facteur de risque significatif ^b .	Non	80 %
	Tests de dépistage non nécessaires	Évitez d'effectuer un dépistage de masse du déficit en 25(OH) vitamine D.	Oui	100 %
	Imagerie non nécessaire	Ne prescrivez pas de radiographies pulmonaires et d'ECG de dépistage aux patients asymptomatiques ou à faible risque.	Non	80 %
		Ne recourez pas à des examens d'imagerie pour des douleurs au bas du dos à moins d'être en présence de signaux d'alarme ^b .	Oui	100 %
		Évitez l'imagerie pour un mal de tête sans complication, sauf en présence de signaux d'alarme ^b .	Oui	100 %
		Ne demandez pas de TDM pour une rhinosinusite aiguë non compliquée.	Oui	100 %

TDM = tomodensitométrie; ECG = électrocardiogramme; SI = soins intensifs; IRM = imagerie par résonance magnétique

Remarque : Lorsqu'il n'y a pas eu de nouveau vote (puisque aucune discussion approfondie n'était nécessaire), les pourcentages montrent le niveau de consensus d'après le sondage.

^a Cette recommandation ne faisait pas partie de la présélection initiale; cependant, elle a été ajoutée après avoir été portée à l'attention du comité.

^b Les facteurs de risque spécifiques ou les signaux d'alarme peuvent varier selon l'évaluation clinique. Consultez le [Guide détaillé sur la médecine familiale de Choisir avec soin](#).

Tableau 4 : Recommandations abordées par le comité n'ayant pas fait consensus auprès d'au moins huit membres

Domaine clinique	Catégorie	Recommandation	Soumis au vote en réunion?	Consensus
Soins de longue durée	Sonde d'alimentation	Ne posez pas de sonde d'alimentation parentérale à des personnes atteintes de démence avancée. Aidez-les plutôt à s'alimenter.	Oui	60 %
Oncologie	Tests de dépistage du cancer systématiques	Évitez d'ordonner des tests servant à détecter une récurrence de cancer chez un patient asymptomatique s'il est irréaliste de croire que la détection précoce d'une récurrence du cancer prolongera la survie ou améliorera la qualité de vie.	Oui	70 %
Soins spécialisés ou en consultation externe	Cardiologie	Ne procédez pas à des examens annuels d'imagerie cardiaque à l'effort ou d'imagerie non invasive avancée dans le contexte du suivi de routine de patients asymptomatiques.	Oui	70 %

Tableau 5 : Liste des 45 recommandations présélectionnées par Choisir avec soin et niveau de consensus obtenu dans le sondage

Domaine clinique	Catégorie	Recommandation	Examiné durant la réunion?	Consensus
Soins hospitaliers	Examens systématiques	En milieu hospitalier, ne commandez pas de FSC et d'analyses chimiques de façon répétée malgré la stabilité des examens cliniques et de laboratoire.	Non	70 %
		Ne demandez pas d'examens systématiques, y compris une radiographie thoracique ou une analyse sanguine, chez les patients gravement malades, sauf si vous souhaitez répondre à une question clinique précise.	Oui	80 %
	TDM de la tête	Ne prescrivez pas de TDM de la tête pour les adultes ou les enfants ayant subi un traumatisme crânien mineur (à moins que l'intervention soit prescrite par une règle de décision clinique appropriée).	Non	60 %
		En l'absence de prédicteurs de risque élevé, ne demandez pas de TDM de la tête pour l'évaluation d'une syncope simple chez le patient adulte.	Non	40 %
		Ne prescrivez pas systématiquement de TDM de la tête pour les patients hospitalisés délirants, en l'absence de facteurs de risque.	Non	60 %
	Angiographie tomographique pulmonaire pour l'embolie pulmonaire	Lorsque vous soupçonnez une embolie pulmonaire, ne demandez pas d'angiographie tomographique pulmonaire ni de scintigraphie pulmonaire de ventilation-perfusion avant de faire une stratification du risque avec règle de décision clinique et d'obtenir les résultats de la concentration des D-dimères en tant que biomarqueurs.	Non	60 %
	Dépistage sanguin ou analyses de laboratoire	Ne demandez pas systématiquement d'analyse toxicologique qualitative (dépistage urinaire de drogues) pour les patients psychiatriques qui se présentent à l'urgence.	Non	70 %
	Examens préopératoires	Ne demandez pas des analyses de laboratoire de référence (formule sanguine complète, tests de coagulation ou analyses biochimiques sériques) chez les patients asymptomatiques devant subir une chirurgie non cardiaque à faible risque.	Oui	80 %
		Ne demandez pas un électrocardiogramme de référence chez les patients asymptomatiques devant subir une chirurgie non cardiaque à faible risque.	Non	70 %
		Ne procédez pas à des examens d'imagerie cardiaque à l'effort ou d'imagerie non invasive avancée comme moyen d'évaluation préopératoire chez les patients qui doivent subir une intervention chirurgicale non cardiaque à faible risque.	Non	70 %
N'effectuez pas d'échocardiographie au repos dans le cadre d'une évaluation préopératoire pour les patients asymptomatiques devant subir une chirurgie non cardiaque de risque faible à intermédiaire.		Non	70 %	

Domaine clinique	Catégorie	Recommandation	Examiné durant la réunion?	Consensus
Soins de fin de vie	Conversations sur la planification préalable des soins	Ne débutez pas ou ne continuez pas les interventions de maintien des fonctions vitales, à moins qu'elles ne cadrent avec les valeurs du patient et avec des objectifs de soins réalistes.	Oui	90 %
		Évitez de retarder les discussions sur la planification préalable des soins.	Oui	90 %
	Soins palliatifs	Évitez de retarder l'administration de soins palliatifs au patient gravement malade, présentant une détresse physique, psychologique, sociale ou spirituelle, sous prétexte qu'il reçoit un traitement visant la maladie.	Oui	70 %
Oncologie	Tests de dépistage du cancer systématiques	Évitez d'ordonner des tests servant à détecter une récurrence de cancer chez un patient asymptomatique s'il est irréaliste de croire que la détection précoce d'une récurrence du cancer prolongera la survie ou améliorera la qualité de vie.	Oui	70 %
		Évitez d'effectuer des tests de dépistage de routine ou de surveiller l'apparition d'un nouveau cancer primitif chez la majorité des patients ayant des métastases.	Non	40 %
		Ne dépistez pas le cancer de l'ovaire chez les femmes asymptomatiques sans risque particulier.	Non	60 %
	Radiothérapie	Évitez de recommander plus d'une radiothérapie palliative monofractionnée chez le patient présentant des métastases osseuses douloureuses sans complications.	Non	40 %
	Soins palliatifs	Évitez la chimiothérapie pour viser plutôt un soulagement des symptômes et prodiguer des soins palliatifs aux patients atteints d'un cancer au stade avancé, chez qui une chimiothérapie a peu de chances d'être bénéfique (p. ex. : patient dont l'indice fonctionnel est de 3 ou de 4).	Non	70 %
		Évitez de retarder ou de vous abstenir d'offrir des soins palliatifs à un patient atteint d'un cancer métastatique parce qu'il suit un traitement ciblant la maladie.	Oui	70 %
Soins de longue durée	Sondes d'alimentation	Ne posez pas de sonde d'alimentation parentérale à des personnes atteintes de démence avancée. Aidez-les plutôt à s'alimenter.	Oui	80 %
	Test de dépistage ou systématiques pour des maladies chroniques	Ne demandez pas de tests de dépistage ou de routine pour des maladies chroniques simplement parce qu'un prélèvement sanguin est effectué.	Non	60 %

Domaine clinique	Catégorie	Recommandation	Examiné durant la réunion?	Consensus
Soins primaires	Examens annuels	Ne procédez pas annuellement à un examen physique complet chez les adultes asymptomatiques qui ne présentent aucun facteur de risque significatif.	Oui	80 %
		Ne demandez pas d'analyses sanguines de dépistage chaque année, sauf si le profil de risque du patient l'exige.	Non	70 %
		Ne prescrivez pas de radiographies pulmonaires et d'ECG de dépistage aux patients asymptomatiques ou à faible risque.	Oui	80 %
	Imagerie non nécessaire	Ne recourez pas à des examens d'imagerie pour des douleurs au bas du dos à moins d'être en présence de signaux d'alarme.	Oui	80 %
		Évitez l'imagerie pour un mal de tête sans complication, sauf en présence de signaux d'alarme.	Oui	80 %
		Évitez de répéter les examens d'ostéodensitométrie par DEXA plus d'une fois aux deux ans.	Non	70 %
		Ne demandez pas de TDM pour une rhinosinusite aiguë non compliquée.	Oui	80 %
	Tests de dépistage non nécessaires chez les patients à faible risque	Ne demandez pas de vitesse de sédimentation des érythrocytes (VS) pour un dépistage chez les patients asymptomatiques, ou comme analyse générale pour vérifier l'inflammation chez des patients dont le diagnostic n'est pas établi.	Non	60 %
		N'effectuez pas une analyse urinaire de routine (protéines, glucose) à chaque visite prénatale (chez les femmes normotendues à faible risque).	Non	70 %
		Évitez d'effectuer un dépistage de masse du déficit en 25(OH) vitamine D.	Oui	80 %
		Évitez de soumettre les femmes de moins de 21 ans et celles de plus de 69 ans au test de Pap.	Non	70 %
		Ne demandez pas de tests de fonction thyroïdienne de dépistage chez les patients asymptomatiques exposés à un risque faible.	Non	70 %
	Transferts de patients en milieu rural	N'envoyez pas un patient consulter un spécialiste à plusieurs heures de route si la consultation peut être effectuée virtuellement ou par un médecin de la région.	Oui	90 %
		Lors d'un transfert en ambulance, n'envoyez pas de personnel spécialisé s'il est peu probable que le patient ait besoin de subir une intervention médicale en route.	Non	60 %

Domaine clinique	Catégorie	Recommandation	Examiné durant la réunion?	Consensus
Produits sanguins	Transfusions de culots globulaires	N'administrez pas d'emblée de transfusions de culots globulaires à des patients de SI hémodynamiquement stables dont le taux d'hémoglobine (Hb) est supérieur à 70 g/L (un seuil de 80 g/L peut être considéré chez les patients qui doivent subir une chirurgie cardiaque ou orthopédique, et ceux qui souffrent de maladie cardiovasculaire évolutive).	Oui	70 %
Soins spécialisés ou en consultation externe	Orthopédie	Ne demandez pas d'IRM du genou lorsque des signes d'arthrose sont visibles à la radiographie avec mise en charge et en présence de symptômes d'arthrose, car l'IRM apporte rarement un complément d'information utile pour orienter le diagnostic ou le traitement.	Oui	70 %
		Ne demandez pas d'IRM de la hanche lorsque des signes d'arthrose sont visibles à la radiographie et en présence de symptômes d'arthrose, car l'IRM apporte rarement un complément d'information utile pour orienter le diagnostic ou le traitement.	Non	60 %
		N'utilisez pas le débridement arthroscopique comme traitement primaire de l'arthrose du genou.	Non	60 %
	Néphrologie	N'amorcez pas d'hémodialyse chronique sans vous être assuré que le patient, les membres de sa famille et les membres de l'équipe de soins en néphrologie ont tous pris part au processus décisionnel.	Oui	80 %
	Gastroentérologie	Évitez de recourir à l'endoscopie pour déceler une dyspepsie en l'absence de signes avertisseurs chez les patients de moins de 65 ans.	Non	50 %
		Évitez d'ordonner une coloscopie chez les patients de moins de 50 ans souffrant de constipation en l'absence d'antécédents familiaux de cancer du côlon ou de signes avertisseurs.	Oui	80 %
Cardiologie	Ne procédez pas à des examens d'imagerie cardiaque à l'effort ou d'imagerie non invasive avancée au cours de la première évaluation des patients qui n'ont pas de symptômes cardiaques, sauf en présence de marqueurs de haut risque.	Oui	70 %	
	Ne procédez pas à des examens annuels d'imagerie cardiaque à l'effort ou d'imagerie non invasive avancée dans le contexte du suivi de routine de patients asymptomatiques.	Oui	70 %	

TDM = tomodensitométrie; ECG = électrocardiogramme; SI = soins intensifs; IRM = imagerie par résonance magnétique