

Non nécessaire.

**Suggestions de
politiques pour limiter
les soins de faible
valeur au Canada**

septembre 2020

**Choisir
avec soin**  MC

Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. Choisir avec soin mobilise et inspire les professionnels de la santé afin qu'ils deviennent les leaders de la réduction des examens, traitements et interventions inutiles. Elle leur fournit des ressources et des outils simples qui facilitent les choix judicieux.

À propos de ce document:

Les points de vue exprimés dans les présentes sont celles de Choisir avec soin seulement et ne reflètent pas nécessairement les opinions des bailleurs de fonds, partenaires ou collaborateurs de Choisir avec soin.

© 2020 Choisir avec soin

Comment citer ce document:

Choisir avec soin. *Non nécessaire : Suggestions de politiques pour limiter les soins de faible valeur au Canada*. Toronto, ON : 2020.

Table des matières

Résumé	04
<hr/>	
Suggestion 1 : Simplifier le parcours périopératoire pour les chirurgies et interventions planifiées.	06
<hr/>	
Suggestion 2 : Réduire le nombre d'analyses de laboratoire de faible valeur.	08
<hr/>	
Suggestion 3 : Réduire le nombre d'examens d'imagerie de faible valeur.	10
<hr/>	
Suggestion 4 : Éviter l'acharnement thérapeutique chez le patient en fin de vie.	12
<hr/>	
Suggestion 5 : Maintenir l'approvisionnement national en composants et produits sanguins.	14
<hr/>	
Conclusion	16
<hr/>	

Résumé

Les soins de faible valeur constituent un problème endémique dans l'ensemble des systèmes de santé au Canada. Selon des données canadiennes et internationales, jusqu'à 30 pour cent des tests, traitements et interventions effectués seraient de faible valeur¹⁻⁷. Or, tous ces tests, traitements et interventions continuent d'être offerts, avec des conséquences qui, en temps normal, ou « pré-pandémie », ne sauteraient peut-être pas aux yeux au quotidien ou ne seraient pas jugées urgentes au point de nécessiter des mesures draconiennes.

Or, la situation actuelle est hors du commun. La COVID-19 nous a précipités dans une ère où les ressources se font rares et les contacts humains étroits comportent un risque. Il est donc devenu urgent de s'attaquer au problème des services de santé non essentiels qui grugent de précieuses ressources et mettent potentiellement le public à risque.

L'annulation des services électifs et non urgents au début de la pandémie a permis aux systèmes de santé d'atténuer les risques de transmission, tout en préservant les ressources⁸. Ces interruptions pourraient aussi avoir eu comme effet favorable de freiner l'utilisation de plusieurs tests et interventions de faible valeur. Il ne faudrait toutefois pas croire qu'il s'agit là d'une solution au problème que l'on tente actuellement de régler. Alors que les systèmes de santé reprennent leur rythme de croisière, on s'attend à un rebond parallèle des soins de faible valeur, car les mécanismes à l'origine de la surutilisation sont toujours en place.

Depuis 2014, Choisir avec soin travaille à combler le large fossé existant entre les données probantes et la pratique quotidienne à l'origine du problème des soins de faible valeur. Cela inclut des collaborations avec des associations professionnelles, qui ont permis de mettre en évidence environ 400 pratiques distinctes à remettre en question; les facultés de médecine doivent maintenant intégrer à leurs programmes des notions de saine gestion des ressources, les groupes de patients doivent accroître leurs efforts de sensibilisation aux conséquences positives et négatives des tests et des interventions proposées, et les organisations de soins de santé doivent procéder à une refonte de leurs procédures internes pour qu'elles concordent avec les données probantes⁹.

Cela dit, bon nombre des facteurs qui contribuent aux soins de faible valeur sont largement hors du contrôle des médecins, des patients et des organisations de soins de santé¹⁰. Il faudra revoir les mécanismes et les politiques dépassés qui incitent encore les systèmes à en faire toujours plus. Des investissements seront également nécessaires dans certains secteurs cruciaux pour limiter les soins de faible valeur de façon significative et pérenne.

Ce document formule des suggestions de politiques pour aider les gouvernements et les décideurs à utiliser les leviers disponibles (mesures incitatives, conception des systèmes et investissements), à réfléchir à la place qu'occupent les soins de faible valeur au Canada et à agir en conséquence, pendant la pandémie et après. Les suggestions formulées dans ce document se fondent sur l'énorme travail accompli par Choisir avec soin ces six dernières années, et sur une série de discussions entre experts, hauts fonctionnaires et administrateurs des systèmes de santé en juin 2020, et elles n'engagent que Choisir avec soin¹¹⁻¹³.

Les suggestions de politiques sont les suivantes :

- **Suggestion 1 : Simplifier le parcours périopératoire pour les chirurgies et interventions planifiées** afin de limiter les pratiques inutiles et de gérer la demande croissante en chirurgie. Cela inclut : éliminer les analyses préopératoires superflues, revoir la gestion des listes d'attente en chirurgie et investir en télémédecine pour améliorer l'efficacité et réduire au minimum les contacts physiques pendant le parcours périopératoire.
- **Suggestion 2 : Réduire le nombre d'analyses de laboratoire de faible valeur**, car elles mobilisent des ressources qui pourraient être utilisées à meilleur escient pour des services à valeur élevée, et elles donnent souvent lieu à des analyses additionnelles. Cela inclut : revoir les processus de demandes d'analyses de laboratoire à l'échelle des provinces et des organisations en tenant compte de leur pertinence et en investissant dans des stratégies d'audit et des mécanismes de rétroaction.
- **Suggestion 3 : Réduire le nombre d'examens d'imagerie de faible valeur**, car ils contribuent à l'allongement des temps d'attente et peuvent exposer les patients à des préjudices inutiles. Cela inclut : investir dans des programmes interprofessionnels pour évaluer et prendre en charge les affections qui nécessitent beaucoup d'examens d'imagerie (comme la dorsalgie), et ajouter des critères de pertinence aux demandes d'imagerie courantes.
- **Suggestion 4 : Éviter l'acharnement thérapeutique chez le patient en fin de vie.** Cela inclut une approche concertée et adéquatement pourvue en ressources pour promouvoir la planification préalable des soins et améliorer l'offre de services de soins palliatifs dans les collectivités.
- **Suggestion 5 : Maintenir l'approvisionnement national en composants et produits sanguins.** Cela inclut : établir des critères nationaux de pertinence, encourager les hôpitaux à évaluer leur efficacité par rapport à ces critères et analyser d'autres modèles de financement possibles pour aider les hôpitaux dans leurs efforts de gestion de l'approvisionnement sanguin.

Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, il est devenu encore plus urgent de prendre en considération les suggestions de politiques proposées ici. À court terme, il faudra axer les ressources sur le rattrapage des retards et la réalisation des chirurgies et interventions reportées et créer une capacité tampon en prévision d'autres éventuelles vagues de cas. À plus long terme, l'expansion sans précédent de la dette publique et l'accumulation des déficits forceront la recherche de gains d'efficacité dans le plus important des postes budgétaires du gouvernement : la santé.

Nous reconnaissons que des provinces ou des territoires ont peut-être déjà adopté certaines des mesures suggérées ici, mais nous croyons qu'ensemble, elles forment un solide train de mesures qui faciliteront l'assignation de ressources sanitaires limitées aux interventions ayant le plus de valeur pour les médecins, les patients et le public.

SUGGESTION 1

Simplifier le parcours périopératoire pour les chirurgies et interventions planifiées.

Les interventions chirurgicales planifiées (parfois appelées électives) sont non urgentes et prévues à l'avance. Elles sont donc les premières à subir les contrecoups de situations imprévues qui affectent le système de santé, comme la COVID-19; elles ont été parmi les premières à être annulées pendant la pandémie. Les interventions chirurgicales planifiées utilisent plusieurs ressources hospitalières, telles que blocs opératoires, médicaments et services de laboratoire, en plus de services communautaires, comme la réadaptation physique. La suspension des services de santé au printemps 2020 en raison de la COVID-19 et leur reprise graduelle par la suite ont entraîné des retards et allongé les listes d'attente, un problème de longue date pour les systèmes de santé canadiens. Il est plus important que jamais d'adopter une approche efficace, équitable et éthique à la gestion de la demande en chirurgie pour éviter l'épuisement des ressources. Pour ce qui est des soins périopératoires, la solution évidente est de couper d'abord dans la pléthore de services de faible valeur.

Choisir avec soin a travaillé avec des associations professionnelles représentant plusieurs spécialités chirurgicales et a mis en évidence diverses chirurgies non urgentes qui sont couramment pratiquées alors qu'elles ne reposent sur aucune donnée probante. Mentionnons entre autres l'arthroscopie du genou, l'hystérectomie, la spondylodèse et la réparation endovasculaire chez les patients dont l'état de santé ne justifie pas de telles interventions. Certaines provinces ont pris des mesures pour limiter ces pratiques en intégrant des critères de pertinence aux barèmes de rémunération; nous encourageons les gouvernements et les associations médicales des provinces et des territoires au Canada à faire de même¹⁴.

En plus des interventions chirurgicales elles-mêmes, la recherche a montré qu'on impose systématiquement à de nombreux patients des examens préopératoires lors de chirurgies à faible risque. En Ontario, par exemple, plus de 30 pour cent des patients subissant des chirurgies à faible risque, comme la chirurgie de la cataracte, l'endoscopie ou la réparation herniaire, ont dû subir un ECG, des analyses de laboratoire et une radiographie pulmonaire, avec une fréquence allant de 3 à plus de 90 pour cent selon les hôpitaux¹⁵. Ces examens préopératoires n'ont aucune incidence sur les résultats de l'intervention chez les patients, et en temps de pandémie, elles contribuent à multiplier les interactions inutiles avec le système de santé. L'amélioration de la gestion des chirurgies et d'autres interventions non urgentes et la modification des barèmes de rémunération peuvent contribuer à limiter le nombre d'examen préopératoires pour les chirurgies à faible risque.

Certains examens et interventions inutiles pour les patients sont souvent « incrustés » automatiquement dans les protocoles, plutôt que de faire l'objet de décisions réfléchies de la part des médecins de première ligne. Par exemple, les lois sur les hôpitaux de plusieurs provinces et territoires incluent une disposition qui rend obligatoires certains prélèvements en cours d'intervention (particulièrement lors des arthroplasties de la hanche et du genou) pour analyses anatomopathologiques¹⁶. Cette pratique a été mise en place parce qu'on pensait que ces examens de routine pouvaient générer des renseignements cliniques susceptibles de modifier la prise en charge du patient. Or, de récentes études ont réfuté cette hypothèse en démontrant que les analyses histopathologiques de routine étaient inutiles et non efficaces¹⁷⁻²¹. Choisir avec soin déconseille par conséquent ce genre de pratique, mais les médecins et les hôpitaux qui souhaitent mettre fin aux prélèvements tissulaires à des fins d'analyses anatomopathologiques s'exposent au risque de contrevenir à la loi de leur province ou territoire²².

Changer la réglementation permettrait de moderniser ces pratiques désuètes et de venir à bout du gaspillage de ressources qu’elles entraînent.

Pour rattraper les retards touchant les chirurgies et interventions reportées en raison de la pandémie de COVID-19, il y aurait lieu de gérer les listes d’attente au moyen de modèles à entrée unique²³. Ces modèles, qui jumellent les chirurgiens et les blocs opératoires disponibles en fonction des besoins des patients plutôt que de dresser des listes d’attente pour chaque chirurgien, représentent une approche éthique et efficace pour réduire le temps d’attente et ménager les ressources. Les systèmes de santé des provinces et des territoires sont encouragés à explorer ces modèles; plusieurs existent déjà à certains endroits au pays pour des chirurgies et interventions précises. Il faudrait en outre veiller à déployer équitablement ces modèles en songeant aux populations des régions rurales et éloignées.

En terminant, la télémédecine a un important rôle à jouer dans la réorganisation du parcours périopératoire et l’élimination des épreuves de faible valeur et redondantes. Les applications de la télémédecine dans certains points de service, comme l’évaluation et la visite postopératoire de l’anesthésiologiste, permettent de mieux gérer les horaires des professionnels de la santé et des espaces cliniques. Les décideurs peuvent investir dans des projets pilotes afin de mettre différents modèles à l’essai et assembler un corpus de données probantes qui pourra, le cas échéant, attester de l’amélioration de la qualité des soins et de l’expérience des patients pendant la période périopératoire²⁴.

SUGGESTIONS DE POLITIQUES POUR SIMPLIFIER LE PARCOURS PÉRIOPÉRATOIRE LORS D’INTERVENTIONS PLANIFIÉES

	Mesures incitatives	Conception des systèmes	Investissements
À court terme	<p>Ajuster les barèmes de rémunération pour réduire les examens préopératoires lors de chirurgies à faible risque.</p> <p>Ajuster les barèmes de rémunération pour intégrer des critères de pertinence à plusieurs chirurgies courantes de faible valeur.</p>	<p>Moderniser la réglementation afin d’éliminer les prélèvements systématiques de tissus pour analyses anatomopathologiques lors d’interventions chirurgicales.</p>	
À moyen terme		<p>Passer à un guichet provincial ou régional unique pour les chirurgies ou interventions courantes, avec critères de pertinence.</p>	<p>Investir dans des projets pilotes en télémédecine pour tester différents modèles périopératoires qui améliorent l’efficacité, la sécurité et l’expérience des patients.</p>
À long terme		<p>Vérifier régulièrement la pertinence des dispositions réglementaires et législatives concernant les traitements, interventions et services obligatoires.</p>	

SUGGESTION 2

Réduire le nombre d'analyses de laboratoire de faible valeur.

Il y a de quoi être estomaqué quand on constate le nombre d'analyses de laboratoire demandées quotidiennement au Canada. C'est de loin le geste médical le plus fréquent, le Canadien moyen se faisant prescrire annuellement environ 15 analyses de laboratoire²⁵. Or, selon les estimations, de 16 à 56 pour cent des analyses de laboratoire n'apportent rien de plus au diagnostic clinique, au traitement et au suivi des patients²⁶. De plus, bon nombre de ces analyses de faible valeur donnent lieu à d'autres soins de faible valeur. Les résultats faux positifs ou négatifs et les consultations et interventions qui en découlent sont des conséquences des soins de faible valeur. Par ailleurs, les analyses de laboratoire de faible valeur accaparent des ressources qui pourraient être utilisées à meilleur escient pour fournir des services plus pertinents. La nécessité de dépister la COVID-19 et d'obtenir rapidement les résultats des analyses en milieu hospitalier et communautaire illustre l'importance de prioriser les interventions afin de tirer le maximum des ressources existantes. Réduire le nombre d'analyses de laboratoire de faible valeur contribuerait à rendre le système de santé beaucoup plus efficace.

Pour certaines pathologies cliniques précises, un changement des barèmes de rémunération permettrait de réduire le nombre d'analyses de faible valeur. Par exemple, en décembre 2010, on a éliminé les codes de rémunération pour le dosage de la vitamine D en Ontario; il s'en est suivi une réduction de plus de 90 pour cent de cette analyse de faible valeur en médecine de premier recours²⁷. Par contre, relativement peu d'analyses se prêtent à un tel régime minceur parce que la réflexion et le jugement clinique sont nécessaires pour décider de la pertinence d'une analyse chez un patient donné compte tenu de son état. En revanche, il y a beaucoup d'occasions de revoir les systèmes de demande d'examen et d'éliminer ainsi les ordonnances automatiques ou les doublons émis durant une courte période ou par des laboratoires différents. La surutilisation des demandes d'analyses est fréquente : notons par exemple les batteries de tests et les ensembles d'ordonnances dépassés qui sont intégrés aux systèmes d'entrée des requêtes hospitalières. Dans certains hôpitaux, les logiciels de laboratoire peuvent aussi procéder à une batterie d'analyses sans indication clinique ni prescription, alors qu'une seule a été demandée, contribuant à la systématisation du gaspillage et à la surutilisation. Dans plusieurs hôpitaux, une case peut être cochée pour des analyses quotidiennes sur des ensembles d'ordonnances à l'admission; il devient alors très facile de cocher la case et de demander des analyses sans trop y penser. Certaines pratiques de routine, qui se sont « incrustées » avec le temps, sont propices à une surutilisation systématique et privent les médecins d'un pouvoir décisionnel.

Choisir avec soin a réfléchi et travaillé avec de nombreux hôpitaux canadiens pour briser le cycle des ensembles d'ordonnances systématiques simplement en repensant les processus²⁸. Un hôpital obtient la désignation Choisir avec soin en adoptant une série de mesures visant à réduire le nombre d'analyses de faible valeur, mais ce n'est pas généralisé au Canada, et les gouvernements ont un important rôle à jouer pour en encourager l'adoption.

Les analyses de laboratoire de faible valeur peuvent être contrées au moyen d'ensembles d'ordonnances standard et de batteries de tests qui intègrent des critères de pertinence. Au printemps 2020, pendant la réponse initiale à la pandémie de COVID-19, les provinces dotées de systèmes de laboratoires centralisés ont fait preuve d'efficacité en priorisant les analyses diagnostiques selon les besoins.

Ce principe peut s'appliquer concrètement à l'échelle des régions ou des grands systèmes de santé, avec des formulaires de demandes d'analyses à même les dossiers médicaux électroniques.

Les stratégies d'audit et les mécanismes de rétroaction qui renseignent les médecins sur leur façon de prescrire des analyses en la comparant à celles de leurs collègues arrivent à réduire la variation et la surutilisation de façon particulièrement efficace; selon la recherche, lorsqu'elles sont alliées à d'autres approches de sensibilisation, ces stratégies entraînent des changements durables²⁹. Certains systèmes de santé les ont utilisées pour inciter les médecins à modifier leur façon de prescrire des analyses et des interventions, mais on pourrait faire bien davantage.

SUGGESTIONS DE POLITIQUES POUR RÉDUIRE LE NOMBRE D'ANALYSES DE LABORATOIRE DE FAIBLE VALEUR

	Mesures incitatives	Conception des systèmes	Investissements
À court terme		Encourager les hôpitaux à obtenir la désignation Choisir avec soin en adoptant une série de mesures visant à réduire le nombre d'analyses de laboratoire de faible valeur.	
À moyen terme			Investir dans des stratégies d'audit et des mécanismes de rétroaction pour donner aux médecins des données sur leur façon de prescrire des analyses.
À long terme		Normaliser les processus de demandes d'analyses dans les laboratoires provinciaux en intégrant des critères de pertinence.	

SUGGESTION 3

Réduire le nombre d'examens d'imagerie de faible valeur.

Au cours des vingt dernières années, des initiatives nationales et provinciales visant à réduire les temps d'attente pour l'accès à des examens d'imagerie ont été mises en place au Canada. En 2007, les premiers ministres canadiens ont inclus les temps d'attente pour l'accès aux tests de diagnostic parmi leurs cinq priorités nationales³⁰. Les indicateurs et les mesures déployées ne tenaient toutefois pas compte de critères de pertinence ni du volume de tests, mais visaient plutôt l'optimisation des ressources et un apport monétaire additionnel pour répondre à une demande croissante.

La suspension des services d'imagerie en réponse à la pandémie de COVID-19 a occasionné une baisse substantielle du nombre de tests. Un sondage mené par l'Association canadienne des radiologistes et l'Association canadienne des technologues en radiation médicale a révélé que les activités globales des services de radiologie ont chuté de 50 à 70 pour cent, et que le nombre de mammographies a connu une baisse de plus de 90 pour cent entre le 11 mars et le 30 avril 2020³¹. Ce ralentissement a entraîné un allongement des temps d'attente pour de nombreux patients, avec une accumulation supplémentaire des retards, et il a ramené à l'avant-scène les éternels débats sur la priorisation des patients dans un contexte de restriction.

Au plus fort de la pandémie, les provinces ont agi rapidement pour réduire le nombre d'examens d'imagerie de faible valeur. En Colombie-Britannique, cinq examens d'imagerie de faible valeur mais très fréquents ont été déclassés : pour les lombalgies, les blessures légères à la tête, les céphalées non compliquées, les douleurs à la hanche et au genou chez les patients de plus de 40 ans et les embolies pulmonaires présumées³². Les demandes ont été traitées en fonction du degré d'acuité, et les décisions ont été prises en fonction de critères de pertinence.

Si cette approche paraît logique à court terme, il faut réfléchir à une stratégie à plus long terme pour s'attaquer aux enjeux plus complexes de la pertinence des examens d'imagerie. Par exemple, en 2017, l'Institut canadien d'information sur la santé a conclu que 30 pour cent des patients souffrant de lombalgie avaient subi un examen d'imagerie inutile¹. Chez les patients qui consultent leur omnipraticien pour une lombalgie récurrente ou persistante, il est fréquent de demander des consultations auprès de chirurgiens spécialistes de la colonne. Or, selon la recherche, environ 80 pour cent de ces patients ne sont pas candidats à la chirurgie, et on les soumet à l'avance à une épreuve d'IRM pour déterminer si la chirurgie est pour eux. En Ontario, le programme des Cliniques interprofessionnelles d'évaluation et d'éducation en matière de lombalgie (ISAEC) vise à améliorer l'accès, le système de recommandations et, surtout, la pertinence des examens d'imagerie chez les patients souffrant de lombalgie chronique³³. Des programmes similaires existent en Saskatchewan, au Québec et au Manitoba; des équipes interprofessionnelles évaluent et renseignent les patients adressés à des chirurgiens spécialistes de la colonne pour traitement de la lombalgie. Ces programmes ont permis de réduire le nombre d'examens d'imagerie pour lombalgie et il serait indiqué d'investir dans leur expansion³⁴.

Enfin, il y a lieu de se préoccuper des variations régionales en ce qui concerne les critères de pertinence et d'accessibilité des examens d'imagerie. Dans le cadre d'une initiative portant sur l'utilisation judicieuse de l'imagerie (Imaging Wisely) dans le sud-ouest de l'Ontario, on a conçu des formulaires normalisés pour les demandes d'IRM qui tiennent compte de critères de pertinence pour la sélection des examens d'imagerie dans 13 sites hospitaliers afin d'atténuer la variation³⁵. De même, le guichet central d'accès à l'IRM de l'autorité sanitaire Vancouver Coastal Health permet aux médecins traitants d'orienter leurs patients non hospitalisés pour une consultation en vue d'une

IRM vers 11 sites répartis dans le Lower Mainland en utilisant une liste commune de critères de pertinence³⁶.

Grâce à cette liste, les médecins peuvent déterminer si une IRM est nécessaire et pour quelles pathologies l'imagerie n'est pas indiquée. Remplir le formulaire est aussi une occasion pour les médecins traitants de renseigner leurs patients sur le bien-fondé des IRM en fonction de leurs symptômes précis. Les modèles à entrée unique qui analysent les demandes d'examens d'imagerie selon les besoins pour une région entière peuvent réduire les temps d'attente et mener à une approche commune d'évaluation de la pertinence des examens réalisés dans plusieurs centres d'imagerie.

SUGGESTIONS DE POLITIQUES POUR RÉDUIRE LE NOMBRE D'EXAMENS D'IMAGERIE DE FAIBLE VALEUR

	Mesures incitatives	Conception des systèmes	Investissements
À court terme			Élargir ou soutenir financièrement des programmes interprofessionnels d'évaluation et de prise en charge des pathologies donnant lieu à beaucoup d'examens d'imagerie, comme la lombalgie.
À moyen terme			Investir dans des stratégies d'audit et des mécanismes de rétroaction pour renseigner les médecins sur la façon de prescrire les examens.
À long terme		Passer à un guichet provincial ou régional unique pour les épreuves d'imagerie, avec des critères de pertinence communs.	

SUGGESTION 4

Éviter l'acharnement thérapeutique chez le patient en fin de vie.

Les patients en fin de vie et leur famille préfèrent souvent que l'on évite les interventions effractives ou excessives de maintien des fonctions vitales. Or, il arrive souvent que ces patients reçoivent des traitements inutiles, ce qui ne respecte pas leurs besoins et leur volonté. Cela peut occasionner du stress et de l'anxiété pour eux-mêmes et leurs proches, en plus de mener au gaspillage de précieuses ressources, surtout dans les unités hospitalières de soins intensifs. L'Institut canadien d'information sur la santé indique que, si 75 pour cent des Canadiens souhaitent mourir à la maison, seulement 15 pour cent peuvent le faire, et 61 pour cent finissent par décéder à l'hôpital³⁷. En fait, comparativement à d'autres pays, le Canada a l'un des pourcentages les plus élevés de décès à l'hôpital³⁸.

Il s'agit d'un problème difficile à résoudre. L'un des facteurs contributifs est l'accès aux options de soins palliatifs dans la collectivité, qui varie d'une région à l'autre au Canada. Ce qui fait consensus, c'est que même si la plupart des Canadiens sont contre l'acharnement thérapeutique en fin de vie, beaucoup y sont soumis parce qu'ils n'ont jamais exprimé leurs volontés à cet égard. Des sondages menés auprès du public ont révélé un paradoxe : alors que 93 pour cent des Canadiens trouvent important de discuter de leurs volontés et de leurs valeurs en ce qui concerne leur fin de vie, seulement 36 pour cent en ont parlé, et seulement 18 pour cent les ont couchées sur papier³⁹. Les normes sociales et culturelles tacites concernant la mort et la fin de vie expliquent en bonne partie la réticence des gens à en parler.

La COVID-19 a rappelé l'importance d'encourager le public, et plus particulièrement les personnes fragiles ou atteintes de maladies limitant l'espérance de vie, à procéder à la planification préalable de leurs soins et à discuter de leurs volontés relatives à leur fin de vie. Cela peut passer par une aide aux cliniciens qui ont des discussions sur la planification préalable des soins avec leurs patients, ou par une plus grande sensibilisation du public. L'initiative Parlons-en Canada, de l'Association canadienne des soins palliatifs, est un exemple de ce qui se fait actuellement dans le domaine⁴⁰.

Par contre, seulement 24 pour cent des omnipraticiens ont dit se sentir compétents et à l'aise de mener une discussion sur la planification préalable des soins, et 60 pour cent des médecins ne se sentent pas préparés à aider les gens qui ont besoin de soins palliatifs^{41,42}. Il s'agit sans contredit d'un obstacle majeur auquel il faut s'attaquer. En décembre 2017, le Parlement a adopté la *Loi visant l'élaboration d'un Cadre sur les soins palliatifs au Canada*. Après plusieurs mois de consultations, le Cadre sur les soins palliatifs au Canada a été proposé au Parlement en décembre 2018⁴³. Parmi les principales priorités du cadre se trouvent la formation et l'enseignement sur les soins palliatifs pour les professionnels de la santé et les autres personnes soignantes. La mise en œuvre du cadre est cruciale; nous encourageons les gouvernements, les facultés de médecine et les sociétés professionnelles à combler rapidement cette lacune en matière de compétences.

Le problème de la portabilité et du potentiel exécutoire de l'information sur la planification préalable des soins et des directives spécifiques à l'intention des différents intervenants et milieux de soins est loin d'être réglé. Les gouvernements sont bien placés pour agir en investissant à cette fin dans l'infrastructure des dossiers médicaux électroniques, dans la rémunération des discussions sur la planification préalable des soins et dans d'autres politiques connexes.

SUGGESTIONS DE POLITIQUES POUR PRÉVENIR L'ACHARNEMENT THÉRAPEUTIQUE CHEZ LE PATIENT EN FIN DE VIE

	Mesures incitatives	Conception des systèmes	Investissements
À court terme	Créer des codes de facturation pour la planification préalable des soins afin de promouvoir la discussion entre médecins et patients.		Investir dans la formation et l'enseignement sur les soins palliatifs pour les professionnels de la santé, conformément au Cadre sur les soins palliatifs au Canada.
À moyen terme		Repenser les systèmes informatiques pour généraliser l'accès à la planification préalable des soins.	Accroître l'offre des soins palliatifs dans les milieux moins médicalisés (domicile et collectivité).
À long terme			Inciter et encourager les Canadiens à discuter de planification préalable des soins.

SUGGESTION 5

Maintenir l'approvisionnement national en composants et produits sanguins.

Le Canada dispose d'une solide chaîne d'approvisionnement nationale pour les composants et produits sanguins. Cela témoigne de la générosité d'un nombre incalculable de Canadiens qui font des dons de sang entier, de plaquettes et de plasma, et d'organisations, comme la Société canadienne du sang et Héma-Québec, qui recueillent, fabriquent et distribuent les produits sanguins aux hôpitaux. Cependant, il arrive parfois, comme au plus fort de la pandémie de COVID-19, que la chaîne d'approvisionnement soit déstabilisée : l'équilibre habituel entre l'offre et la demande est bouleversé, ce qui entraîne une instabilité et des pénuries ou des excédents de produits, et donc du gaspillage^{44, 45}.

C'est le public qui donne du sang; il s'agit donc une ressource limitée et coûteuse. Chaque année, les hôpitaux canadiens utilisent l'équivalent de plus d'un milliard de dollars en composants et produits sanguins : culots globulaires, plaquettes, plasma, albumine, IgIV et facteurs de la coagulation. On sait qu'ils ne sont pas toujours utilisés à bon escient, ce qui peut causer des préjudices évitables aux patients, en plus de menacer inutilement l'approvisionnement national en sang⁴⁶⁻⁵¹.

Les produits sanguins les plus utilisés sont les culots globulaires. Bien qu'on assiste à un déclin graduel de leur utilisation globale au Canada depuis quelques années, leur utilisation varie considérablement, et on déplore encore l'utilisation à mauvais escient des transfusions⁵². Un récent audit provincial mené en Ontario a révélé que les taux de transfusion de culots globulaires varient selon un facteur de 10 entre les plus grands et les plus petits utilisateurs⁵³. En outre, selon une vérification effectuée auprès de 10 hôpitaux ontariens, une transfusion de culot globulaire sur cinq serait superflue⁵⁴. En Alberta, une analyse des transfusions de culots globulaires administrés à des patients adultes stables, en l'absence de saignements, dans 9 unités de soins intensifs a montré que plus de la moitié de ces transfusions ne respectaient pas le principe de pratique optimale⁵⁵.

Sept sociétés professionnelles nationales ont conclu un partenariat avec Choisir avec soin pour élaborer des recommandations visant à lutter contre la surutilisation des culots globulaires, et des efforts déployés à l'échelle locale pour revoir les marches à suivre hospitalières nous amènent à conclure qu'il est possible d'arriver à une réduction significative sans compromettre les soins aux patients⁵⁶. Il reste encore à promouvoir l'adoption de telles mesures à grande échelle, ce qui est loin d'être fait. En collaboration avec la Société canadienne du sang, Choisir avec soin a lancé une initiative nationale pour que les hôpitaux adoptent des critères de pertinence relatifs aux transfusions. Comme la participation est volontaire et repose sur l'autoévaluation et l'autodéclaration, les gouvernements provinciaux sont appelés à jouer un rôle important. Les provinces, qui paient pour les composants et produits sanguins utilisés dans les hôpitaux, peuvent inciter les organisations et systèmes chargés de les administrer à établir des critères universels de pertinence.

D'autres composants et produits sanguins sont aussi probablement surutilisés au Canada. Un récent audit mené auprès de 57 hôpitaux ontariens a montré que 42 pour cent des transfusions plaquettaires étaient inappropriées⁵⁷. Publiées en 2015 par l'International Collaboration for Transfusion Medicine Guidelines, des directives internationales les concernant ont été adoptées ici au Canada et peuvent servir de point de départ pour la création d'outils de promotion des pratiques optimales et d'exercices d'établissement des besoins, comme on l'a fait pour les culots globulaires⁵⁸.

Des critères de pertinence doivent encore être établis au Canada pour les autres composants et produits sanguins, comme l'albumine et les IgIV, mais ils sont plus difficiles à déterminer en raison de l'hétérogénéité des maladies pour lesquelles on les utilise et de l'absence de consensus clair à leur sujet. Étant donné que ces composants sanguins sont aussi de précieuses et coûteuses ressources, il sera indispensable de mettre au point des systèmes pour mesurer et vérifier la pertinence de leur utilisation à l'avenir.

Finalement, les mesures qui incitent au respect des nombreuses lignes directrices concernant l'utilisation judicieuse des transfusions ont une faible portée en raison de la structure même des systèmes de santé, puisque les gouvernements provinciaux assument de manière centralisée le coût des composants et produits sanguins. Le phénomène est particulier parce que contrairement à de nombreux autres postes de dépenses, comme les médicaments ou les fournitures diverses utilisés pour soigner les patients, les hôpitaux n'assument pas directement le coût des composants et produits sanguins qu'ils utilisent. La question revêt encore plus d'importance quand les solutions de rechange peuvent être des médicaments qui imposent une dépense aux hôpitaux, contrairement aux composants et produits sanguins. Nous encourageons les gouvernements, les fournisseurs de sang et les hôpitaux et régions sanitaires à travailler ensemble pour explorer d'autres modèles de financement qui pourraient permettre une utilisation plus judicieuse des composants et produits sanguins.

SUGGESTIONS DE POLITIQUES POUR MAINTENIR L'APPROVISIONNEMENT NATIONAL EN COMPOSANTS ET PRODUITS SANGUINS

	Mesures incitatives	Conception des systèmes	Investissements
À court terme		Établir des critères nationaux de pertinence de l'utilisation des composants et produits sanguins Demander aux hôpitaux de mesurer leur efficacité par rapport à des critères de pertinence, à commencer par les transfusions de culots globulaires.	
À moyen terme			Investir dans des systèmes de gestion des données pour suivre plus étroitement les critères de pertinence.
À long terme	Explorer d'autres modèles de financement qui pourraient permettre une utilisation plus judicieuse des composants et produits sanguins.		

Conclusion

Les soins de faible valeur constituent depuis longtemps un important problème pour les systèmes de santé au Canada. La pandémie de COVID-19 a créé beaucoup de turbulence dans ce secteur, mais elle a aussi permis d'établir une distinction claire entre ce qui est urgent et nécessaire et ce qui représente un gaspillage et un risque inutile.

Jusqu'à 30 pour cent des soins de santé seraient non nécessaires. La situation est inquiétante, mais il s'agit d'une excellente occasion d'agir. Dans ce qui précède, nous nous sommes concentrés sur cinq aspects des soins où nous croyons que des politiques ciblées généreraient des gains significatifs pour les patients, les organisations et le public. Ces mesures aideraient à dégager des ressources qui passeraient d'interventions de faible valeur à des interventions de valeur élevée, dont les patients ont besoin et que veulent offrir les médecins.

Compte tenu de la crise de santé publique à l'issue incertaine et de l'incertitude économique grandissante, il n'a jamais été aussi important d'assurer la pérennité de nos systèmes de santé. Nous enjoignons le gouvernement fédéral et ceux des provinces et des territoires à agir rapidement en s'inspirant de nos suggestions. Nous demandons aussi à nos partenaires, collaborateurs et autres intervenants de se joindre à nous pour promouvoir ces idées et réclamer les changements qui s'imposent afin de réduire la surutilisation, le gaspillage et les préjudices.

Références

- 1 Institut canadien d'information sur la santé. Les soins non nécessaires au Canada. Ottawa (Ont.) : ICIS; [En ligne] 2017. Accessible ici : <https://www.cihi.ca/fr/les-soins-non-necessaires-au-canada> (consulté le 17 août 2020).
- 2 Kirkham, K. R., Wijeyesundera, D. N., Pendrith, C. et coll. Preoperative testing before low-risk surgical procedures. *CMAJ*. 2015; vol. 187, n° 11 : p. E349-E358. PMID : [26032314](#).
- 3 Kirkham, K. R., Wijeyesundera, D. N., Pendrith, C. et coll. Preoperative Laboratory Investigations: Rates and Variability Prior to Low-risk Surgical Procedures. *Anesthesiology*. 2016; vol. 124, n° 4 : p. 804-814. PMID : [26825151](#).
- 4 Pendrith, C., Bhatia, M., Ivers, N. M. et coll. Frequency of and variation in low-value care in primary care: a retrospective cohort study. *CMAJ Open*. 2017; vol. 5, n° 1 : p. E45-E51. PMID : [28401118](#).
- 5 Bouck, Z., Pendrith, C., Chen, X. et coll. Measuring the frequency and variation of unnecessary care across Canada. *BMC Health Services Res*. 2019; vol. 19, n° 1 : p. 446. PMID : [31269933](#).
- 6 Bhatia, R. S., Bouck, Z., Ivers, N. M. et coll. Electrocardiograms in Low-Risk Patients Undergoing an Annual Health Examination. *JAMA Intern Med*. 2017; vol. 177, n° 9 : p. 1326-1333. PMID : [28692719](#).
- 7 Partenariat canadien contre le cancer. Qualité et durabilité de la lutte contre le cancer : Rapport cible sur le rendement du système. Toronto (Ont.). [En ligne] Accessible ici : <https://s22457.pcdn.co/wp-content/uploads/2019/01/Quality-sustainability-cancer-control-2016-FR.pdf> (consulté le 17 août 2020).
- 8 Institut canadien d'information sur la santé. Ressources sur la COVID-19. Ottawa (Ont.) [En ligne] (consulté le 31 août 2020).
- 9 Choisir avec soin. Recommandations et ressources, par spécialité. Toronto (Ont.). [En ligne] Accessible ici : <https://choisiravecsoin.org/recommandations/> (consulté le 17 août 2020).
- 10 Born, K., Huynh, T., Levinson, W. Reflecting on Choosing Wisely Canada at Five Years: Accomplishments, Challenges and Opportunities for Reducing Overuse and Improving Quality. *Healthcare Papers*. 2019; vol. 18, n° 1 : p. 9-17.
- 11 Wyonch, R. Intelligence Memo: Low-Value Care: Re-opening the Healthcare System and Living with COVID-19. Toronto (Ont.) : Institut C.D. Howe; [En ligne] 16 juin 2020 (consulté le 17 août 2020).
- 12 Wyonch, R. Intelligence Memo: Low-Value Care: Re-opening the Healthcare System and Living with COVID-19. Toronto (Ont.) : Institut C.D. Howe; [En ligne] 22 juin 2020 (consulté le 17 août 2020).
- 13 Wyonch, R., Maharishi, S. Intelligence Memo: Low-Value Care: Re-opening the Healthcare System and Living with COVID-19. Toronto (Ont.) : Institut C.D. Howe; [En ligne] 3 juillet 2020 (consulté le 17 août 2020).
- 14 Claims Services Branch. Bulletin 4737: Ontario Health Insurance Plans. Toronto (Ont.) : Ministère de la Santé; [En ligne] 2020 (consulté le 17 août 2020).
- 15 Kirkham, K. R., Wijeyesundera, D. N., Pendrith, C. et coll. Preoperative testing before low-risk surgical procedures. *CMAJ*. 2015; vol. 187, n° 11 : p. E349-E358. PMID : [P26032314](#).
- 16 ACMTS. Les modalités de la demande d'examen anatomopathologique au Canada. Ottawa (Ont.). [En ligne] Accessible ici : <https://www.cadth.ca/fr/les-modalites-de-la-demande-dexamen-anatomopathologique-au-canada> (consulté le 28 août 2020).
- 17 Lawrence, T., Moskal, J. T., Diduch, D. R. Analysis of routine histological evaluation of tissues removed during primary hip and knee arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am*. 1999; vol. 81, n° 7 : p. 926-931. PMID: [10428123](#).
- 18 Campbell, M. L., Gregory, A. M., Mauerhan D. R., Kiezbak, G. M. Collection of surgical specimens in total joint arthroplasty: Is routine pathology cost effective? *J Arthroplasty*. 1997; vol. 12, n° 1 : p. 60-63. PMID: [9021503](#).
- 19 Meding, J. B., Ritter, M. A., Jones, N. L., Keating, E. M., Faris, P. M. Determining the necessity for routine pathologic examinations in uncomplicated total hip and total knee arthroplasties. *J Arthroplasty*. 2000; vol. 15, n° 1 : p. 69-71. PMID: [10654465](#).
- 20 Kocher, M. S., Erens, G., Thornhill, T. S., Ready, J. E. Cost and effectiveness of routine pathological examination of operative specimens obtained during primary total hip and knee replacement in patients with osteoarthritis. *J Bone Joint Surg Am*. 2008; vol. 82, n° 11 : p. 1531-11535. PMID [11097439](#).

- 21 Lin, M. M., Goldsmith, J. D., Resch, S. C. et coll. Histologic examinations of arthroplasty specimens are not cost-effective: a retrospective cohort study. *Clin Orthop Relat Res.* 2012; vol. 470, n° 5 : p. 1452-1460. PMID : [22057818](#).
- 22 Choisir avec soin. Orthopédie Toronto (Ont.). [En ligne] Accessible ici : <https://choisiravecsoin.org/orthopedie/> (consulté le 28 août 2020).
- 23 Urbach, D., Martin, D. Confronting the COVID-19 surgery crisis: time for transformational change. *CMAJ.* 2020; vol. 192, n° 21 : p. E585-E586. PMID : [32376644](#).
- 24 Healy, P., McCrone, L., Tully, R. et coll. Virtual outpatient clinic as an alternative to an actual clinic visit after surgical discharge: a randomised controlled trial. *BMJ Qual Saf.* 2019; vol. 28, n° 1 : p. 24-31. PMID : [30291181](#).
- 25 Naugler, C., Wyonch, R. Commentary No. 533: What the Doctor Ordered: Improving the Use and Value of Laboratory Testing. Toronto (Ont.) : Institut C.D. Howe; [En ligne] 2018. (consulté le 17 août 2020).
- 26 Naugler, C., Wyonch, R. Commentary No. 533: What the Doctor Ordered: Improving the Use and Value of Laboratory Testing. Toronto (Ont.) Institut C.D. Howe; [En ligne] 2018. (consulté le 17 août 2020).
- 27 Henderson, J., Bouck, Z., Holleman, R. et coll. 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; vol. 180, n° 4 : p. 524-531. PMID : [32040158](#).
- 28 Choisir avec soin. Devenir un hôpital Choisir avec soin. Toronto (Ont.). [En ligne] Accessible ici : <https://choisiravecsoin.org/campaign/hopital/> (consulté le 28 août 2020).
- 29 Cadogan, S. L., Browne, J. P., Bradley, C. P., Cahill, M. R. The effectiveness of interventions to improve laboratory requesting patterns among primary care physicians: a systematic review. *Implement Sci.* 2015; vol. 10 : p. 167. Publié le 5 décembre 2015. PMID : [26637335](#).
- 30 MacLeod, H., Hudson, A., Kramer, S., Martin, M. The times they are a-changing: what worked and what we learned in deploying Ontario's Wait Time Information System. *Healthc Q.* 2009; vol. 12, n° spécial Ontario : p. 8-15. PMID : [19458502](#).
- 31 Association canadienne des radiologistes. Reprise des activités cliniques en radiologie. Ottawa (Ont.); [En ligne] 2020. Accessible ici : <https://car.ca/wp-content/uploads/2020/05/CAR-Radiology-Resumption-of-Clinical-Services-Report-May-Fr-Final-May-13.pdf> (consulté le 17 août 2020).
- 32 British Columbia Ministry of Health. Provincial Guidance for Medical Imaging Services within British Columbia During the COVID-19 Pandemic Phases. [En ligne] 2020 (consulté le 17 août 2020).
- 33 University Health Network. Inter-professional Spine Assessment and Education Clinics. [En ligne] (consulté le 17 août 2020).
- 34 Zarrabian, M., Bidos, A., Fanti, C. et coll. Improving spine surgical access, appropriateness and efficiency in metropolitan, urban and rural settings. *Can J Surg.* 2017; vol. 60, n° 5 : p. 342-348. PMID : [30246685](#).
- 35 Choisir avec soin. Imaging Wisely: Communicating and Collaborating to Improve Imaging Services. [En ligne] Publié le 13 décembre 2017 (consulté le 17 août 2020).
- 36 Vancouver Coastal Health. Improving Access to MRI through Central Intake. Vancouver (C.-B.). [En ligne] (consulté le 31 août 2020).
- 37 Institut canadien d'information sur la santé. Accès aux soins palliatifs au Canada. Ottawa (Ont.) : ICIS; [En ligne] 2018. Accessible ici : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/access-palliative-care-2018-fr-web.pdf> (consulté le 17 août 2020).
- 38 Bekelman, J. E., Halpern, S. D., Blankart, C. R. et coll. Comparison of Site of Death, Health Care Utilization, and Hospital Expenditures for Patients Dying With Cancer in 7 Developed Countries. *JAMA.* 2016; vol. 315, n° 3 : p. 272-283. PMID : [26784775](#).
- 39 Association canadienne de soins palliatifs. Advance Care Planning Poll Infographic. [En ligne] Février 2019 (consulté le 17 août 2020).
- 40 Association canadienne de soins palliatifs. Parlons-en Canada. Ottawa (Ont.). [En ligne] Accessible ici : <https://www.planificationprealable.ca/> (consulté le 28 août 2020).
- 41 Association canadienne de soins palliatifs et Coalition pour des soins de fin de vie de qualité du Canada. Attitudes Towards Palliative and End-of-Life Care: A Survey of Canadian Family Physicians. Ottawa (Ont.). [En ligne] (consulté le 28 août 2020).

- 42 Institut canadien d'information sur la santé. [Davantage de Canadiens pourraient profiter des soins palliatifs](https://www.cihi.ca/fr/davantage-de-canadiens-pourraient-profiter-des-soins-palliatifs). [En ligne] Accessible ici : <https://www.cihi.ca/fr/davantage-de-canadiens-pourraient-profiter-des-soins-palliatifs> (consulté le 28 août 2020).
- 43 Gouvernement du Canada. [Cadre sur les soins palliatifs au Canada](#). Ottawa (Ont.). [En ligne] (consulté le 28 août 2020).
- 44 Graveland, B. [Coronavirus: Canadians give 'tremendous' response to call for blood donors](#). Global News. [En ligne] 27 mars 2020. (consulté le 17 août 2020).
- 45 Abe, T. [Blood transfusion during the pandemic: strategies in a time of uncertainty](#). Société canadienne du sang Ontario. [En ligne] (consulté le 22 août 2020).
- 46 Spradbrow, J., Cohen, R., Lin, Y. et coll. Evaluating appropriate red blood cell transfusions: a quality audit at 10 Ontario hospitals to determine the optimal measure for assessing appropriateness. *Transfusion*. 2016; vol. 56, n° 10 : p. 2466-2476. PMID : [27465485](#).
- 47 Réseau régional ontarien de coordination du sang. [Audit of Intravenous Immune Globulin \(IVIg\) Indications and Effectiveness in Ontario Tertiary Care Centres](#). Toronto (Ont.); [En ligne] 2015. (consulté le 17 août 2020).
- 48 Réseau régional ontarien de coordination du sang. [Provincial Frozen Plasma/Prothrombin Complex Concentrate Audit Report](#). Toronto (Ont.); [En ligne] 2013. (consulté le 17 août 2020).
- 49 Réseau régional ontarien de coordination du sang. [Provincial Platelet Audit Report](#). Toronto (Ont.); [En ligne] 2017. (consulté le 17 août 2020).
- 50 Constantine, M. M., Thomas, W., Whitman, L. et coll. Intravenous immunoglobulin utilization in the Canadian Atlantic provinces: a report of the Atlantic Collaborative Intravenous Immune Globulin Utilization Working Group. *Transfusion*. 2007; vol. 47, n° 11 : p. 2072-2080. PMID : [17958537](#).
- 51 Soril, L. J. J., Noseworthy, T. W., Stelfox, H. T. et coll. A retrospective observational analysis of red blood cell transfusion practices in stable, non-bleeding adult patients admitted to nine medical-surgical intensive care units. *Journal of Intensive Care Society*. 2019; vol. 7, n° 19. PMID : [30988954](#).
- 52 Société canadienne du sang (SCS). [Rapport annuel 2018-2019](#). Ottawa (Ont.). [En ligne] Accessible ici : <https://www.blood.ca/sites/default/files/CBS-AR2019-fr.pdf> (consulté le 17 août 2020).
- 53 Qiang, J. K., Thompson, T., Callum, J., Pinkerton, P., Lin, Y. Variations in RBC and frozen plasma utilization rates across 62 Ontario community hospitals. *Transfusion*. 2019; vol. 59, n° 2 : p. 545-554. PMID: [30488956](#).
- 54 Spradbrow, J., Cohen, R., Lin, Y. et coll. Evaluating appropriate red blood cell transfusions: a quality audit at 10 Ontario hospitals to determine the optimal measure for assessing appropriateness. *Transfusion*. 2016; vol. 56, n° 10 : p. 2466-2476. PMID : [27465485](#).
- 55 Soril, L. J. J., Noseworthy, T. W., Stelfox, H. T. et coll. A retrospective observational analysis of red blood cell transfusion practices in stable, non-bleeding adult patients admitted to nine medical-surgical intensive care units. *Journal of Intensive Care Society*. 2019; vol. 7, n° 19 : PMID : [30988954](#).
- 56 Lin, Y., Cserti-Gazdewich, C., Lieberman, L. et coll. Improving Transfusion Practice with Guidelines and Prospective Auditing by Medical Laboratory Technologists. *Transfusion*. 2016; vol. 56 : p. 2903-2905. PMID : [28211959](#).
- 57 Hill-Strathy, M. J., Pinkerton, P. H., Thompson, T. A. et coll. (sous presse). Evaluating the appropriateness of platelet transfusions compared with evidence-based platelet guidelines: An audit of platelet transfusions at 57 hospitals. *Transfusion*.
- 58 International Collaboration for Transfusion Medicine Guidelines. [Platelets](#). [En ligne] (consulté le 27 août 2020).



[🌐 choisiravecsoin.org](http://choisiravecsoin.org) | [✉ info@choisiravecsoin.org](mailto:info@choisiravecsoin.org) | [🐦 @choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) | [f /choisiravecsoin](https://facebook.com/choisiravecsoin)