



# Les soins non nécessaires au Canada

**Avril 2017**

**Choisir  
avec soin**



Institut canadien  
d'information sur la santé

Canadian Institute  
for Health Information

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé  
495, chemin Richmond, bureau 600  
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860

Télécopieur : 613-241-8120

[www.icis.ca](http://www.icis.ca)

[droitdauteur@icis.ca](mailto:droitdauteur@icis.ca)

ISBN 978-1-77109-570-9 (PDF)

© 2017 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Les soins non nécessaires au Canada*.

Ottawa, ON : ICIS; 2017.

This publication is also available in English under the title *Unnecessary Care in Canada*.

ISBN 978-1-77109-569-3 (PDF)

# Table of contents

Remerciements . . . . .	5
Avant-propos . . . . .	6
Sommaire . . . . .	8
Principales constatations . . . . .	9
Quel est le message à retenir? . . . . .	10
Introduction . . . . .	11
Faits saillants : Notoriété de la campagne Choisir avec soin et points de vue du grand public . . . . .	12
Au sujet du présent rapport . . . . .	13
Choisir avec soin : une campagne internationale qui prend de l'envergure . . . . .	14
Faits saillants : L'OCDE s'en prend au gaspillage . . . . .	15
La campagne Choisir avec soin d'un océan à l'autre . . . . .	16
Soins de santé primaires . . . . .	20
Ne pas recourir à des examens d'imagerie pour des douleurs au bas du dos, sauf en présence de signes préoccupants . . . . .	21
Ne pas utiliser d'antipsychotiques atypiques <sup>ii</sup> comme intervention de première intention pour traiter l'insomnie chez les enfants et les jeunes . . . . .	26
Ne pas utiliser de benzodiazépines ou d'autres sédatifs hypnotiques chez les personnes âgées comme premier choix pour traiter l'insomnie, l'agitation ou le delirium . . . . .	30
Faits saillants : Inforoute Santé du Canada . . . . .	34
Ne pas effectuer une mammographie de dépistage systématique chez les femmes de 40 à 49 ans qui présentent un risque moyen . . . . .	36
Soins spécialisés . . . . .	40
Ne pas effectuer d'examens préopératoires avant les interventions à faible risque . . . . .	41
Faits saillants : Qualité des services de santé Ontario . . . . .	47
Faits saillants : Partenariat canadien contre le cancer . . . . .	50

Soins au service d'urgence. . . . .	51
Ne pas utiliser l'imagerie pour les traumatismes crâniens mineurs, sauf en présence de signes préoccupants . . . . .	52
Faits saillants : Choisir avec soin en Alberta . . . . .	57
Faits saillants : Hôpital général de North York — une démarche à l'échelle de l'établissement pour l'atteinte de la réussite . . . . .	59
Soins hospitaliers . . . . .	60
Ne pas prescrire systématiquement une TDM de la tête pour les patients hospitalisés atteints de delirium, en l'absence de facteurs de risque . . . . .	61
Faits saillants : Participation des patients. . . . .	64
Ne pas transfuser de globules rouges pour des seuils d'hémoglobine ou d'hématocrite arbitraires en l'absence de symptômes d'une maladie coronarienne active, d'insuffisance cardiaque ou d'un AVC. . . . .	66
Conclusion . . . . .	70
Annexe A : Brève présentation des particularités techniques et des recommandations de la campagne Choisir avec soin . . . . .	71
Annexe B : Texte de remplacement pour les figures . . . . .	75
Références . . . . .	80

# Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et la campagne nationale Choisir avec soin souhaitent remercier les nombreux organismes partenaires et les nombreuses personnes qui ont contribué par leurs travaux à la réalisation du présent rapport.

Merci aux organismes partenaires ci-dessous :



Il est à noter que les analyses et les conclusions figurant dans le présent rapport ne reflètent pas nécessairement les opinions des personnes affiliées.

Le présent rapport est le fruit d'une collaboration entre de nombreuses divisions de l'ICIS. Nous tenons à remercier l'équipe de l'ICIS qui a travaillé à la campagne canadienne Choisir avec soin et dont l'expertise et le temps ont été mis à contribution de diverses façons.

# Avant-propos

## Choisir avec soin

---

Choisir avec soin est une campagne nationale dirigée par des médecins. Elle vise à aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue au sujet des soins qui ne sont pas nécessaires. Ce dialogue repose sur un ensemble croissant de recommandations formulées par des associations nationales de spécialistes. L'équipe de Choisir avec soin espère que ce dialogue visera à réduire les soins superflus et le nombre de préjudices causés aux patients canadiens. L'équipe est heureuse d'avoir travaillé en partenariat avec l'Institut canadien d'information sur la santé à la création du présent rapport. Le rapport s'appuie sur des données pour brosser un portrait des secteurs du système de santé canadien visés par les recommandations de la campagne Choisir avec soin.

L'équipe de la campagne Choisir avec soin s'est engagée à collaborer avec des partenaires de partout au Canada afin d'élaborer des données, des mesures et des mécanismes d'évaluation fiables. Le présent rapport permet de mieux comprendre la question des soins non nécessaires au Canada. Il rend compte des répercussions de la campagne et des nombreux efforts qui ont été déployés à l'échelle régionale, locale et individuelle pour réduire le recours à de tels soins.



**D<sup>re</sup> Wendy Levinson**

Présidente, Choisir avec soin;  
professeure de médecine, Université de Toronto



## Institut canadien d'information sur la santé

---

L'ICIS est particulièrement fier de ses importants partenariats, notamment avec l'équipe de la campagne nationale Choisir avec soin. Cette campagne vise à réduire les soins superflus en examinant les examens, traitements et interventions qui présentent peu d'avantages pour le patient sur le plan clinique. Notre travail dans le cadre du présent rapport est de fournir des données de qualité qui permettront aux médecins et aux patients de prendre des décisions plus judicieuses quant aux soins non nécessaires, ce qui, à terme, améliorera la santé des Canadiens.

La collaboration avec de précieux partenaires comme Choisir avec soin vient consolider la déclaration de données sur les soins de santé et la performance au pays. L'ICIS maintiendra avec intérêt le dialogue sur les soins non nécessaires, non seulement avec les partenaires, mais aussi avec les patients, les cliniciens, les chercheurs et les décideurs.



**David O'Toole**

Président-directeur général, Institut canadien d'information sur la santé



Institut canadien  
d'information sur la santé

Canadian Institute  
for Health Information

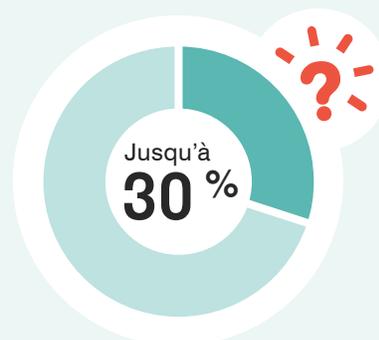
# Sommaire

La campagne Choisir avec soin vise à stimuler le dialogue entre les patients et les professionnels de la santé sur les examens et les traitements non nécessaires, afin de les aider à faire des choix éclairés et efficaces en vue d'assurer des soins de grande qualité.

En santé, plus n'est pas synonyme de meilleur. Les examens et les traitements non nécessaires n'aident en rien et peuvent exposer les patients à des préjudices, à des examens supplémentaires en raison de faux positifs et à de l'anxiété. Les soins non nécessaires représentent de plus une perte de ressources et ajoutent aux temps d'attente.

Le présent rapport évalue la mesure dans laquelle les examens et les traitements pratiqués au Canada, dans 8 secteurs visés par les recommandations de la campagne, sont potentiellement non nécessaires, voire préjudiciables. Le rapport fait aussi état de mesures visant à réduire les soins non nécessaires.

**Selon le rapport, jusqu'à 30 % des examens et des interventions réalisés dans les 8 secteurs visés par les recommandations de la campagne Choisir avec soin pourraient ne pas être nécessaires.**



**D'importantes variations selon la région et l'organisme ont été constatées dans le nombre d'exams et de traitements non nécessaires effectués.** Ce qui donne à penser que les soins non nécessaires pourraient être réduits.



# Principales constatations



En Alberta,  
**30 %**

des patients ayant des douleurs au bas du dos

**ont subi au moins un examen de radiographie, TDM ou IRM** même s'ils ne présentaient pas de signes préoccupants.

Taux par 100 000 habitants



2008-2009 2013-2014

Au Manitoba, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique, **le taux d'utilisation de la quétiapine à faible dose** (souvent prescrite pour le traitement de l'insomnie) a augmenté chez les enfants et les jeunes de 5 à 24 ans, même si les experts ne le recommandent pas.



**Au Canada, 1 personne âgée sur 10 prend de la benzodiazépine, un sédatif hypnotique, de façon régulière** même si les experts ne le recommandent pas.

En Ontario, en Saskatchewan et en Alberta,



**18 à 35 %**

des patient **ont subi un examen préopératoire** avant une intervention à faible risque.

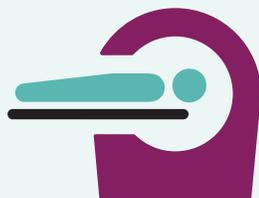


En Ontario et en Alberta, plus de **30 %** des patients qui se sont rendus au service d'urgence en raison d'un traumatisme crânien mineur et présentant un risque faible **ont subi une TDM de la tête.**



**22 %**

des Canadiennes âgées de 40 à 49 ans **ont passé une mammographie de dépistage** même si elles ne présentaient qu'un risque moyen.



**Un examen de TDM potentiellement non nécessaire** a été effectué chez **23 %** des patients hospitalisés atteints de delirium en Ontario.



**Le nombre de transfusions de globules rouges**

dans les cas d'arthroplasties non urgentes de la hanche (12 %) ou du genou (8 %) **a diminué, mais ces transfusions sont toujours réalisées au pays** même si le sang est une ressource précieuse.



# Quel est le message à retenir?



**De nombreux Canadiens reçoivent des soins qui, selon les recommandations de la campagne Choisir avec soin, pourraient ne pas être nécessaires.** Les soins non nécessaires n'améliorent pas les résultats pour la santé, peuvent causer des préjudices aux patients et entraînent des coûts supplémentaires pour le système.



**Les variations à l'échelle des provinces, des territoires, des régions et des établissements montrent des possibilités d'amélioration et d'apprentissage entre pairs.**



**Des mesures visant à réduire les soins non nécessaires doivent être instaurées au sein de l'organisme.** Les outils d'aide à la décision permettent d'éviter les soins qui présentent peu d'avantages et ils peuvent favoriser l'amélioration.



**L'accès aux ressources, la formation, la culture organisationnelle et les attentes des patients peuvent influencer sur les décisions des cliniciens.**



**Les critères d'admissibilité aux programmes (p. ex. programmes de dépistage) adoptés par la province ou le territoire peuvent contribuer à la variation des taux d'examen.**



**Des solutions de rechange aux traitements, aux examens et aux interventions — comme les outils d'évaluation et les produits pharmaceutiques — doivent être envisagées.**



**Les attentes et les préférences des patients peuvent influencer sur la prestation des soins.** Aider les patients et les cliniciens à tenir des discussions et à prendre des décisions éclairées peut réduire les soins non nécessaires.

# Introduction

Dirigée par une équipe de médecins, la campagne nationale Choisir avec soin a pour objectif de définir les examens, les traitements et les interventions qui ne sont pas nécessaires et qui ne présentent aucun avantage sur le plan clinique. La campagne nationale Choisir avec soin s'inspire de la campagne Choosing Wisely des États-Unis, lancée par la fondation American Board of Internal Medicine (ABIM) en 2012. Il s'agissait alors de la première initiative à solliciter l'aide des associations nationales de spécialistes pour dresser une liste des principales pratiques sur lesquelles les cliniciens et les patients devraient s'interroger, selon la spécialité. Depuis sa mise en œuvre en 2014, la campagne nationale Choisir avec soin a diffusé plus de 200 recommandations, en partenariat avec plus de 90 % des associations nationales de spécialistes à qui elle avait demandé de dresser des listes. Les cliniciens de première ligne et les patients ont déjà accès aux recommandations formulées dans le cadre de la campagne à l'aide d'une application mobile et du site Web de la campagne Choisir avec soin, ce qui permet d'améliorer la communication et de renseigner les patients. Ces recommandations jettent aussi les bases de projets d'amélioration de la qualité et de mise en œuvre à l'échelle régionale. Choisir avec soin fait partie d'un mouvement international de cliniciens qui concrétisent leurs obligations professionnelles de gestion responsable des ressources de santé et de réduction des préjudices en définissant les examens, traitements et interventions non nécessaires. L'équipe de la campagne Choisir avec soin travaille en partenariat avec de nombreux organismes nationaux, provinciaux et régionaux afin de remplir son mandat.

Partenaire de premier plan, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) contribue à la réalisation des objectifs de la campagne sur le plan de la mesure et de l'évaluation. Restreindre la prestation de soins non nécessaires pour l'ensemble des Canadiens est un moyen de réduire le nombre de préjudices subis par les patients et d'améliorer la qualité des soins de santé au Canada. Les résultats d'évaluation des différentes recommandations de la campagne sont essentiels aux cliniciens canadiens qui cherchent à instaurer les recommandations de la campagne Choisir avec soin dans le cadre de leur pratique. Le présent rapport contient des données de qualité qui permettront aux médecins et aux patients de prendre des décisions judicieuses, ce qui, à terme, améliorera la santé des Canadiens.

## Notoriété de la campagne Choisir avec soin et points de vue du grand public

**La campagne canadienne Choisir avec soin prend son sens dans le consensus des médecins, des patients et du gouvernement sur la question des soins non nécessaires.**

En 2015, Ipsos Reid a réalisé un sondage auprès des Canadiens afin d'évaluer la notoriété de la campagne Choisir avec soin et de connaître leur avis sur le recours aux soins non nécessaires.



### Environ 1 Canadien sur 4

s'est fait recommander un traitement ou un examen qui, de son avis, n'était pas nécessaire au maintien de sa santé.



### Près de 1 Canadien sur 10

dit avoir entendu parler de la campagne Choisir avec soin.



### 62 % des Canadiens

sont d'avis qu'une quantité considérable de soins non nécessaires sont dispensés à l'échelle du système de santé.



### 72 % des Canadiens

croient qu'il incombe surtout aux médecins de réduire le recours inapproprié aux services.



### Plus de 90 % des répondants

estiment que les patients ont besoin d'un soutien accru et d'outils supplémentaires pour prendre des décisions au sujet des soins de santé nécessaires.



### 67 % des répondants

estiment que le recours à des soins non nécessaires résulte davantage d'une demande du patient que d'une décision du médecin.



### 42 % des répondants

au chapitre des attentes personnelles s'attendent à ce qu'une consultation avec le médecin se solde par une ordonnance ou une demande d'examen.



### Pour plus d'information

[www.cma.ca/fr/](http://www.cma.ca/fr/)

 @CMA\_Docs

 @CanadianMedicalAssociation

ASSOCIATION  
MÉDICALE  
CANADIENNE



CANADIAN  
MEDICAL  
ASSOCIATION

1867-2017

150

# Au sujet du présent rapport

Le rapport porte sur 8 recommandations publiées dans le cadre de la campagne Choisir avec soin. Elles ont été élaborées par des associations canadiennes de médecins spécialistes. Là où plusieurs sociétés spécialisées ont formulé des recommandations similaires, nous avons synthétisé le contenu des recommandations afin d'en retirer le message principal.

Les recommandations présentées ici intéressent particulièrement les provinces et territoires. Elles convergent vers les intérêts de la scène internationale et touchent plusieurs secteurs de nos systèmes de santé : les soins de santé primaires, les soins spécialisés, les soins au service d'urgence et les soins hospitaliers. Nous mettons en lumière l'importance de chacune des recommandations, le message clé, les conclusions de l'ICIS et les efforts d'amélioration déployés par les organismes partenaires de tout le pays.

Dans la mesure du possible, nous évaluons la situation à l'échelle de plusieurs provinces et territoires. Nos analyses reposent sur des données administratives provenant des établissements de soins de courte durée et des services d'urgence, des données sur la facturation des médecins ainsi que des données sur l'utilisation des médicaments et la santé communautaire.



Le présent rapport s'accompagne d'un [rapport technique](#) contenant des précisions sur les données et la méthodologie utilisées.

Le présent rapport a pour principal objectif de mesurer l'ampleur générale des possibilités de changement et non de les calculer avec précision.

# Choisir avec soin : une campagne internationale qui prend de l'envergure

Choisir avec soin fait partie d'un mouvement international visant à réduire le recours aux soins non nécessaires. Les campagnes Choisir avec soin sont dirigées par des cliniciens qui concrétisent leurs obligations professionnelles de gestion des ressources limitées en santé et de prévention des préjudices en définissant les examens, traitements et interventions non nécessaires.

Des campagnes Choisir avec soin ont été mises en œuvre dans près de 20 pays à ce jour. Les campagnes nationales doivent être conformes aux 5 principes fondamentaux de la campagne Choisir avec soin<sup>1</sup> :

## **Dirigée par des médecins**

La campagne doit être dirigée par des médecins (par opposition au gouvernement ou à un organisme de financement). Il s'agit là d'un facteur important pour instaurer et maintenir la confiance des professionnels de la santé et des patients. Il met en relief le fait que les campagnes sont axées sur la qualité des soins et la réduction des préjudices plutôt que sur la réduction des coûts.

## **Centrée sur les patients**

La campagne doit être centrée sur le patient et doit faire participer ce dernier au processus de développement et de mise en œuvre. La communication entre les professionnels de la santé et les patients est vitale à la campagne Choisir avec soin.

## **Multiprofessionnelle**

Autant que possible, la campagne doit mobiliser des médecins, des infirmières, des pharmaciens et d'autres professionnels de la santé.

## **Fondée sur des données probantes**

Les recommandations formulées dans le cadre de la campagne doivent reposer sur des données probantes et faire l'objet d'un examen continu permettant d'en assurer la crédibilité.

## **Transparente**

Le processus suivi pour créer les recommandations doit être divulgué au public et tout conflit d'intérêts doit être déclaré.

L'équipe de la campagne canadienne Choisir avec soin participe à l'organisation d'un consortium international qui réunit périodiquement les leaders de pays participants pour discuter d'apprentissages communs et d'occasions de collaboration. Jusqu'à maintenant, ses travaux ont principalement porté sur la collaboration en matière de recherche et d'évaluation, de mise en œuvre et de mobilisation du grand public. L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) collabore avec le consortium international de Choisir avec soin pour élaborer 3 indicateurs de soins inappropriés comparables à l'échelle internationale : les examens d'imagerie pour les douleurs au bas du dos, le recours aux benzodiazépines chez les patients âgés de plus de 65 ans et le recours aux antibiotiques pour les infections virales.

Le rapport *Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé*, publié en janvier 2017, examine les dépenses inutiles en santé, notamment les erreurs évitables et les soins de faible valeur, à partir des principes établis par la campagne Choisir avec soin.



Le rapport présenté dans l'image n'est disponible qu'en anglais.

- Un dialogue soutenu sur les soins et les examens appropriés entre les patients et les dispensateurs est essentiel pour la lutte contre le gaspillage en matière de soins.
- La forte variation d'un dispensateur à l'autre dans les services jugés de faible valeur par la campagne Choisir avec soin indique que des soins inappropriés sont dispensés.
- Un examen systématique des stratégies en place dans certains pays pour restreindre les dépenses non productives et le gaspillage fait état de possibilités d'amélioration.
- L'OCDE collabore avec l'équipe de Choisir avec soin pour l'élaboration de 3 indicateurs de soins inappropriés, comparables à l'échelle internationale, soit l'utilisation d'antibiotiques pour une infection des voies respiratoires supérieures, la prescription de sédatifs chez les personnes âgées et le recours à l'imagerie médicale pour des douleurs au bas du dos.
- En outre, le rapport se penche sur les erreurs évitables, examine les stratégies visant à obtenir le matériel médical au moindre coût et les manières de mieux cibler l'utilisation d'intrants dispendieux. Les données sont primordiales.



## Pour plus d'information

<http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

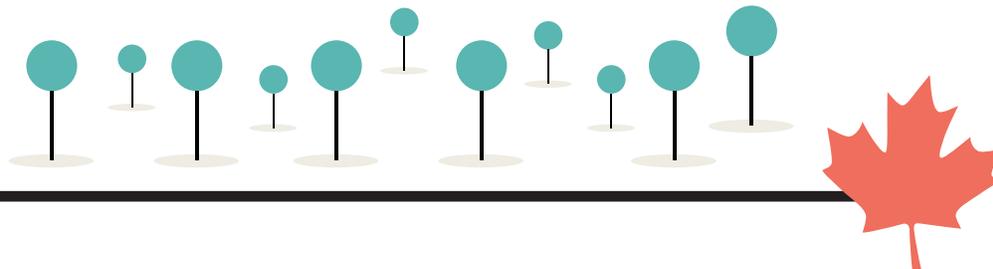
 @OECD

 @theOECD

# La campagne Choisir avec soin d'un océan à l'autre

En plus de la campagne nationale, plusieurs provinces et territoires ont instauré leur propre campagne Choisir avec soin. Ces campagnes, qui réunissent des intervenants de la province ou du territoire visé, sont soutenues par la campagne nationale Choisir avec soin. Elles ont pour mandat d'exécuter des stratégies pertinentes à l'échelle régionale afin d'accélérer le rythme des changements.

Les campagnes provinciales et territoriales affiliées à la campagne réunissent divers intervenants, notamment des organismes de prestation de soins de santé, des sociétés médicales, des leaders cliniques, des groupes de mesure et de recherche pertinents, des écoles et des professeurs de médecine, des groupes politiques et des groupes de patients. Ensemble, ces intervenants définissent les domaines d'amélioration prioritaires propres à leur province ou à leur territoire en se fondant sur les recommandations de la campagne nationale Choisir avec soin.



## Voici un aperçu des activités entreprises dans les provinces et les territoires :

### ● Terre-Neuve-et-Labrador

La campagne Choisir avec soin Terre-Neuve-et-Labrador, dont la coordination est assurée par l'initiative de médecine translationnelle et personnalisée de l'Université Memorial, a fait l'objet d'un lancement officiel en octobre 2016. Il s'agit d'une campagne pluridimensionnelle à l'intention des patients et des cliniciens, qui intègre des activités de mobilisation du grand public et un volet publicitaire. Elle vise notamment à réduire le recours non nécessaire aux antibiotiques, aux antipsychotiques dans les centres de soins infirmiers, aux tests de laboratoire et aux examens d'imagerie.

## ● Île-du-Prince-Édouard

La coordination de la campagne Choisir avec soin Île-du-Prince-Édouard est assurée par la Medical Society of Prince Edward Island (MSPEI). Les médecins connaissent déjà la campagne nationale Choisir avec soin. À compter de 2017, des intervenants locaux se réuniront afin de définir les priorités régionales et d'élaborer un plan de mise en œuvre.

## ● Nouvelle-Écosse

L'association Doctors Nova Scotia a adopté la campagne Choisir avec soin en 2014 et l'a définie comme une priorité stratégique dans son plan d'activités de 2014-2015. Les efforts de mise en œuvre à l'échelle régionale portent, entre autres, sur les examens non nécessaires au service d'urgence, sur l'utilisation appropriée de cathéters urinaires chez les patients hospitalisés et sur un programme de perfectionnement professionnel continu. L'Université Dalhousie et l'association Doctors Nova Scotia ont établi un partenariat en vue de diriger des initiatives provinciales. Ce partenariat deviendra un volet régional officiel de la campagne Choisir avec soin au début de 2017. Il visera à élaborer un plan de mise en œuvre régional ainsi que des mécanismes de recherche et d'évaluation permettant de mesurer les progrès réalisés.

## ● Nouveau-Brunswick

La Société médicale du Nouveau-Brunswick veille à promouvoir la campagne Choisir avec soin auprès des médecins et des patients en diffusant des annonces publiques. Principale responsable de la campagne Choisir avec soin au sein de la province, elle compte travailler avec ses intervenants à l'élaboration d'un plan régional en 2017.

## ● Québec

La coordination de ce volet régional est assurée par l'Association médicale du Québec (AMQ), l'un des principaux partenaires de la campagne. L'AMQ a en effet élaboré la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada, appelée Choisir avec soin, et en assure la mise en œuvre à l'échelle du Québec. Dans le cadre de sa stratégie, la province s'est fixé comme principal objectif de fournir aux professionnels de la santé, aux décideurs et au grand public les outils dont ils ont besoin pour prendre des décisions judicieuses au sujet des soins non nécessaires.

## ● **Ontario**

La campagne Choisir avec soin a établi un partenariat avec Qualité des services de santé Ontario et l'Ontario College of Family Physicians afin d'appuyer les efforts déployés à l'échelle régionale. Plusieurs initiatives régionales ont été mises en place au sein de la province. Elles interviennent dans divers secteurs et visent notamment à réduire le recours à des examens préopératoires non nécessaires, le nombre de transfusions, l'utilisation de cathéters urinaires et la prescription de sédatifs hypnotiques dans les hôpitaux, à réduire la surprescription d'inhibiteurs de la pompe à protons dans le milieu des soins de santé primaires et à favoriser la prescription de médicaments appropriés dans le milieu des soins de longue durée.

## ● **Manitoba**

En 2014, Diagnostic Services Manitoba et le George and Fay Yee Centre for Healthcare Innovation ont établi un partenariat afin de créer la campagne Choisir avec soin Manitoba. Leurs travaux ont d'abord porté sur des projets de validation de principe, puis sur la participation des médecins. Ils sont maintenant axés sur la mobilisation du grand public. Les domaines d'intérêt incluent la pertinence des examens préopératoires et la mise en œuvre d'un nouveau processus provincial permettant de régir l'évaluation du taux de vitamine D. À ce chapitre, le fait d'avoir réduit le nombre de vérifications du taux de vitamine D de plus de 85 % n'a suscité aucun commentaire négatif de la part des médecins, des patients ou du grand public, selon les données préliminaires.

## ● **Saskatchewan**

Le Saskatchewan Health Quality Council (HQC), en collaboration avec l'Appropriateness of Care Program de la Saskatchewan et l'Appropriateness of Care Network, coordonnent les travaux de la campagne régionale. Le HQC compte élaborer un plan pour la campagne Choisir avec soin Saskatchewan au début de 2017. Ce plan sera harmonisé avec les initiatives provinciales qui ont déjà été entreprises dans le cadre de la mise en œuvre de la campagne nationale Choisir avec soin ou qui semblent prometteuses.

## ● **Alberta**

L'Alberta Medical Association, orientée par un comité directeur composé de représentants d'organismes de santé et de patients, assure la coordination de la campagne Choisir avec soin Alberta. Cette campagne compte tirer parti des données pour améliorer la prise de décisions et accroître la participation des cliniciens, des patients et du grand public. Les priorités consistent à réduire les examens non nécessaires dans le milieu des soins de santé primaires, les examens d'imagerie non nécessaires en cas de traumatismes crâniens mineurs, les transfusions sanguines inappropriées, les examens d'imagerie pour des douleurs au bas du dos, les examens préopératoires non nécessaires, les vérifications non nécessaires du taux de vitamine D et l'utilisation inappropriée d'antipsychotiques.

## ● **Colombie-Britannique**

Plus de 70 personnes participent à diverses initiatives régionales dans l'ensemble de la province. La campagne Choisir avec soin suscite l'enthousiasme et l'appui des premiers adhérents.

## ● **Les territoires**

Le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ont entrepris de définir des priorités et de cibler des partenaires aux fins de leur volet régional de la campagne Choisir avec soin.



# Soins de santé primaires



## Ne pas recourir à des examens d'imagerie pour des douleurs au bas du dos, sauf en présence de signes préoccupants<sup>i</sup>

Recommandation du Collège des médecins de famille du Canada, de l'Association médicale canadienne et de l'Association canadienne des radiologistes



En Alberta,

**30 %**

des patients ayant des douleurs au bas du dos

**ont subi au moins un examen de radiographie, TDM ou IRM** même s'ils ne présentaient pas de signes préoccupants.

- i. Les signes préoccupants indiquant qu'un examen d'imagerie pourrait s'avérer nécessaire comprennent l'abcès ou l'hématome épidural présumé accompagné d'une douleur aiguë, mais sans symptômes neurologiques (un examen d'imagerie d'urgence s'impose), un cancer présumé, une infection présumée, un syndrome de la queue de cheval, un déficit neurologique grave ou progressif et une fracture par tassement présumée.

## Pourquoi est-ce important?



Quand rien n'indique une affection sous-jacente grave, la radiographie, la tomodensitométrie (TDM) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) révèlent rarement la cause de la douleur au bas du dos et peuvent causer des préjudices aux patients<sup>2</sup>.



Outre l'exposition aux radiations, les préjudices associés aux examens non nécessaires incluent les examens et les chirurgies supplémentaires évitables.



Selon les données probantes, les douleurs aiguës au bas du dos disparaissent généralement en moins de 4 semaines<sup>3</sup>, qu'il y ait examen d'imagerie ou non.

## Autres constatations

Chez les patients qui présentaient des douleurs au bas du dos et qui ont passé des examens non nécessaires, 95 % de ces examens étaient des radiographies et 15 %, des examens de TDM ou d'IRM (10 % des patients ont passé une radiographie et une TDM ou IRM).

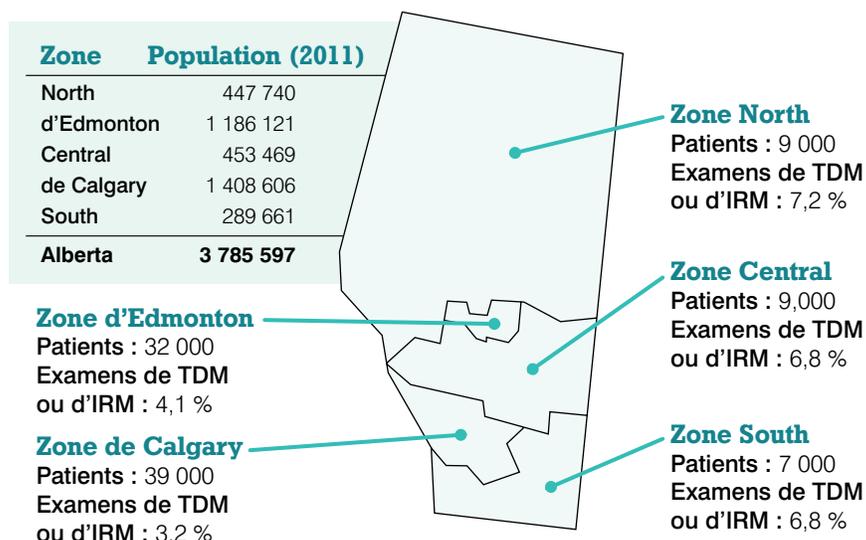


**Les patients de sexe masculin et les patients plus âgés sont plus susceptibles de passer un examen d'imagerie.**

Les zones sanitaires rurales de l'Alberta (Zones North, Central et South) affichaient généralement des taux d'examens de TDM ou d'IRM supérieurs à ceux des zones urbaines (Zones de Calgary et d'Edmonton). Aucune variation régionale n'a toutefois été observée à l'égard des radiographies. Les zones sanitaires dotées d'un plus grand nombre d'appareils de TDM ou d'IRM par tranche d'un million d'habitants tendaient à afficher des temps d'attente moins longs et des taux d'examens globaux plus élevés, ce qui semble indiquer une corrélation entre la disponibilité de l'équipement et les taux d'examens.

L'expérience des médecins peut également influencer sur les taux. Les médecins qui voyaient peu de patients atteints de douleur au bas du dos étaient plus susceptibles de prescrire un examen d'imagerie.

**Figure 1** Taux d'examens de TDM ou d'IRM dans les 6 mois, par zone de résidence des patients, Alberta



**Remarques**

Seuls les services financés par des fonds publics sont saisis dans ces données. Les données administratives ne brossent pas un portrait complet des antécédents cliniques des patients, et la présence ou non d'indications pourrait avoir été mal classée.

**Sources**

Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires et données sur la facturation des médecins à l'échelle des patients, 2010-2011 à 2012-2013, Institut canadien d'information sur la santé.

## Initiatives et efforts de nos partenaires pour réduire le nombre d'examens d'imagerie non nécessaires dans les cas de douleurs au bas du dos



Des étudiants en médecine de l'Université de Toronto ont réalisé une étude sur l'attitude des patients face aux examens d'imagerie pour les douleurs au bas du dos après avoir lu un dépliant informatif sur le sujet. Selon cette étude, le pourcentage de répondants voulant subir un examen d'imagerie après avoir lu le dépliant est passé de 39 à 24 %, tandis que le pourcentage de patients qui s'attendaient à subir un tel examen est passé de 37 à 22 %. Ce résultat révèle que l'évolution des attentes et des pratiques repose sur la transmission d'information<sup>32</sup>.



Choisir avec soin Terre-Neuve-et-Labrador dispose d'un outil de gestion électronique qui aide les cliniciens à prendre des décisions judicieuses au sujet des examens d'imagerie pour les douleurs au bas du dos.



En 2015, Choisir avec soin Alberta a lancé un projet de démonstration sur les douleurs au bas du dos. Fondé sur la recherche qualitative et quantitative, ce projet visait l'analyse des facteurs qui influent sur le recours aux examens d'imagerie. Une trousse médicale numérique a été élaborée sur des sujets clés comme les douleurs au bas du dos, et comprend notamment des ressources sur les tests de dépistage pour les douleurs au bas du dos, un nouveau formulaire de demande d'examen d'imagerie pour le rachis lombaire et des éléments de soutien aux soins. Depuis le début du projet, la province a connu une réduction de 11 % des examens d'IRM (3 166) et de TDM (728) du rachis lombaire.



En collaboration avec Choisir avec soin Alberta, Services de santé de l'Alberta a diffusé un nouveau formulaire sur les tests de dépistage pour le rachis lombaire. Ce formulaire demande aux médecins de définir les signes préoccupants qui justifient le recours à l'imagerie. La diffusion de ce formulaire a permis de réduire le nombre d'examens réalisés.



En collaboration avec la campagne nationale Choisir avec soin, l'OCDE a créé des mesures des examens et des traitements non nécessaires, qui portent notamment sur les examens d'imagerie pour les douleurs au bas du dos. Avant la production du présent rapport, l'enquête *Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé* de l'OCDE a révélé qu'aucun pays ne mesurait les taux d'examens de TDM et d'IRM effectués dans les cas de douleurs au bas du dos sans complications. Or, selon le College of Radiology de la Belgique, 81 % des examens de TDM du rachis lombaire ne sont pas justifiés.



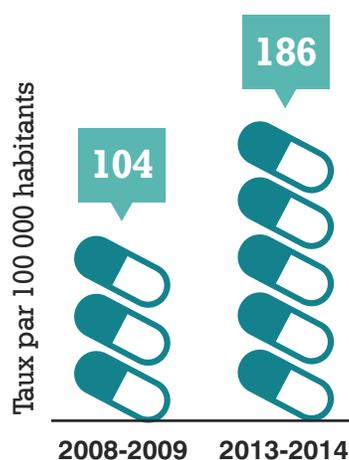
En 2015-2016, l'Appropriateness of Care Program de la Saskatchewan a mis une liste de vérification à l'essai pour l'IRM du rachis lombaire dans la Région sanitaire Regina Qu'Appelle et la Région sanitaire de Saskatoon. Cette liste a été déployée à l'échelle de la province en mai 2016. L'Appropriateness of Care Program a par ailleurs entrepris des travaux sur le recours approprié à la TDM du rachis lombaire. Ces travaux visent à réduire les examens en double (TDM et IRM) et les examens de TDM qui ne sont pas nécessaires pour les douleurs au bas du dos. Une équipe d'experts cliniques et de représentants des patients élaborent également une liste de vérification pour la TDM du rachis lombaire.



En 2014, Santé Vancouver Coastal et Providence Health Care ont adopté une stratégie pluridimensionnelle visant à uniformiser les pratiques en matière de demandes d'examen chez les médecins pour 5 interventions d'imagerie médicale, dont l'évaluation des douleurs au bas du dos. Cette stratégie a considérablement atténué les variations dans les pratiques de demandes d'examen pour des douleurs au bas du dos (l'intervalle interquartile est passé de 17 à 11 %).

## Ne pas utiliser d'antipsychotiques atypiques<sup>ii</sup> comme intervention de première intention pour traiter l'insomnie chez les enfants et les jeunes

Recommandation de l'Académie canadienne de gérontopsychiatrie,  
l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent  
et l'Association des psychiatres du Canada



Au Manitoba, en Saskatchewan  
et en Colombie-Britannique,

### le taux d'utilisation de la quétiapine à faible dose

(souvent prescrite pour le traitement  
de l'insomnie) a augmenté chez les  
enfants et les jeunes de 5 à 24 ans ,  
même si les experts ne le  
recommandent pas.



ii. Les antipsychotiques atypiques, également appelés antipsychotiques de deuxième génération, forment un groupe de médicaments utilisés dans le traitement de troubles psychiatriques (p. ex. schizophrénie, trouble bipolaire, autisme). Les antipsychotiques atypiques sont moins susceptibles d'entraîner des effets secondaires extrapyramidaux (comme la paranoïa, l'anxiété et les tremblements) que les antipsychotiques typiques, qui sont pourtant plus couramment utilisés.

## Pourquoi est-ce important?



**De plus en plus d'antipsychotiques atypiques sont prescrits aux enfants et aux jeunes**, probablement dans le but de traiter l'insomnie.



**Les antipsychotiques atypiques — comme la quétiapine — sont particulièrement inquiétants.** Le nombre d'ordonnances exécutées a augmenté de 300 % entre 2005 et 2012. Les prescriptions de quétiapine pour le traitement des troubles du sommeil ont décuplé, ce qui explique cette hausse marquée<sup>4</sup>.

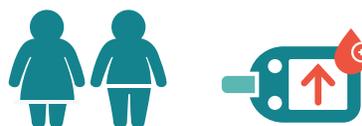
Zzz

**Les données probantes indiquant que les antipsychotiques atypiques améliorent le sommeil sont limitées<sup>5</sup>; pourtant 36 % des pédopsychiatres et pédiatres canadiens sondés en 2005-2006 ont déclaré en avoir prescrit.**

Des stratégies non pharmacologiques doivent d'abord être essayées, par exemple des modifications comportementales et l'adoption de bonnes habitudes de sommeil (comme éliminer les siestes et cesser l'utilisation d'appareils électroniques une heure avant le coucher). Si ces interventions demeurent infructueuses, le médecin peut alors envisager l'administration à court terme de mélatonine.



**La quétiapine est contre-indiquée chez les enfants et les jeunes au Canada<sup>6</sup>.**

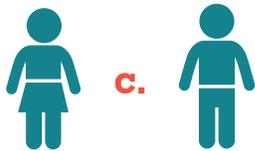


**Les antipsychotiques atypiques (notamment la quétiapine) entraînent de nombreux effets secondaires, y compris l'obésité, l'hyperglycémie et l'hypercholestérolémie, même s'ils sont administrés à faibles doses<sup>7</sup>.**

## Autres constatations

Dans la grande majorité des cas (88 %), les jeunes auxquels on a prescrit de la quétiapine prennent de faibles doses, c'est-à-dire des doses inférieures à 400 mg par jour. Le médicament semble donc leur avoir été prescrit pour des affections autres que la schizophrénie ou le trouble bipolaire.

Il est fort probable que la quétiapine prescrite à des doses inférieures à 150 mg par jour soit utilisée comme agent somnifère dans le cadre d'un traitement contre l'insomnie. L'utilisation de quétiapine à faible dose a augmenté au Manitoba, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique (les 3 provinces à l'étude) entre 2008-2009 et 2013-2014. En 2013-2014, le taux d'utilisation chez les enfants et les jeunes de 5 à 24 ans se chiffrait à 179 par tranche de 100 000 habitants en Saskatchewan, contre 204 par tranche de 100 000 habitants au Manitoba.

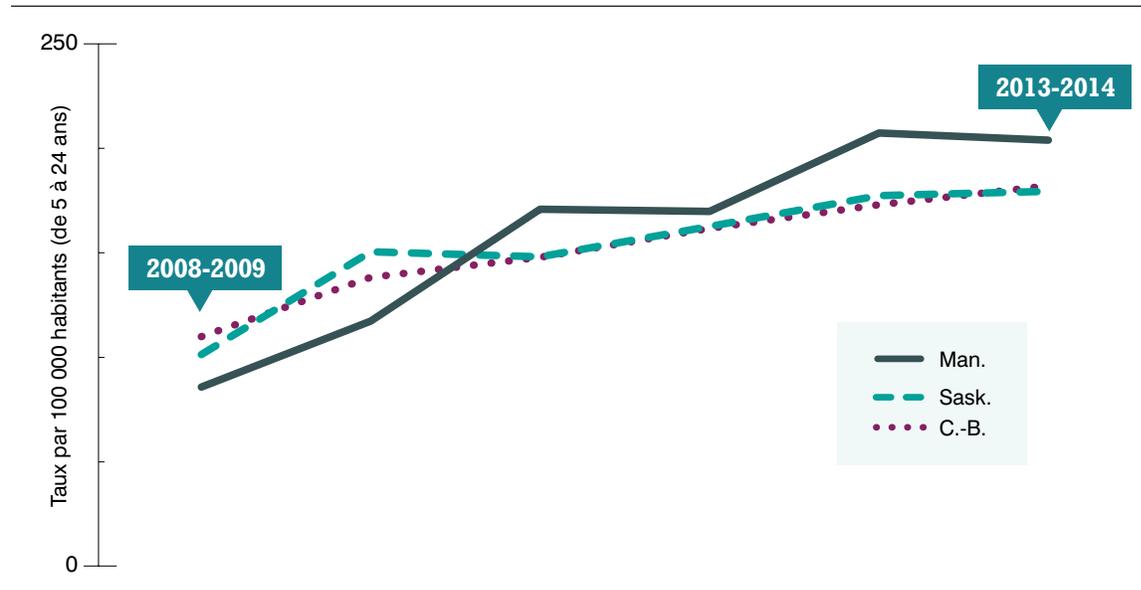


**Le taux était plus élevé chez les femmes que chez les hommes, et plus élevé chez les jeunes de 15 à 24 ans.**



**75 % des ordonnances de quétiapine prévoient des doses inférieures à 150 mg par jour, ce qui peut indiquer une utilisation inappropriée.**

**Figure 2** Taux d'utilisation de la quétiapine à faible dose chez les enfants et les jeunes, par province, 2008-2009 à 2013-2014



**Remarques**

Par enfants et jeunes, on entend les personnes qui étaient âgées de 5 à 24 ans au moment où la demande de remboursement de référence a été présentée.

Les ordonnances de quétiapine à faible dose permettent d'estimer le recours à la quétiapine pour le traitement de l'insomnie.

**Source**

Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, 2008-2009 à 2013-2014, Institut canadien d'information sur la santé.

## Initiatives et efforts de nos partenaires pour réduire l'utilisation non nécessaire de quétiapine



En 2014, Services de santé de l'Alberta a découvert que la quétiapine était l'antipsychotique le plus souvent prescrit et qu'elle représentait près de 42 % de tous les antipsychotiques prescrits (à l'échelle de tous les groupes d'âge). Le taux d'utilisation global de la quétiapine (sans égard au diagnostic ni à la dose) allait de 16 par 1 000 habitants dans la Zone South à 9 par 1 000 habitants dans la Zone de Calgary. Le taux d'utilisation était beaucoup plus élevé chez les femmes que chez les hommes, toutes zones confondues. Le taux d'utilisation ajusté selon l'âge était nettement plus élevé que la moyenne provinciale dans toutes les zones, à l'exception de la Zone de Calgary. Selon les données, les ordonnances de quétiapine à faible dose visaient un nombre semblable de garçons et de filles de 0 à 14 ans, tandis que les femmes étaient davantage visées dans tous les autres groupes d'âge.

## Ne pas utiliser de benzodiazépines ou d'autres sédatifs hypnotiques chez les personnes âgées comme premier choix pour traiter l'insomnie, l'agitation ou le delirium

Recommandation de la Société canadienne de gériatrie et de la Société canadienne de médecine d'hôpital

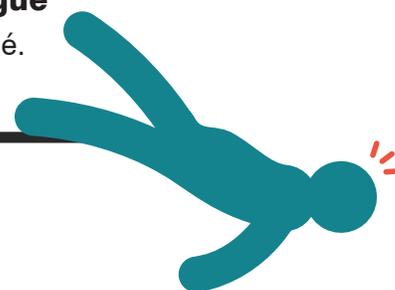


**Au Canada, 1 personne âgée sur  
10 prend de la benzodiazépine, un  
sédatif hypnotique, de façon régulière**  
même si les experts ne le recommandent pas.

## Pourquoi est-ce important?



**Les personnes âgées qui prennent des benzodiazépines ou d'autres sédatifs hypnotiques sont exposées à des risques accrus d'accidents de véhicule automobile<sup>8</sup>, de chutes et de fractures de la hanche<sup>9</sup> et de fatigue diurne.** Leur processus cognitif peut également être touché.



**Les benzodiazépines assurent une prise en charge efficace de l'anxiété et de l'insomnie; mais avec l'âge, les personnes qui les utilisent deviennent plus sensibles et plus sujettes aux effets secondaires — des inconvénients qui l'emportent généralement sur les bienfaits possibles<sup>10-12</sup>.**



**L'utilisation chronique de benzodiazépines est particulièrement préoccupante**

puisque l'usage continu de benzodiazépines ne devrait pas dépasser de 2 à 4 semaines chez les personnes âgées, selon les recommandations des experts<sup>11</sup>.

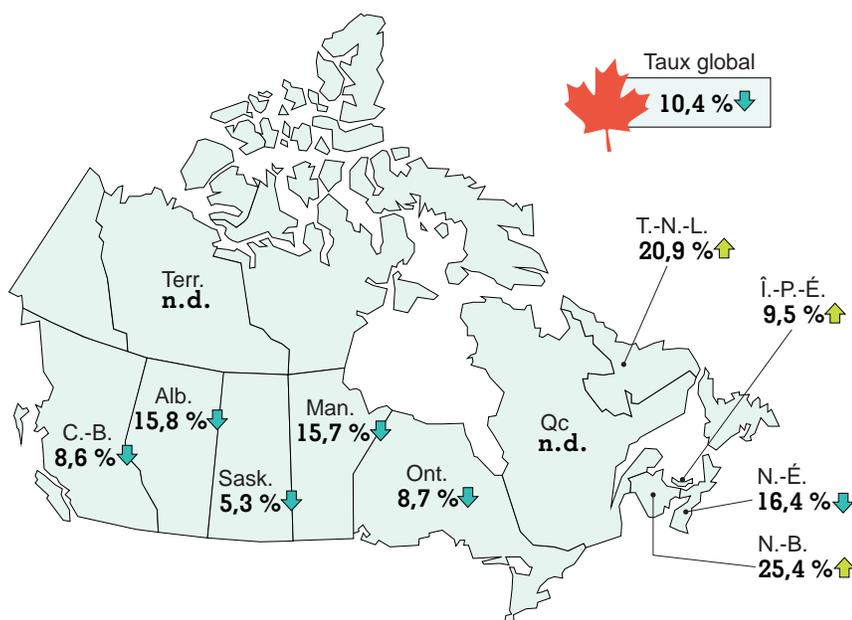
**Les pratiques en matière de prescription et d'arrêt des doses de sédatifs hypnotiques pendant l'hospitalisation peuvent avoir une incidence marquée sur l'utilisation de ces médicaments à long terme.**

Il a été démontré que la mise en place d'un traitement non pharmacologique, comme une thérapie comportementale, ou d'un programme de sevrage appuyait efficacement l'arrêt de la prise de benzodiazépines.

## Autres constatations

En 2014-2015, environ une personne âgée sur 10 au pays utilisait des benzodiazépines de façon chronique<sup>iii</sup>. Au cours de cette même année, le taux d'utilisation chronique de benzodiazépines chez les personnes âgées a varié à l'échelle du pays, allant de 5 % en Saskatchewan à 25 % au Nouveau-Brunswick. Dans la plupart des provinces, ce taux accusait une baisse depuis 2011-2012. Il a toutefois fait l'objet d'une hausse constante dans 3 provinces, c'est-à-dire à Terre-Neuve-et-Labrador, à l'Île-du-Prince-Édouard et au Nouveau-Brunswick. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette variation interprovinciale, notamment la structure du régime public d'assurance médicaments, les pratiques de prescription des médecins et les caractéristiques sociodémographiques des patients.

**Figure 3** Taux d'utilisation chronique de benzodiazépines chez les personnes âgées inscrites aux régimes publics d'assurance médicaments, par province, 2014-2015 par rapport à 2011-2012



### Remarques

n.d. : non disponible.

Par personnes âgées, on entend les personnes de 65 ans et plus ayant présenté au moins une demande de remboursement.

L'utilisation de benzodiazépines et de médicaments connexes a été prise en compte, sans être limitée aux indications d'insomnie, d'agitation et de delirium.

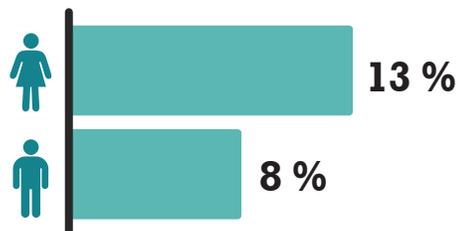
### Source

Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, 2011-2012 à 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

iii. Par utilisateur chronique de benzodiazépines, on entend une personne qui présente au moins une demande de remboursement pour des benzodiazépines ou un autre médicament connexe au cours d'une année donnée, pour un approvisionnement total d'au moins 90 jours consécutifs, sans période d'interruption de 30 jours.

**Le taux d'utilisation chronique augmente avec l'âge, chez les hommes comme chez les femmes, mais il est généralement plus élevé chez les femmes.**

Les femmes (13 %) sont plus nombreuses que les hommes (8 %) à faire un usage chronique de benzodiazépines, probablement en raison de l'incidence plus élevée de l'insomnie chez la femme<sup>13</sup>.



**Consulter la trousse d'outils**

La trousse [Vos proches âgés peuvent dormir sur leurs deux oreilles sans sédatifs!](#) est accessible sur le site Web de la campagne nationale Choisir avec soin.

**Initiatives et efforts de nos partenaires pour réduire l'utilisation de sédatifs hypnotiques non nécessaires**



La question « À quelle proportion de personnes âgées (65 ans et plus) a-t-on prescrit des benzodiazépines ou d'autres sédatifs hypnotiques pour l'insomnie, l'agitation ou le delirium? » a été définie comme une question de premier plan dans le cadre du Défi Impact des données d'Inforoute Santé du Canada. Les travaux de recherche révèlent que de 24 à 50 % des personnes âgées atteintes de ces affections ont reçu des benzodiazépines dans les milieux de soins de longue durée et de services à domicile au Canada.



L'OCDE et la campagne Choisir avec soin ont défini la mesure de l'utilisation de benzodiazépines par les personnes âgées comme une priorité. La France, a déclaré l'OCDE, impose des amendes aux médecins qui adoptent des pratiques de prescriptions aberrantes. Elle a adopté un mode de rémunération à la performance, récompensant la prescription appropriée de benzodiazépines en soins ambulatoires.



Services de santé de l'Alberta a adopté une stratégie visant à favoriser la prescription de médicaments fondée sur des données probantes, y compris une réduction de l'utilisation de benzodiazépines chez les personnes âgées.

ImagineNation  
CHALLENGES



DÉFIS  
ImagiNation

Au printemps 2015, Inforoute Santé du Canada a lancé le Défi Impact des données pour appuyer la prise de décisions fondées sur des données probantes. Dans le cadre de ce défi, les utilisateurs autorisés aidaient à répondre à d'importantes questions sur les soins de santé à l'aide des données existantes. Un certain nombre de questions étaient liées aux recommandations de la campagne Choisir avec soin. Voici les constatations relatives aux questions pour lesquelles au moins 2 groupes de chercheurs du Canada ont soumis des propositions :



### À quelle proportion de personnes âgées (65 ans et plus) a-t-on prescrit des antipsychotiques pour traiter des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence?

Les personnes atteintes de démence peuvent avoir un comportement agressif et perturbateur et peuvent résister aux soins. Des antipsychotiques sont parfois administrés dans ces cas. Or, ces médicaments n'offrent que des avantages limités et peuvent causer des préjudices. Selon les propositions présentées dans le cadre du défi, une personne atteinte de démence sur 5 (21 %) reçoit des antipsychotiques. Les taux d'utilisation les plus élevés se retrouvent en soins de longue durée.

#### Équipes participantes

- Alberta Health Data Geeks
- interRAI Canada
- Ontario Drug Policy Research Network
- Unité de l'IRSS de l'Université de Toronto



### À quelle fréquence les analyses sanguines et chimiques sont-elles répétées en milieu hospitalier?

En plus de l'anémie et de la douleur qu'elles peuvent occasionner, les analyses sanguines fréquentes gaspillent les ressources de laboratoire. L'une des propositions reçues dans le cadre du défi portait sur les reprises d'analyse dans les 24 heures. Elle a révélé qu'il y avait reprise de numérations globulaires dans 70 à 77 % des cas et reprise d'analyses chimiques dans 72 % des cas. Une autre proposition indiquait que même les patients stables faisaient l'objet de plusieurs types d'analyses répétées.

#### Équipes participantes

- Bureau de l'utilisation des laboratoires de Services de santé de l'Alberta
- Lower Mainland Laboratory Services (LMLS)
- Équipe de gestion du rendement de l'Hôpital d'Ottawa



## **Pour quelle proportion d'adultes l'absorptiométrie à rayons X en double énergie est-elle répétée plus souvent qu'aux 2 ans?**

L'ostéodensitométrie, ou plus précisément l'absorptiométrie à rayons X en double énergie (DEXA), joue un rôle prépondérant dans l'évaluation du risque d'ostéoporose. Elle est recommandée chez les patients de plus de 65 ans à faible risque, et chez les patients de plus de 50 ans qui présentent un risque élevé. En raison de la précision limitée de l'examen, il peut falloir au moins 2 ans pour mesurer un changement de la densité minérale osseuse. Chez près de 17,5 % des patients hospitalisés, il y a eu reprise d'examen dans un intervalle de moins de 2 ans. Dans un centre de soins spécialisés pour les patients à risque élevé, 29 % des patients ont subi un examen de reprise trop rapidement. Qui plus est, 61 % de ces patients ont subi plusieurs examens de reprise au cours d'une période de 2 ans.

### **Équipes participantes**

- Alberta Health Data Geeks
- Équipe de l'imagerie médicale de l'Hôpital St. Michael's



## **Pour quelle proportion d'adultes un examen physique est-il effectué au cours d'une année?**

L'examen physique périodique offre de nombreux avantages. Il permet au médecin de vérifier l'état de santé de son patient tandis qu'il se porte encore bien et d'établir une relation avec son patient. Toutefois, l'examen physique entraîne parfois des demandes de tests de dépistage ou d'examen diagnostiques qui peuvent causer plus de tort que de bien. Bien que de 22 à 35 % de la population subisse un examen physique au cours d'une année donnée, seule une minuscule proportion (moins de 1 %) se prête à un tel examen 2 années de suite (c.-à-d. à une fréquence annuelle). Les propositions recueillies indiquent que les femmes qui présentent plus d'un problème de santé, qui vivent dans un quartier à revenu élevé et qui consultent un médecin rémunéré à l'acte sont plus susceptibles de subir un examen annuel que les autres patients.

### **Équipes participantes**

- Alberta Health Data Geeks
- Équipe Cape Horn
- Health Quality Innovation Collaborative
- Équipe NLCHI
- Équipe de santé familiale North York — Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires (RCSSSP) UTOPIAN



## **Pour plus d'information**

[infoway-inforoute.ca/fr](http://infoway-inforoute.ca/fr)

[defiimagination.ca](http://defiimagination.ca)

 @Inforoute  @InforouteSantéduCanada



Canada Health Inforoute  
Santé du Canada

## Ne pas effectuer une mammographie de dépistage systématique chez les femmes de 40 à 49 ans qui présentent un risque moyen

Pour chaque patiente, l'évaluation des préférences et des risques doit guider la discussion et la décision au sujet de la mammographie de dépistage dans ce groupe d'âge.

Recommandation du Collège des médecins de famille du Canada et de l'Association médicale canadienne



# 22%

des Canadiennes

âgées de 40 à 49 ans

**ont passé une mammographie de dépistage**

même si elles ne présentaient qu'un risque moyen.

## Pourquoi est-ce important?



**Environ 1 Canadienne sur 9 sera atteinte d'un cancer du sein, et 1 sur 30 en mourra<sup>14</sup>.** La mammographie de dépistage est essentielle à l'établissement d'un diagnostic précoce de cancer du sein. Toutefois, le test de dépistage peut s'avérer plus préjudiciable qu'avantageux chez les femmes de 40 à 49 ans qui présentent un risque moyen.

**Des préjudices mesurés à l'échelle de la population sont associés au test de dépistage chez les femmes de 40 à 49 ans qui présentent un risque moyen.** Ainsi, pour éviter qu'une femme meure d'un cancer du sein, 2 100 femmes de 40 à 49 ans à risque moyen devraient passer un test de dépistage tous les 2 ans pendant 11 ans. En principe, les tests de dépistage réalisés au cours de cette période entraîneraient environ



700 faux positifs;



75 biopsies non nécessaires;



10 mastectomies ou tumorectomies non nécessaires attribuables à un surdiagnostic<sup>15</sup>.



**En plus de causer des préjudices médicaux, les interventions de suivi non nécessaires et les faux positifs peuvent être une source d'inquiétude pour la patiente.**



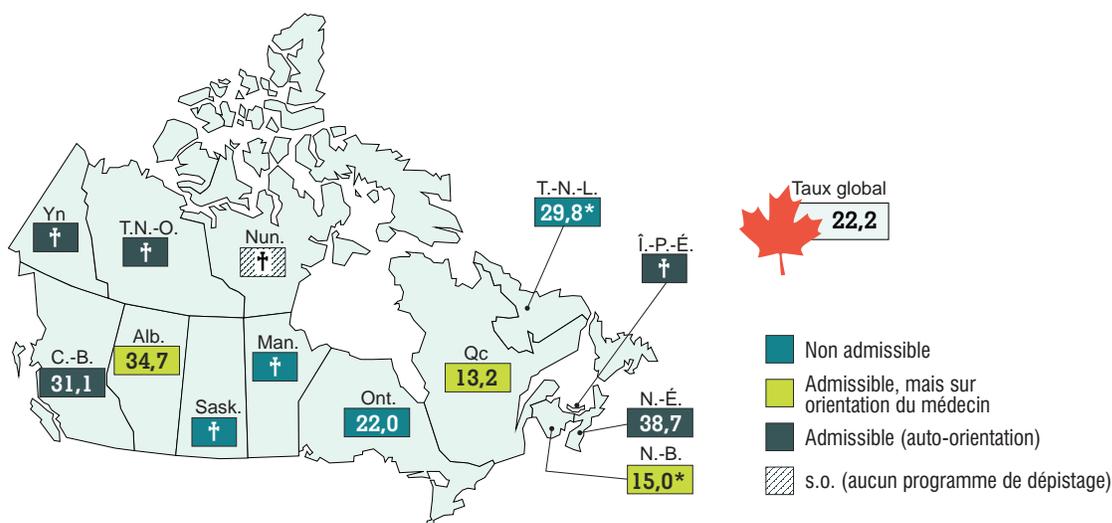
**En 2011, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a formulé une recommandation** selon laquelle les femmes à risque moyen ne devraient commencer à passer des examens périodiques de dépistage du cancer du sein qu'après l'âge de 50 ans<sup>15</sup>.

## Autres constatations

Dans le cadre d'un sondage réalisé en 2012, 22 % des Canadiennes âgées de 40 à 49 ans ont indiqué avoir passé une mammographie de dépistage au cours des 2 dernières années en dépit du fait qu'elles présentaient un risque moyen de cancer du sein. En comparaison, 55 % des Canadiennes âgées de 50 à 69 ans qui présentent un risque moyen et sont admissibles à passer une mammographie de dépistage ont indiqué avoir passé le test.

En 2012, les critères d'admissibilité aux programmes de dépistage provinciaux variaient d'une province et d'un territoire à l'autre. Dans certaines provinces ou certains territoires, les femmes âgées de 40 à 49 ans présentant un risque moyen pouvaient choisir de participer au programme de dépistage. Dans d'autres, elles devaient d'abord faire l'objet d'une orientation par le médecin ou n'étaient tout simplement pas admissibles au programme de dépistage<sup>16</sup>.

**Figure 4** Taux de mammographies de dépistage chez les femmes de 40 à 49 ans présentant un risque moyen au cours des 2 dernières années, par lignes directrices ou critères d'admissibilité définis dans les programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer du sein, Canada, 2012



### Remarques

\* À interpréter avec prudence en raison du coefficient de variation élevé.

† Les taux pour l'Île-du-Prince-Édouard, le Manitoba, la Saskatchewan et les territoires ont été supprimés (n correspondant à un numérateur non pondéré inférieur à 30; coefficient de variation supérieur à 33,3).

s.o. : sans objet.

### Sources

Taux : Fichier de microdonnées à grande diffusion de l'[Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2012](#), Statistique Canada.

Lignes directrices de dépistage : *Breast Cancer Screening Programs/Strategy Elements*, 2011, Partenariat canadien contre le cancer (validation auprès des membres du Réseau canadien de dépistage du cancer du sein).

Le taux de tests de dépistage variait également d'une province et d'un territoire à l'autre, allant de 38,7 % en Nouvelle-Écosse où un programme d'auto-orientation était en vigueur, à 13,2 % au Québec où une orientation du médecin était requise. Il se pourrait toutefois que les différences sur le plan de l'admissibilité n'expliquent qu'une partie de la variation observée dans les taux. D'autres facteurs, notamment les préférences des patientes et les pratiques cliniques, pourraient également être en cause. Une analyse de ces facteurs ainsi que des taux provinciaux et territoriaux permettrait peut-être de définir les groupes de patientes qui subissent des mammographies potentiellement non nécessaires de façon disproportionnée. Les constatations confirment par ailleurs combien il est important que les patients et les dispensateurs discutent ouvertement de dépistage afin de déterminer si la mammographie est non nécessaire ou appropriée.

## Initiatives et efforts de nos partenaires pour réduire le nombre de mammographies non nécessaires



Le Partenariat canadien contre le cancer a découvert que de 2008 à 2012, 21 % de toutes les mammographies de dépistage étaient réalisées chez des femmes âgées de 40 à 49 ans. Bien que ces résultats soient semblables à ceux précédemment décrits, il importe de souligner que les taux sont calculés de façon différente<sup>17</sup>.

# Soins spécialisés



**Ne pas effectuer systématiquement d'examens préopératoires (comme une radiographie des poumons, une échocardiographie ou un test cardiaque) chez les patients subissant des chirurgies à faible risque**

Recommandation de la Société canadienne de médecine interne

**Ne pas demander un électrocardiogramme de référence chez les patients asymptomatiques devant subir une chirurgie non cardiaque à faible risque**

Recommandation de la Société canadienne des anesthésiologistes

## Ne pas procéder à des examens d'imagerie cardiaque à l'effort ou d'imagerie non invasive avancée comme moyen d'évaluation préopératoire chez les patients qui doivent subir une intervention chirurgicale non cardiaque à faible risque

Recommandation de la Société canadienne de cardiologie

En Ontario, en Saskatchewan et en Alberta,



**18 à 35 %**

des patient **ont subi un examen préopératoire** avant une intervention à faible risque.

## Pourquoi est-ce important?



**Les examens préopératoires, lorsqu'ils sont réalisés avant une intervention à faible risque (comme une endoscopie ou une extraction de cataractes), n'améliorent que très peu les soins, et leurs résultats peuvent angoisser les patients en plus d'entraîner un gaspillage de ressources<sup>18</sup>.**



**Ces examens peuvent exposer les patients à de la radiation; ils prennent également du temps et retardent parfois l'intervention.**

De plus, les faux positifs ou les découvertes fortuites peuvent être une source d'inquiétude et mènent souvent à des examens additionnels non nécessaires, sans compter qu'ils prolongent les temps d'attente pour d'autres patients qui ont besoin de ces examens<sup>19</sup>.

## Autres constatations

En Ontario, en Saskatchewan et en Alberta, 18 à 35 % des patients ont subi un examen préopératoire avant une intervention à faible risque (voir le tableau). Dans ces 3 provinces, l'endoscopie et les interventions ophtalmologiques étaient les interventions à faible risque les plus couramment pratiquées. Également pour ces 3 provinces, les patients en endoscopie affichaient des taux d'examen préopératoire plus faibles que ceux en ophtalmologie. Les patients ayant subi un autre type d'intervention (moins fréquente) affichaient cependant les taux d'examen préopératoire les plus élevés.

**Tableau** Taux d'examens préopératoires en Ontario, en Saskatchewan et en Alberta, par type d'intervention à faible risque, 2012-2013

Province	Endoscopie	Ophtalmologie	Autre	Total
Ontario*	22 %	30 %	61 %	35,5 %
Saskatchewan	17 %	22 %	29 %	21,8 %
Alberta	9 %	18 %	26 %	17,9 %

### Remarques

\* La campagne Choisir avec soin a fourni des données agrégées pour l'Ontario.

Les données administratives ne présentent pas la raison pour laquelle l'examen a été réalisé, mais il a été présumé qu'il s'agissait d'examens préopératoires.

### Sources

Ontario : Choisir avec soin.

Saskatchewan et Alberta : Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires et données sur la facturation des médecins à l'échelle des patients, 2012-2013, Institut canadien d'information sur la santé.

Lors d'une autre étude menée en Alberta de 2005 à 2007<sup>20</sup>, les taux d'examens préopératoires (à l'exclusion des interventions visant le cancer, les maladies cardiaques et les traumatismes) étaient de 13 % (ECG) à 23 % (radiographie thoracique) et variaient considérablement entre les établissements. Selon une étude réalisée en Ontario, un ECG et une radiographie thoracique ont été effectués chez 31 % et 10,8 % des patients ayant subi une intervention à faible risque, respectivement<sup>21</sup>.

L'ICIS a réalisé une analyse des données sur les établissements de l'Alberta et de la Saskatchewan qui a révélé une forte variation entre les dispensateurs, même au sein d'un même établissement. S'il est vrai qu'il est difficile de séparer le taux pour un établissement de celui de ses médecins, il n'en reste pas moins qu'une variation des taux d'examens préopératoires, allant de 1 à 95 %, a pu être observée. Les médecins qui pratiquent peu d'interventions sont ceux qui ont tendance à prescrire un plus grand nombre d'examens préopératoires.



**Les électrocardiogrammes (ECG) étaient les examens préopératoires les plus courants : au moins un ECG a été mené chez 64 % à 80 % des patients** qui ont subi une intervention à faible risque.



### Consulter la trousse d'outils

La trousse [Le préop, pas toujours nécessaire!](#) est accessible sur le site Web de la campagne nationale Choisir avec soin.

## Initiatives et efforts de nos partenaires pour réduire le nombre d'examens préopératoires



En Saskatchewan, les examens réalisés avant les interventions à faible risque ont été choisis à titre d'un des projets Pertinence des soins pour 2016-2017. La province s'efforcera de réduire les examens inappropriés et les variations entre les régions sanitaires en adoptant des pratiques exemplaires. Selon une analyse de l'ICIS, les facteurs propres aux établissements, aux médecins et aux interventions représentent 14 % des variations dans les examens préopératoires pratiqués dans la province. En Saskatchewan, plusieurs régies régionales de la santé travaillent actuellement à normaliser les examens préopératoires.



L'Hôpital général de North York a réduit l'utilisation des analyses de laboratoire de 38 % dans sa clinique préopératoire depuis février 2015 en inscrivant les recommandations de la campagne Choisir avec soin sur les formulaires d'ordonnance (voir la page 59 pour obtenir plus de renseignements).



Choosing  
Wisely  
Alberta



Le Physician Learning Program de l'Alberta a étudié le dossier de plus de 150 000 patients qui ont subi une intervention à faible risque entre le 1<sup>er</sup> juillet 2014 et le 30 juin 2015. Il a déterminé que les analyses de laboratoire préopératoires sont toujours fréquemment menées bien qu'il ait été recommandé de les limiter. Le pourcentage de patients de moins de 19 ans pour qui de telles analyses ont été réalisées variait de 2 à 20 %, selon la spécialité. Le pourcentage médian de patients à faible risque pour qui des analyses de laboratoire préopératoires ont été prescrites s'élevait à légèrement plus de 30 %. Le programme travaille actuellement en collaboration avec Services de santé de l'Alberta afin de mettre en œuvre un projet d'amélioration.



En 2010, un groupe de médecins manitobains a créé un outil pour guider la prescription d'examens préopératoires. La fréquence des examens inappropriés a baissé dans les 6 mois suivant sa publication, mais l'utilisation de l'outil a diminué progressivement. En 2015, la Société canadienne des anesthésiologistes et la campagne nationale Choisir avec soin ont publié une version simplifiée de cet outil. Des vérifications permettront de déterminer si cette nouvelle version fonctionne mieux.



L'hôpital Women's College a modifié ses formulaires préopératoires en passant d'un modèle standard à un format personnalisé pour que la prescription d'examens ne soit plus un automatisme.



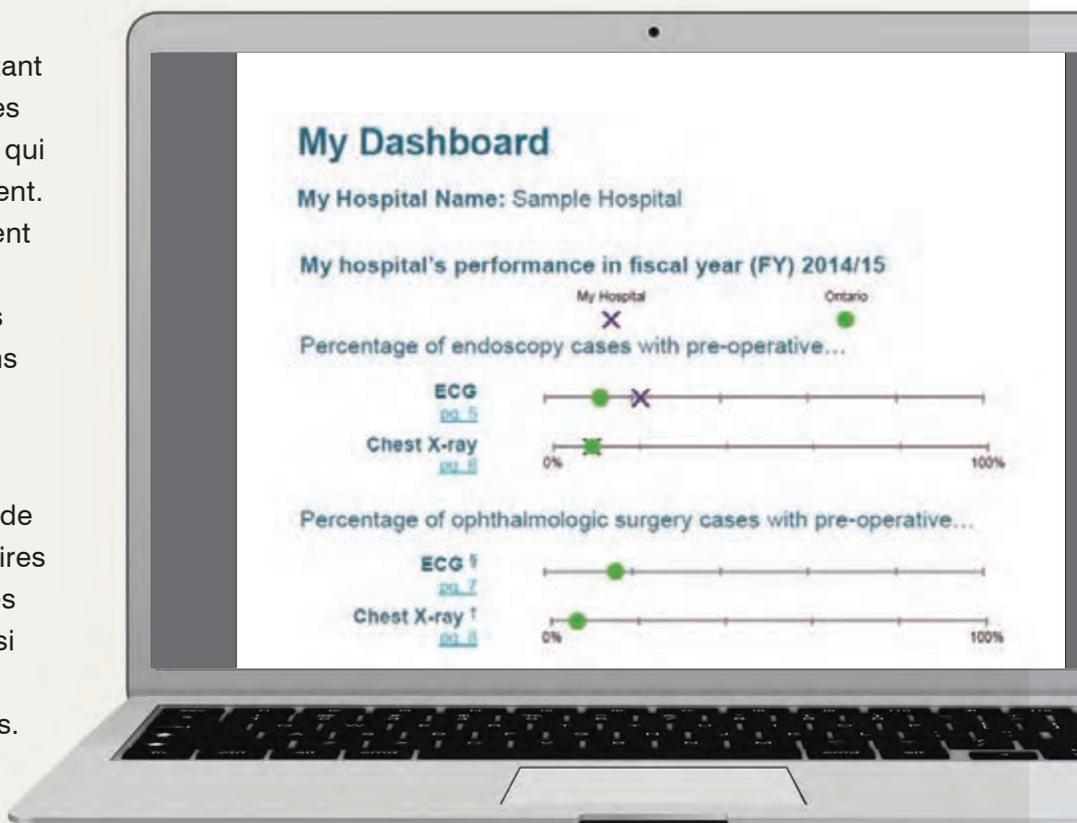
L'Institut de recherche en services de santé (IRSS) a découvert que, dans les établissements de l'Ontario, le taux d'examens préopératoires le plus élevé est 30 fois supérieur au plus bas, ce qui indique qu'on peut faire mieux.

**Qualité des services de santé Ontario utilise des données et des analyses en vue de saisir des occasions importantes d'améliorer la santé des patients et leurs résultats. Ayant constaté une variation de 30 pour 1 dans les taux d'examens préopératoires chez les patients à faible risque en Ontario, Qualité des services de santé Ontario et Choisir avec soin ont voulu mettre les données à la disposition de chaque hôpital afin de favoriser la prise de décisions éclairées au sujet des examens préopératoires.**

Qualité des services de santé Ontario a publié des rapports (en anglais seulement) présentant des données provinciales et des données propres aux hôpitaux qui seront mises à jour régulièrement. Ces rapports donnent également des pistes d'amélioration et des suggestions de ressources pour aider à réduire les examens non nécessaires.

Pour soutenir davantage les hôpitaux, Qualité des services de santé Ontario offre des webinaires durant lesquels sont présentées des organisations qui ont réussi à réduire leurs taux d'examens préopératoires non nécessaires.

Le rapport présenté dans l'image n'est disponible qu'en anglais.

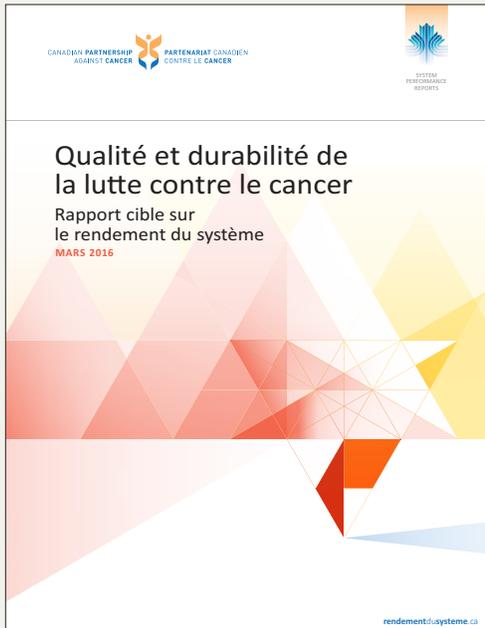


## Pour plus d'information

<http://www.hqontario.ca/Amélioration-de-la-qualité/Rapport-de-praticien/Série-de-rapports-sur-le-rendement-des-hôpitaux>

 @HQOntario

 @HealthQualityOntario



Le rapport **Qualité et durabilité de la lutte contre le cancer : rapport cible sur le rendement du système** du Partenariat canadien contre le cancer mesure les pratiques actuelles de lutte contre le cancer et les compare avec celles recommandées par Choisir avec soin.

**Une réduction de 15 % de l'utilisation des pratiques de lutte contre le cancer mesurée dans ce rapport pourrait avoir les retombées suivantes :**



**9 000**

résultats faussement positifs pourraient être évités



**3 000**

traitements et effets secondaires liés à des traitements pourraient être évités



**4 500**

heures de fonctionnement d'accélérateurs linéaires pourraient être libérées



**27 M\$**

pourraient être redistribués à d'autres services de soins de santé

## Ne pas amorcer un traitement chez les patients atteints d'un cancer de la prostate à faible risque sans avoir discuté d'abord de la surveillance active

Recommandation de l'Association canadienne de radio-oncologie, de l'Association canadienne des oncologues médicaux, de la Société canadienne d'oncologie chirurgicale et du Partenariat canadien contre le cancer

### Sources

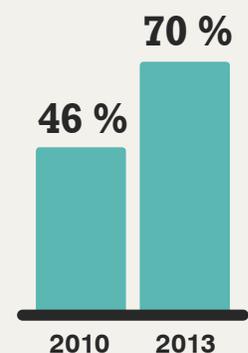
Organismes provinciaux de lutte contre le cancer; Partenariat canadien contre le cancer.

**On estime que, chaque année, 1 500 hommes atteints d'un cancer de la prostate à faible risque reçoivent un traitement contre ce type de cancer. Un traitement qui, dans certains cas, s'avère non nécessaire et entraîne des complications et des effets indésirables évitables.**

**Si on réduisait annuellement le nombre de traitements de 15 % et le remplaçait par un suivi rigoureux,**

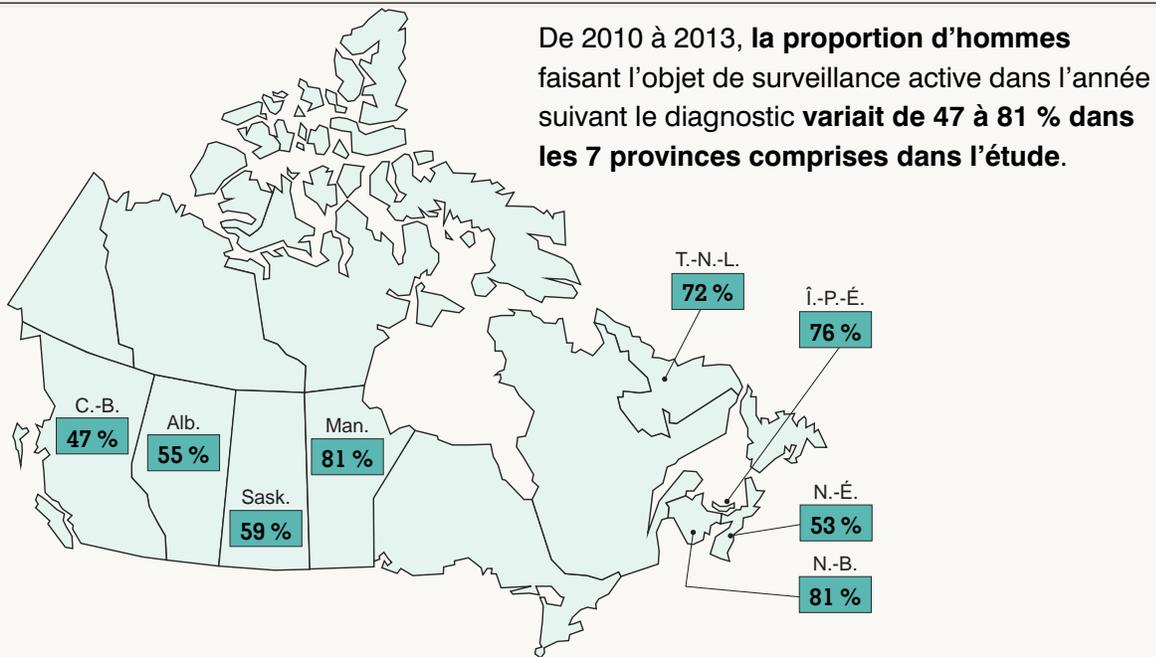
- les complications liées au traitement pourraient être réduites;
- la qualité de vie des patients pourrait être améliorée;
- une somme d'environ 1,7 million de dollars pourrait être redirigée.

**La proportion d'hommes atteints d'un cancer de la prostate à faible risque qui n'ont pas subi d'intervention chirurgicale ni reçu de radiothérapie a grimpé à 70 % en 2013, contre 46 % en 2010, dans l'ensemble des provinces.** Ces données suggèrent qu'au fil du temps, le recours à la surveillance active a augmenté. Cette observation s'avère importante puisque les 2 tiers des hommes ayant reçu un diagnostic de cancer de la prostate répondent aux critères de surveillance active.



**La proportion d’hommes atteints d’un cancer de la prostate à faible risque qui n’ont eu aucune intervention chirurgicale ni radiothérapie varie grandement entre les provinces — une mesure indirecte de la surveillance active.**

**Figure 5** Proportion d’hommes atteints d’un cancer de la prostate à faible risque faisant l’objet d’une surveillance active, de 2010 à 2013



**Remarques**

On considère qu’il y a surveillance active lorsque le dossier du patient ne comporte aucune donnée sur le traitement (chirurgie ou radiation).

Les provinces à l’étude sont Terre-Neuve-et-Labrador (données de 2011 et 2012), l’Île-du-Prince-Édouard (données de 2010 à 2013), la Nouvelle-Écosse (données de 2010 à 2013), le Nouveau-Brunswick (données de 2011 à 2013), le Manitoba (données de 2010 à 2013), la Saskatchewan (données de 2010 à 2013), l’Alberta (données de 2010 à 2013) et la Colombie-Britannique (données de 2010).

**Sources**

Organismes provinciaux de lutte contre le cancer; Partenariat canadien contre le cancer.

 **Pour plus d’information**

<http://www.partnershipagainstcancer.ca/fr>

 @CancerStratCA

 @CanadianPartnershipAgainstCancer



# Soins au service d'urgence



## Ne pas utiliser l'imagerie pour les traumatismes crâniens mineurs, sauf en présence de signes préoccupants<sup>iv</sup>

Recommandation de l'Association canadienne des radiologistes

## Ne pas prescrire de TDM de la tête pour les adultes et les enfants ayant subi un traumatisme crânien mineur

(à moins que l'intervention soit prescrite par une règle de décision clinique appropriée)

Recommandation de l'Association canadienne des médecins d'urgence



En Ontario et en Alberta, plus de **30 %** des patients qui se sont rendus au service d'urgence en raison d'un traumatisme crânien mineur et présentant un risque faible **ont subi une TDM de la tête.**

iv. Les signes préoccupants comprennent l'obtention d'une note inférieure à 13 sur l'échelle de Glasgow, l'obtention d'une note inférieure à 15 sur l'échelle de Glasgow 2 heures après la blessure, l'âge (65 ans et plus), les fractures ouvertes évidentes du crâne, les fractures ouvertes ou les dépressions présumées du crâne, tout signe de fracture de la base du crâne (p. ex. hémotympan, ecchymoses périorbitaires, signe de Battle, otorrhinorrhée de liquide céphalorachidien), l'amnésie rétrograde durant 30 minutes ou plus après le traumatisme, les circonstances dangereuses (p. ex. piéton frappé par un véhicule motorisé, passager éjecté d'une voiture, chute de plus d'un mètre ou de 5 marches dans un escalier), la prise de Coumadin ou les troubles hémorragiques.

## Pourquoi est-ce important?



**La majorité des patients ayant subi un traumatisme mineur à la tête ne présentent pas de dommages cérébraux importants, et un examen d'imagerie n'améliorera pas leur état<sup>22, 23</sup>.**



**Les TDM non nécessaires augmentent l'exposition des patients à la radiation<sup>24, 25</sup> et pourrait augmenter leur risque à vie de cancer.**



**Les examens non nécessaires allongent les temps d'attente pour les patients qui ont bel et bien besoin d'une TDM.**



**Les professionnels de la santé n'ont vraisemblablement pas suffisamment recours aux outils offerts pour réduire la surutilisation, comme les lignes directrices orientant les décisions cliniques en matière de traumatismes crâniens<sup>1</sup>.**

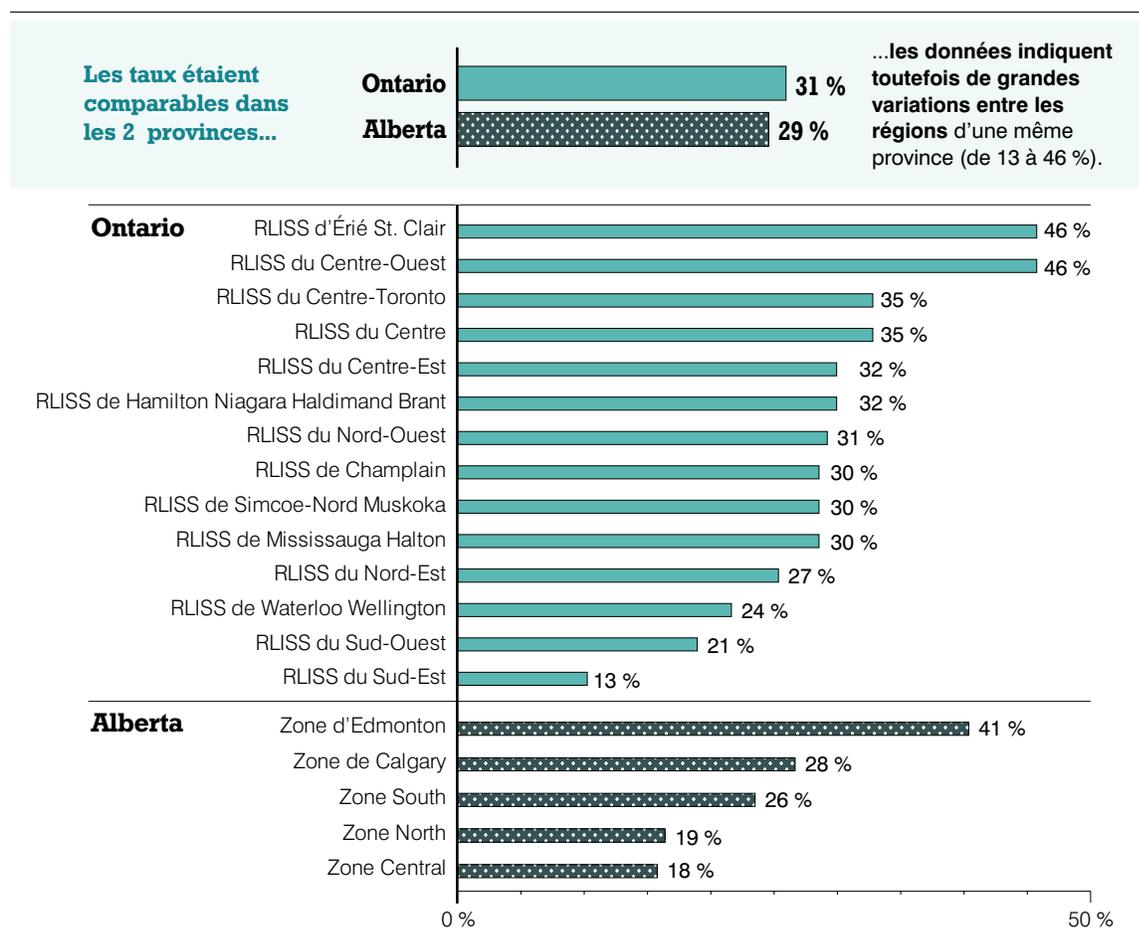


**Ces examens nécessitent également beaucoup de ressources — équipement, techniciens et coordonnateurs de soin — et entraînent des coûts pour les systèmes de santé provinciaux<sup>26</sup>.**

## Autres constatations

En 2015-2016, près de 50 000 patients âgés de 18 à 64 ans se sont rendus au service d'urgence en Ontario et en Alberta en raison d'un traumatisme crânien mineur (ils ne présentaient pas de signes préoccupants), ce qui représente environ 75 % de tous les cas de traumatisme crânien signalés pour ce groupe d'âge. Presque un patient sur 3 a subi un examen d'imagerie de la tête potentiellement non nécessaire, dont 98 % étaient des TDM, ce qui équivaut à plus de 15 000 examens d'imagerie potentiellement non nécessaires.

**Figure 6** Taux d'examens d'imagerie de la tête potentiellement non nécessaires, Ontario et Alberta, 2015-2016



### Remarques

Il n'existe aucune méthode concertée permettant de différencier clairement les traumatismes crâniens mineurs des traumatismes crâniens majeurs dans les bases de données administratives. Les données administratives ne brossent pas un portrait complet des antécédents cliniques des patients, et la présence ou non d'indications pourrait avoir été mal classée.

### Sources

Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, de 2014-2015 à 2015-2016, Institut canadien d'information sur la santé.

**Les patients âgés, de sexe masculin ou vivant dans un quartier à faible revenu présentaient un risque d'examen d'imagerie de la tête potentiellement non nécessaire plus élevé que les autres patients.**



La variation entre les établissements (de 0 à 68 %) s'est avérée plus importante que la variation régionale. Les services d'urgence affichant un volume élevé de traumatismes (crâniens et autres) avaient également un pourcentage supérieur d'examens d'imagerie de la tête potentiellement non nécessaires. Il se peut que les volumes les plus élevés de cas de traumatismes indiquent que ces établissements disposent d'un plus grand nombre d'appareils d'imagerie diagnostique, ce qui peut influencer les médecins dans leur choix d'examens. Cette décision peut également découler de bien d'autres facteurs, comme la formation du médecin et les attentes des patients. Il serait bon de mieux comprendre tous ces facteurs pour faciliter la collaboration entre les cliniciens et les gestionnaires du système de santé et, ultimement, réduire l'imagerie potentiellement non nécessaire.

## Initiatives et efforts de nos partenaires pour réduire le nombre d'examens d'imagerie de la tête potentiellement non nécessaires



Services de santé de l'Alberta a mis en œuvre une initiative provinciale visant à optimiser l'utilisation appropriée de la TDM dans les cas de traumatisme cérébral léger afin de réduire les variations dans la pratique. Les hôpitaux reçoivent des rapports comprenant des renseignements, au niveau de l'établissement et des médecins, sur la prescription de TDM aux patients se présentant au service d'urgence avec un traumatisme crânien mineur. L'initiative a pour but de rappeler aux médecins de respecter les lignes directrices canadiennes en matière de TDM de la tête au moment de rédiger l'ordonnance et de faire un suivi des données sur les variations au chapitre de la TDM.



En octobre 2015, Santé Vancouver Coastal et Providence Health Care ont offert aux urgentologues d'un établissement de la région une séance de formation sur la prescription d'un examen de TDM dans les cas de traumatismes crâniens mineurs. Un processus d'évaluation et de rétroaction a par ailleurs été mis en place. Chaque année, à compter de 2017, auront lieu des évaluations et vérifications des prescriptions d'examen de TDM dans les cas de traumatismes crâniens mineurs, de maux de tête sans complication et de douleurs au bas du dos. Une rétroaction sera fournie aux urgentologues des établissements de l'autorité sanitaire.



Le recours à la TDM, quelle qu'en soit l'indication, varie grandement d'un pays à l'autre. Le taux d'utilisation des examens de TDM du Canada, par exemple, est 5 fois celui de la Finlande (150 contre 32 par 1 000 habitants, respectivement). Le taux du Canada est supérieur à la moyenne de l'OCDE, qui est de 132 examens de TDM par 1 000 habitants.

Dans le cadre de l'entente de consultation sur l'efficacité et les économies au sein du système de santé (*System Wide Efficiencies and Savings Consultation Agreement*), l'Alberta Medical Association, Santé Alberta et Services de santé de l'Alberta, en collaboration avec Choisir avec soin Alberta, travaillent avec un certain nombre d'organisations pour réduire les soins non nécessaires dispensés dans la province.

## Physician Learning Program

Un atelier de formation agréé visant à enseigner aux médecins à déceler les lacunes dans leur pratique, à discuter des obstacles, à apporter des changements et à souligner les améliorations de la pratique a été conçu dans le cadre du Physician Learning Program.

**Lors de la première phase du programme, les participants ont examiné des données initiales concernant 3 recommandations :**

- 1** Sur une période de 4 ans, 368 256 évaluations de la densité minérale osseuse (DEXA) ont été pratiquées. Parmi celles-ci, 17 % ont été réalisées dans les 2 années suivant un examen précédent, alors que la répétition de ce test n'est pas recommandée.
- 2** Un grand nombre d'exams d'imagerie diagnostique potentiellement non nécessaires (principalement des IRM) ont été prescrits en raison d'une douleur au bas du dos; environ 75 % de ces exams ont été demandés par un médecin de famille.
- 3** En Alberta, le taux de tests Pap prescrits aux femmes dont l'âge se situe hors des limites recommandées est supérieur au taux prévu. En Alberta, entre 2013 et 2016, environ 8 009 tests Pap ont été effectués chez les femmes de 15 à 20 ans, par rapport à 20 952 chez les femmes de plus de 69 ans.

Les résultats préliminaires du programme ont montré que celui-ci permet d'améliorer la capacité des médecins participants à effectuer une évaluation de leur pratique à l'aide de leurs dossiers médicaux électroniques et des ressources cliniques dont ils disposent.



**Pour plus d'information**

[www.albertaplp.ca](http://www.albertaplp.ca)

 @AlbertaPLP



**Physician  
Learning  
Program**

## Services de santé de l'Alberta

La stratégie Choisir avec soin — appuyer la mise en œuvre des recommandations en psychiatrie (*Choosing Wisely — Supporting Implementation of Psychiatry Recommendations*) vise l'adoption graduelle des recommandations relatives aux antipsychotiques, aux benzodiazépines, aux antidépresseurs et aux psychostimulants. Elle présente également des recommandations pour la prescription d'examens.

**Les recherches menées jusqu'à présent indiquent ce qui suit :**

**1**

La Zone de Calgary affiche un taux très élevé de prescriptions de tests de toxicologie potentiellement non nécessaires aux patients psychiatriques, alors que la Zone d'Edmonton n'en a presque pas enregistré. Une étude plus approfondie de cette différence a révélé que ces tests étaient automatiquement prescrits à Calgary. Maintenant, les médecins doivent obtenir des approbations additionnelles pour réaliser ces tests, et leur nombre a baissé. En effet, depuis la modification des formulaires d'ordonnance en août 2013, le nombre de tests de toxicologie qualitatifs a chuté de 96 %.

**2**

Plus de 91 000 Albertains ont reçu une ordonnance d'antipsychotique en 2014, alors que seuls 19 273 d'entre eux ont reçu un diagnostic de schizophrénie, affection pour laquelle cette classe de médicaments est indiquée. L'utilisation d'antipsychotiques et la prescription de médicaments à risque élevé étaient significativement plus importantes dans la Zone d'Edmonton que la Zone South.

**3**

Services de santé de l'Alberta a créé une trousse d'outils pour favoriser l'utilisation appropriée des antipsychotiques en 2013-2014. Depuis sa mise en œuvre dans les établissements de soin de longue durée, le pourcentage de résidents à qui on a prescrit un tel médicament est passé de 25 à 18 %, taux le plus faible au Canada actuellement (23 % en moyenne).

**4**

En avril 2015, des modifications ont été apportées aux formulaires d'ordonnance de vérification des taux de vitamine D et des séances d'information ont été organisées à ce sujet. Ces efforts ont entraîné une baisse de l'utilisation de ce test de 92 % dans les 9 mois qui ont suivi. Comme le coût marginal estimé de ce test est de 3 à 5 \$, il est prévu que cette initiative entraînera une diminution annuelle des dépenses directes de l'ordre de 944 000 \$ à 1 573 000 \$ en Alberta.



## Pour plus d'information

[www.albertahealthservices.ca](http://www.albertahealthservices.ca)

 @ahs\_behealthy  AHSCchannel



# Hôpital général de North York — une démarche à l'échelle de l'établissement pour l'atteinte de la réussite

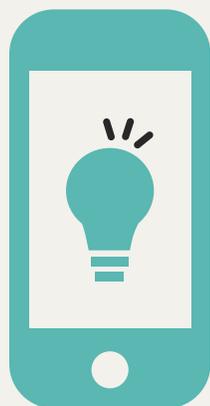
## Contexte

L'Hôpital général de North York a rapidement adopté la campagne Choisir avec soin en juin 2014. Tous les formulaires d'ordonnance ont depuis été modifiés en fonction de recommandations de cliniques régionales et de la campagne.

Lorsque le programme a été mis en œuvre au service d'urgence, le nombre d'examen prescrits a baissé de 31 %. Les économies réalisées par l'utilisation appropriée des 10 analyses de laboratoire les plus courantes se sont élevées à plus de 157 000 \$ en un an, montant qui a été réinvesti dans d'autres initiatives de soins aux patients.

## Démarche

La mise en œuvre de la campagne Choisir avec soin à l'Hôpital général de North York est un exemple de leadership et de participation de la part des cadres, du personnel de première ligne et des patients, de même que de la conception et l'évaluation des idées.



### Démarche innovatrice : application mobile Choisir avec soin

Le groupe de dispensateurs de soins primaires de l'Hôpital général de North York a fait la promotion de l'application mobile Choisir avec soin pour aider les médecins et les patients à discuter des examens, des traitements et des procédures non nécessaires.



**Pour plus d'information**

[www.nygh.on.ca](http://www.nygh.on.ca)

 @NYGH\_News

 @NorthYorkGeneralHospital



**NORTH  
YORK  
GENERAL**

*Making a World  
of Difference*

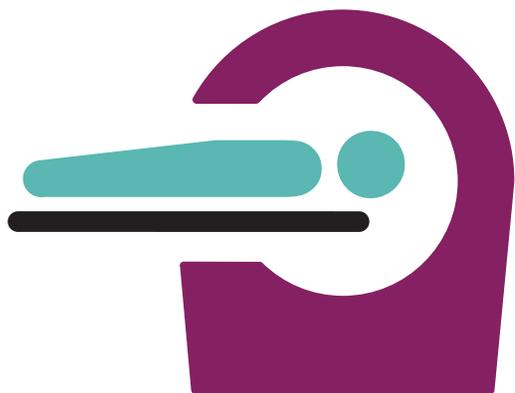
A photograph of a hospital gurney with a patient lying on it. The patient is covered with a white mesh sheet. The gurney has a blue frame and is on wheels. The background is a bright, clinical setting.

# Soins hospitaliers



## Ne pas prescrire systématiquement une TDM de la tête pour les patients hospitalisés atteints de delirium, en l'absence de facteurs de risque<sup>v</sup>

Recommandation de la Société canadienne de médecine hospitalière



**Un examen de TDM potentiellement non nécessaire** a été effectué chez **23 %** des patients hospitalisés atteints de delirium en Ontario.

v. Les facteurs de risque peuvent comprendre une chute ou un traumatisme crânien récents, de nouveaux signes neurologiques en foyer et une diminution prolongée soudaine ou inexplicquée du niveau de conscience.

## Pourquoi est-ce important?



**Les examens de TDM sont en forte demande** et leur utilisation non nécessaire peut causer des retards pour les personnes qui en ont réellement besoin.



**Les TDM non nécessaires augmentent l'exposition des patients à la radiation et peuvent aussi causer de l'anxiété<sup>27</sup>.**



**Diverses lignes directrices suggèrent d'employer une méthode graduelle de prise en charge** des nouveaux cas de delirium chez les patients hospitalisés et de considérer les TDM de la tête seulement chez les patients qui présentent certains facteurs de risque.

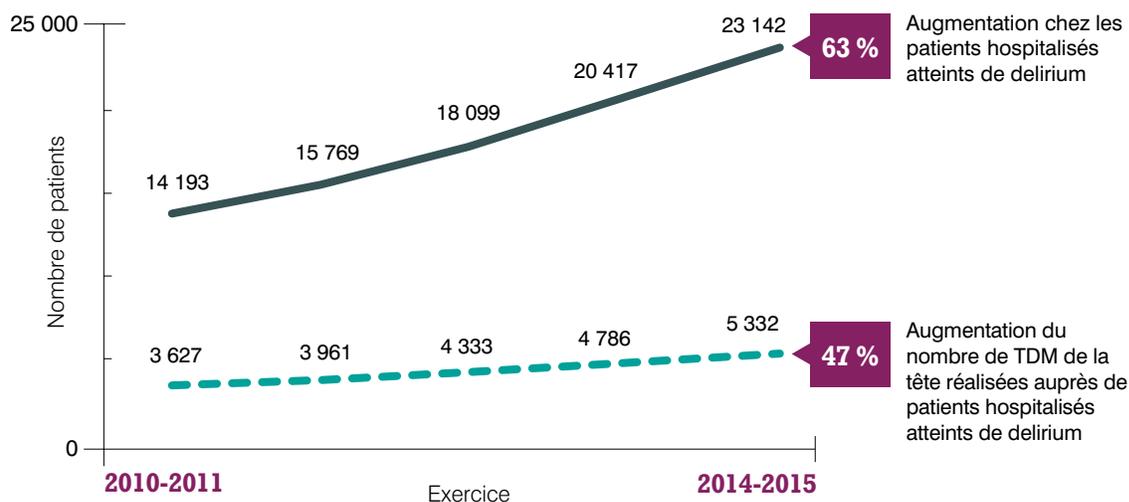


**Le delirium est un problème courant chez les patients hospitalisés — jusqu'à 60 % des personnes âgées en souffrent durant leur séjour à l'hôpital<sup>28, 29</sup>.** Il s'agit d'un changement soudain et grave du fonctionnement cérébral, et les personnes qui en sont atteintes semblent confuses et ont de la difficulté à penser clairement.

## Autres constatations

En 2014-2015, près du quart (23 %) des patients hospitalisés atteints de delirium en Ontario ont passé un examen de TDM de la tête même s'ils ne présentaient pas de facteur de risque. Ce taux a baissé comparativement à 2010-2011 (26 %), mais quelque 5 300 examens qui pourraient être évités sont encore réalisés chaque année. Précisons toutefois que, bien que le nombre de patients atteints de delirium augmente considérablement, la hausse du nombre d'examen d'imagerie est plus lente.

**Figure 7** Nombre de patients hospitalisés atteints de delirium et nombre de TDM de la tête, Ontario, 2010-2011 à 2014-2015



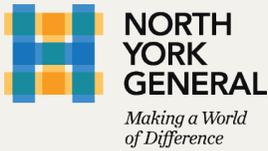
### Remarques

Analyse restreinte à l'Ontario, où la déclaration des TDM réalisées chez les patients hospitalisés est obligatoire. Les données administratives ne brossent pas un portrait complet des antécédents cliniques des patients, et la présence ou non de facteurs de risque pourrait avoir été mal classée.

### Source

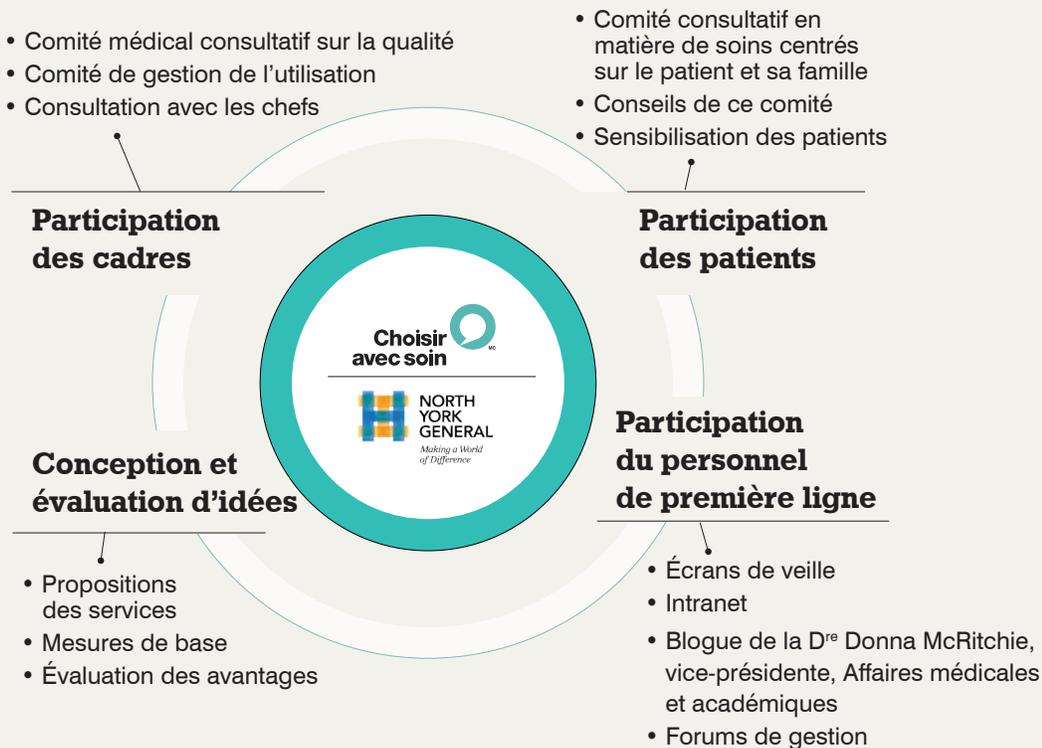
Base de données sur les congés des patients, de 2010-2011 à 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

L'utilisation de la TDM chez les patients atteints de delirium varie davantage entre les établissements et les dispensateurs de soins qu'entre les régions sanitaires (de 20 à 26 %). Dans les établissements accueillant au moins 50 patients atteints de delirium sans facteur de risque, le taux de TDM de la tête se situait entre 10 et 41 %. Ce taux changeait aussi en fonction des services offerts par le dispensateur de soins : les néphrologues et les médecins communautaires ont enregistré le taux le plus élevé de prescription d'examen de TDM pour leurs patients atteints de delirium, alors que le plus grand volume de TDM a été demandé par les internistes et les généralistes.



## Hôpital général de North York : comité consultatif sur la participation des patients

La stratégie de participation des patients de l'hôpital a mené à la création d'un comité consultatif en matière de soins centrés sur le patient et sa famille, lequel a pris part à la campagne Choisir avec soin. Un représentant des patients siège sur le comité Choisir avec soin de l'hôpital (ancien Comité en matière de gestion de l'utilisation), et les représentants des patients participent aux conversations sur la campagne Choisir avec soin avec l'équipe de gestion.





## Cadre conceptuel de l'Appropriateness of Care Program de la Saskatchewan

L'un des principaux objectifs du cadre conceptuel de la Saskatchewan est de créer un partenariat collaboratif avec les patients et leurs familles pour améliorer la pertinence des soins.

### Les 4 principaux éléments de cette initiative sont

1

la participation des patients et de leurs familles dans la gouvernance et la prise de décisions;

2

la participation des patients dans la prise de décisions thérapeutiques (au niveau qu'ils souhaitent) de façon à ce que leurs valeurs et leur choix de traitement guident l'établissement d'un plan de traitement;

3

la participation des patients et de leurs familles dans la mise en œuvre du cadre conceptuel;

4

la sensibilisation des patients et du grand public aux préjudices que peuvent entraîner les examens diagnostiques et les traitements non nécessaires.

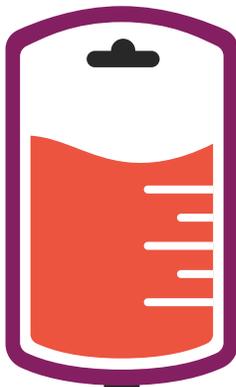


## ***Lutte contre le cancer de la prostate au Canada : rapport cible sur le rendement du système***

Le Partenariat canadien contre le cancer a eu recours à des groupes de discussion ainsi qu'à des entretiens avec des patients atteints de cancer, des survivants et des aidants pour compléter les données et les mesures recueillies de façon à ce que les résultats soient présentés d'un point de vue humain dans leur rapport sur la lutte contre le cancer de la prostate.

**Ne pas transfuser de globules rouges pour des seuils d'hémoglobine ou d'hématocrite arbitraires en l'absence de symptômes d'une maladie coronarienne active, d'insuffisance cardiaque ou d'un AVC**

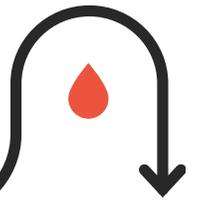
Recommandation de la Société canadienne de médecine interne



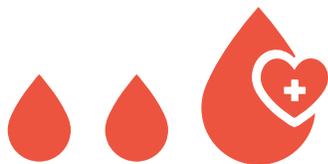
## **Le nombre de transfusions de globules rouges**

dans les cas d'arthroplasties non urgentes de la hanche (12 %) ou du genou (8 %)

**a diminué, mais ces transfusions sont toujours réalisées au pays** même si le sang est une ressource précieuse.



## Pourquoi est-ce important?



**Le sang est une ressource vitale et dispendieuse pour le système de santé.** Les transfusions de globules rouges réalisées en l'absence de signes préoccupants<sup>vii</sup> puisent dans cette ressource sans améliorer l'état du patient.

**Chez les patients hospitalisés à risque élevé, les transfusions de globules rouges sont associées à une augmentation de la morbidité et de la mortalité<sup>30</sup>.**



**Les réactions indésirables aux transfusions de globules rouges peuvent varier de légères à sévères** et comprennent les réactions allergiques, les réactions hémolytiques aiguës, l'anaphylaxie, la surcharge circulatoire post-transfusionnelle et la sepsie.

**Les transfusions de globules rouges peuvent accroître la concentration sanguine de ces cellules lorsqu'elle est faible à la suite d'une intervention chirurgicale, d'une blessure ou d'une maladie et que l'organisme n'arrive pas à produire suffisamment de sang.**

Aucun examen ne permet à lui seul de prédire la nécessité de procéder à une transfusion; ce besoin dépend de l'évaluation clinique du patient et de la raison du traitement. Des données indiquent cependant que les transfusions de globules rouges n'apportent que peu de bienfaits aux patients et, dans certains cas, elles peuvent s'avérer néfastes lorsqu'elles sont effectuées pour atteindre un seuil arbitraire<sup>31</sup>.

vii. Les signes préoccupants pour les transfusions de globules rouges dépendent de l'évaluation clinique du patient et sont aussi établis en fonction des causes de l'anémie.

## Autres constatations

Le taux de transfusions de globules rouges varie d'une province à l'autre, mais les plus grandes variations sont observées à l'échelle des régions sanitaires et des établissements. La Saskatchewan a affiché le taux le plus faible (6,3 %) de patients hospitalisés ayant reçu une transfusion de globules rouges. Si ce même taux était obtenu dans toutes les provinces, le nombre de transfusions de globules rouges diminuerait de plus de 23 200.



**En 2013-2014, moins de 1 patient hospitalisé sur 10 (7,4 %) a reçu une transfusion de globules rouges au Canada, à l'exclusion de la Colombie-Britannique.**

Le taux de transfusion de globules rouges chez les patients présentant des maladies et des traitements comparables était différent entre les établissements, les régions et les provinces. Par exemple, chez les patients hospitalisés en hématologie, il variait de 12,7 à 57,3 % d'un établissement à l'autre.

L'ICIS a axé son analyse sur les patients dont l'état était suffisamment stable pour subir une arthroplastie non urgente et qui ne nécessiteraient vraisemblablement pas de transfusion de globules rouges.

Au fil du temps, la proportion d'hospitalisations en raison d'une arthroplastie non urgente de la hanche ou du genou au cours desquelles au moins une transfusion de globules rouges a été effectuée a diminué. En 2006-2007, 22,1 % et 15,0 % des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche et du genou, respectivement, ont reçu une transfusion, alors qu'en 2013-2014, ces pourcentages ont baissé à 11,6 % et 7,5 %, respectivement.

Après avoir comparé les taux provinciaux de transfusion de globules rouges, des experts ont suggéré d'ajuster les données en fonction de facteurs de risque tels que l'âge, le sexe ou la présence d'affections concomitantes (pour obtenir la liste complète des facteurs de risque, consulter le [rapport technique](#)). En 2013-2014, le taux de transfusion de globules rouges ajustés selon le risque chez les patients ayant subi une arthroplastie non urgente de la hanche variait de 16,3 (à l'Île-du-Prince-Édouard et en Alberta) à 7,7 % (au Manitoba), alors que ce taux dans les cas d'arthroplasties non urgentes du genou allait de 11,5 % (en Alberta) à 5,1 % (au Manitoba).

La variation des taux de transfusion de globules rouges s'est avérée plus importante entre les établissements qu'entre les différentes régions géographiques. Dans les établissements où au moins 100 arthroplasties non urgentes de la hanche et du genou ont été pratiquées, les taux de transfusion de globules rouges se situaient entre 2 % et 33 % et 0 % et 27 %, respectivement. Les établissements où aucune transfusion de globules rouges n'a été réalisée ont tout de même enregistré au moins 100 interventions. Ces données peuvent permettre de reconnaître les améliorations apportées et les pratiques qui ont été guidées par les lignes directrices cliniques.



## Consulter la trousse d'outils

La trousse [Pourquoi deux produits quand un seul suffit?](#) est accessible sur le site Web de la campagne nationale Choisir avec soin.

## Initiatives et efforts de nos partenaires pour réduire le nombre de transfusions non nécessaires



La régie de la santé Capital d'Halifax, en Nouvelle-Écosse, a adopté une nouvelle politique stipulant qu'après avoir transfusé une unité de globules rouges, il faut réévaluer la nécessité en fonction du taux d'hémoglobine et des symptômes cliniques. Depuis 2012, le nombre total d'unités de globules rouges transfusés a diminué de 16,4 %.



Au Centre Sunnybrook des sciences de la santé de Toronto, 78 % des transfusions effectuées chez des patients hospitalisés ne comptent qu'une seule unité, contre 25 à 37 % dans l'ensemble de l'Ontario, selon une récente vérification provinciale des transfusions. Des formulaires d'ordonnance de transfusion préimprimés ont été remis aux prescripteurs afin de leur rappeler les lignes directrices (transfuser une seule unité et réévaluer) au moment où ils rédigent l'ordonnance. Il a également été recommandé d'obtenir les services de spécialistes de la médecine transfusionnelle à des fins consultatives et éducatives.

# Conclusion

Les données présentées dans ce rapport illustrent la portée des soins non nécessaires dispensés au Canada et les nombreux éléments contribuant au problème. Ce rapport permet de franchir un pas important vers une compréhension approfondie des soins non nécessaires ainsi que des efforts essentiels à l'amélioration de la situation. Il illustre particulièrement la portée de 8 recommandations de la campagne nationale Choisir avec soin et des occasions d'amélioration. Il brosse également le portrait des attitudes publiques. Les Canadiens connaissent le problème que représentent les soins non nécessaires et ils cherchent à obtenir du soutien et des outils leur permettant de prendre de meilleures décisions et d'entretenir des conversations éclairées avec leurs dispensateurs de soins.

Le rapport indique où au pays des méthodes novatrices de mise en œuvre et des efforts d'amélioration de la qualité ont permis de réduire les soins non nécessaires. La mesure est un élément important du projet, car elle permet de comprendre les variations locales et régionales et d'évaluer les stratégies d'amélioration et leur incidence sur les résultats pour les patients et les systèmes de soins de santé.

Les données et les études de cas présentées dans le rapport constituent un point de départ vers la normalisation des mesures et l'amélioration des données qui permettront de déceler les lacunes et les variations, de faire le suivi des améliorations et enfin d'améliorer la qualité des soins offerts aux patients. Il est important que les cliniciens, les patients et les autres intervenants du milieu des soins de santé comprennent mieux la problématique des soins non nécessaires. L'objectif au cœur de la campagne Choisir avec soin est d'aider les professionnels de la santé et les patients à discuter de ces soins et à faire des choix éclairés et efficaces afin que les soins dispensés soient optimaux. L'amélioration des données peut soutenir ces conversations à l'échelle individuelle, organisationnelle, régionale et nationale pour accroître la qualité des soins offerts aux Canadiens.

# Annexe A : Particularités techniques

La majorité des données proviennent de l'ICIS et de Statistique Canada.

## ICIS

- Base de données sur les congés des patients
- Système national d'information sur les soins ambulatoires
- Facturation des médecins à l'échelle des patients
- Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits

## Statistique Canada

- Fichier de microdonnées à grande diffusion de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Pour produire ce rapport, nous avons consulté, outre les données de l'ICIS, des experts et des analyses documentaires sur la mesure des examens de faible valeur. Nous avons recueilli toutes les données disponibles de 2006 à 2016 dans les provinces et territoires aux fins d'analyse.

Nous avons choisi des recommandations qui pouvaient être mesurées (ou évaluées approximativement) à l'aide de données administratives et d'enquêtes. Puis, nous avons élaboré des méthodologies en consultation avec des experts cliniques pour veiller à saisir des examens, des traitements et des interventions évitables. Il nous faut toutefois souligner les limites importantes de notre démarche. Bien souvent, les données administratives ne permettaient pas de saisir la raison pour laquelle un examen, un traitement ou une intervention en particulier a été choisi. Nous ignorons également ce dont ont discuté les médecins et leurs patients avant de faire ce choix.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la méthodologie et les limites du rapport, consulter le [rapport technique](#).

## Particularités techniques

Ne pas recourir à des examens d'imagerie pour des douleurs au bas du dos, sauf en présence de signes préoccupants

<b>Sources des données</b>	<b>Données sur la facturation des médecins à l'échelle des patients, ICIS</b> <b>Base de données sur les congés des patients, ICIS</b> <b>Système national d'information sur les soins ambulatoires, ICIS</b>
<b>Couverture</b>	Alberta
<b>Groupe d'âge</b>	18 ans et plus
<b>Année</b>	2011-2012

Ne pas utiliser d'antipsychotiques atypiques comme intervention de première intention pour traiter l'insomnie chez les enfants et les jeunes

<b>Source des données</b>	<b>Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, ICIS</b>
<b>Couverture</b>	Manitoba, Saskatchewan, Colombie-Britannique
<b>Groupe d'âge</b>	5 à 24 ans
<b>Années</b>	2008-2009 à 2013-2014

Ne pas utiliser de benzodiazépines ou d'autres sédatifs hypnotiques chez les personnes âgées comme premier choix pour traiter l'insomnie, l'agitation ou le delirium

<b>Source des données</b>	<b>Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, ICIS</b>
<b>Couverture</b>	Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Ontario, Manitoba, Saskatchewan, Alberta, Colombie-Britannique
<b>Groupe d'âge</b>	65 ans et plus
<b>Années</b>	2011-2012 à 2014-2015

**Ne pas effectuer une mammographie de dépistage systématique chez les femmes de 40 à 49 ans qui présentent un risque moyen**

<b>Source des données</b>	<b>Fichier de microdonnées à grande diffusion de l'<a href="#">Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2012</a>, Statistique Canada</b>
<b>Couverture</b>	Les taux canadiens englobent l'ensemble des provinces et territoires.  En raison d'une règle de suppression de données, les résultats présentés par province ou territoire ne sont disponibles que pour Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, le Québec, l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique
<b>Groupe d'âge</b>	Femmes de 40 à 49 ans
<b>Année</b>	2012

**Ne pas effectuer d'examens préopératoires avant les interventions à faible risque (3 recommandations)**

<b>Sources des données</b>	<b>Ontario : Campagne nationale Choisir avec soin (données agrégées)</b>  <b>Saskatchewan et Alberta :</b> <b>Base de données sur les congés des patients, ICIS</b> <b>Système national d'information sur les soins ambulatoires, ICIS</b> <b>Données sur la facturation des médecins à l'échelle des patients, ICIS</b>
<b>Couverture</b>	Ontario, Saskatchewan, Alberta
<b>Groupe d'âge</b>	18 ans et plus
<b>Année</b>	2012-2013

**Ne pas utiliser l'imagerie pour les traumatismes crâniens mineurs, sauf en présence de signes préoccupants (2 recommandations)**

<b>Source des données</b>	<b>Base de données sur les congés des patients, ICIS</b> <b>Système national d'information sur les soins ambulatoires, ICIS</b>
<b>Couverture</b>	Ontario, Alberta
<b>Groupe d'âge</b>	18 à 64 ans
<b>Année</b>	2015-2016

**Ne pas prescrire systématiquement une TDM de la tête pour les patients hospitalisés atteints de delirium, en l'absence de facteurs de risque**

<b>Source des données</b>	<b>Base de données sur les congés des patients, ICIS</b>
<b>Couverture</b>	Ontario
<b>Groupe d'âge</b>	18 ans et plus
<b>Années</b>	2010-2011 à 2014-2015

**Ne pas transfuser de globules rouges pour des seuils d'hémoglobine ou d'hématocrite arbitraires en l'absence de symptômes d'une maladie coronarienne active, d'insuffisance cardiaque ou d'un AVC**

<b>Sources des données</b>	<b>Base de données sur les congés des patients, ICIS</b> <b>Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS</b>
<b>Couverture</b>	Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Québec*, Ontario, Manitoba, Saskatchewan, Alberta
<b>Groupe d'âge</b>	18 ans et plus
<b>Années</b>	2006-2007 à 2013-2014

**Remarques**

\* Le Québec n'a jamais appuyé la campagne Choisir avec soin et n'y est pas lié étant donné que la province a lancé son propre projet sur la pertinence des soins qui comprend une série de mesures visant à accroître la pertinence de l'utilisation de certains services et certaines technologies dans le secteur de la santé afin d'assurer la qualité des soins fournis aux Québécois et de promouvoir une meilleure utilisation des ressources. Cependant, comme le Québec s'intéresse aux problèmes de surdiagnostic et de surtraitement et qu'il souhaite profiter des données comparatives produites dans ces domaines, la province a accepté d'inclure ses données dans le présent produit.

# Annexe B : Texte de remplacement pour les figures

## Texte de remplacement de la figure 1 : Taux d'examens de TDM ou d'IRM dans les 6 mois, par zone de résidence des patients, Alberta

Zone	Nombre de patients	Taux de TDM ou d'IRM
North	9 000	7,2 %
Central	9 000	6,8 %
South	7 000	6,8 %
d'Edmonton	32 000	4,1 %
de Calgary	39 000	3,2 %

### Remarques

Seuls les services financés par des fonds publics sont inclus dans ces données.

Les données administratives ne brossent pas un portrait complet des antécédents cliniques des patients, et la présence ou non d'indications pourrait avoir été mal classée.

### Sources

Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires et données sur la facturation des médecins à l'échelle des patients, 2010-2011 à 2012-2013, Institut canadien d'information sur la santé.

## Texte de remplacement de la figure 3 : Taux d'utilisation chronique de benzodiazépines chez les personnes âgées inscrites aux régimes publics d'assurance médicaments, par province, 2014-2015 par rapport à 2011-2012

Province	Taux d'utilisation des benzodiazépines	Comparaison avec 2011-2012
T.-N.-L.	20,9 %	Hausse
Î.-P.-É.	9,5 %	Hausse
N.-É.	16,4 %	Baisse
N.-B.	25,4 %	Hausse
Ont.	8,7 %	Baisse
Man.	15,7 %	Baisse
Sask.	5,3 %	Baisse
Alb.	15,8 %	Baisse
C.-B.	8,6 %	Baisse
Taux global	10,4 %	Baisse

### Remarques

Par personnes âgées, on entend les personnes de 65 ans et plus ayant présenté au moins une demande de remboursement. L'utilisation de benzodiazépines et de médicaments connexes a été prise en compte, sans être limitée aux indications d'insomnie, d'agitation et de delirium.

### Source

Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, 2011-2012 à 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

**Texte de remplacement de la figure 4 : Taux de mammographies de dépistage chez les femmes de 40 à 49 ans présentant un risque moyen au cours des 2 dernières années, par lignes directrices ou critères d'admissibilité définis dans les programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer du sein, Canada, 2012**

Province	Taux de mammographies de dépistage	Critères d'admissibilité au programme pour les femmes de 40 à 49 ans présentant un risque moyen
T.-N.-L.	29,8 %*	Non
Î.-P.-É.	Supprimé†	Oui, avec une auto-orientation
N.-É.	38,7 %	Oui, avec une auto-orientation
N.-B.	15,0 %*	Oui, avec une orientation du médecin
Qc	13,2 %	Oui, avec une orientation du médecin
Ont.	22,0 %	Non
Man.	Supprimé†	Non
Sask.	Supprimé†	Non
Alb.	34,7 %	Oui, avec une orientation du médecin
C.-B.	31,1 %	Oui, avec une auto-orientation
Yn	Supprimé†	Oui, avec une auto-orientation
T.N.-O.	Supprimé†	Oui, avec une auto-orientation
Nun.	Supprimé†	s.o.
Canada	22,2 %	s.o.

**Remarques**

\* À interpréter avec prudence en raison du coefficient de variation élevé.

† Les taux pour l'Île-du-Prince-Édouard, le Manitoba, la Saskatchewan et les territoires ont été supprimés (n correspondant à un numérateur non pondéré inférieur à 30; coefficient de variation supérieur à 33,3).

s.o. : sans objet.

**Sources**

Taux : Fichier de microdonnées à grande diffusion de l'[Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2012](#), Statistique Canada.

Lignes directrices de dépistage : *Breast Cancer Screening Programs/Strategy Elements*, 2011, Partenariat canadien contre le cancer (validation auprès des membres du Réseau canadien de dépistage du cancer du sein).

**Texte de remplacement de la figure 5 : Proportion d'hommes atteints d'un cancer de la prostate à faible risque faisant l'objet d'une surveillance active, 2010 à 2013**

Province	Proportion faisant l'objet d'une surveillance active
T.-N.-L.	72 %
Î.-P.-E.	76 %
N.-É.	53 %
N.-B.	81 %
Man.	81 %
Sask.	59 %
Alb.	55 %

**Remarques**

Les provinces à l'étude sont Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, le Manitoba, la Saskatchewan et l'Alberta.

Les données sur la radiothérapie au Nouveau-Brunswick sont disponibles depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Les données de Terre-Neuve-et-Labrador n'étaient pas disponibles en 2013. Elles étaient disponibles en 2011 et 2012.

**Sources**

Organismes provinciaux de lutte contre le cancer; Partenariat canadien contre le cancer.

**Texte de remplacement de la figure 6 : Taux ajusté selon les risques d'examens d'imagerie de la tête potentiellement non nécessaires, Ontario et Alberta, 2015-2016**

Réseau local d'intégration des services de santé/région sanitaire	Taux d'examens de la tête par imagerie potentiellement non nécessaires
<b>Ontario</b>	31 %
RLISS d'Érié St. Clair	46 %
RLISS du Centre-Ouest	46 %
RLISS du Centre-Toronto	35 %
RLISS du Centre	35 %
RLISS du Centre-Est	32 %
RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant	32 %
RLISS du Nord-Ouest	31 %
RLISS de Champlain	30 %
RLISS de Simcoe-Nord Muskoka	30 %
RLISS de Mississauga Halton	30 %
RLISS du Nord-Est	27 %
RLISS de Waterloo Wellington	24 %
RLISS du Sud-Ouest	21 %
RLISS du Sud-Est	13 %

Réseau local d'intégration des services de santé/région sanitaire	Taux d'examens de la tête par imagerie potentiellement non nécessaires
<b>Alberta</b>	29 %
Zone d'Edmonton	41 %
Zone de Calgary	28 %
Zone South	26 %
Zone North	19 %
Zone Central	18 %

#### Remarques

Il n'existe aucune méthode concertée permettant de différencier clairement les traumatismes crâniens mineurs des traumatismes crâniens majeurs dans les bases de données administratives.

Les données administratives ne brossent pas un portrait complet des antécédents cliniques des patients, et la présence ou non d'indications pourrait avoir été mal classée.

#### Sources

Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2014-2015 à 2015-2016, Institut canadien d'information sur la santé.

### Texte de remplacement de la figure 7 : Nombre de patients hospitalisés atteints de delirium et nombre de TDM de la tête, Ontario, 2010-2011 à 2014-2015

Exercice	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
<b>Patients atteints de delirium ne présentant pas de facteurs de risque</b>	14 193	15 769	18 099	20 417	23 142
<b>TDM de la tête réalisées chez des patients atteints de delirium ne présentant pas de facteurs de risque</b>	3 627	3 961	4 333	4 786	5 332

#### Remarques

Analyse restreinte à l'Ontario, où la déclaration des TDM réalisées chez les patients hospitalisés est obligatoire.

Les données administratives ne brossent pas un portrait complet des antécédents cliniques des patients, et la présence ou non de facteurs de risque pourrait avoir été mal classée.

#### Source

Base de données sur les congés des patients, 2010-2011 à 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

## **Texte de remplacement pour l'image sur la participation des patients de l'Hôpital général de North York**

À l'Hôpital général de North York, 4 grands efforts ont orienté la mise en œuvre de la campagne Choisir avec soin. Le premier est la participation des cadres, qui comprennent les membres du comité médical consultatif sur la qualité et du comité sur la gestion de l'utilisation, et la consultation des chefs. Le deuxième est la participation des patients, notamment le comité consultatif en matière de soins centrés sur le patient et sa famille, l'obtention de conseils auprès de ce comité et la sensibilisation des patients. Le troisième effort est la participation du personnel de première ligne, qui comprend la création d'écrans de veille ainsi que l'utilisation de l'intranet, du blogue de Donna et des forums de gestion. Le quatrième effort porte sur la conception d'idées et leur évaluation, et il inclut des propositions des services, l'obtention des données de base et l'évaluation des avantages.

# Références

1. Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA; Groupe de travail sur la campagne Choisir avec soin à l'international. [“Choosing Wisely”: A growing international campaign](#). *BMJ Quality and Safety*. 2015.
2. Chou R, Fu R, Carrino J, Deyo R. [Imaging strategies for low-back pain: Systematic review and meta-analysis](#). *The Lancet*. Février 2009.
3. Pengel L, Herbert R, Maher C, Refshauge K. [Acute low back pain: Systematic review of its prognosis](#). *BMJ*. Août 2003.
4. Pringsheim T, Gardner D. [Dispensed prescriptions for quetiapine and other second-generation antipsychotics in Canada from 2005 to 2012: A descriptive study](#). *JAMC ouvert*. Octobre 2014.
5. Thompson W, Quay T, Rojas-Fernandez C, Farrell B, Bjerre L. [Atypical antipsychotics for insomnia: A systematic review](#). *Sleep Medicine*. Juin 2016.
6. eSantéMentale.ca. [Quétiapine](#). Consulté le 1<sup>er</sup> décembre 2016.
7. AstraZeneca Canada inc. [Monographie : Seroquel](#). 2015
8. Hemmelgarn B, Suissa S, Huang A, Boivin J, Pinard G. [Benzodiazepine use and the risk of motor vehicle crash in the elderly](#). *JAMA*. Juillet 1997.
9. Neutel C, Perry S, Maxwell C. [Medication use and risk of falls](#). *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. Mars 2002.
10. Shader R, Greenblatt D. [Use of benzodiazepines in anxiety disorders](#). *New England Journal of Medicine*. 1993.
11. Gillin J, Byerley W. [Drug therapy: The diagnosis and management of insomnia](#). *New England Journal of Medicine*. Janvier 1990.
12. Glass J, Lanctot K, Herrmann N, Sproule B, Busto U. [Sedative hypnotics in older people with insomnia: Meta-analysis of risks and benefits](#). *BMJ*. Novembre 2005.
13. Morin C, LeBlanc M, Bélanger L, Ivers H, Mérette C, Savard J. [Prevalence of insomnia and its treatment in Canada](#). *Revue canadienne de psychiatrie*. Septembre 2011.

14. Comité directeur des statistiques sur le cancer de la Société canadienne du cancer. [Statistiques canadiennes sur le cancer](#). 2016
15. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. [Recommandations sur le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 74 ans présentant un risque moyen](#). *JAMC*. 2011.
16. Partenariat canadien contre le cancer. *Programmes de dépistage du cancer du sein/Éléments de la stratégie*. 2011.
17. Partenariat canadien contre le cancer. [Qualité et durabilité de la lutte contre le cancer : rapport cible sur le rendement du système](#). 2016
18. Chung F, Yuan H, Yin L, Vairavanathan S, Wong D. [Elimination of preoperative testing in ambulatory surgery](#). *Anesthesia & Analgesia*. Février 2009.
19. Benarroch-Gampel J, Sheffield KM, Duncan CB, et al. [Preoperative laboratory testing in patients undergoing elective, low-risk ambulatory surgery](#). *Annals of Surgery*. Septembre 2012.
20. Thanh NX, Rashid S, Jonsson E. [Électrocardiogramme et radiographie des poumons préopératoires de routine avant une chirurgie non urgente en Alberta, Canada](#). *Journal canadien d'anesthésie*. Février 2010.
21. Kirkham K, Wijesundera D, Pendrith C, et al. [Preoperative testing before low-risk surgical procedures](#). *JAMC*. Août 2015.
22. Haydel M, Preston C, Mills T, Luber S, Blaudeau E, DeBlieux P. [Indications for computed tomography in patients with minor head injury](#). *New England Journal of Medicine*. Juillet 2000.
23. Stiell I, Wells G, Vandemheen K, et al. [The Canadian CT Head Rule for patients with minor head injury](#). *The Lancet*. Mai 2001.
24. Brenner D, Hall E. [Computed tomography — An increasing source of radiation exposure](#). *New England Journal of Medicine*. Novembre 2007.
25. Mathews J, Forsythe A, Brady Z, et al. [Cancer risk in 680,000 people exposed to computed tomography scans in childhood or adolescence: Data linkage study of 11 million Australians](#). *BMJ*. Mai 2013.
26. Smits M, Dippel D, Nederkoorn P, et al. [Minor head injury: CT-based strategies for management — A cost-effectiveness analysis](#). *Radiology*. Février 2010.

27. Kalra M, Maher M, Rizzo S, Kanarek D, Shepard J. [Radiation exposure from chest CT: Issues and strategies](#). *Journal of Korean Medical Science*. Avril 2004.
28. Fong T, Tulebaev S, Inouye S. [Delirium in elderly adults: Diagnosis, prevention and treatment](#). *Nature Reviews Neurology*. Avril 2009.
29. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Bookamana P, et al. [Diagnosing delirium in elderly Thai patients: Utilization of the CAM algorithm](#). *BMC Family Practice*. Juillet 2011.
30. Marik P, Corwin H. [Efficacy of red blood cell transfusion in the critically ill: A systematic review of the literature](#). *Critical Care Medicine*. Septembre 2008.
31. Shander A, Gross I, Hill S, Javidroozi M, Sledge S. [A new perspective on best transfusion practices](#). *Blood Transfusion*. Avril 2013.
32. Silverstein W, Lass E, Born K, Morinville A, Levinson W, Tannenbaum C. [A survey of primary care patients' readiness to engage in the de-adoption practices recommended by Choosing Wisely Canada](#). *BMC Research Notes*. 2016.

**Choisir  
avec soin**   
[choisiravecsoin.org](http://choisiravecsoin.org)  
[info@choisiravecsoin.org](mailto:info@choisiravecsoin.org)

  
Institut canadien  
d'information sur la santé  
Canadian Institute  
for Health Information  
**icis.ca**  
[media@icis.ca](mailto:media@icis.ca)