



**Notes
méthodologiques**

Novembre 2022

Surutilisation des examens et des traitements au Canada

**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.

RAI-MDS 2.0 © interRAI Corporation, Washington, D.C., 1995, 1997, 1999. Modifié avec permission pour utilisation au Canada en vertu d'une licence accordée à l'Institut canadien d'information sur la santé. Les éléments propres au Canada et leur description sont protégés par le droit d'auteur © Institut canadien d'information sur la santé, 2022.

interRAI LTCF © interRAI Corporation, Washington, D.C., 1990-2019. Modifié avec permission pour utilisation au Canada en vertu d'une licence accordée à l'Institut canadien d'information sur la santé. Les éléments propres au Canada et leur description sont protégés par le droit d'auteur © Institut canadien d'information sur la santé, 2022

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
icis.ca
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77479-151-6 (PDF)

© 2022 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Surutilisation des examens et des traitements au Canada — notes méthodologiques*. Ottawa, ON : ICIS; 2022.

This publication is also available in English under the title *Overuse of Tests and Treatments in Canada — Methodology Notes*.

ISBN 978-1-77479-150-9 (PDF)

Table des matières

Institut canadien d'information sur la santé et Choisir avec soin Canada	4
Institut canadien d'information sur la santé	4
Choisir avec soin	4
Recommandations analysées.	5
Sources des données	6
Sources des données de l'ICIS	6
Autres sources de données	8
Soins communautaires.	12
Imagerie diagnostique pour des douleurs au bas du dos	12
Dépistage du cancer du col de l'utérus	20
Antibiotiques délivrés dans la collectivité	24
Utilisation chronique des benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques chez les personnes âgées	27
Contention physique en soins de longue durée	32
Utilisation d'antipsychotiques en soins de longue durée.	36
Soins d'urgence	41
Radiographies thoraciques pour l'asthme et la bronchiolite au service d'urgence	41
Imagerie diagnostique pour un traumatisme crânien mineur au service d'urgence	44
Soins en milieu hospitalier	51
Arthroscopie du genou chez les adultes de 60 ans et plus	51
Césariennes dans les cas d'accouchements à faible risque	54
Transfusions de globules rouges chez les patients hospitalisés	58
Examens préopératoires avant une chirurgie à faible risque	63
Annexe	70
Texte de remplacement	70
Références.	73

Institut canadien d'information sur la santé et Choisir avec soin Canada

Institut canadien d'information sur la santé

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur les systèmes de santé du Canada et sur la santé des Canadiens. Il présente des données et une information comparables et exploitables qui favorisent une amélioration rapide des soins de santé, de la performance des systèmes de santé et de la santé de la population dans tout le Canada. Ses intervenants utilisent dans leurs processus décisionnels sa vaste gamme de bases de données, de mesures et de normes sur les systèmes de santé, en parallèle avec ses rapports et analyses fondés sur des données probantes. L'ICIS protège la vie privée des Canadiens en assurant la confidentialité et l'intégrité des renseignements sur la santé qu'il fournit. Pour en savoir davantage, consultez le [site Web de l'ICIS](#).

Choisir avec soin

Choisir avec soin est le porte-parole national pour la réduction des examens et traitements inutiles en santé. Dans le cadre de cette campagne, des associations canadiennes représentant un large éventail de cliniciens ont dressé des listes de recommandations. Celles-ci font état des examens et des traitements couramment utilisés sans que leur utilité ait été prouvée scientifiquement et qui exposent les patients à des risques. La campagne nationale cherche ainsi à amener les dispensateurs et organismes de soins de santé à adopter ces recommandations et à les intégrer à leur pratique courante. À l'heure actuelle, les cliniciens et les patients ont accès à plus de 400 recommandations nationales ainsi qu'à un site Web, à des dépliants de sensibilisation et à des trousseaux d'outils à l'appui de la modification des pratiques. Pour en savoir davantage, visitez le [site Web de Choisir avec soin](#).

Recommandations analysées

Les examens et traitements qui offrent peu ou pas de bienfaits aux patients — et qui peuvent même leur porter préjudice — sont considérés comme des soins de santé de faible valeur. Le rapport *Surutilisation des examens et des traitements au Canada — suivi des progrès* fait suite à un premier rapport publié conjointement par l'ICIS et la campagne Choisir avec soin en 2017, [Les soins non nécessaires au Canada](#)¹, qui mesurait la surutilisation de 8 examens et traitements courants. Le rapport de suivi des progrès mesure la surutilisation de 12 examens et traitements en lien avec les recommandations formulées par les associations nationales de cliniciens dans le cadre de la campagne Choisir avec soin. Il s'intéresse au recours à ces soins non nécessaires dispensés dans la collectivité, au service d'urgence et en milieu hospitalier, et inclut une évaluation des progrès réalisés par rapport à 5 mesures comprises dans le rapport de 2017. Parmi les 7 nouvelles mesures, plusieurs sont dérivées des indicateurs de l'ICIS.

Aux fins de ce rapport de suivi des progrès, les mesures relatives aux examens et traitements visés par les recommandations de la campagne Choisir avec soin ont été choisies en fonction des paramètres suivants :

- **Disponibilité et pertinence des données** : Les données requises pour mesurer des aspects importants de la recommandation étaient déjà disponibles à l'ICIS et permettaient de réaliser les objectifs analytiques du rapport, par exemple de mesurer la tendance au fil du temps, les variations provinciales et territoriales, et certains facteurs associés à la surutilisation des examens et traitements.
- **Importance et étendue de la surutilisation** : L'examen ou le traitement de faible valeur visé par la recommandation était couramment surutilisé, touchait un grand nombre de patients ou était coûteux.
- **Valeur pour les intervenants** : La recommandation a été définie comme une priorité par la campagne Choisir avec soin, par un bon nombre d'autorités compétentes ou d'organismes, ou a été formulée par de multiples associations professionnelles, y compris des médecins spécialistes.
- **Portée ou diversité** : Les recommandations choisies forment un ensemble de nouvelles analyses et d'analyses reprises du rapport de 2017. Elles font état de la diversité des milieux de soins et des populations de patients.
- **Harmonisation** : Les mesures correspondaient aux thèmes prioritaires du [Plan stratégique de l'ICIS, 2022 à 2027](#).

À partir de ces critères, 12 examens et traitements ciblés par les recommandations de la campagne Choisir avec soin ont été sélectionnés et mesurés. Les analyses présentées dans ce rapport ne tiennent pas précisément compte de tous les aspects de certaines recommandations en raison des limites des données administratives ou pour cadrer avec les mesures et les indicateurs de l'ICIS pour le Canada.

Sources des données

Sources des données de l'ICIS

Base de données sur les congés des patients et Base de données sur la morbidité hospitalière

La [Base de données sur les congés des patients \(BDCP\)](#) recueille des données administratives, cliniques et démographiques sur les sorties des hôpitaux transmises par les établissements de l'ensemble des provinces et territoires, sauf le Québec. Les données du Québec sont soumises directement à l'ICIS par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Ces données s'ajoutent à celles de la BDCP pour former la [Base de données sur la morbidité hospitalière \(BDMH\)](#). La *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version, Canada* (CIM-10-CA) et la *Classification canadienne des interventions en santé* (CCI) sont utilisées pour codifier les diagnostics et les interventions dans la BDCP et la BDMH.

Système national d'information sur les soins ambulatoires

Le [Système national d'information sur les soins ambulatoires \(SNISA\)](#) contient des données sur les visites en soins ambulatoires dans les milieux hospitaliers et communautaires. Le SNISA recueille actuellement des données sur les chirurgies d'un jour, l'utilisation des services d'urgence et les autres visites en soins ambulatoires. Les données disponibles varient selon l'autorité compétente. Certaines déclarent l'ensemble des données et fournissent de l'information complète sur les diagnostics (Ontario, Alberta et Yukon). D'autres soumettent des données moins détaillées, des données partielles ou n'en soumettent pas. La CIM-10-CA et la CCI sont utilisées pour codifier les diagnostics et les interventions dans le SNISA.

Systeme d'information sur les soins de longue durée

Le [Systeme d'information sur les soins de longue durée \(SISLD\)](#) contient des données démographiques, cliniques, fonctionnelles et sur l'utilisation des ressources. Ces données concernent les personnes qui reçoivent des soins dans les établissements de soins en hébergement financés par le secteur public (p. ex. les foyers de soins de longue durée) ou des soins de longue durée dans les hôpitaux. Les données disponibles varient selon l'autorité compétente. Certaines déclarent l'ensemble des données et d'autres soumettent des données partielles ou n'en soumettent pas. Le personnel infirmier et d'autres dispensateurs de soins effectuent des évaluations et les données sont principalement recueillies au moyen de l'instrument d'évaluation des résidents — fichier minimal 2.0 (RAI-MDS 2.0 ©).

Systeme d'information intégré interRAI

Certaines autorités compétentes ont entamé ou fait la transition vers le nouvel instrument d'évaluation pour soins de longue durée en établissement interRAI (SLD interRAI ©). Les données recueillies à l'aide de cet instrument sont soumises au [Systeme d'information intégré interRAI \(SIIR\)](#) de l'ICIS. Les données disponibles varient selon l'autorité compétente. Certaines déclarent l'ensemble des données (Nouveau-Brunswick) et d'autres soumettent des données partielles (Saskatchewan) ou n'en soumettent pas. Le SIIR comprend des données sur l'utilisation des ressources et des données démographiques, cliniques et fonctionnelles des personnes qui reçoivent des soins dans les établissements de soins de longue durée financés par le secteur public. Les évaluations sont réalisées par le personnel infirmier et d'autres dispensateurs de soins.

Base de données nationale sur les médecins et Répertoire sur la facturation des médecins à l'échelle des patients

La [Base de données nationale sur les médecins \(BDNM\)](#) contient des données sur la [facturation des médecins à l'échelle des patients \(FMEP\)](#), c'est-à-dire sur les demandes de remboursement des médecins pour les services médicaux assurés par le secteur public (en fonction des codes de tarif). Ces données sont soumises à l'ICIS par les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance maladie. La BDNM fournit de l'information sur les caractéristiques démographiques des médecins, leur rémunération et leur niveau d'activité dans les systèmes de santé canadiens. Le Répertoire sur la FMEP contient des renseignements supplémentaires sur chaque visite chez le médecin, comme la raison de la visite (codes de la *Classification internationale des maladies, neuvième version*, ou CIM-9), les services facturés et l'endroit où les services ont été fournis. Les données à l'échelle des patients varient selon l'autorité compétente; certaines déclarent l'ensemble des données et d'autres n'en déclarent pas.

Systeme national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP)

Le [Systeme national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits \(SNIUMP\)](#) contient des données sur les demandes de remboursement des médicaments soumises aux régimes publics d'assurance médicaments. La déclaration des données sur les régimes publics d'assurance médicaments varie selon l'autorité compétente. Des données sont soumises par l'ensemble des provinces et le Yukon. Certaines provinces fournissent des données sur les demandes de remboursement soumises à des assureurs privés. Le SNIUMP contient des données pancanadiennes liées aux listes de médicaments remboursés par les régimes publics, aux demandes de remboursement de médicaments, aux politiques des régimes ainsi qu'aux médicaments.

Autres sources de données

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

L'**Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)** de Statistique Canada fournit des données sur la santé pour chaque région sanitaire, province et territoire du Canada. L'enquête porte sur un vaste éventail de sujets, y compris les maladies et les problèmes de santé, les services de soins de santé, le mode de vie et les conditions sociales, ainsi que la santé mentale et le bien-être. Elle présente également de l'information sur les caractéristiques sociodémographiques, le revenu et les caractéristiques de la population active. Les données reposent sur des entretiens réalisés annuellement auprès d'environ 65 000 répondants de 12 ans et plus, dans l'ensemble des provinces et des territoires du Canada. Pour en savoir plus, notamment sur l'échantillonnage et la pondération, consultez la page [Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Composante annuelle \(ESCC\)](#) de Statistique Canada.

Tableau 1 Aperçu de la couverture des données de l'ICIS, selon le service (au 30 juin 2022)

Provinces et Territoires	Services					
	Soins de courte durée	Chirurgie d'un jour	Soins d'urgence	Soins de longue durée	Données sur les demandes de remboursement des médicaments	Facturation des médecins à l'échelle des patients
T.-N.-L.	BDCP	BDCP	—	SISLD	SNIUMP	—
Î.-P.-É.	BDCP	SNISA	—	—	SNIUMP	—
N.-É.	BDCP	SNISA	—	SISLD	SNIUMP	BDNM
N.-B.	BDCP	BDCP	—	SIIR	SNIUMP	—
Qc	BDMH	BDMH	—	—	‡	—
Ont.	BDCP	SNISA	SNISA	SISLD	SNIUMP	BDNM
Man.	BDCP	BDCP	—	SISLD	SNIUMP	BDNM
Sask.	BDCP	BDCP	—	SIIR	SNIUMP	BDNM
Alb.	BDCP	SNISA	SNISA	SISLD	SNIUMP	BDNM
C.-B.	BDCP	BDCP	—	SISLD	SNIUMP	BDNM
Yn, T.N.-O. et Nun.	BDCP	BDCP	SNISA (Yukon seulement)	SISLD (Yukon seulement)	SNIUMP (Yukon seulement)	—

Remarques

* Seules les autorités compétentes tenues de soumettre des données sur les services d'urgence de niveau 3 (cliniques) sont incluses.

† Le Nouveau-Brunswick et la Saskatchewan sont passés à l'instrument d'évaluation SLD interRAI et déclarent des données sur les soins de longue durée au SIIR de l'ICIS.

‡ L'usage des données pharmaceutiques du Québec est restreint aux produits désignés.

— Données non disponibles

BDCP : Base de données sur les congés des patients.

BDMH : Base de données sur la morbidité hospitalière.

SNISA : Système national d'information sur les soins ambulatoires.

SISLD : Système d'information sur les soins de longue durée.

SIIR : Système d'information intégré interRAI.

SNIUMP : Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits.

BDNM : Base de données nationale sur les médecins.

Tableau 2 Sommaire des sources de données et spécifications techniques, selon la mesure

Recommandation	Sources de données	Période à l'étude	Couverture des données	Âge de la cohorte
Soins communautaires				
Imagerie diagnostique pour des douleurs au bas du dos	BDCP, SNISA, BDNM	2015-2016 à 2020-2021	Nouvelle-Écosse, Ontario, Manitoba, Alberta et Colombie-Britannique	18 ans et plus
Dépistage du cancer du col de l'utérus	ESCC	2008, 2012, 2017	Ensemble des provinces et territoires	18-24 ans
Antibiotiques délivrés dans la collectivité	SNIUMP	2015-2016 à 2020-2021	Manitoba, Saskatchewan et Colombie-Britannique	Tous les âges
Utilisation chronique des benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques chez les personnes âgées	SNIUMP	2014-2015 à 2020-2021	Toutes les provinces, sauf le Québec	65 ans et plus
Contention physique en soins de longue durée	SISLD/SIIR	2014-2015 à 2020-2021	Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Ontario, Manitoba, Saskatchewan, Alberta, Colombie-Britannique et Yukon	Tous les âges
Antipsychotiques en soins de longue durée	SISLD/SIIR, SNIUMP	2014-2015 à 2020-2021	Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Ontario, Manitoba, Saskatchewan, Alberta, Colombie-Britannique et Yukon	Tous les âges
Soins d'urgence				
Radiographies thoraciques pour l'asthme et la bronchiolite au service d'urgence	SNISA	2014-2015 à 2020-2021	Ontario, Alberta et Yukon	Bronchiolite : 1 mois à 1 an Asthme : 3 à 17 ans
Imagerie diagnostique pour un traumatisme crânien mineur au service d'urgence	BDCP, SNISA	2014-2015 à 2020-2021	Ontario, Alberta et Yukon	18-64 ans

Recommandation	Sources de données	Période à l'étude	Couverture des données	Âge de la cohorte
Soins en milieu hospitalier				
Arthroscopie du genou chez les adultes de 60 ans et plus	BDCP, SNISA	2014-2015 à 2020-2021	Ensemble des provinces et des territoires, sauf le Québec	60 et plus
Césariennes dans les cas d'accouchements à faible risque	BDCP	2015-2016 à 2020-2021	Ensemble des provinces et des territoires, sauf le Québec	Tous les âges (mère)
Transfusions de globules rouges chez les patients hospitalisés*	BDCP-BDMH	2014-2015 à 2020-2021	Nouveau-Brunswick, Québec, Ontario, Manitoba et Saskatchewan	18 ans et plus
Examens préopératoires avant une chirurgie à faible risque	BDCP, SNISA, BDNM	2015-2016 à 2020-2021	Nouvelle-Écosse, Ontario, Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique	18 ans et plus

Remarques

* Le Québec ne soutient pas et n'est pas lié à la campagne Choisir avec soin, puisqu'il a notamment lancé son propre Chantier de pertinence comprenant une série d'actions qui viseront à accroître la pertinence du recours à certains services et technologies du secteur de la santé, de façon à assurer la qualité des soins donnés à la population québécoise et à favoriser une meilleure utilisation des ressources. En revanche, puisque les questions du surdiagnostic et du surtraitement sont d'intérêt pour le Québec, et afin de bénéficier de données comparatives en la matière, le Québec a accepté que ses données soient incluses à ce produit.

BDCP : Base de données sur les congés des patients.

SNISA : Système national d'information sur les soins ambulatoires.

BDNM : Base de données nationale sur les médecins.

ESCC : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

SNIUMP : Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits.

SISLD : Système d'information sur les soins de longue durée.

SIIR : Système d'information intégré interRAI.

BDCP-BDMH : Base de données sur les congés des patients-Base de données sur la morbidité hospitalière.



Imagerie diagnostique pour des douleurs au bas du dos

Recommandation

Voici la recommandation du Collège des médecins de famille du Canada et de l'Association canadienne des radiologistes :

Ne pas recourir à des examens d'imagerie pour des douleurs au bas du dos, sauf en présence de signes préoccupants^{2, 3}.

Définition opérationnelle

Le rapport de 2017 *Les soins non nécessaires au Canada* présentait cette mesure pour l'Alberta. Dans le rapport de suivi des progrès, l'ICIS a choisi d'inclure les données de la Nouvelle-Écosse, de l'Ontario, du Manitoba, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique.

Conformément à la recommandation, cette mesure représente la proportion de patients ayant reçu des services d'imagerie diagnostique dans les 6 mois suivant leur consultation initiale avec un médecin de famille pour des douleurs au bas du dos (sans signe préoccupant). Sur le plan de l'interprétation, un faible taux est préférable.

Douleurs au bas du dos

Les patients atteints de douleurs au bas du dos ont été définis comme des adultes (18 ans et plus) ayant consulté un médecin de famille dans la collectivité (au cabinet du médecin ou au domicile du patient) pour des douleurs au bas du dos. Les 3 premiers chiffres des codes de diagnostic de la CIM-9 ont été utilisés pour consigner la douleur au bas du dos (voir le tableau 3 pour la liste complète et la description des codes de la CIM-9). Pour chaque patient, la première visite chez le médecin de famille associée à un diagnostic de douleurs au bas du dos au cours de l'exercice financier constitue la visite de référence (initiale). Une distinction a été établie entre les douleurs au bas du dos non persistantes et les douleurs au bas du dos persistantes (définies au tableau 5). Les douleurs persistantes étaient plus susceptibles d'être une indication pour un examen d'imagerie et ont donc été exclues de l'analyse.

Imagerie diagnostique

3 types d'examens d'imagerie diagnostique réalisés dans les 6 mois suivant les visites de référence chez un médecin de famille pour des douleurs au bas du dos ont été sélectionnés aux fins de la présente analyse : les radiographies, les examens de tomodensitométrie (TDM) et les examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM) (voir le tableau 4 pour la liste complète des codes). Ces 3 types d'examen ont été relevés à partir des données du SNISA et de la BDNM.

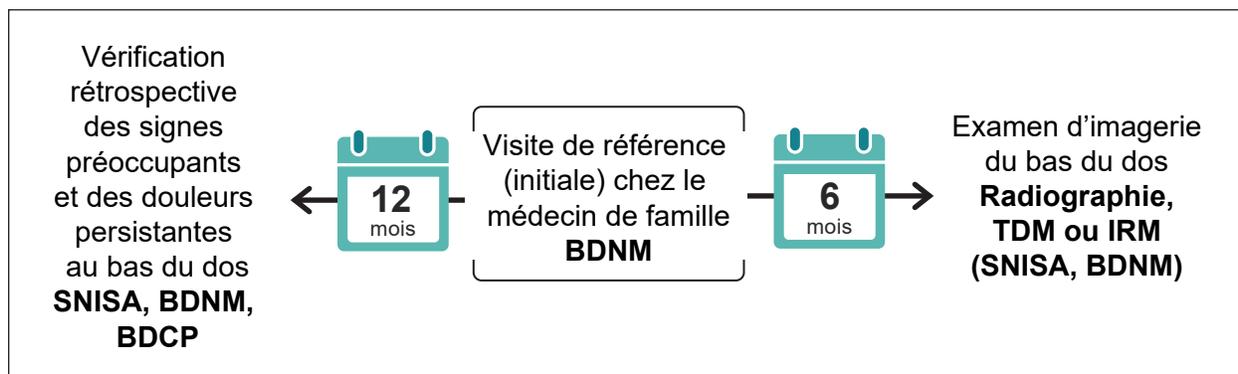
Signes préoccupants

Les signes préoccupants sont des indications (ou des conditions) qui peuvent justifier les examens d'imagerie diagnostique pour des douleurs au bas du dos. L'ICIS a défini les signes préoccupants selon les signaux d'alarme décrits dans la recommandation de la campagne Choisir avec soin^{2,3} et apparus dans les 365 jours précédant la visite de référence. Ils comprennent entre autres le cancer, les problèmes neurologiques, des infections précises et les fractures par tassement des vertèbres (voir le tableau 6 pour la liste détaillée des signes préoccupants). Les patients qui présentaient des signes préoccupants ont été exclus de l'analyse.

Méthodologie

Une période de 6 mois suivant la visite de référence chez le médecin de famille pour des douleurs au bas du dos a été utilisée pour relever les examens d'imagerie diagnostique du bas du dos. Une période de vérification rétrospective de 12 mois a été utilisée pour relever les douleurs persistantes au bas du dos et les signes préoccupants et qui étaient présents avant la visite de référence chez le médecin de famille.

Figure 1 Relever les examens d'imagerie du bas du dos dans les 6 mois suivant la visite de référence chez un médecin de famille pour des douleurs au bas du dos, 2015-2016 à 2020-2021



Remarques

SNISA : Système national d'information sur les soins ambulatoires.

BDNM : Base de données nationale sur les médecins.

BDCP : Base de données sur les congés des patients.

TDM : tomodensitométrie.

IRM : imagerie par résonance magnétique.

Afin de comprendre la variation en fonction de certains facteurs à l'échelle des patients, les résultats ont été ventilés selon l'âge, le sexe, le quintile de revenu et le lieu de résidence (région urbaine ou rurale)ⁱ.

Sources des données

- BDCP : 2014-2015 à 2020-2021
- SNISA : 2014-2015 à 2020-2021
- BDNM : 2014-2015 à 2020-2021

Calcul

$$\text{Taux d'examens d'imagerie diagnostique pour des douleurs au bas du dos} = \frac{\text{Nombre de patients avec au moins un examen d'imagerie diagnostique du bas du dos}}{\text{Nombre de patients atteints de douleurs au bas du dos}}$$

Exclusions

Les enregistrements ont été exclus s'ils répondaient à au moins un des critères suivants :

- le dossier du patient comportait un numéro d'assurance maladie non valide;
- le patient souffrait de douleurs persistantes au bas du dos dans les 12 mois précédant la visite de référence (voir le tableau 5 pour connaître la définition);

i. Le revenu du quartier et le lieu de résidence (région urbaine ou rurale) ont été dérivés du Fichier de conversion des codes postaux^{MO} plus (FCCP+) de Statistique Canada (un programme informatique).

- le patient présentait des signes préoccupants dans les 12 mois précédant la visite de référence (voir le tableau 6 pour connaître la définition).

Ajustement selon les risques

Afin de permettre la comparaison à l'échelle des provinces et territoires ainsi que dans le temps, un ajustement selon les risques par régression logistique a été appliqué (en fonction des facteurs d'âge et de sexe).

Limites

L'utilisation des codes de diagnostic à 3 chiffres de la CIM-9 pourrait avoir causé une surestimation du nombre de cas de douleurs au bas du dos, jugée mineure toutefois. L'analyse a révélé un manque de précision des données sur la facturation qui permettait de relever l'imagerie du dos consignée, mais pas le segment précis de la colonne vertébrale qu'elle visait. Cette lacune pourrait avoir engendré une surestimation du taux d'examens d'imagerie également jugée mineure, puisque la plupart des diagnostics de douleurs au bas du dos ont été posés par des médecins de famille et les examens portaient probablement sur la portion inférieure du dos⁴.

Les données administratives ne permettent pas de connaître le processus décisionnel du clinicien ni tous les antécédents cliniques d'un patient. Bien que des efforts aient été déployés pour cerner et exclure les patients pour lesquels un examen d'imagerie diagnostique était indiqué, il est possible que certains cas pris en compte nécessitaient l'examen pour des raisons cliniques, ce que les données ne traduisent pas. Les cas pour lesquels le médecin suspectait un signe préoccupant sans l'avoir consigné n'ont pas pu être retirés de l'analyse. En raison des limites des données administratives, l'analyse pourrait ne pas tenir compte de tous les signes préoccupants justifiant l'imagerie diagnostique.

Il faut faire preuve de prudence dans l'établissement des comparaisons entre provinces et territoires au moyen des données sur la facturation en raison des différences dans les codes de tarif, dans l'identification de l'emplacement des établissements et dans les modèles de financement provinciaux. Dans certaines provinces, les services d'imagerie diagnostique sont financés par les autorités sanitaires régionales. Certaines cliniques d'imagerie diagnostique pourraient ne pas avoir soumis une facturation pro forma dans ces cas, ce qui peut avoir entraîné une sous-estimation du taux d'examens d'imagerie.

Un petit nombre de cliniques privées offrent des services d'imagerie diagnostique (TDM ou IRM seulement). Seuls les services financés par le secteur public peuvent être saisis dans la BDNM et le SNISA; il se peut donc que le taux d'IRM ou de TDM soit légèrement sous-estimé.

Pour que des données sur les 6 mois suivant toute visite de référence chez le médecin de famille pour des douleurs au bas du dos soient disponibles aux fins du repérage des examens d'imagerie diagnostique, seules les données des 6 premiers mois (d'avril 2020 à septembre 2020) de l'exercice 2020-2021 (la première année de pandémie de COVID-19) sont comparées avec la même période en 2019.

Tableau 3 Codes de la CIM-9 utilisés pour relever les visites chez un médecin de famille pour des douleurs au bas du dos — Base de données nationale sur les médecins

Description	Codes de la CIM-9
Arthrose rachidienne et affections apparentées	721
Lésions des disques intervertébraux	722
Atteintes, autres et sans précision, des régions du plan dorsal	724
Entorse de la région sacro-iliaque	846 (ne s'applique pas en Ontario)
Entorse du cou et de régions dorsales autres ou non précisées	847

Remarque

CIM-9 : *Classification internationale des maladies, neuvième version.*

Tableau 4 Codes utilisés pour relever les examens d'imagerie diagnostique

Type d'examen d'imagerie	Radiographie	Examen de TDM	Examen d'IRM
Codes de facturation, selon la province : examens d'imagerie saisis dans la BDNM			
Nouvelle-Écosse	16.83, R105, R110, R115, R120, R125, R126, R140, R150, R151, R152, R3105, R3110, R3115, R3120, R3150, R3151, R5105, R5110, R5115, R5120, R5150, R5151, 16.89A	R1169, R1170, R1172, R3169, R5169	R1440, R1441, R1442, R1445, R1446, R1447, R1450, R1451, R1452, R3440, R3442, R3447, R4445, R5440, R5442, R5447, R6445, 02.76
Ontario	X025, X027, X028, X031, X032, X033, X034, X202, X203, X204, X205, X206, X207	X128, X415, X416	X490, X492, X493, X495, X496, X498
Manitoba	7034, 7035, 7036, 7037, 7038, 7042, 7043, 7054, 7057, 7061, 7193, 7194, 7277, 7341, 7402	7227, 7228, 7229	7519, 7520, 7521, 7522, 7523, 7524, 7525, 7526, 7527, 7528
Alberta	X55, X56, X57, X57A, X58, X58E, X59, X60, X61, X62, X63, X64, X65, X66, X66A, X67	s.o.	s.o.
Colombie-Britannique	08540, 08541, 08542, 08543, 08549, 08546, 08548	08693, 08694, 08695	00462, 03227, 51030

Type d'examen d'imagerie	Radiographie	Examen de TDM	Examen d'IRM
Codes de la CCI : examens d'imagerie saisis dans le SNISA			
Toutes les provinces	3.SC.10, 3.SE.10, 3.SF.10 3.SC.12, 3.SE.12, 3.SF.12	3.SC.18, 3.SF.18, 3.SC.20, 3.SF.20	3.SC.40, 3.SF.40

Remarques

s.o. : sans objet.

TDM : tomodensitométrie.

IRM : imagerie par résonance magnétique.

BDNM : Base de données nationale sur les médecins

CCI : *Classification canadienne des interventions en santé.*

SNISA : Système national d'information sur les soins ambulatoires.

Table 5 Relever les cas de douleurs persistantes au bas du dos

Indication de douleurs persistantes au bas du dos	Particularité des données
Consultation antérieure d'un médecin de famille en raison de douleurs au bas du dos (BDNM)	Visite chez un médecin en raison de douleurs au bas du dos, de 1 à 365 jours avant la visite sélectionnée pour des douleurs au bas du dos (CIM-9 : 721, 722, 724, 846, 847) (CIM-9 pour l'Ontario : 721, 722, 724, 739, 847)
Admission antérieure dans un établissement de soins de courte durée ou dans un centre d'urgence en raison de douleurs au bas du dos (BDCP et SNISA)	Admission dans un établissement de soins de courte durée ou dans un centre d'urgence, de 1 à 365 jours avant la visite sélectionnée pour des douleurs au bas du dos, comportant un ou plusieurs des diagnostics suivants : CIM-10-CA : M43.27, M43.28, M46.36, M46.37, M46.46, M46.47, M47.86, M47.87, M47.88, M47.96, M47.97, M47.98, M48.06, M48.07, M48.96, M48.97, M51.1, M51.2, M51.3, M51.9, M53.26, M53.27, M53.28, M53.3, M53.86, M53.87, M53.88, M54.3, M54.4, M54.5, M54.8, M54.9, M99.03, M99.04, M99.83, M99.84, M99.93, M99.94, S33.5, S33.6, S33.7 et M43.9, M43.96, M43.97, M43.98 (ne s'applique pas à l'Ontario)

Indication de douleurs persistantes au bas du dos	Particularité des données
<p>Consultation antérieure d'un neurochirurgien ou d'un chirurgien orthopédiste pour une chirurgie rachidienne (BDNM, BDCP et SNISA)</p>	<p>Consultations de neurochirurgiens ou de chirurgiens orthopédistes ou visites liées à une chirurgie rachidienne, de 1 à 365 jours avant la visite de référence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Codes de spécialité pour les neurochirurgiens et chirurgiens orthopédistes : <ul style="list-style-type: none"> - Nouvelle-Écosse : 025, 25, 023, 23 - Manitoba : 045, 046 - Alberta : 280, 335 - Colombie-Britannique : 009, 010 - Ontario : 04 <p>Code de facturation débutant par 16 en Nouvelle-Écosse et en Alberta</p> <p>Les codes de facturation suivants pour les consultations en neurochirurgie en Ontario : A043, A044, A045, A046, C042, C043, C044, C045, C046, C047, C048, C049</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgies rachidiennes (codes de la CCI dans le SNISA et la BDCP) : <ul style="list-style-type: none"> 1.AW, 1.SC, 1.SE, 1.SF, 1.SG, 1.SH, 1.SI, 1.SJ <p>Les codes de facturation suivants pour la chirurgie orthopédique en Ontario : A063, A064, A065, A066, C062, C063, C064, C065, C066, C067, C068, C069</p> <p>Le code de spécialité « 06 » en Ontario</p> <p>Les codes de facturation suivants pour la chirurgie rachidienne en Ontario : E533, E534, E535, E536, E548, E549, E554, E562, E565, E566, E567, E568, E570, E573, E574, E897, E901, E909, E910, E913, E914, E915, E920, E924, E926, E928, E929, F103, F105, F107, M137, N126, N182, N185, N186, N192, N194, N195, N196, N197, N248, N313, N314, N317, N318, N319, N320, N321, N323, N324, N329, N330, N331, N332, N333, N334, N335, N336, N337, N338, N339, N340, N341, R234, R251, R252, R254, R264, R270, R271, R274, R275, R296, R303, R310, R336, R346, R348, R350, R356, R357, R358, R359, R361, R362, R368, R369, R370, R371, R373, R374, R397, R419, R447, R450, R451, R452, R455, R457, R459, R461, R464, R493, R494, R634, R635, R636, S312, Z215, Z219, Z226, Z228, Z236, Z241, Z244, Z662, Z800, Z810, Z817, Z823, Z868</p>
<p>Examen antérieur de la colonne vertébrale par imagerie diagnostique (BDNM, BDCP et SNISA)</p>	<p>Imagerie de la colonne vertébrale, de 1 à 365 jours avant la visite de référence dans la BDCP, le SNISA et la BDNM (voir le tableau 4 pour connaître les codes)</p> <p>En Ontario, les codes suivants permettent aussi de trouver des examens d'imagerie de la colonne vertébrale</p> <p>Codes de facturation</p> <p>EMG : G455, G456, G457, G458, G459, G465, G466, G467, G469</p> <p>Autres examens de la colonne : G368, G386, J006, J011, J020, J030, J038, X057, X058, X080, X081, X164, X173, Z454</p> <p>Codes de la CCI dans la BDCP et le SNISA</p> <p>TDM : 3.SE.18, 3.SE.20</p> <p>IRM : 3.SE.40</p>

Remarques

BDNM : Base de données nationale sur les médecins.

CIM-9 : *Classification internationale des maladies, neuvième version.*

BDCP : Base de données sur les congés des patients.

SNISA : Système national d'information sur les soins ambulatoires.

CIM-10-CA : *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version, Canada.*

CCI : *Classification canadienne des interventions en santé.*

EMG : électromyographie.

TDM : tomodensitométrie.

IRM : imagerie par résonance magnétique.

Tableau 6 Critères d'exclusion des signes préoccupants

Catégorie de signes préoccupants	CIM-9 (BDNM)	CIM-10-CA (SNISA et BDCP)
Cancer ou antécédents de cancer	140-208, 230-239, V10, V580, V581 En Ontario : 140-239	C00-C97, D00-D09, D37-D48, Z51.0, Z51.1, Z85, Z86 En Ontario : C00-D49, Z85, Z86, Z51.0, Z51.1
Troubles neurologiques	323, 331, 332, 333, 334, 337, 340, 341, 342, 344, 345, 348, 349, 350, 351, 353, 357, 358, 359, 728, 781, 787, 788 En Ontario : 323, 331, 332, 333, 334, 337, 340, 341, 342, 344, 345, 348, 349, 350, 351, 353, 357, 358, 359	M62.9, R56, R29.8, R15, R32, G40, G30, G31, G32, G20-G26, G35, G96.1, G96.8, G96.9, G97, G98, G93, G82, G83, G90, G04, G05, G37, G81, G11, G54, G61, G62.0, G62.1, G62.2, G51, G50, G70, G71, G72 En Ontario : G04, G05, G11, G20-G26, G30, G31, G32, G35, G37, G40, G50, G51, G54, G61, G62.0, G62.1, G62.2, G70, G71, G72, G81, G82, G83, G90, G93, G96.1, G96.8, G96.9, G97, G98, R56.8
Infections précises ou fièvre 3 mois avant la visite pour des douleurs au dos	010-018, 038, 730, 997, 998, 720 En Ontario : 010, 011, 012, 015, 017, 038, 720, 730, 998	A15-A19, A40, A41, M86, M46.2, M89.6, T87.4, T81.4, G06.2, G06.1, M46.3, M46.5
Fracture par tassement des vertèbres	733	M84.48, M90.7 (M80.0 à M80.9 avec « 8 » comme cinquième caractère) En Ontario : M84.48, M90.7, M80.08, M80.88

Remarques

CIM-9 : *Classification internationale des maladies, neuvième version.*

BDNM : Base de données nationale sur les médecins.

CIM-10-CA : *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version, Canada.*

SNISA : Système national d'information sur les soins ambulatoires.

BDCP : Base de données sur les congés des patients.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Recommandation

Voici la recommandation du Collège des médecins de famille du Canada et du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs :

Ne soumettez pas les femmes de moins de 25 ansⁱⁱ ou de plus de 69 ans aux examens de dépistage par frottis cervico-vaginal (test de Pap)².

Définition opérationnelle

Le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) a réalisé l'analyse pour mesurer le dépistage du cancer du col de l'utérus et ainsi estimer le volume des soins de faible valeur dispensés dans certains groupes d'âge par rapport à la recommandation sur les tests de Pap. Les données visant les femmes de 69 ans et plus dans le SISD n'ont pas permis d'évaluer le taux de dépistage pour ce groupe d'âge. La cohorte a donc été restreinte aux femmesⁱⁱⁱ de 18 à 24 ans, conformément à la recommandation.

Cette mesure représente la proportion de femmes de 18 à 24 ans qui ont indiqué avoir passé un test de Pap au cours des 3 dernières années. Sur le plan de l'interprétation, un faible taux est préférable.

- ii. L'Association des infirmières et infirmiers praticiens du Canada fait la même recommandation. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et l'Association canadienne des pathologistes émette une recommandation similaire où l'âge recommandé pour le début du dépistage est de 21 ans.
- iii. Seules les répondantes qui se sont autodéclarées comme « femme » ont été incluses, même si la recommandation sur le dépistage du cancer du col de l'utérus vise toutes les personnes dotées d'un col utérin, sans égard à leur identité de genre.

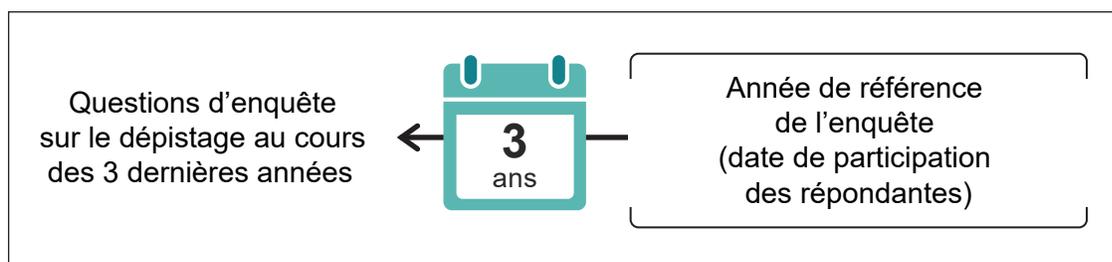
Tests de Pap

Les tests de Pap pris en compte proviennent des données d'enquête autodéclarées. Les répondantes sélectionnées ont déclaré être âgées de 18 à 24 ans et avoir été soumises à un test de Pap au cours des 3 dernières années.

Méthodologie

Les répondantes devaient indiquer si elles avaient déjà passé un test de Pap et quand leur dernier test avait été effectué. La proportion des femmes de 18 à 24 ans soumises à un test de Pap au cours des 3 dernières années a été calculée par rapport à l'ensemble des femmes de 18 à 24 ans.

Figure 2 Enquête sur les tests de Pap réalisés au cours des 3 dernières années chez les femmes de 18 à 24 ans (années d'enquête 2008, 2012 et 2017)



Toute question sur cette mesure peut être soumise à spinfo@partnershipagainstcancer.ca.

Source des données

- ESCC : 2008, 2012, 2017

Calcul

$$\text{Taux de tests de Pap effectués chez les femmes de 18 à 24 ans} = \frac{\text{Nombre de répondantes qui ont déclaré être une femme de 18 à 24 ans ayant passé un test de Pap au cours des 3 dernières années}}{\text{Nombre de répondantes qui ont déclaré être une femme de 18 à 24 ans}}$$

Exclusions

Les enregistrements ont été exclus s'ils répondaient à au moins un des critères suivants :

- la répondante a indiqué avoir subi une hystérectomie totale;
- la répondante a indiqué « ne sait pas », « refus » ou « sans objet » aux questions sur le test de Pap ou sur l'hystérectomie totale.

Limites

Les recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus variaient selon les provinces et territoires. Le dépistage commence parfois dès 21 ans et l'intervalle recommandé de 3 ans n'est pas toujours respecté. Le tableau 7 contient des précisions sur les lignes directrices de dépistage selon la province ou le territoire et leur évolution au fil du temps.

En raison d'un remaniement de l'ESCC, l'information sur le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut après 2015 n'était disponible que pour une période de 2 années combinées. Par conséquent, pour 2017, les données des territoires comprennent les données de 2017 et 2018.

Analyse supplémentaire : modélisation prédictive pour le dépistage primaire du VPH

Le PCCC a utilisé son modèle de microsimulation OncoSim pour le cancer du col de l'utérus afin de prédire les résultats, à l'échelle des populations et des systèmes, de la transition du test de Pap vers le dépistage primaire par détection du virus du papillome humain (VPH) en 2025. Des précisions sur l'outil de modélisation sont fournies dans la [feuille de documentation sur l'outil OncoSim-Col de l'utérus du PCCC](#).

Cette analyse avait pour but de comparer 2 scénarios en utilisant ces versions du modèle : OncoSim-Col de l'utérus, version 3.3.4.0, et le modèle de microsimulation du VPH, version 1.9.1.0. Le premier scénario examiné par le PCCC était le cas « contrôle », ou de référence, désigné comme le modèle de statu quo. Le deuxième scénario examiné était la situation future idéale, désignée par le PCCC comme le modèle du programme de détection du VPH. Le modèle de statu quo incluait des tests de Pap effectués tous les 3 ans chez les femmes de 21 à 69 ans, avec un taux de participation au dépistage de 76,6 % et un taux de vaccination contre le VPH de 70 %. Le modèle du programme de détection du VPH comprenait des tests de détection de VPH oncogènes tous les 5 ans chez les femmes de 25 à 69 ans, avec une participation au dépistage de 90 % d'ici 2030 et un taux de vaccination contre le VPH de 90 % d'ici 2025. Dans les 2 modèles, le vaccin quadrivalent a été utilisé jusqu'en 2017, et le vaccin nonavalent à partir de 2018.

Tableau 7 Lignes directrices relatives à l'âge de début des tests de Pap selon la province ou le territoire et l'année d'enquête

Année d'enquête	Lignes directrices relatives à l'âge de début des tests de Pap selon la province ou le territoire*
2008	Le dépistage commençait dès les premières relations sexuelles dans l'ensemble des provinces et territoires
2012	Le dépistage commençait à 21 ans dans l'ensemble des provinces et territoires
2017	Le dépistage commençait à 21 ans dans l'ensemble des provinces et territoires, sauf en Alberta et en Colombie-Britannique Le dépistage commençait à 25 ans en Alberta et en Colombie-Britannique

Remarque

* En date de 2022, aucun programme de dépistage organisé n'est actuellement offert au Québec, au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest ni au Nunavut. Le dépistage y est effectué de manière sporadique et est présumé conforme aux lignes directrices. Au Nouveau-Brunswick, le dépistage était effectué sporadiquement de 2012 à 2014, année où un programme de dépistage formel a été mis en place. L'Île-du-Prince-Édouard dispose d'un programme de dépistage organisé depuis 2001, mais le dépistage y demeure principalement occasionnel.

Antibiotiques délivrés dans la collectivité

Recommandation

Plusieurs associations professionnelles de cliniciens du Canada^{iv} recommandent une utilisation appropriée et judicieuse des antibiotiques. Elles déconseillent leur usage lorsqu'ils apportent peu ou pas de bienfaits, par exemple pour traiter des otites chez les enfants⁵, des infections des voies urinaires chez les personnes âgées⁶ et des infections des voies respiratoires².

Définition opérationnelle

Une mesure existante de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a été utilisée pour estimer le volume des soins de faible valeur dispensés par rapport aux recommandations des diverses associations professionnelles de cliniciens en ce qui concerne la prescription d'antibiotiques.

L'OCDE publie des comparaisons internationales du volume total d'antibiotiques à action systémique fondées sur la mesure de la dose thérapeutique quotidienne (DTQ)⁷. L'analyse présentée dans ce rapport repose sur la méthodologie de l'OCDE. Elle présente des résultats pour le Manitoba, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique, provinces pour lesquelles des données étaient disponibles. Les tendances dans les taux globaux de prescription ont permis de mesurer les progrès en matière de réduction des antibiotiques pour une utilisation systémique.

Cette mesure représente le volume total d'antibiotiques en DTQ délivrés dans les pharmacies communautaires par jour (sans égard au diagnostic), divisé par le nombre d'habitants. Sur le plan de l'interprétation, un faible taux est préférable.

Dose thérapeutique quotidienne

Pour chaque demande de remboursement de médicament, le nombre total de DTQ correspond à la quantité totale de médicaments (p. ex. le nombre de comprimés) multipliée par le dosage (p. ex. le nombre de milligrammes par comprimé). Ce produit, c'est-à-dire le nombre total de milligrammes, est ensuite divisé par la DTQ du médicament en question. La DTQ de chaque médicament est établie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁸. De plus amples renseignements sur les DTQ sont publiés sur la page Web [Defined Daily Dose \(DDD\)](#) de l'OMS (en anglais seulement).

^{iv} Parmi ces associations figurent l'Association canadienne des médecins d'urgence, la Société canadienne d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale, le groupe de surspécialité pédiatrique en oto-rhino-laryngologie, la Société canadienne de thoracologie, l'Association canadienne de dermatologie, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada, la Société canadienne d'allergie et d'immunologie clinique et l'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada.

Méthodologie

Suivant la méthodologie de l'OCDE, cette mesure comprend toutes les demandes présentées au titre des régimes publics et privés d'assurance médicaments pour le remboursement d'antibiotiques à action systémique délivrés dans les pharmacies communautaires.

La quantité totale de DTQ d'antibiotiques a été calculée par 1 000 habitants selon les estimations démographiques de Statistique Canada pour chaque province⁹.

Les antibiotiques à action systémique ont été définis comme des médicaments associés au code J01 du Système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC), et les sous-groupes pharmacologiques ont été déterminés à l'aide des 4 premiers caractères du code ATC. Les sous-groupes d'antibiotiques sont présentés au tableau 8.

Afin de comprendre la variation en fonction de certains facteurs à l'échelle des patients et du type de médicaments, les résultats ont été ventilés selon l'âge, le sexe et la catégorie d'antibiotiques.

Sources des données

- SNIUMP : 2015-2016 à 2020-2021
- Statistique Canada, Tableau 17-10-0005-01, Estimations de la population au 1^{er} juillet, par âge et sexe⁹

Calcul

$$\text{Volume total d'antibiotiques à action systémique} = \frac{([\text{Nombre total de DTQ d'antibiotiques à action systémique} \div \text{Population}] \times 1\,000)}{365}$$

Normalisation selon l'âge

Afin de permettre la comparaison au fil du temps et entre le Manitoba, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique, une normalisation selon l'âge a été faite en fonction de la structure de la population des 3 provinces combinées en 2016.

Limites

Le SNIUMP ne contient pas d'information sur les diagnostics ou les affections à l'origine des ordonnances. Par conséquent, cette mesure ne distingue pas les cas où le recours aux antibiotiques à action systémique est indiqué des cas d'utilisation de faible valeur.

Tous les médicaments délivrés dans les pharmacies communautaires ont été inclus, que le patient les ait utilisés ou non. L'analyse n'inclut pas les ordonnances non exécutées ni les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation en soins de courte durée.

Tableau 8 Sous-groupes d'antibiotiques à action systémique

Sous-groupes d'antibiotiques à action systémique	4 premiers caractères du code ATC
Tétracyclines	J01A
Phénicolés	J01B
Bêtalactamines antibactériennes, pénicillines	J01C
Autres bêtalactamines	J01D
Sulfamides et triméthoprimes	J01E
Macrolides, lincosamides et streptogramines	J01F
Quinolones	J01M
Autres antibiotiques	J01G, J01R, J01X

Remarque

ATC : Système de classification anatomique thérapeutique chimique

Utilisation chronique des benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques chez les personnes âgées

Recommandation

Voici la recommandation de l'Académie canadienne de gérontopsychiatrie, de la Société canadienne de médecine d'hôpital, de l'Association des psychiatres du Canada et de la Société canadienne de gériatrie :

N'utilisez pas de benzodiazépines ou d'autres sédatifs hypnotiques chez les personnes âgées comme premier choix pour traiter l'insomnie^v, l'agitation ou le délirium^{6, 10, 11}.

L'Association des pharmaciens du Canada et la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux ont émis des recommandations comparables¹².

v. La recommandation de l'Association des psychiatres du Canada ne comprend pas l'agitation ni le délirium.

Définition opérationnelle

Cette mesure figurait dans le rapport de 2017 *Les soins non nécessaires au Canada*. Dans le rapport de suivi, l'ICIS a modifié son analyse en fonction d'une définition révisée de l'utilisation chronique et d'une liste à jour des benzodiazépines et autres sédatifs hypnotiques, mais l'objectif de la mesure est demeuré inchangé. Les tendances dans les taux globaux d'utilisation chronique des benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques chez les personnes âgées ont permis de mesurer les progrès dans la réduction de la surutilisation. L'analyse porte sur l'utilisation chronique parce que les benzodiazépines et autres sédatifs hypnotiques prescrits aux personnes âgées qui en ont besoin après avoir essayé des traitements comportementaux, doivent être prescrits pour une courte période, d'au plus 4 semaines¹³.

Le SNIUMP permet de relever les demandes de remboursement transmises aux régimes publics d'assurance médicaments, que le patient ait payé la franchise ou que son médicament ait été remboursé, et ce, dans toutes les provinces (sauf au Québec, où l'usage des données est restreint) et au Yukon. Le Yukon a été exclu de l'analyse en raison de limites affectant la qualité de ses données.

Cette mesure représente la proportion de personnes âgées ayant soumis au moins une demande de remboursement au régime public d'assurance médicaments pour une utilisation chronique de benzodiazépines ou d'autres sédatifs hypnotiques. Sur le plan de l'interprétation, un faible taux est préférable.

Personnes âgées

Les personnes âgées ont été définies comme les personnes de 65 ans et plus qui ont fait au moins une demande de remboursement de médicament, quel qu'il soit.

Benzodiazépines et autres sédatifs hypnotiques

Les médicaments ont été identifiés dans le SNIUMP à l'aide des codes du Système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC) de l'OMS. Le tableau 9 contient une liste des benzodiazépines et autres sédatifs hypnotiques inclus dans cette analyse. Les médicaments inclus correspondent à ceux indiqués dans les trousseaux d'outils de la campagne Choisir avec soin pour réduire l'utilisation inappropriée des benzodiazépines et autres sédatifs hypnotiques chez les personnes âgées^{14, 15}.

Utilisation chronique des benzodiazépines et autres sédatifs hypnotiques

Les personnes âgées qui utilisaient de façon chronique des benzodiazépines ou d'autres sédatifs hypnotiques ont été définies comme celles ayant reçu des benzodiazépines ou d'autres sédatifs hypnotiques pour une période de plus de 30 jours au cours du trimestre à l'étude et du trimestre le précédant immédiatement.

Méthodologie

Le taux trimestriel d'utilisation chronique de benzodiazépines ou d'autres sédatifs hypnotiques représente le nombre de personnes âgées affichant une utilisation chronique divisé par le nombre de bénéficiaires actifs, exprimé en pourcentage. Le nombre annuel total de personnes âgées utilisant ces substances de façon chronique correspond à la moyenne des 4 totaux trimestriels. Le taux annuel a été calculé à partir de la moyenne pondérée de 4 taux trimestriels.

Afin de comprendre la variation en fonction de certains facteurs à l'échelle des patients et des pratiques de prescription, les résultats ont été ventilés selon l'âge, le sexe et le quintile de revenu du quartier^{vi}.

Source des données

- SNIUMP : 2013-2014 à 2020-2021

Calcul

$$\text{Taux d'utilisation chronique} = \frac{\text{Nombre total de personnes âgées utilisant des benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques de façon chronique}}{\text{Nombre total de personnes âgées ayant fait au moins une demande de remboursement au régime public d'assurance médicaments}}$$

Exclusions

Les enregistrements ont été exclus s'ils répondaient à au moins un des critères suivants :

- Le patient avait moins de 65 ans au moment de la demande de remboursement de référence.
- La demande de remboursement s'appliquait pour 0 jour de traitement.
- Contrairement au rapport de 2017, le rapport de suivi exclut le midazolam selon les recommandations des experts et conformément aux trousse d'outils de la campagne Choisir avec soin sur l'utilisation judicieuse des benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques^{14, 15}.

vi. Le revenu du quartier a été dérivé du FCCP+ de Statistique Canada.

Normalisation selon l'âge

Afin de permettre la comparaison au fil du temps et entre les provinces et territoires, une normalisation selon l'âge a été effectuée à partir de la structure de la population de personnes âgées (65 ans et plus) de toutes les provinces combinées (sauf le Québec) en 2016, par groupe d'âge de 5 ans. La population de référence correspond à l'ensemble des bénéficiaires actifs (le dénominateur).

Limites

Le SNIUMP ne contient pas d'information sur les diagnostics ou la raison pour laquelle les médicaments ont été prescrits. Par conséquent, toutes les demandes de remboursement de benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques ont été prises en compte; l'analyse n'a pas pu être limitée aux indications d'insomnie, d'agitation et de délirium. Selon une étude antérieure, l'insomnie primaire serait attribuable à une grande partie de l'utilisation de benzodiazépines¹⁶. En outre, l'analyse ne permettait pas de déterminer si les médicaments prescrits étaient le premier choix pour traiter l'affection de la personne.

Les listes de médicaments remboursés sont sensiblement les mêmes d'une province à l'autre, et la plupart des benzodiazépines et autres sédatifs hypnotiques sont entièrement remboursés. Il y a cependant une exception notable : la zopiclone n'est pas remboursée en Saskatchewan. De plus, en Ontario et en Colombie-Britannique, son remboursement est réservé aux patients qui font de l'insomnie et qui ne répondent pas aux benzodiazépines ou aux autres sédatifs hypnotiques ou qui y sont intolérants, ou encore à ceux qui font de l'insomnie et qui ont certaines autres affections concomitantes. Dans ces provinces, il est probable que l'utilisation de la zopiclone soit sous représentée dans les données du régime public d'assurance médicaments.

Le dénominateur sélectionné correspond au nombre total de personnes de 65 ans et plus ayant fait une demande aux régimes publics d'assurance médicaments, plutôt qu'à l'ensemble des personnes âgées. Ce choix repose sur le fait que toutes les personnes âgées ne sont pas nécessairement couvertes par les régimes publics d'assurance médicaments. Cette méthodologie a aussi été utilisée dans le rapport de 2017 *Les soins non nécessaires au Canada*.

La proportion de la population totale de personnes âgées de chaque province représentée dans la base de données (c.-à-d. ayant soumis une demande acceptée par le régime public d'assurance médicaments) variait de 51 % à Terre-Neuve-et-Labrador à 94 % en Saskatchewan et en Ontario¹⁷. Les taux des provinces et territoires doivent être comparés avec prudence, car les régimes publics d'assurance médicaments diffèrent. Par exemple, les régimes d'assurance médicaments de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick remboursent les médicaments d'un groupe réduit de personnes

âgées par rapport aux autres provinces et territoires. Leurs données pourraient donc ne pas représenter l'ensemble de la population de 65 ans et plus. Les personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée ont été incluses dans l'analyse, mais la couverture de ces données dans le SNIUMP varie d'une province et d'un territoire à l'autre.

Le Yukon a été exclu de l'analyse en raison de limites affectant la qualité de ses données. Les données du Nouveau-Brunswick pour la période allant de janvier à mars 2021 ont été exclues en raison de problèmes de qualité. La Nouvelle-Écosse n'a pas soumis de données pour la période d'avril à juin 2020.

L'outil interactif de l'OCDE accessible sur le site Web de l'ICIS présente le taux d'utilisation chronique de benzodiazépines et d'autres médicaments apparentés chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Il définit l'utilisation chronique comme le fait d'avoir des médicaments prescrits pour une période de plus de 365 jours¹⁸.

Tableau 9 Liste des benzodiazépines et autres sédatifs hypnotiques inclus dans cette analyse

Benzodiazépines et autres sédatifs hypnotiques	Code ATC
Diazépam	N05BA01
Chlordiazépoxide	N05BA02
Clorazépate de potassium	N05BA05
Lorazépam	N05BA06 et N05BA56
Oxazépam	N05BA04
Bromazépam	N05BA08
Alprazolam	N05BA12
Flurazépam	N05CD01
Nitrazépam	N05CD02
Triazolam	N05CD05
Témazépam	N05CD07
Zopiclone	N05CF01
Zolpidem	N05CF02
Clonazépam	N03AE01
Trazodone	N06AX05
Quétiapine (faible dose seulement*)	N05AH04

Remarques

* L'utilisation de quétiapine à faible dose désigne l'utilisation, par une personne ayant fait une demande de remboursement, de 50 mg de quétiapine ou moins par jour au cours d'un trimestre donné. Cette limite permet de mieux relever les cas où le médicament a été utilisé pour traiter l'insomnie, l'agitation ou le délirium.

ATC : Système de classification anatomique thérapeutique chimique.

Contention physique en soins de longue durée

Recommandation

Voici la recommandation de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en gériatrie :

N'utilisez pas de contentions chez les personnes âgées avant d'avoir exploré toutes les autres solutions¹⁹.

Définition opérationnelle

L'un des indicateurs présentés dans l'outil Votre système de santé de l'ICIS, Recours à la contention en soins de longue durée, a été utilisé pour estimer les soins de faible valeur en lien avec la recommandation sur l'usage de la contention chez les personnes âgées. Les résultats à l'échelle provinciale, régionale et de l'établissement sont présentés dans [Votre système de santé : En détail](#) ainsi que dans les [Statistiques éclair](#) de l'ICIS. La mesure ne rend compte que de la contention physique quotidienne, et les données n'indiquent pas si d'autres options ont été explorées avant le recours à la contention physique.

Cette mesure représente la proportion d'évaluations de résidents en établissement de soins de longue durée admissibles qui indiquaient l'utilisation quotidienne de mesures de contention physique. Sur le plan de l'interprétation, un faible taux est préférable.

Contention physique

Cette mesure inclut 3 catégories de contention physique utilisée en soins de longue durée : contention du tronc, contention d'un membre et chaise de maintien en position assise ou couchée. Ces types de contention comprennent une ceinture installée lors des repas, une ridelle de lit ou un fauteuil duquel la personne ne peut pas se lever.

Méthodologie

Cet indicateur mesure le pourcentage de résidents en soins de longue durée contraints physiquement sur une base quotidienne. Ce pourcentage correspond au nombre d'évaluations indiquant un recours quotidien à la contention physique divisé par le nombre total d'évaluations (à l'exclusion de celles des résidents comateux ou quadriplégiques). Comme pour les indicateurs de la qualité des soins de longue durée de l'ICIS présentés dans l'outil Votre système de santé, on calcul l'indicateur à l'aide des données de 4 trimestres consécutifs afin de disposer d'un nombre suffisant d'évaluations aux fins de l'ajustement selon les risques. Étant donné que les résidents sont évalués chaque trimestre, un résident peut être compté jusqu'à 4 fois par année dans l'indicateur.

Toute évaluation incluse était la dernière réalisée au cours du trimestre donné, avait été réalisée plus de 92 jours après la date d'admission et n'était pas l'évaluation complète à l'admission (RAIMDS 2.0) ou l'évaluation initiale (SLD interRAI) du résident.

De plus amples renseignements sur la méthodologie sont disponibles sur la page [Recours à la contention en soins de longue durée](#) de la section Indicateurs du site Web de l'ICIS.

D'autres caractéristiques ont été explorées au moyen de la stratification, comme les facteurs de ventilation suivants :

- Âge
- Sexe
- Échelle de mesure de la dépression^{vii}
- Échelle de rendement cognitif
- Échelle d'engagement social
- Échelle des comportements agressifs
- Échelle hiérarchique de performance dans les activités de la vie quotidienne

Sources des données

- SISLD : 2014-2015 à 2020-2021
- SIIR : 2020-2021

Le recours à la contention physique quotidienne est déclaré dans les évaluations des résidents en soins de longue durée soumises aux bases de données du SISLD et du SIIR de l'ICIS.

vii. Les caractéristiques des patients et les notes selon les échelles de résultats, comme l'échelle de mesure de la dépression, proviennent de l'instrument RAI-MDS 2.0. Pour en savoir plus, consultez la page [Description des échelles de résultats \(RAI-MDS 2.0\)](#).

- Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse, l'Ontario, le Manitoba, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Yukon utilisent l'instrument RAI-MDS 2.0 pour évaluer les résidents en soins de longue durée et soumettent leurs données au SISLD.
- Avant 2019-2020, la Saskatchewan évaluait ses résidents en soins de longue durée à l'aide de l'instrument RAI-MDS 2.0 et soumettait ses données au SISLD. La province a adopté l'instrument SLD interRAI en 2019-2020, exercice où elle a commencé à soumettre ses données au SIIR. La plupart des évaluations de la Saskatchewan ont été exclues pour 2019-2020 en raison du changement d'instrument, mais ont été incluses dans les données des autres exercices.
- Le Nouveau-Brunswick soumet au SIIR des données recueillies au moyen de l'instrument SLD interRAI depuis 2017-2018. La province n'est incluse que dans l'analyse des données de 2020-2021.
- Les données du SIIR n'ont été utilisées que pour l'analyse des résultats de la Saskatchewan et du Nouveau-Brunswick pour 2020-2021.

Calcul

Pourcentage des résidents en soins de longue durée contraints physiquement sur une base quotidienne =

$$\frac{\text{Nombre d'évaluations indiquant le recours à la contention physique quotidienne}}{\text{Nombre total d'évaluations admissibles}}$$

Exclusions

Les enregistrements ont été exclus s'ils répondaient à au moins un des critères suivants :

- le résident était comateux;
- le résident était quadriplégique.

Ajustement selon les risques

Afin de permettre de comparer les données au fil du temps et entre les provinces et territoires, plusieurs étapes d'ajustement selon les risques ont été réalisées à l'aide de la méthodologie d'ajustement selon les risques des indicateurs de la qualité des soins de longue durée de l'ICIS²⁰.

Pour cet indicateur, les données ont été stratifiées selon les activités de la vie quotidienne, puis pondérées de nouveau au moyen d'une méthode de normalisation directe. La population de référence fixe comprenait 3 000 établissements répartis dans 6 États américains et 92 établissements de soins en hébergement et hôpitaux de soins de longue durée en Nouvelle-Écosse et en Ontario.

Limites

La mesure se limite à la contention physique. Elle n'inclut pas la contention environnementale ou chimique. Les données tirées des instruments RAI-MDS 2.0 et SLD interRAI n'indiquent pas si d'autres options ont été explorées avant le recours à la contention physique.

Les résultats du Nouveau-Brunswick, tirés du SIIR, ont été inclus seulement pour 2020-2021, et les données de la Saskatchewan ont été soumises au SISLD jusqu'en 2018-2019, puis au SIIR en 2020-2021. Ce changement de base de données est attribuable à la transition de la province vers l'instrument SLD interRAI, qui permet de consigner des données plus détaillées sur le recours à la contention par rapport à l'instrument RAI-MDS 2.0. Les résultats du Manitoba (Office régional de la santé de Winnipeg) et de la Nouvelle-Écosse (autorité sanitaire Central Zone) ne sont pas présentés séparément en raison de la couverture partielle des données, mais ont été inclus dans le taux global. Les résultats de la Saskatchewan ne sont pas présentés pour 2019-2020 en raison de la transition vers le SIIR, mais les données d'évaluation soumises au SISLD ont été incluses dans le taux global.

L'analyse, effectuée au niveau de l'évaluation, a permis d'estimer la proportion de résidents soumis quotidiennement à des mesures de contention physique.

L'ICIS reconnaît que la pandémie de COVID-19 a touché de nombreux foyers de soins de longue durée au Canada, affectant leur capacité à effectuer des évaluations et à lui soumettre des données. La disponibilité des données peut varier selon la province, le territoire et l'établissement. Les résultats de 2020-2021 devraient être interprétés dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

Utilisation d'antipsychotiques en soins de longue durée

Recommandation

Voici la recommandation de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en gérontologie :

N'utilisez pas de contentions chez les personnes âgées avant d'avoir exploré toutes les autres solutions^{viii}.

Définition opérationnelle

L'un des indicateurs présentés dans l'outil Votre système de santé de l'ICIS, Utilisation potentiellement inappropriée d'antipsychotiques en soins de longue durée, a permis d'estimer les soins de faible valeur en lien avec les recommandations sur les mesures de contention — et d'explorer le recours potentiellement inapproprié aux antipsychotiques comme possible mesure de contention chimique. Les résultats à l'échelle provinciale, régionale et de l'établissement pour cette mesure sont publiés dans [Votre système de santé : En détail](#) et dans les [Statistiques éclair](#) de l'ICIS.

Cette mesure représente la proportion d'évaluations en établissement de soins de longue durée admissibles indiquant une utilisation d'antipsychotiques chez les résidents n'ayant pas reçu un diagnostic de psychose. Sur le plan de l'interprétation, un faible taux est préférable.

viii. La Société canadienne de gériatrie, la Canadian Society for Long Term Care Medicine, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Académie canadienne de gérontopsychiatrie et l'Association des psychiatres du Canada recommandent toutes de ne pas utiliser les antipsychotiques comme traitement de premier choix contre les symptômes de démence^{6, 11, 19}.

Méthodologie

Cet indicateur mesure le pourcentage de résidents en soins de longue durée qui prenaient des antipsychotiques sans avoir reçu un diagnostic de psychose. Ce pourcentage correspond au nombre de résidents qui prenaient des antipsychotiques divisé par le nombre total d'évaluations (à l'exception de celles des résidents atteints de schizophrénie, de la maladie de Huntington, de délires ou d'hallucinations, et des résidents en fin de vie). Comme pour les indicateurs de la qualité des soins de longue durée de l'ICIS, on calcule l'indicateur à l'aide des données de 4 trimestres consécutifs afin de disposer d'un nombre suffisant d'évaluations aux fins de l'ajustement selon les risques. Étant donné que les résidents sont évalués chaque trimestre, un résident peut être compté jusqu'à 4 fois par année dans l'indicateur.

Toute évaluation incluse était la dernière réalisée au cours du trimestre donné, avait été réalisée plus de 92 jours après la date d'admission et n'était pas l'évaluation complète à l'admission (RAIMDS 2.0) ou l'évaluation initiale (SLD interRAI) du résident.

De plus amples renseignements sur la méthodologie sont disponibles sur la page [Utilisation potentiellement inappropriée d'antipsychotiques en soins de longue durée](#) de la section Indicateurs du site Web de l'ICIS.

D'autres caractéristiques ont été examinées au moyen de la stratification, comme les facteurs de ventilation suivants :

- Âge
- Sexe
- Échelle de mesure de la dépression^{ix}
- Échelle de rendement cognitif
- Échelle d'engagement social
- Échelle des comportements agressifs
- Échelle hiérarchique de performance dans les activités de la vie quotidienne

Dans le cadre d'autres analyses réalisées, les données sur les soins de longue durée ont été couplées à celles du SNIUMP pour mieux définir les pratiques provinciales en matière de prescription d'antipsychotiques aux résidents en établissement de soins de longue durée dont une évaluation indiquait qu'un antipsychotique pouvait avoir été prescrit de manière inappropriée.

ix. Les caractéristiques des patients et les notes selon les échelles de résultats, comme l'échelle de mesure de la dépression, proviennent de l'instrument RAI-MDS 2.0. Pour en savoir plus, consultez la page [Description des échelles de résultats \(RAI-MDS 2.0\)](#).

- Les demandes de remboursement d'antipsychotiques (SNIUMP) des résidents dont l'évaluation indiquait une utilisation potentiellement inappropriée d'antipsychotiques en 2019-2020 ont été relevées. La fréquence d'utilisation des 5 principaux types d'antipsychotiques selon le niveau 5 du Système de classification ATC a été calculée au niveau de la demande de remboursement.

Sources des données

- SISLD : 2014-2015 à 2020-2021
- SIIR : 2020-2021
- SNIUMP : 2019-2020

L'utilisation potentiellement inappropriée d'antipsychotiques en soins de longue durée est déclarée dans les données d'évaluations des résidents en soins de longue durée soumises au SISLD et au SIIR de l'ICIS.

- Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse, l'Ontario, le Manitoba, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Yukon utilisent l'instrument RAI-MDS 2.0 pour évaluer les résidents en soins de longue durée et soumettent leurs données au SISLD.
- Avant 2019-2020, la Saskatchewan évaluait ses résidents en soins de longue durée à l'aide de l'instrument RAI-MDS 2.0 et soumettait ses données au SISLD. La province a adopté l'instrument SLD interRAI en 2019-2020, exercice où elle a commencé à soumettre ses données au SIIR. La plupart des évaluations de la Saskatchewan ont été exclues pour 2019-2020 en raison du changement d'instrument, mais ont été incluses dans les données des autres exercices.
- Le Nouveau-Brunswick soumet au SIIR des données recueillies au moyen de l'instrument SLD interRAI depuis 2017-2018. La province n'est incluse que dans l'analyse des données de 2020-2021.
- Les données du SIIR n'ont été utilisées que pour l'analyse des résultats de la Saskatchewan et du Nouveau-Brunswick pour 2020-2021.

Calcul

Pourcentage des résidents en soins de longue durée qui utilisent des antipsychotiques de façon potentiellement inappropriée =

$$\frac{\text{Nombre d'évaluations indiquant une utilisation inappropriée d'antipsychotiques}}{\text{Nombre total d'évaluations admissibles}}$$

Exclusions

Les évaluations ont été exclues si elles répondaient à au moins un des critères suivants :

le résident

- était atteint d'une maladie en phase terminale;
- recevait des soins palliatifs ou en hospice;
- avait reçu un diagnostic de schizophrénie;
- avait reçu un diagnostic de maladie de Huntington;
- avait des hallucinations;
- était atteint de délire.

Ajustement selon les risques

Afin de permettre la comparaison des données au fil du temps et entre les provinces et territoires, plusieurs étapes d'ajustement selon les risques ont été réalisées à l'aide de la méthodologie d'ajustement selon les risques des indicateurs de la qualité des soins de longue durée de l'ICIS²⁰.

Les données de cet indicateur ont été stratifiées selon l'Indice des groupes clients. Elles ont ensuite été ajustées par régression logistique selon des covariables individuelles, comme l'agitation motrice, les difficultés modérées ou graves à prendre des décisions, un problème de mémoire à long terme, l'échelle de rendement cognitif, la maladie d'Alzheimer et autres démences, ou le fait que le résident soit âgé de moins de 65 ans.

Les données ont par la suite été pondérées de nouveau au moyen d'une méthode de normalisation directe. La population de référence fixe comprenait 3 000 établissements dans 6 États américains et 92 établissements de soins en hébergement et hôpitaux de soins de longue durée en Nouvelle-Écosse et en Ontario.

Limites

Cette mesure représente l'utilisation potentiellement inappropriée d'antipsychotiques en soins de longue durée comme possible méthode de contention chimique. Toutefois, elle n'indique pas si d'autres solutions avaient été explorées. Cette mesure ne permet pas d'évaluer avec précision le respect de la recommandation d'éviter les antipsychotiques comme premier choix pour traiter les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

Les résultats du Nouveau-Brunswick, tirés du SIIR, ont été inclus seulement pour 2020-2021, et les données de la Saskatchewan ont été soumises au SISLD jusqu'en 2018-2019, puis au SIIR en 2020-2021. Ce changement de base de données est attribuable à la transition de la province vers l'instrument SLD interRAI, qui permet de consigner des données plus détaillées sur le recours aux antipsychotiques par rapport à l'instrument RAI-MDS 2.0. Les résultats du Manitoba (Office régional de la santé de Winnipeg) et de la Nouvelle-Écosse (autorité sanitaire Central Zone) ne sont pas présentés séparément en raison de la couverture partielle des données, mais ont été inclus dans le taux global. Les résultats de la Saskatchewan ne sont pas présentés pour 2019-2020 en raison de la transition vers le SIIR, mais les données d'évaluation soumises au SISLD ont été incluses dans le taux global.

L'analyse, effectuée au niveau de l'évaluation, a permis d'estimer la proportion de résidents qui utilisaient des antipsychotiques de façon inappropriée.

L'ICIS reconnaît que la pandémie de COVID-19 a touché de nombreux foyers de soins de longue durée au Canada, affectant leur capacité à effectuer des évaluations et à lui soumettre des données. La disponibilité des données peut varier selon la province, le territoire et l'établissement. Les résultats de 2020-2021 devraient être interprétés dans le contexte de la pandémie de COVID-19.



Radiographies thoraciques pour l'asthme et la bronchiolite au service d'urgence

Recommandation

Dans le cadre de la campagne américaine Choisir avec soin qui a diffusé en 2013 5 recommandations sur la pédiatrie, le comité de pédiatrie de la Society of Hospital Medicine a formulé la recommandation suivante :

Ne prescrivez pas de radiographie thoracique aux enfants atteints d'asthme ou de bronchiolite sans complication²¹.

Définition opérationnelle

Une étude de Reyes et al. (2017)²² portant sur cette recommandation visait à déterminer le pourcentage de patients atteints d'asthme ou de bronchiolite sans complication qui avaient passé une radiographie thoracique au cours de leur hospitalisation. Pour ce faire, les données de 32 hôpitaux participant à un système d'information sur la santé pédiatrique ont été analysées. Les méthodes de Reyes et al. ont été réutilisées dans le cadre de la présente analyse afin d'estimer le volume de soins de faible valeur dispensés en lien avec la recommandation. Seuls les examens effectués au service d'urgence ont été inclus et l'analyse utilise les données sur les patients pédiatriques de l'Ontario, de l'Alberta et du Yukon.

En ce qui concerne l'asthme, la mesure représente la proportion de visites au service d'urgence en raison de l'asthme (chez les enfants de 3 à 17 ans) ayant mené à une radiographie thoracique. En ce qui concerne la bronchiolite, la mesure représente la proportion de visites au service d'urgence en raison d'une bronchiolite (chez les nourrissons d'un mois à 1 an) ayant mené à une radiographie thoracique. Sur le plan de l'interprétation, un faible taux est préférable.

Méthodologie

Les enregistrements sur les visites au service d'urgence, ce qui comprend les centres de soins d'urgence, ont été utilisés pour relever les cas d'asthme chez les enfants et de bronchiolite chez les nourrissons.

L'analyse portait sur les enfants de 3 à 17 ans atteints d'asthme et excluait ceux de moins de 3 ans parce qu'il est difficile de poser un diagnostic d'asthme avant cet âge²².

L'analyse portait sur les nourrissons d'un mois à moins d'un an atteints de bronchiolite, mais excluait les nouveau-nés de moins d'un mois parce qu'ils étaient plus susceptibles d'avoir une forme grave de bronchiolite. Les nourrissons d'un an et plus étaient aussi exclus parce qu'à cet âge, la respiration sifflante peut être attribuable à plusieurs autres causes que la bronchiolite, justifiant ainsi le recours à la radiographie thoracique²².

Les patients pour lesquels une radiographie thoracique était indiquée, comme les cas médicalement complexes ou les cas de pneumonie, ont été exclus.

Les diagnostics d'asthme et de bronchiolite étaient ceux consignés au moyen des codes J45 et J21 de la CIM-10-CA, respectivement, dans n'importe quel champ de problème ou de diagnostic à la sortie. La radiographie thoracique était consignée sur le même abrégé au moyen du code 3.GE.10, 3.GT.10 ou 3.GY.10 de la CCI dans n'importe quel champ d'intervention.

Afin de comprendre la variation en fonction de certains facteurs à l'échelle des patients et des soins, les résultats ont été ventilés selon l'âge (dans les cas d'asthme seulement), le sexe, le niveau de triage, l'utilisation d'une ambulance, le groupe d'hôpitaux semblables, l'état à la sortie et le lieu de résidence (région urbaine ou rurale)^x.

Source des données

- SNISA : 2013-2014 à 2020-2021

Calculs

Taux de radiographies thoraciques
pour l'asthme =

Nombre de visites au service d'urgence en raison de
l'asthme ayant mené à une radiographie thoracique

Nombre de visites au service d'urgence en raison de l'asthme

Taux de radiographies thoraciques
pour une bronchiolite =

Nombre de visites au service d'urgence en raison d'une
bronchiolite ayant mené à une radiographie thoracique

Nombre de visites au service d'urgence en raison d'une bronchiolite

x. Le lieu de résidence (région urbaine ou rurale) est dérivé du FCCP+ de Statistique Canada.

Exclusions

Les enregistrements ont été exclus s'ils répondaient à au moins un des critères suivants :

- le cas du patient était médicalement complexe^{xi};
- le patient était atteint d'une pneumonie (codes J12 à J18 de la CIM-10-CA) durant la visite de référence;
- le numéro d'assurance maladie du patient n'était pas valide;
- le sexe consigné était autre que masculin ou féminin;
- le patient était décédé à son arrivée;
- la visite du patient au service d'urgence était planifiée;
- le patient avait été transféré d'un autre service d'urgence ou vers un autre service d'urgence.

2 autres critères d'exclusion ont été utilisés pour la cohorte de patients atteints de bronchiolite :

- une bronchiolite ou une radiographie thoracique avait été consignée lors d'une visite du patient au service d'urgence dans les 3 mois précédant la visite de référence;
- le patient était atteint d'asthme lors de la visite de référence.

Ajustement selon les risques

Dans le cadre de l'analyse des tendances et des variations provinciales, le taux de radiographies thoraciques a été ajusté selon l'âge (pour l'asthme seulement), le sexe et le niveau de triage du patient.

Limites

Cette analyse ne représente que les radiographies thoraciques effectuées aux services d'urgence et dans les centres de soins d'urgence. Elle ne rend pas compte des radiographies thoraciques effectuées chez les patients hospitalisés ou les patients orientés vers des centres de radiologie dans la collectivité. Les critères d'exclusion associés aux comorbidités pourraient avoir entraîné la suppression de certains cas non compliqués ou ne pas avoir permis d'éliminer certains cas où la radiographie thoracique pourrait être jugée pertinente sur le plan clinique.

xi. La « complexité médicale » a été définie à l'aide de la méthodologie du rapport de l'ICIS *Enfants et jeunes aux besoins médicaux complexes au Canada*²³.

Imagerie diagnostique pour un traumatisme crânien mineur au service d'urgence

Recommandation

Voici la recommandation de l'Association canadienne des médecins d'urgence :

Ne prescrivez pas de tomodensitométrie de la tête pour les adultes ou les enfants ayant subi un traumatisme crânien mineur (à moins que l'intervention soit prescrite par une règle de décision clinique appropriée)²⁴.

L'Association canadienne des radiologistes a émis une recommandation semblable :

Évitez l'imagerie pour des traumatismes crâniens mineurs, sauf en présence de signaux d'alarme³.

Définition opérationnelle

Cette mesure figurait dans le rapport de 2017 *Les soins non nécessaires au Canada*. Comme dans le rapport de 2017, cette analyse s'intéresse exclusivement à la population adulte, car l'évaluation et le traitement des traumatismes crâniens sont différents chez les enfants²⁵. De plus, sa portée a été élargie en lien avec la recommandation de l'Association canadienne des radiologistes : elle n'est pas limitée aux examens de TDM, bien qu'ils constituent la majorité des examens d'imagerie de la tête. L'analyse inclut les visites au service d'urgence en Ontario, en Alberta et au Yukon.

Cette mesure représente la proportion des visites au service d'urgence en raison d'un traumatisme crânien mineur (chez les 18 à 64 ans) sans signe préoccupant durant lesquelles un examen d'imagerie diagnostique de la tête a été effectué. Sur le plan de l'interprétation, un faible taux est préférable.

Traumatismes crâniens mineurs

Les traumatismes crâniens mineurs découlent d'un événement ayant causé une blessure physique à la tête, des symptômes correspondant à une note de 13 à 15 à l'échelle de Glasgow^{xii}, ainsi qu'une perte de conscience, une amnésie ou une désorientation²⁴. La littérature sur le sujet utilise différents termes pour désigner ce problème de santé. Différents codes de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* sont également employés pour désigner les traumatismes crâniens dans les données administratives. Aux fins de cette analyse, les codes utilisés pour relever les traumatismes crâniens sont tirés d'une étude de l'Institut de réadaptation de Toronto²⁶ (voir le tableau 10). Cette étude repose sur 15 études produites par l'OMS, les États-Unis, le Canada, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et plusieurs pays européens.

Imagerie de la tête

Les types d'imagerie cérébrale et crânienne suivants ont été inclus lorsque pratiqués au service d'urgence : radiographie, TDM et IRM (voir les codes de la CCI au tableau 13).

Indications pour l'imagerie de la tête

Des outils d'aide à la prise de décisions cliniques, comme les lignes directrices canadiennes en matière de TDM de la tête (Canadian CT Head Rule)²⁷, peuvent aider à déterminer si l'imagerie de la tête est nécessaire chez un patient adulte ou si elle risque d'offrir peu de valeur. Dans le cadre de cette analyse, un ensemble de signes préoccupants fondés sur les lignes directrices canadiennes en matière de TDM de la tête et sur l'avis des conseillers cliniques de la campagne Choisir avec soin Canada a été utilisé pour déterminer si l'examen d'imagerie était justifié. Afin de retirer de l'analyse les cas où l'imagerie de la tête était possiblement justifiée, les enregistrements de service d'urgence comportant ces signes préoccupants ont été exclus, dans la mesure du possible (voir la section Exclusions et le tableau 11).

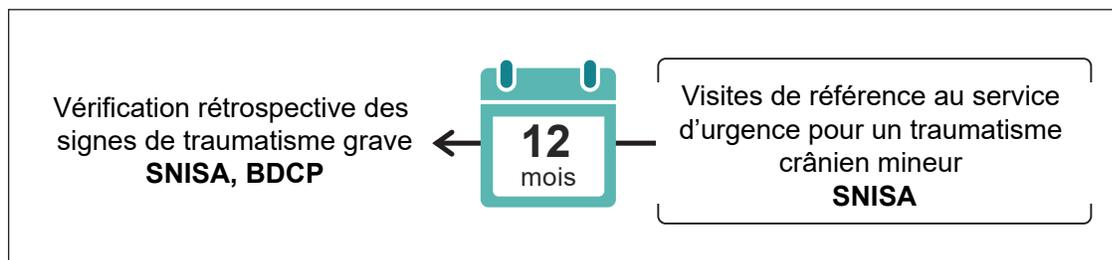
Méthodologie

L'analyse a été restreinte aux visites non planifiées d'adultes (de 18 à 64 ans) au service d'urgence en raison d'un traumatisme crânien mineur. Les personnes âgées (65 ans et plus) ont été exclues conformément aux lignes directrices canadiennes en matière de TDM de la tête²⁷ et aux recommandations connexes de la campagne Choisir avec soin^{3, 24}. Les visites incluses ont eu lieu entre 2014-2015 et 2020-2021 en Ontario, en Alberta et au Yukon. Seuls les cas où l'examen d'imagerie diagnostique a été effectué au cours de la visite en

xii. L'échelle de Glasgow est un outil validé qui permet d'évaluer le niveau de conscience d'une personne et un élément important de l'évaluation de la gravité des traumatismes crâniens.

raison d'un traumatisme crânien mineur ont été inclus. Outre les cas comportant des signes préoccupants, les cas où les patients présentaient des signes de traumatisme grave durant une visite au service d'urgence ou une hospitalisation dans les 12 mois précédant la visite de référence ont été exclus.

Figure 3 Examen d'imagerie de la tête pour un traumatisme crânien mineur chez les adultes au cours d'une visite non planifiée au service d'urgence, 2014-2015 à 2020-2021



Remarques

SNISA : Système national d'information sur les soins ambulatoires.
 BDCP : Base de données sur les congés des patients.

Afin de comprendre la variation en fonction de certains facteurs à l'échelle des patients et des soins, les résultats ont été ventilés selon l'âge, le sexe, le quintile de revenu, le lieu de résidence (région urbaine ou rurale)^{xiii}, le niveau de triage et l'utilisation d'une ambulance.

Sources des données

- BDCP : 2013-2014 à 2020-2021
- SNISA : 2013-2014 à 2020-2021

Calcul

$$\text{Taux d'examen d'imagerie de la tête pour un traumatisme crânien mineur} = \frac{\text{Nombre de cas d'examen d'imagerie de la tête pour un traumatisme crânien mineur}}{\text{Nombre de visites au service d'urgence en raison d'un traumatisme crânien mineur}}$$

xiii. Le revenu du quartier et le lieu de résidence (région urbaine ou rurale) ont été dérivés du FCCP+ de Statistique Canada.

Exclusions

Les enregistrements ont été exclus s'ils répondaient à au moins un des critères suivants :

- le patient avait moins de 18 ans, ou 65 ans et plus;
- le patient présentait un signe préoccupant justifiant l'imagerie de la tête (voir le tableau 11);
- le patient avait subi un traumatisme majeur ou présentait une comorbidité justifiant l'imagerie de la tête :
 - niveau de triage indiquant une réanimation (niveau 1 sur l'Échelle canadienne de triage et de gravité);
 - note inférieure à 13 sur l'échelle de Glasgow^{xiv}, indiquant un traumatisme cérébral modéré ou grave;
 - hospitalisation ou transfert vers un autre établissement;
- le patient présentait des signes de traumatisme grave au cours d'une visite au service d'urgence ou d'une hospitalisation dans les 12 mois précédant la visite de référence. Ceci inclut les visites au service d'urgence et hospitalisations antérieures du patient au cours desquelles il a reçu un diagnostic de blessure attribuable à certaines conséquences de causes externes (codes S00 à T98 de la CIM-10-CA) ou causes externes de blessure (codes V01 à Y98 de la CIM-10-CA). De plus, la visite devait répondre à au moins un des critères ci-dessus pour les traumatismes majeurs ou comorbidités justifiant l'imagerie de la tête.
- le patient avait subi une lésion non commotionnelle ou une blessure par pénétration. À noter que cette exclusion n'a pas été appliquée dans les cas de chute. Cette liste repose sur des travaux réalisés par le groupe de travail sur les traumatismes cérébraux légers du centre collaborateur de neurotraumatologie de l'OMS²⁸. Les codes de la CIM-10-CA (voir le tableau 12) ont été compilés par les experts de l'ICIS en matière de classification.

Ajustement selon les risques

Dans le cadre de l'analyse des tendances et des variations provinciales, le taux d'imagerie de la tête a été ajusté selon l'âge, le sexe et le niveau de triage des patients.

xiv. L'échelle de Glasgow est un outil validé qui permet d'évaluer le niveau de conscience d'une personne et un élément important de l'évaluation de la gravité des traumatismes crâniens.

Limites

Il n'existe aucune méthode concertée permettant de différencier clairement les traumatismes crâniens mineurs des traumatismes crâniens majeurs dans les bases de données administratives, ce qui restreint les possibilités de comparaison avec d'autres études. Pour faire une telle distinction, plusieurs lignes directrices cliniques reposent notamment sur l'échelle de Glasgow^{1, 2}. Dans la BDCP, la note selon l'échelle de Glasgow est obligatoire seulement si le patient présente une lésion traumatique intracrânienne. Cette note n'est donc pas toujours consignée. Pour cette raison, l'analyse n'a pu être limitée aux patients présentant une note de 13 à 15. Néanmoins, les cas présentant une note inférieure à 13 ont été exclus parce qu'ils représentaient une lésion cérébrale modérée à grave.

Les données administratives ne permettent pas non plus de connaître le processus décisionnel du clinicien ni tous les antécédents cliniques d'un patient. Bien que des efforts aient été déployés pour identifier et exclure les patients chez lesquels un examen d'imagerie de la tête était indiqué, il est possible que certains patients pris en compte aient eu besoin de l'examen pour des raisons cliniques, ce que les données ne traduisent pas.

Tableau 10 Codes de la CIM-10-CA utilisés pour le repérage des traumatismes crâniens

Description	CIM-10-CA
Syndrome post-commotionnel	F07.2
Fracture de la voûte crânienne	S02.0
Fracture de la base du crâne	S02.1
Fracture du plancher de l'orbite	S02.3
Fractures multiples du crâne et des os de la face	S02.7
Fractures d'autres os du crâne et de la face	S02.8
Fracture du crâne et des os de la face, partie non précisée	S02.9
Lésion traumatique intracrânienne	S06
Écrasement du crâne	S07.1
Lésion traumatique de la tête, sans précision	S09.9
Séquelles d'une fracture du crâne ou des os de la face	T90.2
Séquelles de lésion traumatique intracrânienne	T90.5

Remarque

CIM-10-CA : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version, Canada.

Tableau 11 Signes préoccupants justifiant un examen d'imagerie de la tête

Catégorie de signes préoccupants	Codes de la CIM-10-CA et de la CCI
Fractures ouvertes évidentes du crâne, fractures ouvertes ou dépressions présumées du crâne, tout signe de fracture de la base du crâne (p. ex. hémotympan, ecchymoses périorbitaires, signe de Battle, otorhinorrhée de liquide céphalorachidien)	G96.0, S02.0, S02.1, S02.7, S02.901, S06.86
Indicateurs de traumatisme crânien grave	F04, F05, F06, F07, F09, G40, G41, G45, G46, I60, R11, R25, R26, R27, R29, R40, R41, R42, R44, R55, R56, S02.3, S02.8, S02.9, S04.0, S04.1, S04.2, S04.4, S04.6, S04.7, S06.1, S06.2, S06.4, S06.5, S06.6, S07.8, S07.9, S08, T02.0, T04.0, T06.0, T90.2, T90.3, T90.5
Amnésie rétrograde durant 30 minutes ou plus après le traumatisme	R41.2
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)	V02, V03, V04, V05, V09, V12, V13, V14, V15, V23, V24, V25, W13
Troubles hémorragiques	D65-D69
Prise de Coumadin	Z92.1
Autre diagnostic pour lequel une TDM est indiquée, comme une encéphalite ou une tumeur maligne	A81.1, A83, A84, A85, A86, A87, C41.0, C41.1, C47.0, C49.0, C71, C77, C78, C79, D89.1, E22, E23, E24, F44.5, F81, F89, G04, G05, G11, G43, G44.3, G50, G51, G52, G53, G91, G93, H11.4, H34.0, H34.1, H46, H47.0, H49.0, H49.1, H49.2, H53.2, H81, H93.3, I25.0, I25.1, I60-I69, I71, I72, I77.6, I79.0, R62.9, R28, R90.0, Q04.0, Q04.3, Q04.6, Q04.8, Q07.8, Q28, Z85.80, Z86.7, Z87.8
Interventions majeures comme le drainage des méninges et de la dure-mère du cerveau ou la gestion d'un appareil externe relié au système respiratoire	1.AA.52, 1.EA.74, 1.EA.80, 1.GZ.30, 1.GZ.31, 1.GZ.38

Remarques

CIM-10-CA : *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version, Canada.*

CCI : *Classification canadienne des interventions en santé.*

TDM : tomodynamométrie

Les codes pour lesquels une TDM est indiquée ont été établis selon les lignes directrices canadiennes en matière de TDM de la tête²⁷ pour les patients présentant un traumatisme crânien mineur et selon l'avis des conseillers cliniques de la campagne Choisir avec soin.

Tableau 12 Lésions non commotionnelles légères et pénétrantes de la tête

Description	Codes de la CIM-10-CA
Objets tranchants et lésions pénétrantes	T15-T19, W25, W26, W32-W34, W42, W44-W46, W53-W60, X72-X75, X78, X93-X95, X99, Y22-Y24, Y28, Y35.0, Y35.4, Y36.4
Températures extrêmes ou lumière solaire	T20-T35, W85-W99, X30-X32, X77, X98, Y27, Y36.2, Y36.3, Y36.5
Substances toxiques	T36-T78, T90-T98, X00-X29, X40-X57, X60-X71, X76, X85-X92, X97, Y06, Y07, Y10-Y21, Y26, Y35.2, Y36.6, Y36.7, W65-W84
Traitement médical	Y40-Y84

Remarque

CIM-10-CA : *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version, Canada.*

Tableau 13 Codes de la CCI utilisés pour repérer les examens d'imagerie cérébrale ou crânienne

Type d'imagerie diagnostique	Codes de la CCI
Radiographies	3.AN.10, 3.AN.12, 3.EA.10, 3.EA.12
Examens de TDM	3.AN.20, 3.AN.70, 3.EA.18, 3.EA.20, 3.ER.20
Examens d'IRM	3.AN.40, 3.ER.40

Remarques

CCI : *Classification canadienne des interventions en santé.*

TDM : tomodensitométrie.

IRM : imagerie par résonance magnétique.

Les examens d'imagerie diagnostique ont été relevés à partir des données sur les visites de référence tirées du SNISA.



Arthroscopie du genou chez les adultes de 60 ans et plus

Recommandation

Voici la recommandation de l'Association canadienne d'orthopédie, de la Canadian Arthroplasty Society et de l'Arthroscopy Association of Canada :

Ne pas utiliser le débridement arthroscopique comme traitement primaire de l'arthrose du genou³⁰.

Définition opérationnelle

Cette mesure représente le nombre d'arthroscopies du genou effectuées chez les personnes de 60 ans et plus. Elle a permis d'estimer le volume de soins de faible valeur dispensés par rapport à la recommandation concernant l'arthroscopie du genou. Cette définition des cas a été établie par les experts-conseils parce que, chez les personnes de 60 ans et plus, les arthroscopies du genou sont le plus souvent pratiquées en raison d'une arthrose ou d'une déchirure du ménisque d'origine dégénérative, et ce, malgré le peu de bienfaits qu'elles procurent³¹. La limite d'âge a donc été utilisée pour déterminer la pertinence de l'intervention parce qu'il était difficile de cerner clairement les cas d'arthrose dans les données administratives.

Cette mesure correspond donc à la proportion de personnes de 60 ans et plus qui ont subi une arthroscopie du genou. Sur le plan de l'interprétation, un faible taux est préférable.

Arthroscopie du genou

L'arthroscopie du genou est une intervention chirurgicale peu effractive qui peut être consignée au moyen des codes d'intervention présentés au tableau 14.

Méthodologie

Les enregistrements de soins de courte durée et de chirurgie d'un jour dans la BDCP ainsi que les enregistrements de chirurgie d'un jour dans le SNISA ont été utilisés pour trouver les arthroscopies du genou non urgentes pratiquées chez les personnes de 60 ans et plus. Le taux d'arthroscopies du genou représente le nombre d'arthroscopies du genou divisé par le nombre de personnes de 60 ans et plus selon les estimations provinciales de Statistique Canada⁹.

Pour les arthroscopies du genou, les patients ont été ventilés selon l'âge, le sexe, le quintile de revenu du quartier et le lieu de résidence (région urbaine ou rurale)^{xv}.

Sources des données

- BDCP : 2014-2015 à 2020-2021
- SNISA : 2014-2015 à 2020-2021
- Statistique Canada, Tableau 17-10-0005-01, Estimations de la population au 1^{er} juillet, par âge et sexe⁹

Calcul

$$\text{Taux d'arthroscopies du genou} = \frac{\text{Nombre d'arthroscopies du genou pratiquées chez les personnes de 60 ans et plus}}{\text{Nombre estimé de personnes de 60 ans et plus}}$$

Exclusions

Les enregistrements ont été exclus s'ils répondaient à au moins un des critères suivants :

- l'enregistrement provenait du Québec (ces patients ont été exclus parce que les pratiques de soumission de données de cette province ne sont pas comparables avec celles du reste du Canada);
- le patient avait un « diagnostic principal » ou un problème principal d'arthrite pyogène (code M00 dans la CIM10-CA);
- le patient a été admis à l'hôpital de façon urgente.

Normalisation selon l'âge

Afin de permettre la comparaison des données au fil du temps et entre les provinces et territoires, une normalisation selon l'âge a été réalisée à l'aide des données sur la population canadienne de 2011.

xv. Le revenu du quartier et le lieu de résidence (région urbaine ou rurale) ont été dérivés du FCCP+ de Statistique Canada.

Limites

Conformément aux recommandations d'experts cliniques, cette mesure ne repose pas que sur les arthroscopies du genou pratiquées comme traitement primaire de l'arthrose du genou. Suivant les rapports d'assurance de la qualité du Manitoba et de la Colombie-Britannique, sa portée a été élargie pour comprendre toutes les arthroscopies du genou réalisées chez les personnes de 60 ans et plus³². Dans ce groupe d'âge, l'arthroscopie du genou est le plus souvent pratiquée pour traiter l'arthrose ou une déchirure du ménisque d'origine dégénérative, et ce, malgré le peu de bienfaits qu'elle procure³¹.

En raison de la faible valeur des cellules, les résultats des territoires ne sont pas présentés séparément, mais ont été inclus dans le taux global.

Les données de l'ICIS n'incluent que les interventions remboursées par les programmes provinciaux d'assurance maladie. Les arthroscopies du genou payées par des assureurs privés ou par les patients ne sont pas prises en compte.

Tableau 14 Codes d'intervention utilisés pour consigner les arthroscopies du genou

Description	Codes de la CCI
Réparation, articulation du genou, approche endoscopique [arthroscopie] sans utilisation de tissu (pour la réparation), réparation articulaire sans atteinte du ménisque	1.VG.80.DA
Réparation, articulation du genou, approche endoscopique [arthroscopie] sans utilisation de tissu (pour la réparation) avec méniscectomie [ou méniscoplastie]	1.VG.80.FY
Excision partielle, articulation du genou, approche endoscopique [arthroscopie], autre excision d'articulation [par exemple, arthrectomie, chondrectomie, parage (débridement)] avec ou sans synovectomie	1.VG.87.DA

Remarque

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

Césariennes dans les cas d'accouchements à faible risque

Recommandation

Voici la recommandation de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada :

Ne pratiquez pas de césarienne si la seule indication est un arrêt de progression du travail à la phase de latence d'une grossesse monofoetale avec bébé en présentation céphalique³³.

Définition opérationnelle

L'un des indicateurs présentés dans l'outil Votre système de santé de l'ICIS, Césariennes à faible risque, a été utilisé pour estimer les soins de faible valeur en lien avec la recommandation sur la césarienne. Les résultats à l'échelle provinciale, régionale et des établissements pour cette mesure sont publiés dans [Votre système de santé : En détail](#) et les Statistiques éclair de l'ICIS, et ce, pour toutes les provinces sauf le Québec.

Cette mesure représente la proportion de césariennes effectuées lors d'accouchements à faible risque. Sur le plan de l'interprétation, un faible taux est préférable.

Accouchements à faible risque

La définition d'accouchement à faible risque ayant servi dans le cadre de cette analyse a été choisie selon celle de l'indicateur diffusé dans Votre système de santé : En détail de l'ICIS, mais également en fonction de la disponibilité des données. Cette mesure a été calculée à l'aide d'un sous-ensemble du groupe 1 du système modifié de Robson — le premier groupe d'un système de classification des césariennes adapté au contexte canadien³⁴. Afin de préciser davantage les types d'accouchements à faible risque retenus, l'analyse a été restreinte aux femmes primipares et elle exclut les naissances après terme et celles associées à des affections maternelles ou foetales et d'autres complications de la grossesse.

Caractéristiques maternelles et fœtales

Le travail prolongé et la détresse fœtale font partie des caractéristiques utilisées pour ventiler les résultats. Le travail prolongé a été défini comme une première phase de travail de plus de 18 heures lors d'un premier accouchement. La détresse fœtale a été définie comme un stress fœtal découlant d'une anomalie du rythme cardiaque du fœtus, de la présence de méconium dans le liquide amniotique ou d'une asphyxie du fœtus. Les codes de la CIM-10-CA permettant de relever ces circonstances se trouvent dans le tableau 15.

Méthodologie

L'indicateur correspond au taux de césariennes par 100 accouchements en établissement de soins de courte durée. Il mesure la proportion de césariennes parmi les hospitalisations pour un accouchement unique (grossesse monofœtale), à terme, à présentation céphalique (la tête dans la bonne position) chez une femme primipare (premier accouchement) à faible risque et en travail spontané.

Afin de comprendre la variation en fonction de certains facteurs à l'échelle des patientes, les résultats ont été ventilés selon l'âge de la mère, le quintile de revenu du quartier, le lieu de résidence (région urbaine ou rurale)^{xvi}, le travail prolongé et la détresse fœtale.

Source des données

- BDCP : 2015-2016 à 2020-2021

Calcul

$$\text{Taux de césariennes à faible risque} = \frac{\text{Nombre de césariennes dans les cas d'accouchements à faible risque}}{\text{Nombre d'accouchements à faible risque}}$$

Exclusions

Les enregistrements ont été exclus s'ils répondaient à au moins un des critères suivants :

- grossesses multiples, naissances multiples ou mortinaissance;
- accouchement avant terme ou après terme (âge gestationnel à la naissance inférieur à 37 semaines complètes ou supérieur à 41 semaines complètes);
- présentation par le siège;
- position transverse ou oblique du bébé;

^{xvi}. Le revenu du quartier et le lieu de résidence (région urbaine ou rurale) ont été dérivés du FCCP+ de Statistique Canada.

- grossesse d'une mère multipare (dont ce n'était pas le premier enfant) ou dont le nombre d'enfants n'était pas connu;
- travail provoqué (comprend la rupture artificielle des membranes, l'utilisation d'agents ocytotiques ou de prostaglandines et la maturation cervicale par sonde à ballonnet ou par l'insertion d'une tige laminaire);
- césarienne planifiée;
- risque préexistant pour la mère ou le fœtus, y compris diabète gestationnel ou préexistant, hypertension gestationnelle ou préexistante, prééclampsie, éclampsie, complications veineuses (y compris thrombose veineuse profonde ou centrale), affection hépatique, autre affection précisée liée à la grossesse, complications d'une anesthésie durant la grossesse, anomalie ou dommage, autres affections du fœtus (y compris iso-immunisation, allo-immunisation, asphyxie fœtale, retard de croissance intra-utérine et croissance excessive du fœtus), hydramnios et autres problèmes de liquide et de membrane amniotiques, anomalies du placenta, placenta prævia, décollement prématuré du placenta, hémorragie antepartum, rupture de l'utérus, embolie obstétricale, herpès, VIH (virus de l'immunodéficience humaine) et autres maladies de la mère (y compris obésité morbide, cancer, troubles hématologiques, troubles cardiovasculaires, troubles musculosquelettiques, troubles neurologiques, fibrose kystique, maladie de Crohn, lupus, polyarthrite rhumatoïde et maladies rénales précisées);
- âge de la patiente non connu;
- date de sortie non valide;
- enregistrement d'une interruption de grossesse.

Tous les détails et les codes associés aux exclusions se trouvent à la page [Césariennes à faible risque](#) de la section Indicateurs du site Web de l'ICIS.

Ajustement selon les risques

Afin de permettre la comparaison des données au fil du temps et entre les provinces et territoires, un ajustement selon l'âge a été réalisé à l'aide d'une méthode de régression logistique.

Limites

Les résultats n'ont pas été calculés pour le Québec, puisqu'aucune information sur la parité n'est disponible pour cette province. En raison de la faible valeur des cellules, les résultats du Nunavut ne sont pas présentés séparément, mais ont été inclus dans le taux global.

Bien qu'il était possible de relever le travail prolongé dans les données, celles-ci ne permettent pas de déterminer le motif précis de la césarienne, par exemple si la seule indication est un arrêt de progression à la phase de latence du travail.

Tableau 15 Codes de la CIM-10-CA utilisés pour relever le travail prolongé et la détresse fœtale

Affection	Codes de la CIM-10-CA
Travail prolongé	O62.0, O63.0, O63.9
Détresse fœtale	O68.001, O68.201, O68.301

Remarque

CIM-10-CA : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version, Canada.

Transfusions de globules rouges chez les patients hospitalisés

Recommandation

Voici la recommandation de la Société canadienne de médecine interne :

Ne transfusez pas 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 AVC⁸⁶.

Définition opérationnelle

Cette mesure figurait dans le rapport de 2017 *Les soins non nécessaires au Canada*. Dans le rapport de suivi des progrès, l'ICIS a modifié son analyse de façon à élargir la cohorte au-delà des patients ayant subi des arthroplasties de la hanche et du genou et à évaluer le taux de transfusions de globules rouges dans le cadre des soins obstétricaux, médicaux et chirurgicaux (incluant les arthroplasties de la hanche et du genou). Cette mesure estime le volume de soins de faible valeur dispensés par rapport à la recommandation. Elle brosse un tableau global de la situation pour éclairer les mesures de réduction des transfusions de faible valeur en général. Aucune limite associée aux comorbidités ou à des seuils cliniques n'a été appliquée à cette analyse. Les taux généraux de transfusions de globules rouges chez les patients hospitalisés ont été explorés et les résultats ont été ajustés en fonction de facteurs relatifs aux patients, y compris le niveau de comorbidité.

Cette mesure représente la proportion d'hospitalisations lors desquelles le patient a reçu au moins une transfusion de globules rouges. Sur le plan de l'interprétation, un faible taux est préférable.

Transfusions de globules rouges

Les transfusions de globules rouges réalisées chez les patients hospitalisés en soins de courte durée à l'échelle du Canada ont été relevées à l'aide des codes de la CCI (au Québec) ou d'un indicateur de transfusion de globules rouges (voir le tableau 16). Depuis 2014, 5 provinces doivent déclarer les transfusions de globules rouges : le Nouveau-Brunswick, le Québec, l'Ontario, le Manitoba et la Saskatchewan. À noter que cette analyse tient seulement compte des transfusions non autologues (c.-à-d. provenant d'un donneur). Les autotransfusions (transfusions de sang du patient) comportent beaucoup moins de risques que les transfusions d'un donneur, lesquelles sont associées à d'éventuelles réactions indésirables.

Méthodologie

Les enregistrements du Nouveau-Brunswick, du Québec, de l'Ontario, du Manitoba et de la Saskatchewan sur les patients adultes (18 ans et plus) hospitalisés en soins de courte durée ont été inclus dans l'analyse. Les facteurs utilisés dans l'ajustement selon les risques sont tirés de l'enregistrement d'hospitalisation de référence.

Afin de comprendre la variation en fonction de certains facteurs à l'échelle des patients, les résultats ont été ventilés selon l'âge, le sexe, le quintile de revenu du quartier, le lieu de résidence (région urbaine ou rurale)^{xvii}, le groupe de patients et le groupe d'hôpitaux semblables.

^{xvii}. Le revenu du quartier et le lieu de résidence (région urbaine ou rurale) ont été dérivés du FCCP+ de Statistique Canada.

Source des données

- BDCP-BDMH : 2014-2015 à 2020-2021

Calcul

$$\text{Taux de transfusions de globules rouges} = \frac{\text{Nombre d'hospitalisations comptant une transfusion de globules rouges}}{\text{Nombre total d'hospitalisations}}$$

Exclusions

Les enregistrements ont été exclus s'ils répondaient à au moins un des critères suivants :

- le patient avait moins de 18 ans;
- l'enregistrement du patient comportait une catégorie clinique principale de troubles de santé mentale;
- le patient a reçu une autotransfusion.

Ajustement selon les risques

Les risques ont été ajustés selon 3 modèles distincts de régression logistique (soins obstétricaux, médicaux et chirurgicaux), ce qui a permis d'obtenir des comparaisons significatives au fil du temps et entre les autorités compétentes. Les taux globaux ajustés résultent de la combinaison des résultats des 3 modèles.

Les variables suivantes ont été utilisées dans le processus d'ajustement selon les risques :

- Âge
- Sexe
- Indice de gravité
- Durée du séjour à l'hôpital

L'indice de gravité a permis de mesurer l'indication d'une transfusion de globules rouges ou le motif pouvant l'avoir justifié. Le tableau 17 présente les codes de la CIM-10-CA pour des indications précises. En raison de différences dans la collecte des données sur les diagnostics et comorbidités au Québec — où il n'est pas possible de distinguer les comorbidités des diagnostics secondaires —, une modification a dû être apportée pour garantir la comparabilité avec les comorbidités relevées dans les autres provinces. Afin de permettre la comparaison des données de toutes les provinces, les groupes associés à l'indice de gravité ont été attribués différemment aux patients du Québec, tel que l'indique le tableau 18. Cette méthodologie correspond à celle utilisée pour d'autres produits de l'ICIS, notamment les états comorbides dans le calcul de l'indice de Charlson pour l'indicateur Ratio normalisé de mortalité hospitalière de l'ICIS et d'autres indicateurs cliniques^{36, 37}.

Pour l'analyse des transfusions de globules rouges effectuées lors des arthroplasties de la hanche et du genou, les facteurs supplémentaires suivants ont été utilisés dans la technique d'ajustement selon les risques :

- Technique anesthésique
- Mode de fixation
- Intervention bilatérale ou unilatérale
- Intervention initiale ou révision

Limites

Les données administratives ne rendent pas compte de tous les antécédents cliniques du patient. Ainsi, il n'a pas été possible de déterminer hors de tout doute si les transfusions de globules rouges étaient justifiées. Les indications disponibles ont été prises en compte grâce à la variable de l'indice de gravité utilisée dans l'ajustement selon les risques. Les hospitalisations comprenant des indications de transfusion de globules rouges n'ont pas été exclues du calcul. Par conséquent, certaines transfusions de globules rouges prises en compte étaient attendues et justifiées — même si un faible taux est préférable.

Les données provenant d'analyses sanguines fournissant l'hématocrite et les taux d'hémoglobine ou la numération des globules rouges des patients n'étaient pas disponibles pour cette étude. En outre, les données concernant d'autres facteurs pouvant entrer en ligne de compte dans l'évaluation de la pertinence des transfusions de globules rouges, comme la taille et le poids des patients, n'étaient pas disponibles pour cette étude.

Cette analyse se penche sur la transfusion de globules rouges effectuée pendant l'hospitalisation et ne tient pas compte des autres composants ou produits sanguins qui ont pu être transfusés pour ce même épisode de soins. L'information sur le volume ou le nombre d'unités de globules rouges transfusés n'était pas disponible pour cette étude.

Tableau 16 Relever les transfusions de globules rouges

Critères de sélection	Description
Indicateur de transfusion de globules rouges	Dans la BDCP : indique si le patient a reçu une transfusion sanguine composée de globules rouges
Code de la CCI présent*	1.LZ.19.HM-U1, 1.LZ.19.HM-U9, 1.LZ.19.HH-U1-J, 1.LZ.19.HH-U9-J

Remarques

* La *Classification canadienne des interventions en santé* n'a été utilisée que pour relever les transfusions pratiquées au Québec, car les hôpitaux de cette province ne soumettent pas d'indicateur de transfusion sanguine. Les transfusions chez les patients hospitalisés au Québec doivent être codifiées.

BDCP : Base de données sur les congés des patients.

CCI : *Classification canadienne des interventions en santé*.

Tableau 17 Indications de transfusion de globules rouges et pondération de l'indice de gravité

Affection	Pondération de l'indice de gravité	Codes de la CIM-10-CA (tous types de diagnostics inclus)
Anémie	3	D50, D52-D53, D55-D64, D70-D77, E86.8
Hémorragie	2	D65, D66, D67, D68, D69, E27.4, I51.8, I60, I61, I62, I85.0, I98.3, J95.00, K22.8, K25.0, K25.2, K25.4, K25.6, K26.0, K26.2, K26.4, K26.6, K27.0, K27.2, K27.4, K27.6, K28.0, K28.2, K28.4, K28.6, K29.0, K31.80, K55.20, K62.5, K63.80, K64, K66.1, K91.40, K91.43, K91.60, K92, N32.8, N50.8, N85.7, N93, N95.0, N99.50, R04, R31, R57.1, R58, T81.0
Insuffisance cardiaque et œdème pulmonaire	1	I50, J81
Cardiopathie ischémique	1	I20, I21, I22, I24, I25
Maladies cérébrovasculaires	1	I63-I67, I69
Insuffisance rénale	1	N17, N18, N19, N99.0, N08.3
Cancer	1	C00-C06, C09-C16, C18-C26, C30, C38, C53, C55, C56, C61, C64-C68, C81-C86, C88, C90-C96
Traumatisme	1	S00-T35 (sauf S13 et S33), T79-T88 (sauf T81.0), T90-T98

Remarques

CIM-10-CA : *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version, Canada*. La valeur totale de l'indice de gravité équivaut à la somme des pondérations de chaque abrégé. Par exemple, si un abrégé comprend l'anémie et une maladie cérébrovasculaire, la valeur totale est 3 + 1 = 4.

Tableau 18 Groupement selon l'indice de gravité

Groupe selon l'indice de gravité	Indice de gravité dans l'ensemble du Canada (sauf au Québec)	Indice de gravité au Québec
Non grave	0	0 ou 1
Modérément grave	1 ou 2	2, 3 ou 4
Très grave	3 et plus	5 et plus

Examens préopératoires avant une chirurgie à faible risque

Recommandation

Voici la recommandation de la Société canadienne de médecine interne :

N’effectuez pas systématiquement d’examens préopératoires (comme une radiographie des poumons, une échocardiographie ou un test cardiaque à l’effort) chez les patients subissant des chirurgies à faible risque³⁵.

La Société canadienne des anesthésiologistes et la Société canadienne de cardiologie ont émis des recommandations comparables^{38,39}.

Définition opérationnelle

Cette mesure était présentée dans le rapport de 2017 *Les soins non nécessaires au Canada* pour la Saskatchewan et l’Alberta. Elle reposait sur une étude réalisée par Kirkham et al. (2015) en Ontario⁴⁰. Dans le rapport de suivi des progrès, l’ICIS a utilisé la même méthodologie, mais a élargi son analyse pour inclure les données de la Nouvelle-Écosse, de l’Ontario, du Manitoba, de la Saskatchewan, de l’Alberta et de la Colombie-Britannique comme des données sur la facturation étaient disponibles dans ces provinces.

Cette mesure représente la proportion d’interventions à faible risque pour lesquelles les patients ont été soumis à un examen cardiaque préopératoire. Sur le plan de l’interprétation, un faible taux est préférable.

Interventions à faible risque

Les interventions à faible risque comprenaient celles à faible risque cardiaque⁴⁰, et ont été classées en 3 catégories générales : endoscopies, interventions ophtalmologiques et autres (p. ex. certaines interventions orthopédiques et urologiques; voir le tableau 19 pour la liste complète des codes de la CCI). Pour s'assurer que les interventions étaient bien à faible risque, 2 autres critères ont été utilisés :

- Seules les interventions pratiquées le jour de l'admission du patient en soins de courte durée ou réalisées dans un contexte de soins ambulatoires ont été incluses. Ce critère a permis d'exclure les interventions liées à des soins de courte durée ou résultant de ce type de soins.
- Seul le code de l'intervention principale (dans la BDCP) ou la première intervention inscrite (dans le SNISA) a été employé pour relever les interventions à faible risque, ce qui a permis de s'assurer que l'intervention à faible risque était la raison principale (ou seule raison) de l'admission du patient.

Examens cardiaques préopératoires

Plusieurs groupes de spécialistes ont dressé des listes d'examens préopératoires offrant peu de valeur. Ceux-ci vont des analyses de laboratoire aux radiographies^{3, 35, 38, 41, 42}.

Cette analyse se limite aux examens cardiaques préopératoires, conformément à la recommandation formulée par la Société canadienne de médecine interne dans le cadre de la campagne Choisir avec soin³⁵. Les examens cardiaques préopératoires sont définis comme un électrocardiogramme (ECG), une épreuve d'effort cardiaque ou une radiographie thoracique réalisés dans les 60 jours précédant une intervention à faible risque (voir le tableau 20 pour connaître les codes d'examens cardiaques).

Les examens préopératoires pouvant être effectués dans divers milieux de soins, plusieurs banques de données ont dû être utilisées pour les repérer. Les examens faits dans la collectivité ont été relevés dans la BDNM, tandis que les examens faits à l'hôpital ont été relevés dans la BDCP ou le NACRS. Ceux-ci pouvaient également se trouver dans la BDNM (selon le modèle de financement) et être comptés en double. Les examens déclarés dans plus d'une base de données n'ont été comptés qu'une fois.

Méthodologie

L'analyse repose sur les interventions à faible risque réalisées entre 2015-2016 et 2020-2021. Pour chaque intervention à faible risque, une recherche rétrospective a été réalisée afin de cerner les examens cardiaques effectués dans les 60 jours précédents.

Figure 4 Relever les examens cardiaques effectués dans les 60 jours précédant une chirurgie à faible risque, 2015-2016 à 2020-2021



Remarques

BDCP : Base de données sur les congés des patients.
 SNISA : Système national d'information sur les soins ambulatoires.
 BDNM : Base de données nationale sur les médecins.

Afin de comprendre la variation en fonction de certains facteurs à l'échelle des patients, les résultats ont été ventilés selon le type de chirurgie, l'âge, le sexe, le quintile de revenu du quartier et le lieu de résidence (région urbaine ou rurale)^{xviii}.

Source des données

- BDCP : 2014-2015 à 2020-2021
- SNISA : 2014-2015 à 2020-2021
- BDNM : 2014-2015 à 2020-2021

Calcul

$$\text{Taux d'examens préopératoires} = \frac{\text{Nombre d'interventions à faible risque comportant au moins un examen préopératoire}}{\text{Nombre d'interventions à faible risque}}$$

^{xviii}. Le revenu du quartier et le lieu de résidence (région urbaine ou rurale) ont été dérivés du FCCP+ de Statistique Canada.

Exclusions

Les enregistrements ont été exclus s'ils répondaient à au moins un des critères suivants :

- l'enregistrement comportait un numéro d'assurance maladie non valide;
- le sexe consigné était autre que masculin ou féminin;
- l'intervention a été déclarée en double selon le numéro d'assurance maladie et la province émettrice, la date et le type d'intervention;
- le patient avait moins de 18 ans;
- l'intervention à faible risque n'a pas été réalisée le jour même de l'admission en de soins de courte durée;
- l'examen préopératoire a été effectué le même jour que la chirurgie;
- le patient a subi l'intervention dans un établissement ayant effectué moins de 50 interventions à faible risque.

Ajustement selon les risques

Afin de permettre la comparaison au fil du temps et entre les provinces, les résultats ont été ajustés selon les risques au moyen d'une méthode de régression logistique et des variables comme l'âge, le sexe et le type de chirurgie.

Limites

Il faut faire preuve de prudence dans l'établissement des comparaisons provinces et territoires au moyen des données sur la facturation en raison des différences dans les codes de tarif, dans l'identification de l'emplacement des établissements et dans les modèles de financement provinciaux et territoriaux. Les codes utilisés dans l'analyse ont été choisis pour faciliter les comparaisons interprovinciales. Les données n'indiquent pas pourquoi les examens cardiaques ont été réalisés, mais il a été présumé qu'il s'agissait d'examens préopératoires.

Tableau 19 Codes d'interventions à faible risque

Catégorie	Intervention	Code de la CCI
Endoscopie	Œsophage/estomac	2.NA.70.BA, 2.NA.71.BA, 2.NA.71.BR, 2.NF.70.BA, 2.NF.71. BA, 2.NF.71.BP, 2.NF.71.BR
	Gros intestin	2.NM.70.BA, 2.NM.71.BA, 2.NM.71.BR
Ophtalmologie	Autre intervention ophtalmologique	1.CC, 1.CD, 1.CE, 1.CF, 1.CG, 1.CH, 1.CJ, 1.CL, 1.CM, 1.CN, 1.CP, 1.CQ, 1.CR, 1.CS, 1.CT, 1.CU, 1.CV, 1.CX, 1.CZ
	Chirurgie d'une cataracte secondaire	1.CL.59
	Chirurgie de la cataracte	1.CL.89
Autre	Orthopédique : épaule (drainage/extraction/prélèvement/ libération, approche endoscopique)	1.TA.52.DA, 1.TA.58.DA, 1.TA.72. DA, 1.TA.80.DA, 1.TA.80.GZ
	Orthopédique : clavicule (drainage/résection de l'extrémité distale, approche endoscopique)	1.TB.52.GB, 1.TB.52.GD, 1.TB.87.DA
	Orthopédique : coiffe des rotateurs (extraction/libération/ réparation, approche endoscopique)	1.TC.57.DA, 1.TC.59.DA, 1.TC.72.DA, 1.TC.80.DA, 1.TC.80.GC
	Orthopédique : bras/avant-bras (décompression du nerf/ réparation/excision)	1.BM.72, 1.BM.80, 1.BM.87, 1.BN.72
	Orthopédique : poignet/main	1.UB.52, 1.UB.53, 1.UB.55, 1.UB.57, 1.UB.58, 1.UB.72, 1.UB.73, 1.UB.74, 1.UB.75, 1.UB.80, 1.UB.87, 1.UC.53, 1.UC.55, 1.UC.57, 1.UC.72, 1.UC.73, 1.UC.74, 1.UC.75, 1.UC.79, 1.UC.80, 1.UC.82, 1.UC.87, 1.UC.89, 1.UF.55, 1.UF.73, 1.UF.74, 1.UF.80, 1.UF.87, 1.UG.52, 1.UG.53, 1.UG.55, 1.UG.57, 1.UG.72, 1.UG.73, 1.UG.74, 1.UG.75, 1.UG.80, 1.UG.87, 1.UJ.71, 1.UJ.73, 1.UJ.74, 1.UJ.75, 1.UJ.82, 1.UJ.87, 1.UJ.93, 1.UK.53, 1.UK.55, 1.UK.72, 1.UK.73, 1.UK.74, 1.UK.75, 1.UK.80, 1.UK.87, 1.UK.93, 1.US.58, 1.US.72, 1.US.80, 1.UT.53, 1.UT.55, 1.UT.72, 1.UT.80, 1.UT.84, 1.UU.53, 1.UU.55, 1.UU.72, 1.UU.80, 1.UU.84, 1.UV.72, 1.UV.80, 1.UY.52, 1.UY.55, 1.UY.56, 1.UY.57, 1.UY.59, 1.UY.72, 1.UY.80, 1.UY.87

Catégorie	Intervention	Code de la CCI
Autre	Orthopédique : nerfs	1.BP.72, 1.BP.80, 1.BP.87, 1.BQ.72, 1.BQ.80, 1.BQ.87
	Orthopédique : arthroscopie de la hanche (extraction/ prélèvement/libération/excision partielle)	1.VA.58.DA, 1.VA.72.DA, 1.VA.87. DA, 1.VA.87.GB
	Orthopédique : arthroscopie du genou (drainage/ extraction/prélèvement/libération/excision partielle)	1.VG.52.DA, 1.VG.58.DA, 1.VG.72.DA, 1.VG.87.DA, 1.VG.87.GB
	Orthopédique : ménisque du genou (réparation/excision partielle ou totale, approche endoscopique)	1.VK.80.DA, 1.VK.87.DA, 1.VK.89.DA
	Orthopédique : ligament du genou (ligament croisé antérieur) (réparation/excision partielle, approche endoscopique)	1.VL.80.DA, 1.VL.80.FY, 1.VL.87. DA, 1.VL.87.GB
	Orthopédique : arthroscopie de la cheville (extraction/ prélèvement/libération)	1.WA.58.DA, 1.WA.72.DA
	Orthopédique : excision partielle, disque intervertébral	1.SE.87
	Urologique : suspension, col vésical	1.PL.74
	Urologique : excision partielle transurétrale	1.PL.87
	Urologique : drainage, vessie	1.PM.52, 1.PM.54
	Urologique : destruction, vessie	1.PM.59
	Urologique : résection, prostate (résection transurétrale de la prostate)	1.QT.87
	Urologique : urètre	1.PQ.26, 1.PQ.35, 1.PQ.50, 1.PQ.52, 1.PQ.53, 1.PQ.54, 1.PQ.55, 1.PQ.57, 1.PQ.58, 1.PQ.59, 1.PQ.72, 1.PQ.77, 1.PQ.78, 1.PQ.80
	Gynécologique : Hystérocopie (ablation de l'endomètre)	1.RM.59.BA
	Gynécologique : Laparoscopie (ovariectomie, cystectomie)	1.RB.52.BA, 1.RB.52.DA, 1.RB.56.DA, 1.RB.74.DA, 1.RB.87.DA, 1.RB.89.DA, 1.RD.52.BA, 1.RD.89.DA
	Réparation, hernie (réparation, muscles du thorax et de l'abdomen)	1.SY.80
	Ganglions lymphatiques inguinaux	1.MJ.52, 1.MJ.87, 1.MJ.89
	Ganglions lymphatiques périphériques	1.MK.52, 1.MK.87, 1.MK.89
	Sein (retrait d'un appareil/fixation/réparation de réduction/ réparation d'augmentation/réparation/excision partielle ou totale)	1.YM.55, 1.YM.74, 1.YM.78, 1.YM.79, 1.YM.80, 1.YM.87, 1.YM.89
	Cholécystectomie laparoscopique	1.OD.57

Remarque

CCI : *Classification canadienne des interventions en santé.*

Tableau 20 Codes de la CCI et de facturation associés aux examens cardiaques

Base de données	ECG	Échocardiographie	Épreuve d'effort	Radiographie thoracique
BDCP/SNISA (codes de la CCI)	2.HZ.24	3.IP.30	2.HZ.08	3.IK.10, 3.IM.10, 3.IN.10, 3.IP.10, 3.IS.10
Nouvelle-Écosse (BDNM)	I1168, 03.52, 03.52A	I1310, I1311, I1312, I1313, R1312, R1313	03.43, 03.41A, 03.41B, 03.44A, 03.44B, R1904, R1905, R1906 R1907, R3904, R3905, R3906, R3907, R5904, R5905, R5906, R5907	R404, R405, R3404, R5404, R3405, R5405
Ontario (BDNM)	G310, G313	G560, G561, G562, G566, G567, G568, G570, G571, G572, G574, G575, G576, G577, G578, G581	G111, G112, G174, G315, G319, G582, G583, G584, J607, J608, J609, J666, J807, J808, J809, J866, J900, J901	X090, X091, X092, X195
Manitoba (BDNM)	9836, 9837, 9838	9730, 9736, 9741, 9743	9732, 9830, 9831, 9832, 9953, 9954, 9955, 9957, 9958, 9959	7024, 7025, 7026, 7027, 7032
Saskatchewan (BDNM)	030D, 031D, 032D	020W, 320A, 321A, 322A, 323A, 324A, 520A, 521A, 522A, 523A, 530A, 531A, 532A, 533A, 534A, 556A, 557A	062D, 063D, 064D, 065D, 066D, 067D	150X, 158X, 159X
Alberta (BDNM)	03.52A, 03.52B	X306, X306A, X306B, X307	X170, X171, X172, X173, 03.41A, 03.41B, 03.41C, 03.41D, 03.44A	X 20, X 20A, X 20B, X 21
Colombie-Britannique (BDNM)	0000117, 0000527, 0000528, 0000529, 0000532, 0000533, 0000534, 0033016, 0033017, 0033018, 0093120	0008638, 0008679, 0033057, 0033091, 0033093, 0033094	0000530, 0000531, 0000535, 0001730, 0001731, 0001732, 0008662, 0033034, 0033035, 0033036, 0095062, 0095063	0000729, 0008550, 0008553

Remarques

ECG : Électrocardiogramme.

BDCP : Base de données sur les congés des patients.

SNISA : Système national d'information sur les soins ambulatoires.

CCI : *Classification canadienne des interventions en santé.*

BDNM : Base de données nationale sur les médecins.

Annexe

Texte de remplacement

Figure 1 : Relever les examens d'imagerie du bas du dos dans les 6 mois suivant la visite de référence chez un médecin de famille pour une douleur au bas du dos, 2015-2016 à 2020-2021

Afin de relever les examens d'imagerie diagnostique du bas du dos, y compris les radiographies, les examens de TDM et les examens d'IRM consignés dans le SNISA et la BDNM, une période de 6 mois suivant la visite de référence (initiale), saisie dans la BDNM, chez un médecin de famille en raison de douleurs au bas du dos a été utilisée. Une période de vérification rétrospective de 12 mois a été utilisée pour repérer dans la BDNM, le SNISA et la BDCP les douleurs persistantes au bas du dos et les signes préoccupants qui étaient présents avant la visite de référence chez le médecin de famille.

Remarques

SNISA : Système national d'information sur les soins ambulatoires.

BDNM : Base de données nationale sur les médecins.

BDCP : Base de données sur les congés des patients.

TDM : tomodensitométrie.

IRM : imagerie par résonance magnétique.

Calcul du taux d'examens d'imagerie diagnostique pour des douleurs au bas du dos

Le taux d'examens d'imagerie diagnostique pour des douleurs au bas du dos équivaut au nombre de patients ayant passé au moins un examen d'imagerie diagnostique du dos divisé par le nombre de patients atteints de douleurs au bas du dos.

Figure 2 : Enquête sur les tests de Pap réalisés au cours des 3 dernières années chez les femmes de 18 à 24 ans (2008, 2012 et 2017)

Durant l'année de référence de l'enquête (l'année où elle a été effectuée), les participantes ont été invitées à répondre à des questions sur les examens de dépistage du cancer du col de l'utérus réalisés dans les 3 années précédentes.

Calcul du taux de tests de Pap effectués chez les femmes de 18 à 24 ans

Le taux de tests de Pap effectués chez les femmes de 18 à 24 ans équivaut au nombre de répondantes qui ont déclaré être une femme de 18 à 24 ans ayant passé un test de Pap au cours des 3 dernières années divisé par le nombre de répondantes qui ont déclaré être une femme de 18 à 24 ans.

Calcul du volume total d'antibiotiques à action systémique

Le volume total d'antibiotiques à action systémique équivaut au nombre total de doses thérapeutiques quotidiennes d'antibiotiques à action systémique divisé par la population, multiplié par 1 000, puis divisé par 365.

Calcul du taux d'utilisation chronique des benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques

Le taux d'utilisation chronique équivaut au nombre total de personnes âgées utilisant des benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques de façon chronique divisé par le nombre total de personnes âgées ayant fait au moins une demande de remboursement au régime public d'assurance médicaments.

Calcul du pourcentage des résidents en soins de longue durée contraints physiquement sur une base quotidienne

Le pourcentage des résidents en soins de longue durée contraints physiquement sur une base quotidienne équivaut au nombre d'évaluations indiquant le recours à la contention physique quotidienne divisé par le nombre total d'évaluations admissibles.

Calcul du pourcentage des résidents en soins de longue durée qui utilisent des antipsychotiques de façon potentiellement inappropriée

Le pourcentage des résidents en soins de longue durée qui utilisent des antipsychotiques de façon potentiellement inappropriée équivaut au nombre d'évaluations indiquant une utilisation inappropriée d'antipsychotiques divisé par le nombre total d'évaluations admissibles.

Calcul du taux de radiographies thoraciques pour l'asthme

Le taux de radiographies thoraciques pour l'asthme équivaut au nombre de visites au service d'urgence en raison de l'asthme ayant mené à une radiographie thoracique divisé par le nombre de nombre de visites au service d'urgence en raison de l'asthme.

Calcul du taux de radiographies thoraciques pour une bronchiolite

Le taux de radiographies thoraciques pour une bronchiolite équivaut au nombre de visites au service d'urgence en raison d'une bronchiolite ayant mené à une radiographie thoracique divisé par le nombre de visites au service d'urgence en raison d'une bronchiolite.

Figure 3 : Examens d'imagerie de la tête pour un traumatisme crânien mineur chez les adultes au cours d'une visite non planifiée au service d'urgence, 2014-2015 à 2020-2021

Une période de vérification rétrospective de 12 mois précédant la visite au service d'urgence de référence (initiale) pour un traumatisme crânien mineur saisie dans le SNISA a été utilisée pour relever les signes de traumatisme crânien grave antérieur dans le SNISA et la BDCP.

Remarques

SNISA : Système national d'information sur les soins ambulatoires.

BDCP : Base de données sur les congés des patients.

Calcul du taux d'examens d'imagerie de la tête pour un traumatisme crânien mineur

Le taux d'examens d'imagerie de la tête pour un traumatisme crânien mineur équivaut au nombre de cas d'examens d'imagerie de la tête pour un traumatisme crânien mineur divisé par le nombre de visites au service d'urgence en raison d'un traumatisme crânien mineur.

Calcul du taux d'arthroscopies du genou

Le taux d'arthroscopies du genou équivaut au nombre d'arthroscopies du genou pratiquées chez les personnes de 60 ans et plus divisé par le nombre estimé de personnes de 60 ans et plus.

Calcul du taux de césariennes à faible risque

Le taux de césariennes à faible risque équivaut au nombre de césariennes dans les cas d'accouchements à faible risque divisé par le nombre d'accouchements à faible risque.

Calcul du taux de transfusions de globules rouges

Le taux de transfusions de globules rouges équivaut au nombre d'hospitalisations comptant une transfusion de globules rouges divisé par le nombre total d'hospitalisations.

Texte de remplacement pour la figure 4 : Relever les examens cardiaques effectués dans les 60 jours précédant une chirurgie à faible risque, 2015-2016 à 2020-2021

Une période de vérification rétrospective de 60 jours avant l'intervention à faible risque de référence (initiale) saisie dans la BDCP ou le SNISA a été utilisée pour relever les examens cardiaques préopératoires dans la BDCP, le SNISA et la BDNM.

Remarques

BDCP : Base de données sur les congés des patients.

SNISA : Système national d'information sur les soins ambulatoires.

BDNM : Base de données nationale sur les médecins.

Calcul du taux d'examens préopératoires

Le taux d'examens préopératoires équivaut au nombre d'interventions à faible risque comportant au moins un examen préopératoire divisé par le nombre d'interventions à faible risque.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. [Les soins non nécessaires au Canada](#). 2017.
2. Choisir avec soin. [Médecine familiale](#). Consulté en juillet 2022.
3. Choisir avec soin. [Radiologie — Les cinq examens et traitements à s'interroger](#). Consulté en juillet 2022.
4. Institut canadien d'information sur la santé. [Les soins non nécessaires au Canada : rapport technique](#). 2017.
5. Choisir avec soin. [Oto-rhino-laryngologie — Les neuf examens et traitements à s'interroger en Oto-rhino-laryngologie pédiatrique](#). Consulté en juillet 2022.
6. Choisir avec soin. [Gériatrie — Les cinq examens et traitements à s'interroger](#). Consulté en juillet 2022.
7. Organisation de coopération et de développement économiques. [Panorama de la santé 2021](#). 2021.
8. Organisation mondiale de la santé. [Defined Daily Dose \(DDD\) — Definition and general considerations](#). Consulté en juillet 2022.
9. Statistique Canada. [Estimations de la population au 1er juillet, par âge et sexe](#). Consulté en juillet 2022.
10. Choisir avec soin. [Médecine d'hôpital — Les cinq examens et traitements à s'interroger](#). Consulté en juillet 2022.
11. Choisir avec soin. [Psychiatrie — Les treize examens et traitements à s'interroger](#). Consulté en juillet 2022.
12. Choisir avec soin. [Pharmacien — Les six examens et traitements à s'interroger](#). Consulté en juillet 2022.
13. Conn DK, Hogan DB, Amdam L, et al. [Canadian guidelines on benzodiazepine receptor agonist use disorder among older adults](#). *Canadian Geriatrics Journal*. Mars 2020.
14. Choisir avec soin. [Vos proches âgés peuvent dormir sur leurs deux oreilles sans sédatifs! — Outil pour réduire l'utilisation inappropriée de benzodiazépines ou d'autres sédatifs hypnotiques chez les personnes âgées des hôpitaux](#). 2019.

15. Choisir avec soin. [Somnoler sans être assommé — Outil pour éviter l'utilisation inappropriée des benzodiazépines et d'autres sédatifs-hypnotiques chez les adultes en contexte de soins primaires](#). 2019.
16. Esposito E, Barbui C, Patten SB. [Patterns of benzodiazepine use in a Canadian population sample](#). *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. Septembre 2009.
17. Institut canadien d'information sur la santé. [Utilisation des médicaments chez les personnes âgées au Canada, 2016](#). 2018.
18. Institut canadien d'information sur la santé. [Outil interactif de l'OCDE : comparaisons internationales \[outil Web\]](#). Consulté en juillet 2022.
19. Choisir avec soin. [Soins infirmiers — Les neuf examens et traitements à s'interroger en Soins infirmiers](#). Consulté en juillet 2022.
20. Institut canadien d'information sur la santé. [Indicateurs de la qualité du SISLD : méthodologie d'ajustement selon les risques](#). 2013.
21. Society of Hospital Medicine. [Choosing Wisely: Don't Order Chest Radiographs in Children with Uncomplicated Asthma or Bronchiolitis](#). 2013.
22. Reyes M, Paulus E, Hronek C, et al. [Choosing Wisely Campaign: Report card and achievable benchmarks of care for children's hospitals](#). *Hospital Pediatrics*. Novembre 2017.
23. Institut canadien d'information sur la santé. [Enfants et jeunes aux besoins médicaux complexes au Canada — notes méthodologiques](#). 2020.
24. Choisir avec soin. [Médecine d'urgence — Les dix examens et traitements à s'interroger](#). Consulté en juillet 2022.
25. Hebb MO, Clarke DB, Tallon JM. [Development of a provincial guideline for the acute assessment and management of adult and pediatric patients with head injuries](#). *Journal canadien de chirurgie*. Juin 2007.
26. Chen AY, Colantonio A. [Defining neurotrauma in administrative data using the International Classification of Diseases Tenth Revision](#). *Emerging Themes in Epidemiology*. Mai 2011.
27. Stiell IG, Wells GA, Vandemheen K, et al. [The Canadian CT Head Rule for patients with minor head injury](#). *The Lancet*. Mai 2001.
28. Carroll LJ, Cassidy JD, Holm L, Kraus J, Coronado VG. [Methodological issues and research recommendations for mild traumatic brain injury: The WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury](#). *Journal of Rehabilitation Medicine*. Février 2004.

29. Osmond MH, Klassen TP, Wells GA, et al. [CATCH: A clinical decision rule for the use of computed tomography in children with minor head injury](#). *JAMC*. Mars 2010.
30. Choisir avec soin. [Orthopédie — Les dix examens et traitements à s'interroger](#). Consulté en juillet 2022.
31. Wai EK, Kreder HJ, Williams JI. [Arthroscopic débridement of the knee for osteoarthritis in patients fifty years of age or older: Utilization and outcomes in the Province of Ontario](#). *The Journal of Bone and Joint Surgery. American Volume*. Janvier 2002.
32. Bohm E. Quality Assurance Reporting for Knee Arthroscopy in Canada [Communications personnelles]. 25 avril 2022.
33. Choisir avec soin. [Obstétrique et gynécologie — Les douze examens et traitements à s'interroger](#). Consulté en juillet 2022.
34. Farine D, Shepherd D, Robson M, et al. [Classification des césariennes au Canada : Les critères modifiés de Robson](#). *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*. Octobre 2012.
35. Choisir avec soin. [Médecine interne — Les onze examens et traitements à s'interroger](#). Consulté en juillet 2022.
36. Institut canadien d'information sur la santé. [Répertoire des indicateurs — notes méthodologiques générales des indicateurs cliniques, décembre 2021](#). 2021.
37. Institut canadien d'information sur la santé. [Ratio normalisé de mortalité hospitalière — notes méthodologiques](#). 2021.
38. Choisir avec soin. [Anesthésiologie — Les cinq examens et traitements à s'interroger](#). Consulté en juillet 2022.
39. Choisir avec soin. [Cardiologie — Les sept examens et traitements à s'interroger](#). Consulté en juillet 2022.
40. Kirkham KR, Wijesundera DN, Pendrith C, et al. [Preoperative testing before low-risk surgical procedures](#). *JAMC*. 2015.
41. Choisir avec soin. [Chirurgie générale](#). Consulté en juillet 2022.
42. Choisir avec soin. [Pathologie — Les cinq examens et traitements à s'interroger](#). Consulté en juillet 2022.

**Choisir
avec soin** 
choisiravecsoin.org
info@choisiravecsoin.org


Institut canadien
d'information sur la santé
Canadian Institute
for Health Information
icis.ca
media@icis.ca