

Les outils d'amélioration de la pertinence de soins

Les enseignements de l'étranger

Cette revue de littérature a été réalisée par **Victor Issaad** sous la direction de
Zeynep Or et Marie-Odile Safon dans le cadre d'un stage à l'Irdes.

Juin 2018

Centre de documentation de l'Irdes

Synthèses & Bibliographies

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté
www.irdes.fr/documentation/syntheses/revue-de-litterature-les-outils-d-amelioration-de-la-pertinence-des-soins.pdf

Note de synthèse sur les outils d'amélioration de la pertinence de soins : les enseignements de l'étranger

Cette revue de littérature a été réalisée par Victor ISSAAD sous la direction de Zeynep Or et Marie-Odile Safon, dans le cadre d'un stage à l'Irdes (mai-juin 2018). Elle se base sur la [bibliographie thématique](#) mise en ligne précédemment sur le site de l'irdes.

31 mai 2018

La pertinence des soins semble devenue, ces dernières années, un enjeu majeur pour les acteurs du système de santé français, confrontés comme dans la plupart des pays de l'OCDE, à la nécessité de réduire les coûts de santé imputables à la montée des maladies chroniques, au vieillissement de la population et aux innovations technologiques. Aussi, il s'avère intéressant de faire un tour d'horizon des outils utilisés à l'étranger, susceptibles de lutter contre toutes formes de soins inutiles, redondants ou à faible valeur ajoutée. À partir d'une analyse de la littérature scientifique (Bases Medline, Cochrane – EPOC, Econlit...), l'objectif de cette revue bibliographique est donc d'identifier les dispositifs à destination des professionnels de santé et des patients, qui pourraient concourir à une amélioration de la pertinence des soins. Si certains outils se révèlent peu efficaces, comme les incitations financières, d'autres, conjugués entre eux, comme la formation médicale, les référentiels, les stratégies de soins adaptés et les retours d'information des patients pourraient avoir un impact faible à modéré sur les pratiques médicales. Enfin, s'il ne semble pas y avoir un remède « miracle », les outils d'aide à la décision présentent cependant des résultats intéressants et pourraient bien être un levier important de l'amélioration de la pertinence.

Sommaire

1 Objectif et méthodologie de recherche	4
2 Les outils d'amélioration de la pertinence orientés vers les professionnels de santé.....	5
Formation médicale	5
Référentiels de bonne pratique clinique.....	7
Stratégies d'interventions adaptées	9
Outils d'aide à la décision.....	10
Incitations financières	14
3 Les outils d'amélioration de la pertinence orientés vers les patients.....	17
Audit feedback	17
Informations destinées aux patients.....	19
Choosing wisely	20
4 Bibliographie.....	22

1 Objectif et méthodologie de recherche

Cette note de synthèse a pour objectifs d'identifier les outils ou dispositifs élaborés à l'étranger pour améliorer la pertinence de soins tant du côté des professionnels de santé que des usagers des systèmes de soins, puis de déterminer l'efficacité de ces outils à partir d'études d'évaluation existantes. Les recherches bibliographiques réalisées pour cette note ont été effectuées dans les bases de données suivantes :

Base EPOC de la librairie Cochrane

<http://epoc.cochrane.org/>

Le groupe EPOC (*Effective Practice and Organization of Care review group*), coordonné depuis 1997 par les Prs Jeremy Grimshaw (Ottawa, Canada) et Sasha Shepperd (Oxford, Royaume-Uni) recense l'ensemble des études publiées selon une méthodologie jugée valide qui évaluent une intervention destinée « à promouvoir la pratique professionnelle la plus efficace », qu'il s'agisse d'une intervention sur les professionnels de santé, d'intervention financière, d'une intervention organisationnelle ou d'une intervention sur les patients.

63 revues systématiques publiées par le groupe EPOC ont été retenues sur la **période 2000-2018**.

Pour les études ayant fait l'objet d'une actualisation, seule la dernière version publiée a été prise en compte.

Base de données Medline

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Des recherches complémentaires ont été réalisées sur la base Medline incluant essentiellement des articles sur la période **2010-2018**. **217 articles ont été retenus**.

Enfin, des recherches de littérature sur les définitions et le contexte de la pertinence de soins ont été effectuées sur la **base documentaire de l'Irdes**, la **Banque de données santé publique**, **Ecconlit** et **Nep-Repec**. **31 références** ont été sélectionnées.

In fine, sur 362 références retenues, 53 documents ont donné lieu à une lecture et une analyse approfondie.

2 Les outils d'amélioration de la pertinence orientés vers les professionnels de santé

Formation médicale

Contexte :

Afin de fournir des soins à haute valeur ajoutée, il est nécessaire de créer de nouvelles stratégies d'enseignement de ces soins à destination des professionnels de santé. Pour fournir ces enseignements, il existe plusieurs stratégies de formation médicale, qui ont toutes pour objectif de former les médecins à réduire l'utilisation de soins à faible valeur ajoutée.

- Les réunions éducatives sont couramment utilisées pour la formation médicale continue dans le but d'améliorer la pratique professionnelle et, ainsi, les résultats pour les patients. Ces réunions comprennent des cours, des conférences, des ateliers professionnels, des séminaires ou encore des colloques.
- Les visites éducatives de sensibilisation sont aussi une manière d'améliorer la pratique des professionnels de santé. Des personnes formées rendent visite à des médecins sur leurs lieux de travail et leur communiquent des informations afin de changer leur pratique. Les informations fournies peuvent inclure des commentaires sur la performance des professionnels ou être basées sur le fait de surmonter les obstacles au changement de comportement.
- L'éducation interprofessionnelle est définie comme une intervention où les membres de plusieurs professions de santé ou des services sociaux ou les deux apprennent ensemble de façon interactive. Le but explicite est d'améliorer la collaboration interprofessionnelle ou la santé/le bien-être des patients ou les deux.
- Le matériel éducatif imprimé et/ou numérique à destination des professionnels de la santé est très utilisé comme stratégie de diffusion passive afin d'améliorer la qualité de la pratique clinique et les résultats sur les patients. Il peut être distribué à un grand nombre de professionnels de santé et s'avère relativement peu coûteux. Traditionnellement, il est présenté sur des supports papier tels que des monographies, des publications dans des revues à comité de lecture et des directives cliniques.

Conclusions apportées par la littérature :

Forsetlund (Forsetlund et al., 2009), dans cette revue mise à jour sur la formation médicale, démontre que les réunions éducatives peuvent entraîner des améliorations faibles à modérées dans la pratique professionnelle et de plus petites améliorations dans les résultats des patients. De plus, cette revue montre que les réunions éducatives à la fois didactiques et interactives étaient les plus efficaces, tandis que les réunions uniquement interactives semblaient être les moins efficaces. Enfin, les réunions éducatives seules ou combinées avec d'autres interventions peuvent améliorer la pratique professionnelle et les résultats en matière de santé des patients. L'effet est plus susceptible d'être faible et similaire aux autres types d'éducation médicale continue comme l'audit feedback et les visites éducatives. Les stratégies, visant à augmenter la présence aux réunions éducatives en utilisant des formats interactifs et didactiques mélangés et en se concentrant sur les résultats

susceptibles d'être perçus comme sérieux, peuvent augmenter l'efficacité de ces réunions. Les réunions éducatives seules sont insuffisantes pour modifier les comportements complexes.

O'Brien (O'Brien et al., 2007) conclut que les visites éducatives de sensibilisation seules ou combinées à d'autres interventions peuvent être efficaces pour améliorer la pratique des professionnels de santé. Les effets sont, pour la plupart, faibles à modérés, mais potentiellement importants. Les effets de ces visites sur la prescription sont faibles et constants alors que les effets sur les professionnels de santé sont plus variables. Cette étude ne permet pas cependant de mesurer dans quelle mesure les performances des professionnels risquent de se détériorer ou de s'améliorer avec le temps ou si les visites éducatives multiples engendrent des coûts supplémentaires. Bien que ces visites soient considérées comme coûteuses, les économies qu'elles génèrent peuvent l'emporter sur les coûts si elles sont ciblées sur une prescription inappropriée et que les effets sont durables. Sur les autres performances des professionnels de santé, l'effet de ces visites varie de la faible amélioration à la modeste amélioration et il n'est pas possible d'en expliquer les causes dans cette étude. Les visites effectuées dans le cadre d'un effort soutenu afin d'améliorer la pratique des professionnels pourraient être plus efficaces et plus efficaces que les efforts ponctuels. Huit essais ont comparé les interventions comprenant des visites éducatives de sensibilisation à un autre type d'intervention, en général l'audit feedback. Les interventions qui comprenaient des visites éducatives semblaient légèrement supérieures à l'audit feedback.

Reeves (Reeves et al., 2013) a trouvé, en 2013, 15 études éligibles concernant l'éducation interprofessionnelle, alors qu'en 1999 il n'en avait trouvé aucune. Cela démontre que le domaine de l'éducation interprofessionnelle ne cesse de croître en termes de publications de recherche rigoureuse. Bien que ces études aient rapporté une série de résultats positifs, l'hétérogénéité des interventions d'éducation interprofessionnelle signifie qu'il n'est pas possible d'extraire des inférences généralisables concernant les effets de ces interventions et leur efficacité. Malgré une avancée dans la mise en place d'une base de données pour l'éducation interprofessionnelle, des recherches plus rigoureuses sont nécessaires afin de démontrer l'impact de ce type d'intervention sur la pratique professionnelle, les soins de santé ou les deux.

Baldwin (Baldwin et al., 2017) a évalué l'efficacité des curricula de soins à haute valeur ajoutée en utilisant des patients standardisés pour déterminer s'il existe une corrélation avec la performance en conseil, les antécédents médicaux et sociaux, un examen physique ciblé, la connaissance des soins à haute valeur ajoutée et les données démographiques. Dans des cas ambulatoires, les patients standardisés ont évalué des Internes en deuxième année de médecine en utilisant des listes de contrôle. L'évaluation des résidents au cours des rencontres avec les patients standardisés a révélé une corrélation entre l'utilisation de tests inappropriés et des compétences moins élevées en matière de communication et de conseil de la part des résidents. Les études sur les effets du matériel éducatif imprimé présentées par Giguère (Giguère et al., 2012) montrent généralement des améliorations modestes, mais potentiellement importantes, de la pratique des professionnels de santé. Cependant, un manque de résultats empêche toute conclusion concernant l'impact de ce matériel sur les résultats des patients. Ceux qui sont intéressés par l'utilisation du matériel éducatif imprimé doivent être conscients des effets potentiellement faibles et des limitations des preuves actuelles.

Gupta (Gupta et al., 2017) a développé un réseau virtuel d'apprentissage en ligne visant à diffuser les stratégies émergentes dans l'enseignement de soins basés sur la valeur ajoutée. Ce réseau comprend des webinaires mensuels présentant des innovateurs sélectionnés, des forums de discussion en ligne et un référentiel d'outils de partage. Le réseau d'apprentissage comprend des

cliniciens-éducateurs et des leaders du système de santé d'Amérique du Nord. Gupta (Gupta et al., 2017) a mené un sondage transversal en ligne auprès de tous les présentateurs de webinaires et des membres actifs du réseau et a évalué la faisabilité du programme. Le réseau d'apprentissage en ligne a aidé les participants à partager et mettre en place des innovations afin de promouvoir les soins à forte valeur ajoutée. Le modèle peut aider à diffuser les innovations dans les domaines émergents de la transformation des soins de santé et il s'avère viable sans soutien continu après une période de financement au démarrage.

Référentiels de bonne pratique clinique

Contexte :

Les recommandations de bonne pratique ont été développées dans le but d'améliorer la qualité des soins apportés aux patients, les résultats des traitements, la pertinence des soins et la maîtrise des coûts en améliorant le ratio coût-avantage. Ces directives sont des recommandations fondées sur des données probantes, destinées aux professionnels de santé et relatives à des pathologies particulières. L'étude de Brusamento (Brusamento et al., 2012) avait pour but d'évaluer l'efficacité des stratégies de mise en œuvre des directives cliniques pour la prise en charge des maladies chroniques dans les soins primaires au sein des États membres de l'UE. Cette mise en œuvre de directives cliniques informatisées (CCG) était soutenue par le développement de systèmes d'aide à la décision clinique. Damiani (Damiani et al., 2010) a évalué l'impact des CCG sur le processus de soins en les comparant aux directives cliniques non informatisées. De son côté, Flodgren (Flodgren et al., 2016) a démontré, que les directives de pratique clinique présentaient des inconvénients, malgré leur potentiel à améliorer la qualité des soins et les résultats sur les patients, car l'adoption de ces directives était incohérente. Des producteurs de directive ont résolu ce problème en développant des outils pour encourager l'adoption plus rapide de nouvelles directives. La revue de Flodgren (Flodgren et al., 2016) s'est donc concentrée sur l'efficacité des outils développés et diffusés par les producteurs de directives reconnus afin d'améliorer l'adoption de leurs directives de pratique clinique. Farias (Farias et al., 2013) a ajouté, que les directives qui étaient destinées à réduire la variation dans la pratique médicale aux États-Unis et améliorer les soins, avaient plusieurs inconvénients qui limitaient l'adhésion des cliniciens. En revanche, les plans cliniques standardisés d'évaluation et de gestion (SCAMPs) offraient une approche conçue par le médecin pour promouvoir la standardisation des soins, qui prenaient davantage en compte les différences individuelles des patients, respectaient le sens clinique des producteurs et s'alignaient sur la croissance rapide des connaissances médicales.

Conclusions apportées par la littérature:

Brusamento (Brusamento et al., 2012) a trouvé peu d'études rigoureuses évaluant l'efficacité d'une stratégie de mise en œuvre de recommandations cliniques en Europe. De plus, les résultats ne permettent pas de montrer quelle stratégie est la plus appropriée pour faciliter la mise en œuvre de directives de pratique clinique. Ainsi, davantage de recherches seraient nécessaires pour développer des études plus rigoureuses afin d'évaluer les résultats en matière de santé associés à la mise en

œuvre de ces directives ; évaluer la rentabilité de la mise en œuvre des directives et étudier la perspective des usagers et du personnel des services de santé, et cela, en étudiant différentes directives cliniques informatisées.

Damiani (Damiani et al., 2010) a montré qu'après la mise en œuvre de ces directives, des améliorations significatives dans le processus de soins étaient apparues. Son étude suggère également aux cliniciens, gestionnaires et autres décideurs en matière de soins de santé, quelles caractéristiques des directives pourraient améliorer la structure du système informatisé. Dans le même temps, la mise en œuvre de directives cliniques informatisées peut être intégrée avec plus de formation et d'investissement dans du matériel et des logiciels plus conviviaux pour les utilisateurs. Par conséquent, des études spécifiques devraient être menées pour évaluer le rapport coût-efficacité de la mise en œuvre de systèmes de directives cliniques informatisés.

Dalleur (Dalleur et al., 2014) a évalué l'acceptation par les médecins généralistes de l'outil STOPP et START¹, recommandé par les guidelines. Si l'auteur estime que cet outil a sa place dans la pratique générale avec quelques adaptations - la plus importante étant le développement d'une version informatisée - les médecins généralistes ont des points de vue différents concernant son utilité, son exhaustivité et sa pertinence. Toutefois, ils suggèrent sa mise en œuvre en soins primaires. Ils souhaitent également des formations sur l'utilisation appropriée des médicaments chez les personnes âgées. D'autres études pourraient se concentrer sur l'impact de l'utilisation de l'outil STOPP et START dans le cadre d'une gestion multidisciplinaire des maisons de retraite.

Enfin l'étude de Flodgren (Flodgren et al., 2016) a révélé que les outils mis au point par les producteurs de directives reconnus ont probablement contribué à améliorer le respect des directives de la part des professionnels de santé dans le cadre de la prise en charge des lombalgies non spécifiques et la prescription de tests de la fonction thyroïdienne. Cependant, les données sur les coûts relatifs de la mise en œuvre de ces interventions sont limitées. De plus, il n'y a aucune étude évaluant l'efficacité des interventions ciblant l'organisation des soins (par exemple des outils de benchmarking, des modèles d'établissement des coûts...) ou des interventions médiatiques. Enfin, Flodgren (Flodgren et al., 2016) n'a pas pu conclure sur l'efficacité comparative des outils évalués dans cette revue (matériel imprimé, interventions adaptées...) en raison du faible nombre d'études, de l'hétérogénéité entre les interventions et des conditions cliniques ciblées. Les parties prenantes ont appelé à des approches flexibles, fiables et évolutives, poursuivant plusieurs objectifs : l'amélioration de la qualité, la réduction de la variabilité des pratiques, la préservation de l'innovation, l'identification et l'élimination du gaspillage des ressources, une meilleure adhésion des patients et des producteurs de soins. Les SCAMPs² étudiés par Farias (Farias et al., 2013) fournissent une méthodologie à travers laquelle ces objectifs peuvent être atteints. Ils pourraient représenter une avancée dans l'optimisation des ressources ainsi que dans la définition et la mise en œuvre de soins efficaces.

¹ La prescription inappropriée chez les patients âgés est fréquente et difficile à traiter, en soins primaires : environ une prescription sur 5 destinée aux personnes âgées est inappropriée. Plusieurs outils existent pour aider les prescripteurs à examiner les médicaments et détecter les prescriptions potentiellement inappropriées. L'un d'eux est l'outil STOPP (outil de dépistage concernant les prescriptions des personnes âgées) et START (outil de dépistage pour alerter les médecins du bon traitement).

² Plans cliniques standardisés d'évaluation et de gestion (SCAMPs). Les SCAMPs (Plans cliniques standardisés d'évaluation et de gestion) sont des outils récents, en usage aux États-Unis, d'amélioration de la qualité des soins chez les patients. Ils engendrent une baisse dans la variabilité des pratiques médicales ainsi qu'une moindre utilisation des ressources financières. Intégrant des algorithmes, ils sont plus « flexibles » que les recommandations médicales, car ils se basent sur des recueils de données régulièrement mis à jour.)

Pôle de documentation de l'Irdes - Victor Issaad sous la dir. de Zeynep Or et Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/revue-de-litterature-les-outils-d-amelioration-de-la-pertinence-des-soins.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/revue-de-litterature-les-outils-d-amelioration-de-la-pertinence-des-soins.epub

Stratégies d'interventions adaptées

Contexte :

Les stratégies d'interventions adaptées visant à changer la pratique professionnelle sont des interventions planifiées à la suite d'une enquête (par exemple, des études de cas témoin) portant sur les facteurs explicatifs de la pratique professionnelle actuelle et les causes de résistance à une nouvelle pratique. Ces stratégies ont pour objectif de changer le comportement et la pratique du personnel de santé quant à la surutilisation et la sous-utilisation des soins de santé. Elles sont fréquemment recommandées parmi les approches visant à la performance des professionnels de santé.

Conclusions apportées par la littérature :

La mise en œuvre de stratégies d'interventions adaptées peut être efficace, mais l'effet est variable et tend à être faible ou modéré. Les études examinées par Baker (Baker et al., 2015) ont utilisé diverses interventions pour améliorer la pratique professionnelle et il est possible que l'utilisation de telles interventions (par exemple l'audit feedback, les visites éducatives...) aurait amélioré la pratique professionnelle, que l'adaptation ait été entreprise ou non. Les coûts économiques de l'adaptation peuvent être plus élevés que ceux des autres interventions, car les stratégies adaptées requièrent des étapes supplémentaires afin d'identifier les facteurs et l'adaptation des stratégies. Malgré tout, ces coûts peuvent s'avérer plus faibles en réservant les éléments les plus coûteux des interventions aux situations où elles sont susceptibles d'être efficaces. Cependant, à partir des études analysées par Baker (Baker et al., 2015), il n'est pas possible de déterminer quelles méthodes d'identification des facteurs et d'adaptation des interventions devraient être sélectionnées. Le nombre d'études reste faible et davantage de recherches seraient nécessaires ; on ne sait pas encore très bien comment adapter au mieux les interventions et par conséquent quels seraient les effets d'une intervention adaptée optimale.

Si l'objectif est d'améliorer la santé, les systèmes de prestation doivent être correctement adaptés aux besoins locaux et aux conditions socio-économiques. Elshaug (Elshaug/Elshaug et al., 2017) a étudié les différents leviers permettant de limiter la sous-utilisation et la surutilisation médicale. Certains leviers peuvent opérer efficacement dans le cadre de politiques ou de systèmes de santé différents : par exemple, augmenter le rôle actif du patient grâce à l'aide à la décision. Tandis que d'autres leviers doivent être adaptés au contexte local : par exemple, baser les décisions de couverture sur un rapport coût-efficacité particulier. De plus, les politiques devraient intervenir en amont et non pas lorsque surviennent la surutilisation et la sous-utilisation. À cet égard, les efforts visant à améliorer la sensibilisation, la mobilisation et l'autonomisation des usagers, tiennent leurs promesses en tant que méthodes universelles visant à remettre à l'état initial tous les autres contextes et à renforcer ainsi tous les autres efforts visant à promouvoir les bons soins.

Il existe de nombreux essais de haute qualité et des revues systématiques fournissant des preuves de bonnes pratiques dans les maisons de retraite. Cependant, il y a souvent un décalage déraisonnable entre les données de recherche et le changement de pratique. Low (Low et al., 2015) a examiné systématiquement les interventions qui ont essayé de changer la pratique du personnel de santé afin d'améliorer les résultats des patients en soins de longue durée. Il en conclut que changer

la pratique du personnel dans les maisons de retraite est possible mais complexe. Les interventionnistes devraient considérer les obstacles et la faisabilité des composantes du programme pour avoir un impact sur chaque résultat attendu. Les études ayant des résultats positifs pour les patients ont également tendance à changer le comportement du personnel, cependant l'évolution du comportement du personnel n'a pas nécessairement amélioré les résultats des patients. Les études ciblant des tâches de soins spécifiques (par exemple les soins bucco-dentaires) étaient plus susceptibles de produire des résultats positifs que celles nécessitant des changements dans la pratique globale (par exemple, la philosophie du soin). Plusieurs études ont fait état d'obstacles liés au personnel (par exemple le turnover du personnel, la charge de travail élevée...) ou de facteurs organisationnels (financement, ressources, logistique).

On en sait peu sur les pratiques actuelles en matière d'enseignement des soins à haute valeur ajoutée au chevet des patients. Le manque d'instruments pour mesurer les comportements des soins à haute valeur ajoutée au chevet des patients nuit à l'évaluation de l'impact des interventions. McDaniel (McDaniel et al., 2018) a cherché à définir des concepts observables de soins à haute valeur ajoutée en développant un instrument pour mesurer le contenu et la fréquence des discussions sur les soins à haute valeur ajoutée. Il a développé l' « outil d'arrondi »³ des soins à haute valeur ajoutée en 4 phases itératives, en utilisant le cadre de validité de Messick. Les phases 1 et 2 ont été conçues pour recueillir des preuves de la validité du contenu et les phases 3 et 4 pour recueillir des preuves du processus de réponse et de la structure interne. Le développement de cet outil aide à combler une lacune éducative importante dans la traduction des soins à haute valeur ajoutée en passant de la connaissance théorique à la pratique au chevet du patient. L'utilisation de l' « outil d'arrondi » des soins à haute valeur ajoutée fournit une opportunité d'évaluer empiriquement les discussions à propos des soins à haute valeur ajoutée au chevet des patients. Basé sur un processus rigoureux, McDaniel (McDaniel et al., 2018) conclut que l'outil peut être utilisé de façon fiable par un seul évaluateur.

Bien que l'importance des preuves de recherche dans la prise de décision clinique soit généralement incontestée sur le plan intellectuel, les modèles de pratique médicale divergent souvent des recommandations fondées sur des preuves, privant les patients des avantages de la recherche médicale. Oxman (Oxman et al., 1995) a déterminé l'efficacité de différents types d'interventions destinés à améliorer le rendement des professionnels de santé ainsi que les résultats sur la santé des patients. Il en conclut qu'il n'y a pas de « formules magiques » pour améliorer la qualité des soins de santé. Cependant, il y a un large éventail d'interventions disponibles qui, si elles sont utilisées de manière appropriée, pourraient entraîner des améliorations substantielles des soins cliniques découlant des meilleures données disponibles.

Outils d'aide à la décision

Les outils d'aide à la décision retenus dans cette étude relèvent de deux dimensions : les outils permettant d'améliorer la pratique quotidienne des professionnels de santé (c'est le cas des rappels

³ L'outil d'arrondi des soins à haute valeur ajoutée (High-Value Care Rounding Tool) est un outil développé par McDaniel et al. afin de mesurer le contenu et la fréquence des discussions portant sur les soins à haute valeur ajoutée.

informatiques, par exemple) et les outils évaluant les prescriptions inappropriées et les quantités optimales à prescrire.

1) Les outils d'amélioration de la pratique quotidienne

Contexte :

La pratique clinique ne reflète pas toujours la meilleure pratique, en partie à cause d'actes d'omission inconscients, d'une surcharge d'informations ou d'informations inaccessibles. Certaines études récentes suggèrent qu'une information clinique incomplète et inaccessible nuit à la fois au coût et à la qualité des soins de santé et compromet la sécurité des patients. Les professionnels de santé sont constamment confrontés à de multiples décisions cliniques concernant le diagnostic, le traitement et le conseil dans des contextes divers. Étant donné la grande quantité d'informations nécessaires pour prendre des décisions appropriées, divers systèmes de soutien ont été mis au point pour diffuser l'information appropriée au bon endroit et au bon moment, notamment les innovations médicales. Un certain nombre d'interventions ont été conçues pour réduire les omissions et les écarts entre les meilleures pratiques et les soins de routine : les interventions éducatives (à destination des patients ou des cliniciens), l'audit feedback, les incitations financières, les leaders d'opinion, les technologies de l'information et de la communication (rappels informatiques, par exemple) et les changements organisationnels. Des revues antérieures ont montré que de telles interventions pouvaient favoriser une meilleure application des connaissances. Cependant, les effets, qui sont le plus souvent modestes en moyenne, ont montré de grandes variations dans la pratique et sont le plus souvent basés sur une faible qualité de preuves. Par ailleurs, le benchmarking est traditionnellement défini comme une technique dans laquelle une organisation mesure sa performance par rapport à des organisations de premier ordre, détermine comment ces entreprises ont atteint leurs niveaux de performance et utilise l'information pour améliorer sa propre performance. Dans les services de santé aux États-Unis, par exemple, les dépenses pour les tests de diagnostic en laboratoire ont augmenté de 85% entre 2000 et 2009. Plusieurs études ont montré d'ailleurs que 1/4 du coût total des soins de santé était attribué aux tests de diagnostic en laboratoire. Il était donc impératif que les professionnels de santé soient informés sur les tests les plus innovants. L'amélioration de l'utilisation des tests en laboratoire commençant dès la commande afin d'éviter la collecte d'échantillon et de tests inutiles, des technologies sophistiquées ont été mises au point pour un contrôle optimal au niveau de la commande.

Conclusions apportées par la littérature :

Les rappels générés automatiquement par ordinateur peuvent aider les médecins à fournir des soins optimaux, en adéquation avec les recommandations. Par exemple, lorsqu'un médecin consulte un patient pour un examen annuel, le médecin reçoit le dossier du patient avec une section « rappel » énumérant les tests de dépistage de cette année. Arditi (Arditi et al., 2017) a évalué les effets des rappels générés automatiquement à travers un système informatique et délivrés sur papier aux professionnels de la santé, sur la qualité des soins prodigués par les médecins ainsi que les résultats sur la santé des patients. Les études présentes dans cette revue ont examiné des rappels à destination des médecins pour ordonner des tests de dépistage, fournir des vaccins, prescrire des

médicaments spécifiques ou discuter des soins avec les patients. 29 études proviennent des États-Unis et 6 ont été effectuées au Canada, France, Israël et au Kenya. Sa revue apporte des preuves modérées pour appuyer l'utilisation de rappels informatisés fournis sur papier aux professionnels de la santé afin d'améliorer la qualité des soins. Il n'est pas certain que les rappels améliorent les résultats pour les patients car le niveau de preuve est très faible. Fournir de l'espace sur le rappel pour une réponse du clinicien, fournir une explication sur le contenu ou des conseils sur le rappel et surtout fournir une référence à une source influente améliorent l'efficacité du rappel. Cependant, l'hétérogénéité des interventions de rappel incluses dans cette revue suggère également que les rappels peuvent probablement améliorer la qualité des soins mais dans des contextes et conditions très spécifiques.

Les soins hospitaliers représentaient près d'un tiers de toutes les dépenses de santé aux États-Unis en 2015, et des centaines de milliards de dollars sont gaspillés en soins qui ne parviennent pas à améliorer les résultats pour les patients. Cette tendance est particulièrement préoccupante dans les hôpitaux universitaires qui préparent la prochaine génération de médecins à diriger de façon responsable la profession. Avec davantage de restrictions sur le remboursement des soins, dans le cadre de des révisions du barème des honoraires des laboratoires cliniques induites par la loi de 2014 sur la protection de l'accès à Medicare, il devient de plus en plus urgent d'aider les jeunes médecins à développer des pratiques de commandes médicales responsables. En adoptant ces attitudes tôt, les jeunes médecins peuvent non seulement améliorer leur pratique basée sur la qualité, mais aussi améliorer leur capacité à maîtriser les coûts de santé. Sadowski (Sadowski et al., 2017) a mis au point des interventions durables basées sur des systèmes informatiques visant à réduire les commandes de laboratoire pour les patients admis dans les hôpitaux universitaires. Cette étude itérative comprenait deux interventions sur l'ensemble des commandes automatisées avec affichage des coûts lors de la saisie des commandes. Le principal résultat résidait dans le nombre de tests de routine contrôlés pour les patients hospitalisés par rapport à l'année précédente. Les résultats secondaires portaient sur des économies de coûts, des retards dans les soins et des événements indésirables. Les deux itérations de cette étude ont eu lieu dans un établissement académique de soins tertiaires aux États-Unis. À travers une série d'interventions itératives sur une plate-forme d'entrée de commande préexistante, Sadowski (Sadowski et al., 2017) a démontré des réductions durables dans la commande des laboratoires de routine dans les salles de médecine d'un centre universitaire sans affecter les résultats des soins aux patients.

L'utilisation appropriée des tests est généralement évaluée par l'adhérence aux directives médicales publiées, mais dans beaucoup de cas, ces directives ne sont pas disponibles. Le « benchmarking » ou « analyse comparative » a été proposé comme méthode permettant d'identifier les variations de pratiques dans la délivrance de tests inappropriés. Signorelli (Signorelli et al., 2015) a examiné dans son étude l'utilisation du benchmarking pour identifier les sites ayant une utilisation inappropriée des tests pour une analyse particulière. Il en conclut que le benchmarking peut fournir des informations aptes à identifier des cibles potentielles pour la gestion de l'utilisation des tests. De plus, le benchmarking élargit la gamme des tests qui peuvent être incorporés dans un programme de gestion de l'utilisation, car il fournit des directives informelles (pratique habituelle) en l'absence de directives formelles. Les taux de variation des benchmarks peuvent être utilisés pour évaluer l'efficacité de la gestion de l'utilisation. Enfin, le benchmarking peut être utilisé comme un outil de dépistage permettant d'identifier des valeurs aberrantes associées à une utilisation inappropriée des tests.

Les principales approches pour améliorer l'utilisation des tests devraient cibler les médecins et les technologies d'information en santé. Aziz et Alshehabobakr (Aziz et Alshehabobakr, 2017) concluent que la gestion des services de laboratoire et la commande de tests est un processus qui comprend de nombreuses techniques. Celles-ci permettent d'améliorer simultanément les pratiques d'utilisation des services de tests en laboratoire et d'éliminer les mauvaises pratiques et les coûts qui y sont associés. Atteindre des pratiques optimales d'utilisation des tests est un processus qui nécessite des médecins constamment formés et informés et une communication appropriée entre différents systèmes d'information. Une formation adéquate des médecins et d'autres membres clés du personnel de santé à l'utilisation d'une technologie avancée est essentielle pour atteindre la qualité de soins requise et le niveau de sécurité des patients. Les technologies de l'information en santé se développent chaque jour, tout comme les exigences requises afin que les systèmes de santé s'adaptent à ces technologies. L'avenir peut impliquer une dépendance à l'intelligence artificielle et à l'autonomisation ; cependant, le facteur humain demeure incontournable pour guider et contrôler ces technologies.

2) Les outils d'aide à la prescription

Contexte :

Les professionnels de santé prescrivent souvent des médicaments qui ne sont efficaces qu'à une certaine concentration (par exemple les anticoagulants). Ces médicaments ont une fenêtre thérapeutique étroite, cela signifie que si la concentration du médicament est trop élevée ou trop faible cela peut ne pas procurer les bénéfices attendus, voire provoquer des effets secondaires graves. Calculer et prescrire la bonne quantité de médicament peut être compliqué et prendre beaucoup de temps aux professionnels de santé, car ils peuvent ne pas vouloir prescrire des doses élevées au départ, par peur d'avoir fait des erreurs de calculs. En effet, pour prescrire la bonne quantité de médicament, le médecin doit prendre en compte plusieurs facteurs tels que : l'âge du patient, son poids, son état de santé et sa tolérance à l'égard de la substance active. C'est pourquoi, plusieurs systèmes informatiques ont été conçus pour effectuer ces calculs et aider les professionnels de santé à prescrire ces médicaments. Des améliorations significatives de la santé du patient pourraient être obtenues, si les conseils informatisés s'avéraient bénéfiques et étaient fournis par les ordinateurs utilisés désormais par les médecins dans leur pratique courante. C'est pour cela que Gillaizeau (Gillaizeau et al., 2013) cherche à évaluer si les conseils informatisés sur le dosage de médicament ont des effets positifs sur les résultats des patients en les comparant aux résultats obtenus par les dosages utilisés en routine (dosage empirique sans conseil informatisé).

Le terme « prescriptions potentiellement inappropriées » décrit une situation dans laquelle les risques associés à la prescription d'un médicament l'emportent sur les bénéfices potentiels de ce médicament. Les prescriptions potentiellement inappropriées comprennent trois domaines : la prescription de médicaments pour lesquels il n'existe aucune indication clinique, l'omission de médicaments potentiellement bénéfiques qui sont cliniquement indiqués et la prescription d'un médicament qui augmente considérablement le risque d'ADE (dose ou durée incorrecte et interactions médicamenteuses). Les prescriptions potentiellement inappropriées peuvent être détectées en utilisant des indicateurs de prescription fondés sur des critères, qui comprennent généralement des listes de médicaments ou de classes de médicaments et des dosages connus pour causer des effets nocifs. STOPP/START est un outil de détection de la prescription médicamenteuse

potentiellement inappropriée chez les personnes de 65 ans ou plus. Les critères STOPP visent à éviter l'utilisation de médicaments potentiellement inappropriés pour les personnes âgées, et les critères START représentent un outil de dépistage permettant de prévenir les médecins du bon traitement. Frankenthal (Frankenthal et al., 2014) propose d'évaluer l'effet de l'outil de dépistage STOPP/START, pour alerter les médecins de l'intervention médicamenteuse appropriée, sur les résultats économiques et cliniques.

Ruhland (Ruhland et al., 2017), quant à lui, cherche à évaluer les effets d'un outil de soutien à la décision clinique (CDS – Clinical Decision Support)⁴ visant à réduire la prescription de glyburide. Ce médicament est considéré comme potentiellement inapproprié chez les patients de 65 ans ou plus. Cet outil permet de faire une notification lorsque le glyburide a été recommandé comme nouveau médicament ou comme renouvellement pour les patients de 65 ans ou plus lors d'une consultation en ambulatoire ou à la sortie de l'hôpital.

Conclusions apportées par la littérature :

Le conseil informatisé dans le choix de la posologie mentionné par la revue de Gillaizeau (Gillaizeau et al., 2013) s'avère bénéfique pour les patients qui prennent certains médicaments par rapport à un dosage empirique (lorsqu'une dose est choisie sur la base des observations et de l'expérience du médecin) sans assistance informatique. Le conseil informatisé pour le dosage de médicament a également d'autres bénéfices ; il tend notamment à réduire la durée du séjour à l'hôpital par rapport aux soins de routine, tandis que des ratios de rentabilité comparables ou meilleurs ont été atteints. Cependant, les résultats de cette revue sont principalement basés sur des études de faible qualité concernant un petit nombre de médicaments. Même lors de l'analyse par médicaments, l'hétérogénéité était importante pour la moitié des résultats. Enfin, aucune conclusion n'a pu être tirée quant à la logistique du support informatisé et de l'organisation des soins. Il n'est pas certain que ces avantages puissent être obtenus avec différents systèmes informatiques dans diverses situations cliniques.

L'application des critères STOPP/START, dans le cadre de l'étude de Frankenthal (Frankenthal et al., 2014) pour l'intervention médicamenteuse, a réduit le nombre de médicaments prescrits ainsi que les chutes chez les patients et a diminué les dépenses en médicament au sein d'un établissement gériatrique. L'auteur recommande l'application de ces critères dans des cadres similaires.

La revue de Ruhland (Ruhland et al., 2017) montre qu'un outil de soutien à la décision clinique CDS peut être utilisé pour réduire la prescription de médicaments inappropriés dans le cadre ambulatoire. Cependant, de futures recherches pourraient inclure la mise en œuvre d'un outil de soutien CDS avec un programme d'éducation dans le but d'optimiser l'utilisation de l'outil et de déterminer l'avantage combiné. Cet outil pourrait être reproduit avec d'autres médicaments potentiellement inappropriés afin de promouvoir l'utilisation de médicaments alternatifs, plus sûrs.

Incitations financières

⁴ « Le soutien à la décision clinique (CDS) fournit de l'information au moment opportun, généralement au moment des soins, afin d'aider à éclairer les décisions concernant les soins d'un patient. Les outils et les systèmes d'aide à la décision clinique aident les équipes cliniques à prendre en charge certaines tâches de routine, à prévenir les problèmes potentiels ou à fournir des suggestions à l'équipe clinique et au patient » (Agency for healthcare research and quality)

Pôle de documentation de l'Irdes - Victor Issaad sous la dir. de Zeynep Or et Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/revue-de-litterature-les-outils-d-amelioration-de-la-pertinence-des-soins.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/revue-de-litterature-les-outils-d-amelioration-de-la-pertinence-des-soins.epub

Contexte :

« Les incitations financières sont des facteurs qui fournissent une source extrinsèque de motivation et existent lorsqu'un individu peut s'attendre à un transfert monétaire qui est conditionné à une façon d'agir particulière » (Flodgren et al., 2011). L'efficacité de ces incitations dans la prestation de soins de santé suscite un intérêt considérable. Ces incitations peuvent être utilisées dans le but d'augmenter l'utilisation des traitements fondés sur des preuves parmi les professionnels de santé ; ou encore pour stimuler les professionnels à changer leur comportement clinique en ce qui concerne la prévention et les décisions de diagnostic et de traitement. Flodgren (Flodgren et al., 2011) détermine cinq groupes d'incitations financières : les rémunérations proportionnelles au temps travaillé, indépendantes du volume de l'activité (salaires) ; les rémunérations proportionnelles à l'activité (paiement à l'acte) ; les rémunérations proportionnelles au nombre de patients traités (capitation) ; les rémunérations répondant à des objectifs ciblés de qualité des soins (paiement à la performance) ; des systèmes mixtes ou autres.

Plusieurs auteurs ont essayé de prouver le phénomène de demande induite via l'exemple de l'accouchement par césarienne. L'augmentation rapide de l'accouchement par césarienne, malgré des résultats peu concluants sur ses avantages, a entraîné de graves problèmes de santé publique et de coûts des soins de santé. Plusieurs études ont attribué l'augmentation des naissances par césarienne à des incitations financières de la part des professionnels de santé. En effet, le niveau de remboursement associé à la césarienne expliquerait en grande partie cette augmentation, une césarienne étant plus rémunératrice qu'un accouchement par voie basse.

Conclusions apportées par la littérature :

À partir des différents modes de rémunération qu'il a établis, Flodgren (Flodgren et al., 2011) conclut sur l'efficacité de certaines incitations financières. Dans l'ensemble, le paiement à l'acte, la capitation et la rémunération à la performance étaient des incitations efficaces. Les autres modes de rémunération ont produit des résultats mitigés et le salariat était inefficace. En examinant les différents groupes de résultats, les incitations financières ont été globalement efficaces pour améliorer : les processus de soins, les admissions et les sorties à l'hôpital et les coûts des prescriptions. Elles ont eu des effets mitigés sur les taux de consultation ou de visite et étaient généralement inefficaces pour promouvoir le respect des directives. Ces résultats doivent être traités avec une grande prudence. Tandis que la qualité méthodologique des quatre revues (rapportant 32 études) identifiées par Flodgren (Flodgren et al., 2011) était modérée à élevée, leur évaluation concernant la qualité des études incluses était faible à modérée. Il a trouvé des preuves pour chaque catégorie d'incitations financières, cependant il n'y avait qu'un petit nombre d'études dans chaque catégorie. Les preuves ont de sérieuses limites méthodologiques et sont très limitées dans leur exhaustivité et leur généralisation. De plus, Flodgren (Flodgren et al., 2011) n'a trouvé aucune étude évaluant les résultats pour les patients et aucune ne faisant état de résultats défavorables ou inattendus.

Les incitations financières peuvent également pousser les médecins à fournir des services qui ne sont pas médicalement nécessaires. Plusieurs auteurs ont essayé de prouver que les médecins pouvaient être motivés à proposer des services qui ne sont pas médicalement nécessaires dans le but

de maintenir leurs niveaux de revenu voire de l'augmenter. Cependant, il n'existe toujours pas de base empirique solide pour modéliser la fonction « objectif » du médecin. L'article de Gruber (Gruber et Owings, 1996) tente d'y contribuer en démontrant que l'utilisation par les médecins d'une nouvelle technologie plus rémunératrice répondait assez bien à l'environnement financier auquel sont confrontés les obstétriciens-gynécologues. Cette découverte suggère que les médecins ont surutilisé l'accouchement par césarienne par rapport au niveau « normal » qui serait choisi par un producteur de soins financièrement désintéressé. L'ampleur de cette découverte, cependant, était assez faible, de sorte que les incitations financières ne peuvent pas causer d'écarts particulièrement importants par rapport à l'équilibre non induit. Les résultats de Gruber (Gruber et Owings, 1996) suggèrent que découpler les niveaux de rémunération des médecins du coût de la technologie utilisée peut aider à restreindre la diffusion de procédures dont les bénéfices supplémentaires sont dépassés par leur coût différentiel. Bien qu'il existe des preuves considérables sur les coûts de l'accouchement par césarienne, il existe peu de preuves convaincantes sur ses avantages. L'évaluation de ces avantages devrait être une priorité pour les recherches futures.

Une étude française de Milcent (Milcent et Rochut, 2009) examine les effets du mode de financement des établissements hospitaliers sur la pratique de la césarienne en France en 2003, et se situe donc dans un contexte qui précède l'entrée en vigueur de la tarification à l'activité (T2A). D'après cette étude, le mode de financement a un impact non négligeable sur la pratique médicale. Pour les établissements de niveau 1 qui prennent en charge les patientes relativement homogènes du point de vue du risque, le fait d'accoucher dans un établissement privé à but lucratif augmente la probabilité du recours à la césarienne. De plus, cette étude montre l'existence d'un effet d'offre : plus le nombre d'obstétriciens par lit est important, plus la probabilité d'avoir une césarienne est grande. L'interprétation de Milcent (Milcent et Rochut, 2009) repose sur le fait que les établissements privés à but lucratif cherchent à maximiser leur profit et ont une incitation plus grande à répondre à la demande. Alors que les établissements publics n'ont pas le même objectif : ils ne cherchent pas à maximiser leur profit car il n'y a pas d'incitation à satisfaire l'équilibre budgétaire ou à dégager un surplus. Ainsi, le mode de financement des établissements de santé pourrait influencer le recours à la césarienne. Enfin, les préférences des patientes peuvent également influencer la réalisation d'un accouchement par césarienne. Dans ce cas, ce n'est pas le mode de financement qui induit une augmentation de la probabilité de recours à la césarienne mais les préférences concernant le mode d'accouchement.

Deux politiques d'interventions visant à ralentir le recours croissant à l'accouchement par césarienne, ont été mises en œuvre à Taiwan, respectivement en 2005 et 2006. La première politique se basait sur des incitations financières afin d'encourager l'accouchement par voie basse en fixant un prix global pour les services obstétricaux et en augmentant essentiellement le remboursement de l'accouchement par voie basse jusqu'au même niveau que l'accouchement par césarienne. La seconde politique visait à réduire la demande pour une procédure de césarienne électorale (césarienne à la demande des patientes) en employant un co-paiement lorsque la césarienne n'était pas médicalement indiquée. L'étude de Chen (Chen et al., 2014) a examiné l'impact des incitations financières sur l'offre et la demande de l'utilisation de la césarienne de 2003 à 2008 à Taiwan. Il en conclut qu'avec des données plus appropriées, son étude serait capable de montrer que, sans différentiels de remboursement entre les accouchements par césarienne et les accouchements par voie basse, les médecins deviendraient moins enclins à encourager la césarienne électorale. Par conséquent, le besoin de césarienne dans les naissances suivantes diminuerait considérablement. Donc, les incitations financières à destination des fournisseurs de santé ont de l'importance.

Concernant la politique de co-paiement, les résultats semblent suggérer une élasticité prix positive de la demande de césarienne électorive. Les remboursements effectifs pour les césariennes électorives deviennent plus rentables et préférables encore parce que les patientes ont dû payer de leur poche pour les co-paiements. Ainsi, les changements dans les politiques de remboursement sont toujours des stratégies importantes à considérer dans la réduction de la surutilisation de la césarienne. Les résultats de la seconde politique illustrent également qu'une augmentation inattendue du taux de césarienne électorive pourrait être vraisemblablement due à des changements sociétaux. Taiwan possède l'un des plus faibles taux de natalité au monde (0.89% en 2011). À mesure que ce taux de natalité diminue, les mères, en particulier les mères plus âgées ou les mères primigestes accordent plus d'importance à la sécurité des bébés et sont plus incitées à demander une césarienne pour minimiser tout résultat indésirable. Il y a quelques limites dans cette étude. Premièrement, l'analyse est basée sur des pré/post données et il est possible que d'autres tendances soient apparues dans le pays au cours de la même période et aient affecté le choix de la césarienne.

Lo (Lo, 2008) reprend la même situation et cherche à tester l'hypothèse que les césariennes sont moins susceptibles d'être effectuées après l'égalisation des tarifs de césarienne avec ceux des accouchements par voie basse. Il conclut que les incitations financières visant à réduire la césarienne en égalisant les tarifs de la césarienne à ceux de l'accouchement par voie basse ne sont pas efficaces. Une étude supplémentaire sur la composition des taux de césarienne par ordre de naissance indique que les taux de césarienne sont plus élevés pour les naissances de rang supérieur. La raison est la suivante : les obstétriciens pratiquent selon le modèle « une fois la césarienne, toujours la césarienne ». Ainsi, le taux global de césarienne est principalement déterminé par le taux de césarienne de la première naissance et les incitations financières n'ont pas d'effet dans ce contexte. En revanche, elles ont un fort impact sur les décisions de faire une césarienne dans le cas des naissances de deuxième ordre et d'ordre supérieur. De plus, Lo (Lo, 2008) montre, toutes choses égales par ailleurs, que les hôpitaux à but non lucratif sont moins susceptibles de pratiquer des césariennes, contrairement aux cliniques et aux centres médicaux. Parce que les cliniques sont souvent détenues par des obstétriciens, ils ont souvent tendance à réaliser plus de césariennes et souvent à des moments où elles ne sont pas médicalement nécessaires afin de rivaliser avec les hôpitaux. Enfin, dans une situation de diminution rapide de la fertilité (comme à Taiwan), le phénomène – que les incitations financières conçues spécialement pour les obstétriciens n'a pas l'impact désiré – n'est pas une surprise. Les politiques visant à altérer le comportement devraient être conçues dans le contexte social afin qu'elles puissent vraiment fonctionner.

3 Les outils d'amélioration de la pertinence orientés vers les patients

Audit feedback

Contexte :

L'audit feedback (audit/retour d'information de la part du patient) est une intervention très utilisée, qui vise à modifier la pratique ainsi que le comportement des professionnels de santé. L'hypothèse étant que les professionnels de la santé sont enclins à modifier leurs pratiques lorsque le feedback montre qu'elles ne sont pas optimales ou incompatibles avec un objectif souhaitable. La

politique encourage les producteurs de soins de santé à écouter et répondre aux feedbacks des patients, en espérant que cela améliore les expériences de soins. Cependant cette amélioration n'est peut-être pas encore une réalité, en particulier dans les soins de santé primaires.

Conclusions apportées par la littérature :

Il y a peu de recherches sur la façon dont les feedbacks des patients ont été utilisés dans les pratiques de soins de santé primaires ou sur son utilité en tant que stimulant pour améliorer l'expérience des soins de santé. Baldie (Baldie et al., 2018) cherche à identifier les problèmes qui influencent l'utilisation et l'impact des feedback dans ce contexte. Pour cela il utilise une approche de synthèse réaliste d'études concernant l'utilisation des feedbacks provenant des patients dans les structures de soins de santé primaire. Il trouve que la probabilité que le feedback d'un patient améliore les expériences de soins futures est principalement influencée par la perception que les professionnels de santé ont des objectifs de ces feedbacks. Les rapports de feedback dans l'étude de Gude (Gude et al., 2017) ont été fournis aux médecins au moyen d'une application web. Ces rapports comprenaient des scores de performance et des comparaisons de benchmark pour un ensemble d'indicateurs de processus et de résultats. Ces scores de performance ont pour objectif d'évaluer les performances des professionnels de santé pour un ensemble de processus et d'indicateurs de résultats (performance élevée, intermédiaire ou faible). Son étude a montré que lorsque les professionnels de santé ont été confrontés à des feedbacks sur la performance clinique, les scores de performance et les comparaisons de benchmark ont influencé leurs intentions d'améliorer leur pratique. Cependant, on observe une variation des intentions des professionnels qui dépend de leur point de vue sur les benchmarks. Certains professionnels de santé étaient en désaccord avec les benchmarks, car les améliorations qui leurs étaient proposées via les feedbacks des patients étaient jugés irréalisables ou parce qu'ils ne considéraient pas l'indicateur comme un aspect essentiel de la qualité des soins. Tous ces phénomènes créent un écart entre fournir un feedback et développer des intentions d'agir, diluant ainsi les effets des interventions d'audit feedback sur la qualité des soins.

Par ailleurs, la façon dont sont délivrés les feedbacks semble avoir un impact sur ses effets. Ivers (Ivers et al., 2012) indique que l'audit feedback peut être une intervention efficace pour améliorer la pratique professionnelle. Les effets sont généralement faibles à modérés et varient en fonction de la façon dont l'intervention est conçue et délivrée. Les résultats de l'étude suggèrent que les feedbacks peuvent être plus efficaces lorsque la performance de base des professionnels de santé est faible, lorsque la source du feedback est un superviseur ou un collègue aîné, quand le feedback est délivré plusieurs fois, quand il est réalisé à la fois sous formes écrite et verbale et lorsqu'il inclut des objectifs mesurables et un plan d'action. Bien que la preuve de la qualité de ces résultats soit faible, il est judicieux de fournir des objectifs mesurables et un plan d'action lorsque c'est possible, car il est peu probable que cela entraîne des inconvénients ou des coûts supplémentaires.

Peu d'informations sont aussi disponibles concernant la forme des feedbacks préférés des patients, professionnels de la santé et assureurs de santé. Van Overveld (van Overveld et al., 2017), dans son étude, interroge un total de 37 patients, spécialistes médicaux, professionnels paramédicaux et assureurs de santé à l'aide d'entretiens semi-structurés. Les questions portaient sur « pourquoi » « sur quels aspects » et « comment » préféraient-ils recevoir des feedbacks sur la pratique des professionnels et sur les résultats en matière de soins de santé. Toutes les parties prenantes ont mentionné que les feedbacks pouvaient améliorer les soins de santé en créant une

prise de conscience, en permettant l'autoréflexion et la réflexion entre les pairs ou les collègues et en établissant une analyse comparative (benchmarking) avec les autres. Les patients préféraient recevoir des feedbacks sur la pratique réelle des professionnels qui correspondait aux soins reçus, alors que les spécialistes médicaux et assureurs de santé étaient principalement intéressés par les résultats en matière de soins de santé. Ainsi, les effets de l'audit feedback peuvent être améliorés en adaptant le format et le contenu des feedbacks aux préférences des parties prenantes.

Informations destinées aux patients

Contexte :

Le rôle de la participation des patients dans la conception et l'évaluation des services de santé a considérablement augmenté au cours des dernières années. Il est de plus en plus commun de rendre public des informations sur la performance des hôpitaux, des professionnels de santé ou des producteurs et organisations de soins. La diffusion de ce type de données dans le domaine public a pour objectif de faire prendre conscience aux usagers que des services de santé à haute valeur ajoutée (services qui fournissent des bénéfices ou services dont les bénéfices sont supérieurs aux risques) ne sont pas nécessairement plus coûteux. Ces informations peuvent porter sur différents aspects tels que des coûts comparatifs ou encore l'utilisation des ressources, dans le but de voir les usagers se tourner vers des soins à haute valeur ajoutée. Cependant, on ne sait pas comment cette information est utilisée et dans quelle mesure ces rapports mènent à l'amélioration de la qualité des services de santé ou dans quelle mesure la performance des professionnels et des producteurs de santé peut être affectée. Les technologies d'information et de communication (TICs ou ICTs) sont des technologies numériques et analogiques qui facilitent la saisie, le traitement, le stockage et l'échange d'information via des communications électroniques. Ces technologies ont le potentiel d'améliorer la gestion de l'information, l'accès aux services de santé, la qualité des soins, la continuité des services et la maîtrise des coûts.

Conclusions apportées par la littérature :

Pour que la diffusion d'informations ait un effet sur le comportement des usagers, il faut qu'elle soit facilement compréhensible. Hibbard (Hibbard et al., 2012) a identifié les façons dont la présentation de l'information affecte la probabilité que les consommateurs choisissent des soins à haute valeur ajoutée. Les résultats de l'étude suggèrent que les consommateurs ont besoin d'aide dans l'interprétation et l'utilisation de cette information pour choisir des fournisseurs de santé. Ainsi, les présentations de données incluant des interprétations seront plus efficaces que les présentations ne fournissant que des comparatifs de chiffres. De plus, il a constaté qu'une minorité substantielle de répondants hésitait à recourir à des fournisseurs de soins à bas prix. Même les consommateurs qui payent une plus grande part de leurs soins de santé étaient susceptibles d'assimiler un coût élevé à un soin de haute qualité. Les consommateurs sont plus intéressés par la qualité des soins de santé que par leurs coûts. Enfin, les stratégies de reporting qui présentent des données de coûts ainsi qu'une qualité d'information facile à interpréter aideront les consommateurs à comprendre que le médecin qui fournit des soins de haute qualité ne coûte pas nécessairement plus cher.

Gagnon (Gagnon et al., 2009) a effectué une revue systématique sur les ICTs et en a conclu qu'il y a un nombre très limité de preuves sur des interventions efficaces favorisant l'adoption de ces technologies par les professionnels de santé. Les interventions rapportées dans cette étude regroupaient quatre interventions professionnelles (réunions éducatives, distribution de matériel éducatif, visites éducatives et audit feedback). Une intervention financière a testé l'effet négatif de l'introduction des frais d'utilisation sur l'utilisation des technologies d'information et de communication par les professionnels de santé. Et une intervention organisationnelle consistait à fournir un accès à un système de courriel basé sur le triage pour la communication entre les patients et leurs fournisseurs de soins primaires. Quatre études ont montré des effets positifs faibles à modérés de l'intervention sur l'adoption des ICTs. Quatre études étaient incapables de démontrer des effets positifs significatifs et deux autres ont présenté des effets mixtes. Aucune étude n'a examiné l'effet à long terme ou la durabilité de l'intervention. L'efficacité de ces interventions visant à promouvoir l'adoption des ICTs dans les établissements de santé demeure incertaine et des essais mieux conçus sont nécessaires.

Choosing wisely

Contexte :

« Choosing wisely » ou « choisir judicieusement » est une campagne, lancée en 2012, par la fondation « American Board of Internal Medicine » (ABIM), dans le but de démarrer un dialogue entre médecins et patients sur les services qui ne sont pas médicalement nécessaires (gaspillage de soins, traitements, procédures et tests médicaux inutiles). L'ABIM utilise des recommandations concises produites par des sociétés médicales américaines afin de démarrer des discussions entre médecins et patients sur la pertinence de ces services dans le cadre d'un processus de décision partagé.

Conclusions apportées par la littérature :

Wolfson (Wolfson et al., 2014) explique que le succès de la campagne « choosing wisely » réside dans sa focalisation unique sur les valeurs professionnelles et les conversations patient et médecin afin de réduire les soins inutiles.

Afin que la campagne « choosing wisely » soit un succès, il est important de connaître l'opinion des professionnels de santé quant à celle-ci. Colla (Colla et al., 2016) évalue l'opinion des médecins sur les facteurs hypothétiques de la surutilisation de soins à faible valeur ajoutée (soins qui ne fournissent pas de bénéfices ou un risque supérieur aux bénéfices) et sur la campagne « choosing wisely ». Il en conclut que la connaissance de cette campagne est limitée, mais les médecins de soins primaires sont plus au courant de celle-ci que les spécialistes. De plus, la plupart des médecins soutiennent la prise en compte des coûts en médecine et assument leur responsabilité dans la réduction de ces coûts.

Pour réduire l'utilisation de services à faible valeur, il est nécessaire de connaître les raisons qui poussent les professionnels de santé à utiliser ces services. Bishop (Bishop et al., 2017) a effectué une étude qualitative de groupes de discussion avec des médecins afin d'explorer leurs points de vue sur le problème de la surutilisation de services à faible valeur ajoutée, les raisons pour lesquelles ils

abusent de ces services et les moyens qu'ils pensent être utiles pour endiguer la surutilisation. Cette étude démontre que les médecins estimaient que la surutilisation des services à faible valeur ajoutée constituait un problème important. Ils ont souvent mentionné que les attentes des patients favorisaient l'utilisation de ce type de service ; de plus, le manque de temps était la raison la plus souvent citée afin d'expliquer pourquoi le changement de comportement était difficile. Les facilitateurs qui pourraient promouvoir un changement de comportement seraient : l'aide à la décision grâce au dossier médical électronique, la motivation des médecins à maintenir leur réputation auprès de leurs collègues, la motivation personnelle d'être un bon médecin, des données objectives montrant leur taux de surutilisation, l'alignement des objectifs institutionnels et des forums permettant de discuter des preuves et des nouvelles recherches.

La campagne « choosing wisely » ne peut fonctionner que si les recommandations apportées par celle-ci sont adoptées par les professionnels de santé. Ainsi, il est important d'identifier quelles barrières empêchent les professionnels à adopter ces recommandations. Les enquêtes de Colla et Mainor (Colla et Mainor, 2017) comprenaient des questions sur les facteurs qui conduisaient à cette surutilisation, le souhait des médecins à avoir des conversations avec les patients à propos de cette utilisation et l'exposition des médecins à la campagne « choosing wisely ». Malgré la publicité continue et les efforts de sensibilisation des médecins, il n'y a pas eu de changements significatifs entre 2014 et 2017 en ce qui concerne la difficulté rapportée par les médecins à discuter avec les patients sur le fait d'éviter les soins à faible valeur ajoutée. Les barrières à l'adoption de ces recommandations comprenaient les préoccupations liées aux fautes professionnelles, la demande et la satisfaction des patients et la volonté des médecins d'obtenir plus de renseignements sur les soins à faible valeur ajoutée afin de réduire les incertitudes concernant ces soins. Les obstacles à la réduction de l'utilisation des soins à faible valeur étaient ainsi considérables, souvent aggravés par les difficultés de diffusion des innovations dans le domaine des soins de santé, avec des innovations prenant en moyenne 17 ans pour atteindre la pratique clinique. Des interventions à multiples facettes qui renforcent les directives à travers l'éducation personnalisée, un suivi et des feedbacks, ainsi que des incitations financières alignées devraient être poursuivies afin de réduire l'utilisation de services à faible valeur ajoutée.

Rocque (Rocque et al., 2017), dans son étude relative aux personnes âgées recevant des soins contre le cancer dans plusieurs centres anticancéreux aux États-Unis, montre que la concordance de ces soins avec les recommandations de « choosing wisely » était sous-optimale. De plus, la non-concordance était associée à des coûts totaux plus élevés pour chaque recommandation. Bien que des facteurs liés au patient (race, âge et comorbidité) pouvaient expliquer des différences de concordance, la variation de traitement constatée entre centres anticancéreux était considérable et soulignait que les facteurs concernant les producteurs de soins s'avéraient plus importants. Cette étude indique également qu'il est possible d'améliorer la valeur ajoutée des soins en ciblant la concordance avec les recommandations de « choosing wisely », car la plupart des mesures de cette campagne, qui ont été examinées dans cette étude, étaient associées à des coûts de soins considérablement plus élevés. Enfin, selon les mesures de la campagne, jusqu'à 60% des personnes âgées atteintes de cancer pouvaient recevoir des soins à faible valeur ajoutée. Ces résultats montrent donc qu'il y a amplement la place d'améliorer la pratique clinique et réduire le coût des soins. Étant donné que la variabilité de la concordance avec les recommandations de « choosing wisely » était principalement déterminée par le lieu de soins plutôt que par les facteurs liés au patient, une formation continue sur ces recommandations était nécessaire pour améliorer la valeur ajoutée des soins contre le cancer.

Il serait intéressant de voir si la campagne « choosing wisely », initiée aux États-Unis, pourrait être adaptée à d'autres pays et notamment la France. L'étude de Trumbic (Trumbic et al., 2018) a été réalisée en combinant l'approche « choosing wisely » avec la méthode du consensus formel des directives publiées par la HAS (Haute Autorité de Santé). Cette étude pilote, la première de ce genre en France, a montré, selon un groupe de neurologues français spécialisés dans sclérose en plaque, que l'adaptation du modèle « choosing wisely » était faisable et pertinente afin de générer des recommandations pour améliorer la pertinence des soins dans la gestion de cette pathologie. Cependant, l'accessibilité des recommandations à des praticiens appartenant à d'autres domaines spécialisés ainsi que leur impact sur les pratiques cliniques quotidiennes devraient maintenant être étudiées et prouvées.

4 Bibliographie

Arditi, C., M. Rege-Walther, P. Durieux, and B. Burnand. 2017. "Computer-generated reminders delivered on paper to healthcare professionals: effects on professional practice and healthcare outcomes." *Cochrane Database Syst Rev* 7: Cd001175.

Aziz, H. A. and H. M. Alshekhabobakr. 2017. "Health Informatics Tools to Improve Utilization of Laboratory Tests." *Lab Med* 48(2): e30-e35.

Baker, R., J. Camosso-Stefinovic, C. Gillies, E. J. Shaw, F. Cheater, S. Flottorp, N. Robertson, M. Wensing, M. Fiander, M. P. Eccles, M. Godycki-Cwirko, J. van Lieshout, and C. Jager. 2015. "Tailored interventions to address determinants of practice." *Cochrane Database Syst Rev*(4): Cd005470.

Baldie, D. J., B. Guthrie, V. Entwistle, and T. Kroll. 2018. "Exploring the impact and use of patients' feedback about their care experiences in general practice settings-a realist synthesis." *Fam Pract* 35(1): 13-21.

Baldwin, J. D., J. Cox, Z. H. Wu, A. Kenny, and S. Angus. 2017. "Delivery and Measurement of High-Value Care in Standardized Patient Encounters." *J Grad Med Educ* 9(5): 645-49.

Bhatia, R. S., W. Levinson, S. Shortt, C. Pendrith, E. Fric-Shamji, M. Kallewaard, W. Peul, J. Veillard, A. Elshaug, I. Forde, and E. A. Kerr. 2015. "Measuring the effect of Choosing Wisely: an integrated framework to assess campaign impact on low-value care." *BMJ Qual Saf* 24(8): 523-31.

Bishop, T. F., M. Cea, Y. Miranda, R. Kim, M. Lash-Dardia, J. I. Lee, P. Steel, J. Goldberg, E. Mechanic, V. Fener, and L. M. Gerber. 2017. "Academic physicians' views on low-value services and the choosing wisely campaign: A qualitative study." *Healthc (Amst)* 5(1-2): 17-22.

Brusamento, S., H. Legido-Quigley, D. Panteli, E. Turk, C. Knai, V. Saliba, J. Car, M. McKee, and R. Busse. 2012. "Assessing the effectiveness of strategies to implement clinical guidelines for the management of chronic diseases at primary care level in EU Member States: a systematic review." *Health Policy* 107(2-3): 168-83.

Chen, C. S., T. C. Liu, B. Chen, and C. L. Lin. 2014. "The failure of financial incentive? The seemingly inexorable rise of cesarean section." *Soc Sci Med* 101: 47-51.

- Colla, C. H., E. A. Kinsella, N. E. Morden, D. J. Meyers, M. B. Rosenthal, and T. D. Sequist. 2016. "Physician perceptions of Choosing Wisely and drivers of overuse." *Am J Manag Care* 22(5): 337-43.
- Colla, C. H. and A. J. Mainor. 2017. "Choosing Wisely Campaign: Valuable For Providers Who Knew About It, But Awareness Remained Constant, 2014-17." *Health Aff (Millwood)* 36(11): 2005-11.
- Dalleur, O., J. M. Feron, and A. Spinewine. 2014. "Views of general practitioners on the use of STOPP&START in primary care: a qualitative study." *Acta Clin Belg* 69(4): 251-61.
- Damiani, G., L. Pinnarelli, S. C. Colosimo, R. Almiento, L. Sicuro, R. Galasso, L. Sommella, and W. Ricciardi. 2010. "The effectiveness of computerized clinical guidelines in the process of care: a systematic review." *BMC Health Serv Res* 10: 2.
- Dulko, D. 2007. "Audit and feedback as a clinical practice guideline implementation strategy: a model for acute care nurse practitioners." *Worldviews Evid Based Nurs* 4(4): 200-9.
- Elshaug, A. G., M. B. Rosenthal, J. N. Lavis, S. Brownlee, H. Schmidt, S. Nagpal, P. Littlejohns, D. Srivastava, S. Tunis, and V. Saini. 2017. "Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care." *Lancet* 390(10090): 191-202.
- Farias, M., K. Jenkins, J. Lock, R. Rathod, J. Newburger, D. W. Bates, D. G. Safran, K. Friedman, and J. Greenberg. 2013. "Standardized Clinical Assessment And Management Plans (SCAMPs) provide a better alternative to clinical practice guidelines." *Health Aff (Millwood)* 32(5): 911-20.
- Flodgren, G., M. P. Eccles, S. Shepperd, A. Scott, E. Parmelli, and F. R. Beyer. 2011. "An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes." *Cochrane Database Syst Rev*(7): Cd009255.
- Flodgren, G., A. M. Hall, L. Goulding, M. P. Eccles, J. M. Grimshaw, G. C. Leng, and S. Shepperd. 2016. "Tools developed and disseminated by guideline producers to promote the uptake of their guidelines." *Cochrane Database Syst Rev*(8): Cd010669.
- Forsetlund, L., A. Bjorndal, A. Rashidian, G. Jamtvedt, M. A. O'Brien, F. Wolf, D. Davis, J. Odgaard-Jensen, and A. D. Oxman. 2009. "Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes." *Cochrane Database Syst Rev*(2): Cd003030.
- Frankenthal, D., Y. Lerman, E. Kalendaryev, and Y. Lerman. 2014. "Intervention with the screening tool of older persons potentially inappropriate prescriptions/screening tool to alert doctors to right treatment criteria in elderly residents of a chronic geriatric facility: a randomized clinical trial." *J Am Geriatr Soc* 62(9): 1658-65.
- Gagnon, M. P., F. Legare, M. Labrecque, P. Fremont, P. Pluye, J. Gagnon, J. Car, C. Pagliari, M. Desmartis, L. Turcot, and K. Gravel. 2009. "Interventions for promoting information and communication technologies adoption in healthcare professionals." *Cochrane Database Syst Rev*(1): Cd006093.
- Giguere, A., F. Legare, J. Grimshaw, S. Turcotte, M. Fiander, A. Grudniewicz, S. Makosso-Kallyth, F. M. Wolf, A. P. Farmer, and M. P. Gagnon. 2012. "Printed educational materials: effects on professional practice and healthcare outcomes." *Cochrane Database Syst Rev* 10: Cd004398.

- Gillaizeau, F., E. Chan, L. Trinquart, I. Colombet, R. T. Walton, M. Rege-Walther, B. Burnand, and P. Durieux. 2013. "Computerized advice on drug dosage to improve prescribing practice." *Cochrane Database Syst Rev*(11): Cd002894.
- Grant, D. 2009. "Physician financial incentives and cesarean delivery: new conclusions from the healthcare cost and utilization project." *J Health Econ* 28(1): 244-50.
- Groene, O., R. Sunol, N. S. Klazinga, A. Wang, M. Dersarkissian, C. A. Thompson, A. Thompson, O. A. Arah, and D. P. C. on behalf of the. 2014. "Involvement of patients or their representatives in quality management functions in EU hospitals: implementation and impact on patient-centred care strategies." *International Journal for Quality in Health Care* 26(suppl 1): 81-91.
- Gruber, J. and M. Owings. 1996. "Physician financial incentives and cesarean section delivery." *Rand J Econ* 27(1): 99-123.
- Gude, W. T., M. M. van Engen-Verheul, S. N. van der Veer, N. F. de Keizer, and N. Peek. 2017. "How does audit and feedback influence intentions of health professionals to improve practice? A laboratory experiment and field study in cardiac rehabilitation." *BMJ Qual Saf* 26(4): 279-87.
- Gupta, R., N. T. Shah, C. Moriates, S. Wallingford, and V. M. Arora. 2017. "Disseminating Innovations in Teaching Value-Based Care Through an Online Learning Network." *J Grad Med Educ* 9(4): 509-13.
- Hibbard, J. H., J. Greene, S. Sofaer, K. Firminger, and J. Hirsh. 2012. "An experiment shows that a well-designed report on costs and quality can help consumers choose high-value health care." *Health Aff (Millwood)* 31(3): 560-8.
- Ivers, N., G. Jamtvedt, S. Flottorp, J. M. Young, J. Odgaard-Jensen, S. D. French, M. A. O'Brien, M. Johansen, J. Grimshaw, and A. D. Oxman. 2012. "Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes." *Cochrane Database Syst Rev*(6): Cd000259.
- Ketelaar, N. A., M. J. Faber, S. Flottorp, L. H. Rygh, K. H. Deane, and M. P. Eccles. 2011. "Public release of performance data in changing the behaviour of healthcare consumers, professionals or organisations." *Cochrane Database Syst Rev*(11): Cd004538
- Lo, J. C. 2008. "Financial incentives do not always work: an example of cesarean sections in Taiwan." *Health Policy* 88(1): 121-9.
- Low, L. F., J. Fletcher, B. Goodenough, Y. H. Jeon, C. Etherton-Ber, M. MacAndrew, and E. Beattie. 2015. "A Systematic Review of Interventions to Change Staff Care Practices in Order to Improve Resident Outcomes in Nursing Homes." *PLoS One* 10(11): e0140711.
- Mack, K. E., L. J. Voyten, and R. V. Hausrod. 2013. "The search for quality and outcomes. Strategic physician alignment is key to improving care while reducing costs." *Healthc Exec* 28(3): 86-8.
- Makarov, D. V., P. R. Soulos, H. T. Gold, J. B. Yu, S. Sen, J. S. Ross, and C. P. Gross. 2015. "Regional-Level Correlations in Inappropriate Imaging Rates for Prostate and Breast Cancers: Potential Implications for the Choosing Wisely Campaign." *JAMA Oncol* 1(2): 185-94.
- McDaniel, C. E., A. A. White, M. C. Bradford, C. D. Sy, T. Chen, D. Brock, J. Foti, and J. B. Beck. 2018. "The High-Value Care Rounding Tool: Development and Validity Evidence." *Acad Med* 93(2): 199-206.

- Milcent, C. and J. Rochut. 2009. "Tarification hospitalière et pratique médicale. La pratique de la césarienne en France." *Revue Economique* 60(2): 489-506.
- O'Brien, M. A., S. Rogers, G. Jamtvedt, A. D. Oxman, J. Odgaard-Jensen, D. T. Kristoffersen, L. Forsetlund, D. Bainbridge, N. Freemantle, D. A. Davis, R. B. Haynes, and E. L. Harvey. 2007. "Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes." *Cochrane Database Syst Rev*(4): Cd000409.
- Oxman, A. D., M. A. Thomson, D. A. Davis, and R. B. Haynes. 1995. "No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice." *Cmaj* 153(10): 1423-31.
- Parmelli, E., G. Flodgren, M. E. Schaafsma, N. Baillie, F. R. Beyer, and M. P. Eccles. 2011. "The effectiveness of strategies to change organisational culture to improve healthcare performance." *Cochrane Database Syst Rev*(1): Cd008315.
- Reeves, S., L. Perrier, J. Goldman, D. Freeth, and M. Zwarenstein. 2013. "Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update)." *Cochrane Database Syst Rev*(3): Cd002213.
- Rocque, G. B., C. P. Williams, B. E. Jackson, A. S. Wallace, K. I. Halilova, K. M. Kenzik, E. E. Partridge, and M. Pisu. 2017. "Choosing Wisely: Opportunities for Improving Value in Cancer Care Delivery?" *J Oncol Pract* 13(1): e11-e21.
- Rotter, T., L. Kinsman, E. James, A. Machotta, J. Willis, P. Snow, and J. Kugler. 2012. "The effects of clinical pathways on professional practice, patient outcomes, length of stay, and hospital costs: Cochrane systematic review and meta-analysis." *Eval Health Prof* 35(1): 3-27.
- Ruhland, D. J., J. M. Bellone, and E. Wilkes. 2017. "Implementation and Assessment of an Ambulatory Prescribing Guidance Tool to Improve Patient Safety in the Geriatric Population." *Consult Pharm* 32(3): 169-74.
- Sadowski, B. W., A. B. Lane, S. M. Wood, S. L. Robinson, and C. H. Kim. 2017. "High-Value, Cost-Conscious Care: Iterative Systems-Based Interventions to Reduce Unnecessary Laboratory Testing." *Am J Med* 130(9): 1112.e1-12.e7.
- Shaikh, U. and A. Roth. 2017. "Five Organizational Strategies to Deliver High-Value Health Care." *Am J Med Qual* 32(5): 566-68.
- Signorelli, H., J. A. Straseski, J. R. Genzen, B. S. Walker, B. R. Jackson, and R. L. Schmidt. 2015. "Benchmarking to Identify Practice Variation in Test Ordering: A Potential Tool for Utilization Management." *Lab Med* 46(4): 356-64.
- Stinnett-Donnelly, J. M., P. G. Stevens, and V. L. Hood. 2016. "Developing a high value care programme from the bottom up: a programme of faculty-resident improvement projects targeting harmful or unnecessary care." *BMJ Qual Saf* 25(11): 901-08.
- Trumbic, B., H. Zephir, J. C. Ouallet, E. Le Page, D. Laplaud, C. Bensa, and J. de Seze. 2018. "Is the Choosing Wisely((R)) campaign model applicable to the management of multiple sclerosis in France? A GRESEP pilot study." *Rev Neurol (Paris)* 174(1-2): 28-35.

Tung, Y. C., H. Y. Chang, and G. M. Chang. 2018. "Impact of bundled payments on hip fracture outcomes: a nationwide population-based study." *Int J Qual Health Care* 30(1): 23-31.

van Overveld, L. F. J., R. P. Takes, T. W. Vijn, J. C. C. Braspenning, J. P. de Boer, J. J. A. Brouns, R. J. Bun, B. A. C. van Dijk, J. Dortmans, E. A. C. Dronkers, R. J. J. van Es, F. J. P. Hoebbers, A. Kropveld, J. A. Langendijk, T. P. M. Langeveld, S. F. Oosting, H. P. Verschuur, J. de Visscher, S. van Weert, M. A. W. Merckx, L. E. Smeele, and R. Hermens. 2017. "Feedback preferences of patients, professionals and health insurers in integrated head and neck cancer care." *Health Expect* 20(6): 1275-88.

Wolfson, D., J. Santa, and L. Slass. 2014. "Engaging physicians and consumers in conversations about treatment overuse and waste: a short history of the choosing wisely campaign." *Acad Med* 89(7): 990-5.