



Rapport technique

Avril 2017

Les soins non nécessaires au Canada

Choisir avec soin ^{MC}


Institut canadien d'information sur la santé
Canadian Institute for Health Information

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

Tous droits réservés.

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

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

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

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
www.icis.ca
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77109-584-6 (PDF)

© 2017 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Les soins non nécessaires au Canada : rapport technique*. Ottawa, ON : ICIS; 2017.

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

ISBN 978-1-77109-583-9 (PDF)

Table des matières

Remerciements	6
Choisir avec soin et l'Institut canadien d'information sur la santé	7
Institut canadien d'information sur la santé	7
Choisir avec soin	7
Recommandations analysées	8
Sources de données de l'ICIS	9
Base de données sur les congés des patients et Base de données sur la morbidité hospitalière	9
Système national d'information sur les soins ambulatoires	9
Facturation des médecins à l'échelle des patients	10
Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits	10
Autres sources de données	10
Soins primaires	13
Ne pas recourir à des examens d'imagerie pour des douleurs au bas du dos, sauf en présence de signes préoccupants	13
Opérationnalisation de la recommandation	13
Méthodologie	14
Limites	15
Annexe A : Codes de la CIM-9 utilisés représentant les visites chez le médecin de famille pour cause de douleurs au bas du dos dans la FMEP	16
Annexe B : Codes de la CCI et de facturation représentant les examens d'imagerie diagnostique	16
Annexe C : Critères d'exclusion des signes préoccupants	17
Annexe D : Définitions de la douleur persistante au bas du dos	17
Ne pas utiliser d'antipsychotiques atypiques comme intervention de première intention pour traiter l'insomnie chez les enfants et les jeunes	18
Opérationnalisation de la recommandation	18
Méthodologie	19
Limites	20
Références	20
Ne pas utiliser de benzodiazépines ou d'autres sédatifs hypnotiques chez les personnes âgées comme premier choix pour traiter l'insomnie, l'agitation ou le delirium	21

Opérationnalisation de la recommandation	21
Méthodologie	22
Limites	22
Référence	23
Ne pas effectuer une mammographie de dépistage systématique chez les femmes de 40 à 49 ans qui présentent un risque moyen	24
Opérationnalisation de la recommandation	24
Méthodologie	25
Limites	26
Annexe E : Composante annuelle de l'ESCC — questions de 2012 sur la mammographie	26
Annexe F : Lignes directrices provinciales et territoriales sur la mammographie de dépistage chez les femmes de 40 à 49 ans qui présentent un risque moyen . . .	27
Références	27
Soins spécialisés	28
Ne pas effectuer d'examen préopératoire avant les interventions à faible risque	28
Opérationnalisation de la recommandation	28
Méthodologie	29
Limites	30
Annexe G : Codes représentant des interventions à faible risque	30
Annexe H : Codes de la CCI et de facturation représentant les examens cardiaques	33
Référence	33
Soins d'urgence	34
Ne pas utiliser l'imagerie pour des traumatismes crâniens mineurs, sauf en présence de signes préoccupants	34
Opérationnalisation de la recommandation	34
Méthodologie	35
Limites	36
Annexe I : Codes de la CIM-10-CA représentant les traumatismes crâniens	37
Annexe J : Signes préoccupants relatifs à la TDM	38
Annexe K : Lésions non commotionnelles légères et pénétrantes de la tête	39
Annexe L : Codes de la CCI représentant les examens par imagerie du cerveau et du crâne	42
Références	42

Soins hospitaliers	43
Ne pas prescrire systématiquement une TDM de la tête pour les patients hospitalisés atteints de delirium, en l'absence de facteurs de risque	43
Opérationnalisation de la recommandation	43
Méthodologie	44
Limites	44
Annexe M : Codes de la CIM-10-CA représentant le delirium	45
Annexe N : Codes de la CCI représentant les TDM de la tête	45
Annexe O : Codes de la CIM-10-CA représentant les signes préoccupants ou les facteurs de risque qui justifient une TDM de la tête	45
Annexe P : Codes de la CCI représentant les chirurgies et les interventions à la tête à exclure	47
Ne pas transfuser de globules rouges pour des seuils d'hémoglobine ou d'hématocrite arbitraires en l'absence de symptômes	48
Opérationnalisation de la recommandation	48
Méthodologie	49
Limites	50
Annexe R : Indice de gravité des indications	51

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) souhaite remercier les personnes suivantes pour leurs précieux conseils au sujet du présent rapport :

- **D^r Sacha Bhatia**, chef de l'évaluation, Choisir avec soin
- **D^r Eric Bohm**, professeur agrégé de chirurgie, Université du Manitoba; directeur, programme de performance du système de santé, George and Fay Yee Centre for Healthcare Innovation
- **Jennifer Chadder**, gestionnaire de programme, Performance du système, Partenariat canadien contre le cancer
- **D^{re} Lara J. Cooke**, doyenne associée, Bureau de l'enseignement médical continu et du perfectionnement professionnel, Faculté de médecine Cumming, Université de Calgary
- **D^r Noah Ditkofsky**, professeur adjoint, Centre des sciences de la santé Sunnybrook
- **Peter Froese**, chef principal des opérations, Imagerie diagnostique, Services de santé de l'Alberta
- **D^r Eddy Lang**, professeur et directeur de département, Médecine d'urgence, Faculté de médecine Cumming, Université de Calgary, Services de santé de l'Alberta
- **D^r Jerome A. Leis**, Médecine générale interne et infectiologie, Centre des sciences de la santé Sunnybrook
- **D^{re} Gabriela Lewin**, Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs
- **Jenny Liu**, analyste de données, Évaluation analytique, Partenariat canadien contre le cancer
- **Suzanne McKenzie**, CHIM, Campus Ouellette; analyste de données, Services de traumatologie, Hôpital régional de Windsor
- **Rami Rahal**, Partenariat canadien contre le cancer
- **Ellen Sitrer**, chef, Projets et initiatives, Imagerie diagnostique, Services de santé de l'Alberta
- **D^{re} Christine Soong**, directrice, Programme de médecine hospitalière, Sinai Health System et Réseau universitaire de santé
- **D^{re} Cara Tannenbaum**, directrice, Réseau canadien pour la déprescription
- **Dawn Traverse**, responsable, Mesure des services de santé — Partenaires externes, Services de santé de l'Alberta
- **Justin P. Turner**, directeur adjoint, Réseau canadien pour la déprescription; boursier postdoctoral, Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal
- **D^{re} Aikta Verma**, directrice adjointe, Opérations cliniques, Département de médecine d'urgence, Centre des sciences de la santé Sunnybrook
- **D^{re} Kimberly Wintemute**, coresponsable des soins primaires, Choisir avec soin

Notez que les analyses et les conclusions présentées ici ne reflètent pas nécessairement les opinions des personnes ou des organismes mentionnés ci-dessus.

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

Institut canadien d'information sur la santé

L'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.

Nous fournissons des données et une information comparables et exploitables qui favorisent une amélioration rapide des soins de santé, de la performance du système de santé et de la santé de la population dans tout le Canada. Nos intervenants utilisent dans leurs processus décisionnels notre vaste gamme de bases de données sur la santé, de mesures et de normes, en parallèle avec nos rapports et analyses fondés sur des données probantes. Soucieux de protéger la vie privée des Canadiens, nous assurons la confidentialité et l'intégrité des renseignements sur la santé que nous fournissons.

Choisir avec soin

La campagne Choisir avec soin vise à aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue au sujet des examens et des traitements non nécessaires et à les aider à faire des choix judicieux et efficaces en vue d'assurer des soins de qualité. Dans le cadre de cette campagne, des associations nationales représentant un large éventail de cliniciens ont élaboré des listes de recommandations. Ces listes présentent des examens et traitements qui sont couramment prescrits, mais qui ne sont pas étayés par des données probantes et qui risquent d'exposer les patients à des préjudices. À l'heure actuelle, les cliniciens et les patients ont accès à plus de 150 recommandations, à un site Web, à des dépliants et à une application mobile.

La campagne Choisir avec soin suscite beaucoup d'intérêt au Canada. Elle incite de nombreux groupes à prendre des mesures pour réduire le recours à des examens de faible valeur. L'ICIS a commencé à appuyer la campagne Choisir avec soin en novembre 2014 et a pour objectif de fournir de l'information pancanadienne comparable. Le rapport *Les soins non nécessaires au Canada* présente des analyses réalisées par d'autres organisations que l'ICIS, mais la méthodologie qui est décrite ici ne concerne que le travail d'analyse de l'ICIS.

Recommandations analysées

Les recommandations ont été choisies aux fins d'analyse et comprises dans le présent rapport sur la base des paramètres suivants :

- L'ICIS dispose des données nécessaires à la réalisation d'une analyse comparative entre divers systèmes de santé.
- La recommandation est d'une grande valeur pour les intervenants, car
 - elle apparaît dans un certain nombre de listes;
 - elle est ressortie lors d'une consultation avec Choisir avec soin et les intervenants.
- L'ICIS est en mesure de fournir aux décideurs une information exploitable. Les faibles volumes, le manque de précision au niveau des codes (c.-à-d. l'incapacité de préciser certaines interventions ou certains diagnostics) et les problèmes de qualité des données sont considérés comme des obstacles à la production d'analyses exploitables.

En fonction de ces critères, 8 recommandations ont été prises en compte dans le présent rapport.

Tableau 1 Liste des recommandations sélectionnées

Recommandation	Source de la recommandation
Ne pas recourir à des examens d'imagerie pour des douleurs au bas du dos, sauf en présence de signes préoccupants	Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Association canadienne des radiologistes
Ne pas utiliser d'antipsychotiques atypiques comme intervention de première intention pour traiter l'insomnie chez les enfants et les jeunes	Académie canadienne de gérontopsychiatrie, Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et Association des psychiatres du Canada
Ne pas utiliser de benzodiazépines ou d'autres sédatifs hypnotiques chez les personnes âgées comme premier choix pour traiter l'insomnie, l'agitation ou le delirium	Société canadienne de gériatrie et Société canadienne de médecine hospitalière
Ne pas effectuer une mammographie de dépistage systématique chez les femmes de 40 à 49 ans qui présentent un risque moyen	Collège des médecins de famille du Canada et Association médicale canadienne
Ne pas effectuer d'examens préopératoires avant les interventions à faible risque*	Société canadienne de médecine interne, Société canadienne des anesthésiologistes et Société canadienne de cardiologie
Ne pas utiliser l'imagerie pour des traumatismes crâniens mineurs, sauf en présence de signes préoccupants	Association canadienne des radiologistes et Association canadienne des médecins d'urgence

Recommandation	Source de la recommandation
Ne pas prescrire systématiquement une TDM de la tête pour les patients hospitalisés atteints de delirium, en l'absence de facteurs de risque	Société canadienne de médecine hospitalière
Ne pas transfuser de globules rouges pour des seuils d'hémoglobine ou d'hématocrite arbitraires en l'absence de symptômes	Société canadienne de médecine interne

Remarque

* Les 3 associations ont formulé cette recommandation différemment. Afin qu'elle corresponde davantage à une analyse menée précédemment en Ontario, il a été décidé que la recommandation soit axée sur les examens cardiaques.

Sources de 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 sont ajoutées à celles de la BDCP pour créer la **Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH)**. La [CIM-10-CA](#) et la [CCI](#)ⁱ 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 aux soins ambulatoires en milieu hospitalier et communautaire. Le SNISA recueille actuellement des données sur les chirurgies d'un jour, l'utilisation des services d'urgence et les autres visites aux soins ambulatoires; les données varient d'une région à l'autre (voir les [métadonnées du SNISA](#) pour obtenir des précisions). La [CIM-10-CA](#) et la [CCI](#) sont utilisées pour codifier les diagnostics et les interventions dans le SNISA.

i. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision, Canada, et Classification canadienne des interventions en santé.

Facturation des médecins à l'échelle des patients

Les données sur la **facturation des médecins à l'échelle des patients (FMEP)** proviennent de la **Base de données nationale des médecins (BDNM)**, qui contient les données sur la facturation des médecins (codes de tarif) soumises à l'ICIS par les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance maladie. La BDNM présente de l'information sur les caractéristiques démographiques, les paiements et le niveau d'activité des médecins au sein du système de santé du Canada. Elle recueille des renseignements supplémentaires sur chaque visite chez le médecin, comme le numéro d'assurance maladie du patient, la raison de la visite (codes de la CIM-9ⁱⁱ), les services facturés et l'endroit où les services ont été fournis. L'ICIS recueille actuellement des données sur la FMEP de la Saskatchewan et de l'Alberta.

Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits

La base de données du **Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP)** contient des données sur les demandes de remboursement des médicaments, qui sont recueillies auprès des régimes publics d'assurance médicaments de 9 provinces canadiennes. La base de données du SNIUMP contient des données pancanadiennes liées aux listes de médicaments des régimes publics, aux demandes de remboursement de médicaments et aux politiques des régimes, ainsi que des statistiques sur la population. Ces données permettent de réaliser, en temps voulu, des analyses comparatives exactes et pertinentes en vue de l'élaboration de politiques pharmaceutiques éclairées et de la gestion efficace des régimes publics d'assurance médicaments du Canada.

Autres sources de données

Fichier de microdonnées à grande diffusion de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2012

Le fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD) de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada fournit des données des régions sanitaires de partout au Canada. Les données sont fondées sur des entretiens réalisés avec environ 65 000 répondants de 12 ans et plus, dans l'ensemble des provinces et des territoires. Voir le [site Web de Statistique Canada](#) pour obtenir des renseignements sur le sondage, notamment les échantillons et la pondération.

ii. Classification internationale des maladies, neuvième version.

Le FMGD regroupe des renseignements sur un large éventail de sujets, dont le niveau d'activité physique, la taille et le poids, le tabagisme, l'exposition à la fumée secondaire, la consommation d'alcool, la santé générale, les problèmes de santé chroniques, les blessures et l'utilisation des services de soins de santé. Il fournit également de l'information sur les caractéristiques sociodémographiques, le revenu et les caractéristiques de la population active.

L'imagerie diagnostique au Canada

L'imagerie diagnostique est un service de santé spécialisé essentiel qui fait l'objet d'un bon nombre de recommandations de Choisir avec soin, mais les données sur le sujet au pays sont incomplètes. Des données à l'échelle du patient sont fournies dans quelques circonstances, nous permettant ainsi d'examiner les recommandations de Choisir avec soin.

- En Ontario, les examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM) ou de tomodensitométrie (TDM) et les angiographies réalisés dans les hôpitaux doivent être déclarés dans la BDCP.
- Dans toutes les provinces, l'utilisation de l'imagerie en salle d'opération principale ou au laboratoire de cathétérisme cardiaque doit être déclarée dans la BDCP ou le SNISA (selon la région; voir le tableau 2).
- Dans toutes les provinces, la déclaration de l'utilisation d'imagerie en milieu de soins ambulatoires est obligatoire dans les situations où elle fournit des renseignements sur les groupes clientsⁱⁱⁱ.
- De plus, les services d'imagerie doivent être facturés; les données sont donc disponibles dans la FMEP.

Un examen de chaque recommandation a permis de décider s'il était pertinent d'utiliser les données sur l'imagerie diagnostique.

iii. La méthodologie des [groupes clients](#) sert à catégoriser les patients en groupes homogènes sur le plan statistique et clinique en fonction de données cliniques et administratives.

Tableau 2 Aperçu de la couverture des bases de données de l'ICIS, par service

Service	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn, T.N.-O., Nun.
Soins de courte durée	BDCP	BDCP	BDCP	BDCP	BDMH	BDCP	BDCP	BDCP	BDCP	BDCP	BDCP
Chirurgie d'un jour	BDCP	BDCP	SNISA	BDCP	—	SNISA	BDCP	BDCP	SNISA	BDCP	BDCP
Soins d'urgence*	—	—	—	—	—	SNISA	—	—	SNISA	—	—
Données sur les demandes de remboursement des médicaments	SNIUMP	SNIUMP	SNIUMP	SNIUMP	—	SNIUMP	SNIUMP	SNIUMP	SNIUMP	SNIUMP	—
Facturation des médecins	—	—	—	—	—	—	—	FMEP	FMEP	—	—

Remarques

* Seules les provinces devant soumettre des données de niveau 3 (cliniques) sont incluses.

— Ce service n'est pas couvert dans cette province ou ce territoire.

Tableau 3 Résumé des sources de données employées pour chaque recommandation

Recommandation	BDCP/BDMH	SNISA	FMEP	SNIUMP	Autres
Ne pas recourir à des examens d'imagerie pour des douleurs au bas du dos, sauf en présence de signes préoccupants	2010-2011 à 2012-2013	2010-2011 à 2012-2013	2010-2011 à 2012-2013	—	—
Ne pas utiliser d'antipsychotiques atypiques comme intervention de première intention pour traiter l'insomnie chez les enfants et les jeunes	—	—	—	2007-2008 à 2013-2014	—
Ne pas utiliser de benzodiazépines ou d'autres sédatifs hypnotiques chez les personnes âgées comme premier choix pour traiter l'insomnie, l'agitation ou le delirium	—	—	—	2011-2012 à 2014-2015	—
Ne pas effectuer une mammographie de dépistage systématique chez les femmes de 40 à 49 ans qui présentent un risque moyen	—	—	—	—	FMGD de l'ESCC, 2012
Ne pas effectuer d'examens préopératoires avant les interventions à faible risque	2012-2013	2012-2013	2012-2013	—	—
Ne pas utiliser l'imagerie pour des traumatismes crâniens mineurs, sauf en présence de signes préoccupants	2014-2015 à 2015-2016	2014-2015 à 2015-2016	—	—	—
Ne pas prescrire systématiquement une TDM de la tête pour les patients hospitalisés atteints de delirium, en l'absence de facteurs de risque	2010-2011 à 2014-2015	—	—	—	—
Ne pas transfuser de globules rouges pour des seuils d'hémoglobine ou d'hématocrite arbitraires en l'absence de symptômes	2006-2007 à 2013-2014	—	—	—	—

Remarque

— La source de données n'a pas été utilisée pour cette recommandation.



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

Opérationnalisation de la recommandation

L'ICIS a conclu un partenariat avec Choisir avec soin et l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) pour élaborer une méthodologie permettant d'identifier les patients souffrant de douleurs au bas du dos en Alberta. Choisir avec soin et l'IRSS avaient déjà amorcé ce type d'analyses en Ontario, et des efforts ont été déployés pour rendre les analyses de l'Alberta comparables à celles de l'Ontario.

Douleurs non persistantes au bas du dos

Les patients ressentant des douleurs au bas du dos ont été définis comme étant des adultes (18 ans et plus) qui ont consulté un médecin de famille en Alberta pour cette raison. Pour repérer les douleurs au bas du dos, les 3 premiers chiffres du code de diagnostic de la CIM-9 ont été employés. Cette méthode repose sur 2 raisons :

1. Pour maintenir la comparabilité avec les données ontariennes (les données du Régime d'assurance santé de l'Ontario ne comportent que 3 chiffres);
2. Pour assurer l'uniformité des renseignements fournis par les données sur la facturation en Alberta (40 % des codes de diagnostic pour les patients ne comportaient que 3 chiffres). Lorsqu'un quatrième et un cinquième chiffres étaient disponibles, nous avons déterminé que 80 % des codes à 3 chiffres désignaient une douleur au bas du dos (voir l'annexe A pour obtenir la liste complète et une description des codes de la CIM-9).

Pour chaque patient, la première visite chez le médecin de famille associé à un diagnostic de douleur au bas du dos au cours de l'exercice financier constitue la visite de référence.

Imagerie diagnostique

La radiographie, la TDM et l'IRM sont les 3 types d'imagerie diagnostique sélectionnés (voir l'annexe B pour obtenir la liste complète des codes). Les radiographies pratiquées aux services d'urgence ou dans les cliniques hospitalières sont déclarées dans le SNISA, alors que celles réalisées en cliniques externes sont saisies dans la FMEP^{iv}. Les TDM et les IRM sont recueillies dans le SNISA. Comme c'est le cas avec les données sur les douleurs au bas du dos, celles sur la facturation manquent de précision. Il est possible de repérer un examen par imagerie du dos, mais pas une zone dorsale précise.

Signes préoccupants

Les signes préoccupants sont des critères (ou des conditions), définis par les experts de Choisir avec soin, indiquant que l'imagerie du bas du dos peut s'avérer appropriée. L'ICIS a déterminé que ces signes devaient apparaître dans les 365 jours précédant la visite de référence. Ils comprennent le cancer, les troubles neurologiques, certaines infections et les fractures par tassement des vertèbres (voir l'annexe C pour obtenir une liste détaillée). Les cas qui présentent des signes préoccupants ont été retirés du nombre estimé d'examen par imagerie non nécessaires.

Méthodologie

La recommandation de Choisir avec soin ne mentionne pas d'intervalle entre la visite chez le médecin et l'examen par imagerie; 3 intervalles ont donc été explorés, soit 3, 6 et 12 mois après la visite de référence. Une fois la visite de référence établie, les taux ont été calculés en fonction de l'intervalle et du type d'imagerie (c.-à-d. radiographie, TDM ou IRM).

Visite de référence chez le médecin de famille

Du 1^{er} avril 2011
au 31 mars 2012

FMEP



Imagerie du bas du dos

Du 1^{er} avril 2011
au 31 mars 2013

Radiographie : SNISA et FMEP
TDM et IRM : SNISA

Modélisation

Pour aider à prédire les raisons motivant l'utilisation de l'imagerie pour des douleurs au bas du dos, les rapports de cotes ont été calculés pour les variables suivantes :

- âge (18-44 ans; 45-64 ans; 65-84 ans; 85 ans et plus)
- sexe

iv. Toute radiographie ayant été saisie dans le SNISA et la FMEP n'a été comptée qu'une seule fois.

- volume annuel de patients souffrant de douleurs au bas du dos ayant consulté le médecin de famille (moins de 50; 50 et plus)
- zone sanitaire du patient établie en fonction du code postal résidentiel

Sources des données

- BDCP, 2010-2011 à 2012-2013
- SNISA, 2010-2011 à 2012-2013
- FMEP, 2010-2011 à 2012-2013

Calcul

$$\text{Taux d'imagerie du bas du dos} = \frac{\text{Patients ayant passé au moins une imagerie diagnostique pour des douleurs au bas du dos}}{\text{Patients souffrant de douleurs au bas du dos}}$$

Exclusions

- Enregistrements comportant un numéro d'assurance maladie non valide
- Patients souffrant de douleurs persistantes au bas du dos dans les 12 mois précédant la visite de référence (voir l'annexe D pour obtenir la définition)
- Patients dont la carte d'assurance maladie n'a pas été émise en Alberta
- Consultation d'un médecin dans un établissement de soins de courte durée (où le système de facturation n'est pas comparable à celui des établissements de soins primaires)

Limites

Comme les codes de diagnostic à 3 chiffres de la CIM-9 ont été utilisés, il est possible que le nombre de cas de douleurs au bas du dos ait été surestimé; cette surestimation a cependant été jugée mineure.

De même, les taux d'examen par imagerie peuvent avoir été surestimés en raison du manque de précision des données ou de l'inclusion d'examens d'une autre zone du dos. Cette limite est également jugée mineure, car la plupart des diagnostics de douleur au bas du dos ont été posés par des médecins de famille et les examens ont donc probablement porté sur la portion inférieure du dos (80 %, comme il a été mentionné plus tôt).

En Alberta, peu de cliniques privées offrent des services d'imagerie diagnostique (TDM ou IRM seulement). Seuls les services financés par des fonds publics peuvent être saisis dans la FMEP et le SNISA; il se peut donc que le taux d'IRM ou de TDM soit légèrement sous-estimé.

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 identifier et exclure les patients pour lesquels un examen par imagerie diagnostique 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.

Annexe A : Codes de la CIM-9 utilisés représentant les visites chez le médecin de famille pour cause de douleurs au bas du dos dans la FMEP

Définition	Code 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
Entorse du cou et de régions dorsales autres ou non précisées	847

Annexe B : Codes de la CCI et de facturation représentant les examens d'imagerie diagnostique

Type d'imagerie diagnostique	FMEP (codes de facturation)	SNISA (codes de la CCI)
Radiographie	X55, X56, X57, X57A, X58E, X58, X59, X60, X61, X62, X63, X64, X65, X66, X67	3.SC.10.^^, 3.SC.12.^^, 3.SE.10.^^, 3.SE.12.^^, 3.SF.10.^^, 3.SF.12.^^
TDM	s.o.	3.SC.18.^^, 3.SC.20.^^, 3.SF.18.^^, 3.SF.20.^^
IRM	s.o.	3.SC.40.^^, 3.SF.40.^^

Remarque

s.o. : sans objet.

Annexe C : Critères d'exclusion des signes préoccupants

Catégorie de signes préoccupants	Codes de la CIM-9 (FMEP)	Codes de la CIM-10-CA (SNISA et BDCP)
Cancer/antécédents de cancer	140-208, 230-239, V10, V580, V581	C00-C97, D00-D09, D37-D48, Z51.0, Z51.1, Z85, Z86
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	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, M62.9, R15, R29.8, R32, R56
Infections précises/fièvre 3 mois avant la visite pour cause de douleurs au dos	010-018, 038, 730, 997, 998, 720	A15-A19, A40, A41, G06.1, G06.2, M46.2, M46.3, M46.5, M86, M89.6, T81.4, T87.4
Fractures par tassement des vertèbres	733	M80.0-M80.9 (avec 8 comme cinquième chiffre), M84.48, M90.7

Annexe D : Définitions de la douleur persistante au bas du dos

Indicateur de douleur persistante au bas du dos	Définition
Consultation antérieure d'un médecin de famille	Consultation d'un médecin en raison de douleurs au bas du dos, de 1 à 365 jours avant la visite de référence Codes de la CIM-9 : 721, 722, 724, 846, 847
Admission antérieure dans un établissement de soins de courte durée ou de soins d'urgence	Admission dans un établissement de soins de courte durée ou de soins d'urgence, de 1 à 365 jours avant la visite de référence Codes de la CIM-10-CA : M43.27, M43.28, M43.9, M43.96, M43.97, M43.98, 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
Consultation antérieure d'un neurochirurgien ou d'un chirurgien orthopédique liée à une chirurgie de la colonne vertébrale	Consultations de neurochirurgiens ou de chirurgiens orthopédiques ou visites liées à une chirurgie de la colonne vertébrale, de 1 à 365 jours avant la visite de référence Consultations de neurochirurgiens ou de chirurgiens orthopédiques (codes de FMEP) : <ul style="list-style-type: none"> consultations d'un neurochirurgien ou d'un chirurgien orthopédique (spécialité liée à la demande de remboursement : 280, 335) code de facturation commençant par 16 Chirurgies de la colonne vertébrale (codes de la CCI dans le SNISA et la BDCP) : 1.AW.^.^.^.^, 1.SC.^.^.^.^, 1.SE.^.^.^.^, 1.SF.^.^.^.^, 1.SG.^.^.^.^, 1.SH.^.^.^.^, 1.SI.^.^.^.^, 1.SJ.^.^.^.^
Examen antérieur de la colonne vertébrale par imagerie diagnostique	Imagerie de la colonne vertébrale, de 1 à 365 jours avant la visite de référence (voir l'annexe B pour obtenir les codes)

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

Opérationnalisation de la recommandation

La base de données du SNIUMP ne recueille pas de renseignements sur les diagnostics justifiant la prescription de médicaments. Le taux d'utilisation des antipsychotiques atypiques fournit donc un point de départ pour surveiller les changements quant à une utilisation potentiellement inappropriée. La quétiapine est généralement prescrite pour des usages non indiqués et fait l'objet de la majorité des rapports sur l'emploi des antipsychotiques atypiques pour le traitement de l'insomnie¹. L'olanzapine offre des effets sédatifs plus puissants que la quétiapine, mais peu de rapports mentionnent ce médicament dans la prise en charge pharmacologique de l'insomnie primaire ou secondaire¹.

Enfants et jeunes

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

Antipsychotiques atypiques

La base de données du SNIUMP a été utilisée pour trouver les prescriptions de quétiapine qui ont été remplies et remboursées ou pour lesquelles une franchise a été appliquée par un régime provincial d'assurance médicaments. L'analyse porte sur les données du Manitoba, de la Saskatchewan et la Colombie-Britannique, soit les 3 provinces qui ont soumis le plus grand nombre de données complètes pour les enfants et les jeunes. Les demandes de remboursement ont été relevées à l'aide du numéro d'identification de médicaments attribué par Santé Canada et du code N05AH04, issu de la classification chimique de niveau 5 du Système de classification anatomique, thérapeutique et chimique (classification ATC) de l'Organisation mondiale de la santé².

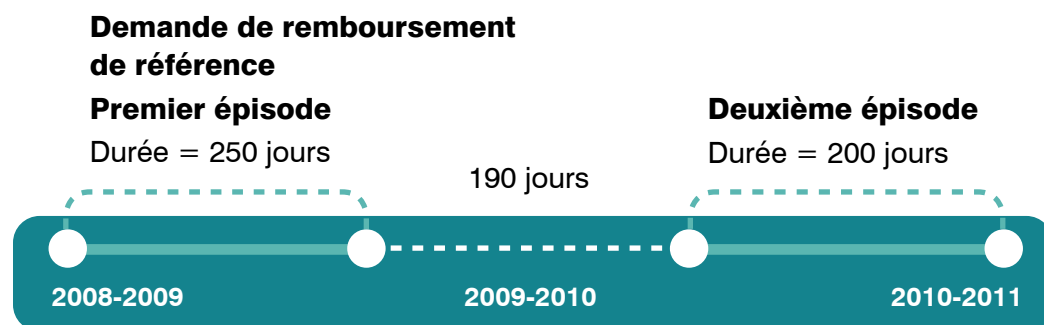
Bien que la base de données du SNIUMP n'indique pas la raison pour laquelle un médicament a été prescrit, il est possible d'utiliser la dose à titre de mesure substitutive lors des recherches sur la quétiapine. Plus précisément, lorsque la quétiapine est utilisée pour traiter l'insomnie, elle est prescrite à des doses relativement faibles (c.-à-d. comparativement à celles utilisées dans le traitement de la schizophrénie ou des troubles bipolaires). Dans les cas d'insomnie, des doses inférieures à celles recommandées par la Food and Drug Administration des États-Unis (soit de moins de 150 mg par jour) sont prescrites. Fait important à noter, l'emploi de la quétiapine n'est pas recommandé chez les jeunes au Canada³.

Méthodologie

La quétiapine s'emploie dans le cadre d'un traitement et non pour un usage unique. Aussi, son emploi a-t-il été caractérisé par les définitions suivantes :

- **Épisode** : Utilisation continue de la quétiapine pendant plus de 60 jours sans interruption sur une période de 180 jours (6 mois).
- **Durée de l'épisode** : Nombre de jours écoulés entre la première demande de remboursement pour l'épisode et la date de fin de la dernière demande de remboursement pour le même épisode (c.-à-d. la date de la dernière demande de remboursement plus le nombre de jours de traitement couverts par cette demande).
- **Quétiapine à faible dose** : Emploi du médicament à des doses inférieures à 150 mg par jour.

Exemple d'utilisation de la quétiapine



Source des données

- Base de données du SNIUMP, 2007-2008 à 2013-2014

Calcul

$$\text{Taux d'utilisation de la quétiapine} = \frac{\text{Patients comptant au moins un épisode d'utilisation de la quétiapine}}{\text{Population canadienne âgée de 5 à 24 ans}^v}$$

Exclusions

- Demandes de remboursement de la quétiapine sous forme injectable
- Épisodes de 60 jours ou moins^{vi}
- Patients associés à des demandes de remboursement d'un traitement d'une durée d'approvisionnement de 0 jour ou d'autres renseignements manquants qui sont nécessaires à l'analyse

Limites

- La base de données du SNIUMP ne contient pas d'information sur les diagnostics ni d'autres indications de la raison pour laquelle les médicaments ont été prescrits (c.-à-d. les autres traitements employés précédemment). Les ordonnances de quétiapine à faible dose ont permis d'estimer le recours à la quétiapine pour le traitement de l'insomnie.
- On ne dispose d'aucune donnée populationnelle (volumes) sur l'insomnie chez les jeunes; tous les jeunes ont été inclus dans le dénominateur pour le calcul du taux. Les taux présentés dans le rapport doivent être interprétés comme étant des valeurs minimales, ou des estimations de la limite inférieure, de l'utilisation de la quétiapine dans le traitement de l'insomnie chez les jeunes.

Références

1. Thompson W, Quay TA, Rojas-Fernandez C, Farrell B, Bjerre LM. [Atypical antipsychotics for insomnia: A systematic review](#). *Sleep Medicine*. Juin 2016.
2. Organisation mondiale de la santé. [ATC/DDD Index 2016](#). Consulté le 7 septembre 2016.
3. Santé Canada. [Recherche de produits pharmaceutiques en ligne](#). Consulté le 7 septembre 2016.

v. La population (de 5 à 24 ans) est tiré des [estimations démographiques de Statistique Canada](#).

vi. Cette exclusion permet d'éviter de prendre en compte des patients qui n'emploient pas constamment une faible dose (p. ex. ceux qui suivent un schéma d'augmentation de la dose).

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

Opérationnalisation de la recommandation

La base de données du SNIUMP ne recueille pas de renseignements sur les diagnostics qui indiquent les raisons pour lesquelles les médicaments ont été prescrits. Bien que le pourcentage d'utilisation des benzodiazépines comme traitement de l'insomnie primaire chez les personnes âgées de notre échantillon reste inconnu, nous présumons que cette affection représente une grande proportion des motifs de prescription des benzodiazépines si l'on se fie aux résultats des études antérieures¹.

Personnes âgées

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

Benzodiazépines et autres sédatifs hypnotiques

Les médicaments ont été identifiés dans la base de données du SNIUMP à l'aide du numéro d'identification de médicaments attribué par Santé Canada et des codes suivants du Système de classification anatomique, thérapeutique et chimique de l'Organisation mondiale de la santé :

- N05BA^{vii} — Dérivés des benzodiazépines (dans la catégorie des anxiolytiques)
- N05CD — Dérivés des benzodiazépines (dans la catégorie des hypnotiques et sédatifs)
- N05CF — Médicaments reliés aux benzodiazépines
- N03AE — Dérivés des benzodiazépines

vii. À l'exclusion du code N05BA09, qui est principalement employé pour les convulsions épileptiques.

La base de données du SNIUMP relève les demandes de remboursement acceptées par les régimes publics d'assurance médicaments, soit pour un remboursement ou pour l'application d'une franchise, dans 9 provinces du Canada. Ces 9 provinces ont été incluses dans l'analyse : Terre-Neuve-et-Labrador, de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, de l'Ontario, du Manitoba, de la Saskatchewan, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique.

Méthodologie

L'emploi des benzodiazépines et des autres sédatifs hypnotiques se caractérise par les définitions suivantes :

- Demandeur : Personne qui a présenté au moins une demande de remboursement pour des benzodiazépines ou un autre médicament connexe au cours d'une année donnée.
- Utilisateur chronique : Personne qui a présenté au moins une demande de remboursement pour des benzodiazépines ou un autre médicament connexe au cours d'une année donnée, pour un approvisionnement total d'au moins 90 jours consécutifs, sans période d'interruption d'au moins 30 jours. Cette définition repose sur celle du [Réseau canadien pour la déprescription](#).

Source des données

- Base de données du SNIUMP, 2011-2012 à 2014-2015

Calcul

$$\text{Taux d'utilisation chronique} = \frac{\text{Utilisateurs chroniques de benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques}}{\text{Patients ayant présenté au moins une demande de remboursement à un régime public d'assurance médicaments}}$$

Exclusions

- Patients de moins de 65 ans au moment de la demande de référence
- Demandes de remboursement associées à un approvisionnement de 0 jour

Limites

La base de données du SNIUMP ne contient pas d'information sur les diagnostics ni d'autres indications de la raison pour laquelle les médicaments ont été prescrits. Par conséquent, toutes les utilisations de benzodiazépines et de médicaments connexes ont été prises en compte; l'analyse n'a pas pu être limitée aux indications d'insomnie, d'agitation et de delirium.

Les produits inscrits sur les listes de médicaments remboursés sont sensiblement les mêmes d'une province à l'autre; la plupart des benzodiazépines sont entièrement remboursées. 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 fort probable que le taux d'utilisation de la zopiclone soit plus élevé que ce qui a été mesuré à partir des données du régime public d'assurance médicaments.

La proportion de la population totale de personnes âgées dans chaque province représentée dans la base de données (c.-à-d. dont la demande de remboursement a été acceptée par un régime public d'assurance médicaments) variait de 50,7 % à Terre-Neuve-et-Labrador à 91,9 % en Saskatchewan. Les caractéristiques démographiques (comme l'âge et l'état de santé) peuvent varier entre les personnes âgées couvertes ou non couvertes par un régime public d'assurance médicaments. Dans les provinces qui affichent les plus faibles proportions de personnes âgées dont la demande de remboursement a été acceptée par leur régime public (c.-à-d. Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick), les tendances d'utilisation des médicaments chez les personnes couvertes par le régime public risquent moins de refléter les tendances d'utilisation chez toutes les personnes âgées que dans les autres provinces. Il faut donc faire preuve de prudence lors de la comparaison d'une province avec une autre, mais cette limite n'influera pas sur les tendances au sein d'une même province au fil du temps.

Référence

1. Esposito E, Barbui C, Patten S. [Patterns of benzodiazepine use in a Canadian population sample](#). *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. Juillet 2009.

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

Opérationnalisation de la recommandation

Mammographies

Les mammographies ne sont pas saisies de façon uniforme dans les bases de données de l'ICIS. L'analyse repose donc sur les données de l'ESCCⁱ. L'information autodéclarée sur le dépistage du cancer du sein a été incluse dans le FMGD de l'ESCC de 2012^{viii}, plus précisément, les réponses aux questions suivantes (voir l'annexe E pour obtenir des précisions) :

- Avez-vous déjà passé une mammographie?
- Pourquoi avez-vous passé une mammographie?
- À quand remonte la dernière fois?

Risque moyen

Le risque a été défini en fonction des réponses des participantes à la question « Pourquoi avez-vous passé une mammographie? » Les répondantes pouvaient sélectionner toutes les réponses appropriées. Les femmes présentant un risque moyen sont celles qui ont répondu avoir passé l'examen en raison de leur âge ou parce qu'il s'agissait d'un examen régulier ou de dépistage systématique seulement. Les femmes n'ont pas été considérées comme présentant un risque moyen (et ont donc été exclues du numérateur) si elles ont indiqué tout autre motif pour la mammographie, comme les antécédents familiaux de cancer du sein ou la présence d'une masse détectée lors d'une visite précédente. Les définitions de « risque moyen » a été élaborée en consultation avec le groupe d'experts de Choisir avec soin.

viii. Ces questions font partie du module de contenu commun sur le dépistage des maladies chroniques de l'ESCC et ont été posées dans toutes les régions en 2012.

Méthodologie

Les femmes présentant un risque moyen étaient celles âgées de 40 à 49 ans qui ont déclaré avoir passé une mammographie au cours des 2 dernières années. Un cadre temporel de 2 ans a été choisi pour que la fréquence des mammographies de dépistage dans les groupes d'âge préconisés corresponde à celle recommandée dans les [lignes directrices du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs](#). À partir des estimations pondérées de l'ESCC, la somme pour ce groupe a été divisée par le nombre de participantes âgées de 40 à 49 ans. Le résultat correspond au taux de mammographies potentiellement non nécessaires.

Une analyse contextuelle réalisée par le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) a fourni de l'information sur les lignes directrices provinciales et territoriales en matière de dépistage du cancer du sein², qui a été validée par les membres du Réseau canadien de dépistage du cancer du sein (voir l'annexe F)^{ix}.

Lignes directrices de diffusion des données de l'ESCC

Les résultats obtenus dans certains territoires et certaines provinces ont été supprimés en raison de la faible taille de l'échantillon ou de coefficients de variation élevés (Î.-P.-É., Manitoba, Saskatchewan et les territoires; numérateur non pondéré inférieur à 30 ou coefficient de variation supérieur à 33,3).

Le guide de l'utilisateur de l'ESCC de 2012, disponible sur le site de Statistique Canada, donne de plus amples renseignements sur la publication des données du FMGD.

Source des données

- FMGD de l'ESCC, 2012

Calcul

$$\text{Taux d'utilisation de la mammographie} = \frac{\text{Femmes présentant un risque moyen (40 à 49 ans) qui ont passé une mammographie de dépistage}}{\text{Femmes (40 à 49 ans)}}$$

Exclusions

Les participantes ont été exclues du numérateur si elles ont indiqué l'un des motifs suivants pour la mammographie :

- antécédents familiaux de cancer du sein
- masse dépistée lors d'une visite précédente
- suivi d'un traitement du cancer du sein

ix. L'analyse contextuelle est disponible sur demande, il suffit d'écrire à dépistage@partenariatcontrelecancer.ca.

- en hormonothérapie (supplément d'hormones)
- problème mammaire
- autre

Limites

L'ESCC est un sondage réalisé sur une base volontaire dans la population générale, ce qui signifie que des biais induits par l'autodéclaration sont possibles. Par exemple, il se peut que la désirabilité sociale ait joué un rôle dans le choix des réponses et que certaines femmes aient passé une mammographie de dépistage parce qu'elles croyaient qu'il était préférable de le faire. Les taux de dépistage du cancer calculés à l'aide des données (autodéclarées) de l'ESCC sont constamment plus élevés que ceux établis au moyen des données administratives².

La nature de ce questionnaire influe également sur la définition de « risque moyen ». Chez les femmes qui ont répondu avoir passé une mammographie, le risque moyen peut être déterminé seulement à partir de la réponse à la question sur le motif d'examen. Le profil de risque des femmes qui n'ont pas passé de mammographie n'a pas pu être établi et, par conséquent, le dénominateur n'a pas été limité aux femmes présentant un risque moyen.

Annexe E : Composante annuelle de l'ESCC — questions de 2012 sur la mammographie¹

N° de la question	Question	Choix de réponse
MAM_Q30	Avez-vous déjà passé une mammographie, c'est-à-dire une radiographie du sein?	1. Oui 2. Non
MAM_Q31	Pourquoi avez-vous passé une mammographie? (Choisissez toutes les réponses appropriées)	1. Antécédents familiaux de cancer du sein 2. Dans le cadre d'un examen régulier/dépistage systématique 3. Âge 4. Masse dépistée lors d'une visite précédente 5. Suivi d'un traitement du cancer du sein 6. En hormonothérapie (suppléments d'hormones) 7. Problème mammaire 8. Autre
MAM_Q32	À quand remonte la dernière fois?	1. Il y a moins de 6 mois 2. Il y a de 6 mois à moins d'un an 3. Il y a d'un an à moins de 2 ans 4. Il y a de 2 ans à moins de 5 ans 5. Il y a 5 ans ou plus

Annexe F : Lignes directrices provinciales et territoriales sur la mammographie de dépistage chez les femmes de 40 à 49 ans qui présentent un risque moyen

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les programmes de dépistage, veuillez envoyer un [courriel au PCCC](#) ou consulter son [site Web](#).

Province ou territoire	Admissibilité à un programme de dépistage
T.-N.-L.	Non admissible
Î.-P.-É.	Admissible à un programme de dépistage régulier (auto-orientation)
N.-É.	Admissible à un programme de dépistage régulier (auto-orientation)
N.-B.	Admissible, mais sur orientation du médecin (ou de l'infirmière praticienne)
Qc	Admissible, sur orientation du médecin
Ont.*	Non admissible
Man.	Non admissible
Sask.†	Non admissible
Alb.	Admissible, sur orientation du médecin
C.-B.	Admissible à un programme de dépistage régulier (auto-orientation)
Yn	Admissible à un programme de dépistage régulier (auto-orientation)
T.N.-O.	Admissible à un programme de dépistage régulier (auto-orientation)
Nun.‡	s.o.

Remarques

* Un programme de dépistage pour les cas à risque élevé (IRM et mammographie annuelle) était offert aux Ontariennes de 30 à 69 ans.

† En Saskatchewan, les femmes de 49 ans qui célèbrent leur 50^e anniversaire au cours de l'année peuvent être admissibles à un dépistage dans une unité mobile.

‡ Aucun programme de dépistage n'est offert au Nunavut.

s.o. : sans objet.

Références

1. Statistique Canada. [Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — composantes annuelles \(ESCC\)](#). Consulté le 25 août 2016.
2. Lofters A, Vahabi M, Glazier R. [The validity of self-reported cancer screening history and the role of social disadvantage in Ontario, Canada](#). *BMC Public Health*. 2015.



Ne pas effectuer d'examens préopératoires avant les interventions à faible risque

Opérationnalisation de la recommandation

Des taux d'examens de faible valeur ont déjà été publiés pour les patients ontariens qui subissent une intervention chirurgicale à faible risque¹. Pour la comparabilité des résultats, la méthode de Kirkham, et al.¹, a été suivie dans le cadre de cette analyse. Choisir avec soin a fourni à l'ICIS les données provenant de l'Ontario qui sont prises en compte dans l'analyse.

Interventions à faible risque

Un comité d'experts (voir Kirkham¹ pour obtenir des précisions) a déterminé les interventions à faible risque et les a classées en 3 catégories générales : endoscopies, interventions ophtalmologiques et autres (p. ex. certaines interventions orthopédiques et urologiques; voir l'annexe G pour obtenir la liste complète des codes de la CCI). Pour s'assurer que les interventions étaient à faible risque, 2 autres critères ont été utilisés :

- Seules les interventions pratiquées le jour de l'admission du patient à l'établissement de 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. De cette façon, nous nous sommes assurés que l'intervention à faible risque était la raison principale (ou seule raison) de l'admission du patient.

Examens cardiaques préopératoires

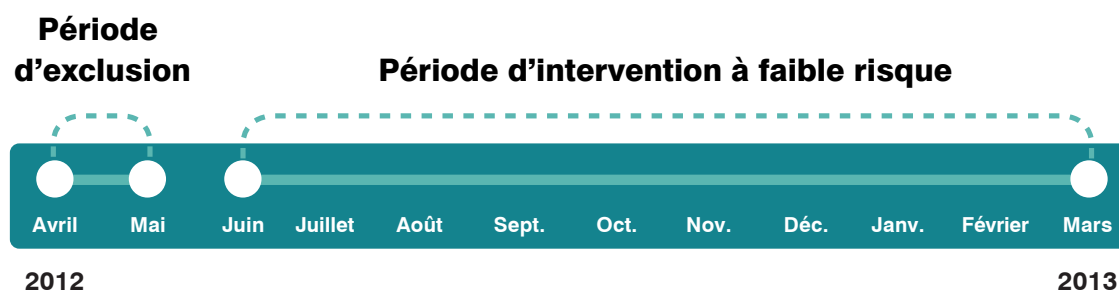
Des groupes de spécialistes ont dressé une liste d'examens préopératoires qu'ils considèrent de faible valeur; un large éventail d'examens, des analyses de laboratoire à la radiographie, a été sélectionné. La présente analyse se limite aux examens cardiaques.

Dans un contexte préopératoire, ceux-ci correspondent aux électrocardiographies (ECG), aux épreuves d'effort, aux échocardiographies et aux radiographies thoraciques (voir l'annexe H pour obtenir les codes) effectuées dans les 60 jours précédant une intervention à faible risque.

Les examens préopératoires peuvent être réalisés dans divers milieux de soins de santé et sont alors saisis dans des bases de données différentes. Par exemple, les examens menés en milieu communautaire seront recensés dans la FMEP, car ce sont des services facturables, tandis que ceux pratiqués à l'hôpital peuvent se trouver dans la BDCP ou le SNISA et possiblement dans la FMEP (selon le mode de financement), et seront alors déclarés en double. Lorsque c'était le cas, un seul examen a été pris en compte. Comme les données sur la facturation sont soumises à l'ICIS par la Saskatchewan et l'Alberta seulement^x, notre analyse n'a porté que sur ces 2 provinces.

Méthodologie

Toute l'analyse repose sur une période de 10 mois, soit de juin 2012 à mars 2013, et permet ainsi le recours à une période d'exclusion des examens préopératoires de 60 jours.



Pour chaque intervention à faible risque, une recherche rétrospective a été réalisée afin de cerner les examens cardiaques effectués dans les 60 jours précédents.

Examen cardiaque

Avril 2012 à
mars 2013

BDCP/SNISA/FMEP



Intervention à faible risque

Juin 2012 à
mars 2013

BDCP/SNISA

Sources des données

- BDCP, 2012-2013
- SNISA, 2012-2013
- FMEP, 2012-2013

x. Au moment de l'analyse, 2012-2013 était l'exercice le plus récent pour lequel des données de la FMEP étaient disponibles.

Calcul

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

Exclusions

- Enregistrements comportant un numéro d'assurance maladie ou un sexe non valide
- Interventions déclarées en double selon le numéro d'assurance maladie et la province émettrice, la date et le type d'intervention
- Patients de moins de 18 ans
- Interventions à faible risque réalisées après le premier jour d'admission dans un établissement de soins de courte durée
- Examens préopératoires menés le même jour que l'intervention chirurgicale
- Interventions réalisées dans un établissement où moins de 50 interventions à faible risque ont été pratiquées

Limites

Les codes de facturation ne sont pas normalisés à l'échelle nationale, mais des normes ont été établies par les provinces. Chaque province fournit ses données et son manuel de codification à l'ICIS. Les codes présentés dans l'analyse ont été choisis pour faciliter les comparaisons interprovinciales. Les données ne donnent pas la raison pour laquelle l'examen a été réalisé, mais il a été présumé qu'il s'agissait d'examens préopératoires.

Annexe G : Codes représentant des interventions à faible risque

Endoscopie

Intervention	Codes de la CCI
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

Remarque

Les endoscopies peuvent également être saisies dans la FMEP :

- Saskatchewan : L402, L408, L360, L448, L449, L450, L492, L529
- Alberta : 1.12, 01.12A, 01.14, 01.22, 01.22A, 01.22B, 01.22C, 01.24A, 01.24B, 01.24BA, 01.24BB

Ophtalmologie

Intervention	Codes de la CCI
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

Autres

Intervention	Codes de la CCI
<i>Orthopédique : Épaule (drainage/extraction/prélèvement/libération, approche endoscopique)</i>	1.TA.52.DA, 1.TA.58.DA, 1.TA.72.DA, 1.TA.80.DA. ^ ^, 1.TA.80.GZ
<i>Orthopédique : Clavicule (drainage/résection de l'extrémité distale, approche endoscopique)</i>	1.TB.52.GB, 1.TB.52.GD, 1.TB.87.DA
<i>Orthopédique : Coiffe des rotateurs (extraction/libération/réparation, approche endoscopique)</i>	1.TC.57.DA, 1.TC.59.DA, 1.TC.72.DA, 1.TC.80.DA. ^ ^, 1.TC.80.GC. ^ ^
<i>Orthopédique : Bras/avant-bras (décompression du nerf/réparation/excision)</i>	1.BM.72, 1.BM.80, 1.BM.87, 1.BN.72
<i>Orthopédique : Poignet/main</i>	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
<i>Orthopédique : Nerfs</i>	1.BP.72, 1.BP.80, 1.BP.87, 1.BQ.72, 1.BQ.80, 1.BQ.87
<i>Orthopédique : Arthroscopie de la hanche (extraction/prélèvement/libération/excision partielle)</i>	1.VA.58.DA, 1.VA.72.DA, 1.VA.87.DA, 1.VA.87.GB
<i>Orthopédique : Arthroscopie du genou (drainage/extraction/prélèvement/libération/excision partielle)</i>	1.VG.52.DA, 1.VG.58.DA, 1.VG.72.DA, 1.VG.87.DA, 1.VG.87.GB
<i>Orthopédique : Ménisque du genou (réparation/excision partielle ou totale, approche endoscopique)</i>	1.VK.80.DA. ^ ^, 1.VK.87.DA, 1.VK.89.DA

Intervention	Codes de la CCI
Orthopédique : Ligament du genou (LCA) (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, approche endoscopique)	1.WA.58.DA, 1.WA.72.DA
Orthopédique : Microdiscectomie intervertébrale	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 (RTUP)	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

Remarques

LCA : ligament croisé antérieur.

RTUP : résection transurétrale de la prostate.

Annexe H : Codes de la CCI et de facturation représentant les examens cardiaques

Source	ECG	Échocardiographie	Épreuve d'effort	Radiographie thoracique
BDCP/SNISA (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. ^ ^
FMEP — Sask.	D030, D031, D032	A320, A321, A322, A323, A324, A520, A521, A522, A523, A530, A531, A532, A533, A534, A556, A557, W020	D62, D63, D64, D65, D66, D67	X150, X158, X159
FMEP — Alb.	03.52A, 03.52B	X306, X307	X170, X171, X172, X173, 03.41A, 03.41B, 03.41C, 03.41D, 03.44A	X 20, X 20A, X 20B, X 21*

Remarque

* Les espaces dans les codes sont intentionnelles.

Référence

1. Kirkham KR, Wijesundera DN, Pendrith C, Ng R, Tu JV, Laupacis A, et al. [Preoperative testing before low-risk surgical procedures](#). *Journal de l'Association médicale canadienne*. 2015.



Ne pas utiliser l'imagerie pour des traumatismes crâniens mineurs, sauf en présence de signes préoccupants

Opérationnalisation de la recommandation

Choisir avec soin a formulé 2 recommandations sur l'emploi de l'imagerie diagnostique dans les cas de traumatismes crâniens mineurs :

- Ne pas utiliser l'imagerie pour des traumatismes crâniens mineurs, sauf en présence de signes préoccupants (radiologie).
- Ne pas prescrire de TDM de la tête pour les adultes ou les enfants ayant subi un traumatisme crânien mineur à moins que l'intervention soit prescrite par une règle de décision clinique appropriée (médecine d'urgence).

Les 2 recommandations ont été formulées par des experts de différentes disciplines (radiologie et médecine d'urgence); cela dit, elles sont comparables. Le rapport examine la première recommandation et porte sur la population adulte. L'évaluation et le traitement de traumatismes crâniens chez les enfants^{1,2} diffèrent de l'évaluation et du traitement effectués chez les adultes.

Traumatismes crâniens mineurs

La littérature sur le sujet emploie des termes différents, souvent interchangeables, lorsqu'elle traite de traumatismes crâniens^{3,4} et les études comptent également différents codes de la CIM pour les reconnaître. Les codes de traumatismes crâniens utilisés dans cette analyse sont tirés d'une étude du Toronto Rehabilitation Institute⁴ (voir l'annexe I), qui repose sur 15 études de l'Organisation mondiale de la santé et de chercheurs des États-Unis, du Canada, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et de plusieurs pays européens.

Un examen d'imagerie de la tête est requis dans certains cas de traumatismes crâniens; lesquels ont été retirés de l'analyse des examens potentiellement non nécessaires (voir l'annexe J). De plus, comme aucune donnée administrative ne permet de définir clairement les traumatismes crâniens *mineurs*, 3 autres types de filtres ont été appliqués :

1. Exclure les patients atteints d'un traumatisme majeur ou d'une comorbidité pour laquelle une imagerie de la tête serait indiquée :
 - 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, indiquant un traumatisme cérébral modéré ou grave
 - admission ou transfert dans un autre établissement
2. Exclure les cas ayant présenté des signes de traumatisme grave durant une visite au service d'urgence ou un séjour à l'hôpital dans les 12 mois précédant la visite de référence. Les visites au service d'urgence et les admissions antérieures doivent être associées à un diagnostic de causes externes de lésion traumatique (S00-T98) ou de morbidité et de mortalité (V01-Y98). De plus, les visites doivent répondre à au moins un des critères du premier filtre.
3. Pour faciliter l'interprétation des résultats, nous avons restreint l'échantillon aux commotions cérébrales en excluant les patients présentant des lésions non commotionnelles à la tête et des blessures par pénétration. Il est important de 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'Organisation mondiale de la santé⁵. Les codes appropriés de la CIM-10-CA (voir l'annexe K) ont été compilés par les experts de l'ICIS en matière de classification.

Examens d'imagerie de la tête

Les radiographies, les TDM et les IRM cérébrales et crâniennes pratiquées au service d'urgence ont été incluses (voir les codes de la CCI à l'annexe L).

Méthodologie

L'analyse porte sur les adultes (âgés de 18 à 64 ans) pour lesquels une visite imprévue au service d'urgence en raison d'un traumatisme crânien mineur a été consignée entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016 en Ontario et en Alberta. Seuls les examens d'imagerie réalisés durant la même admission ont été pris en compte.

Modélisation

Pour aider à prédire les raisons motivant l'utilisation de la TDM pour évaluer un traumatisme crânien mineur, les rapports de cotes ont été calculés pour les variables suivantes :

- âge (18-24 ans; 25-34 ans; 35-44 ans; 45-54 ans; 55-64 ans)
- sexe
- quintile de revenu du quartier défini en fonction du code postal du patient, selon le [Fichier de conversion des codes postaux](#) élaboré par Statistique Canada
- lieu de pratique (urbain ou rural) défini en fonction du Fichier de conversion des codes postaux créé par Statistique Canada
- volume de traumatismes au service d'urgence (quintile des sorties du service d'urgence à la suite d'un traumatisme chez les patients âgés de 18 à 64 ans)

Sources des données

- BDCP, 2014-2015 à 2015-2016
- SNISA, 2014-2015 à 2015-2016

Calcul

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

Exclusions

- Patients de moins de 18 ans et ceux de 65 ans et plus

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^{xi, 1, 2}. La note selon l'échelle de Glasgow doit obligatoirement être saisie dans la BDCP lorsque le patient présente une lésion intracrânienne (environ 45 % des cas déclarés de traumatisme crânien mineur), mais elle ne l'est pas toujours.

xi. 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.

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.

Annexe I : Codes de la CIM-10-CA représentant les traumatismes crâniens

Définition	Codes de la 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

Annexe J : Signes préoccupants relatifs à la TDM

Catégorie de signes préoccupants	Codes de la CIM-10-CA/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, otorrhée de liquide céphalorachidien)	G96.0–, S02.0–, S02.1–, S02.7–, S02.901, S06.86
Indicateurs de grave traumatisme crânien	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.– à 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.– à 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.^^

Remarque

Les codes pour lesquels une TDM est indiquée ont été établis selon les [lignes directrices canadiennes en matière de TDM de la tête](#) pour les patients présentant un traumatisme crânien mineur¹ et selon l'avis des conseillers clinique de Choisir avec soin.

Annexe K : Lésions non commotionnelles légères et pénétrantes de la tête

Description	Codes de la CIM-10-CA
Objets tranchants et lésions pénétrantes	
Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel	T15-T19
Contact avec du verre tranchant	W25
Contact avec d'autres objets tranchants	W26.–
Décharge d'arme de poing	W32
Décharge de fusil, de carabine et d'arme de plus grande taille	W33
Décharge d'armes, autres et sans précision	W34.–
Exposition au bruit	W42
Corps étranger pénétrant dans ou par l'œil ou un orifice naturel	W44
Corps étranger ou objet pénétrant dans la peau	W45
Contact avec une aiguille hypodermique	W46
Mordu par un rat	W53
Mordu ou heurté par un chien	W54
Mordu ou heurté par d'autres mammifères	W55
Contact avec un animal marin	W56
Mordu ou piqué par insectes et autres arthropodes non venimeux	W57
Mordu ou heurté par un crocodile ou un alligator	W58
Mordu ou écrasé par d'autres reptiles	W59
Contact avec des épines de plantes et des feuilles acérées	W60
Lésion auto-infligée par décharge d'une arme de poing	X72
Lésion auto-infligée par décharge de fusil, de carabine et d'arme de plus grande taille	X73
Lésion auto-infligée par décharge d'arme à feu, autre et sans précision	X74
Lésion auto-infligée par utilisation de matériel explosif	X75
Lésion auto-infligée par objets tranchants	X78
Agression par décharge d'une arme de poing	X93
Agression par décharge de fusil, de carabine et d'arme de plus grande taille	X94
Agression par arme à feu, autre et sans précision	X95
Agression par objet tranchant	X99
Décharge d'une arme de poing, intention non déterminée	Y22
Décharge de fusil, de carabine et d'arme de plus grande taille, intention non déterminée	Y23
Décharge d'armes à feu, autres et sans précision, intention non déterminée	Y24
Contact avec objet tranchant, intention non déterminée	Y28
Intervention de la force publique impliquant l'usage d'armes à feu	Y35.0

Description	Codes de la CIM-10-CA
Intervention de la force publique impliquant l'usage d'objets tranchants	Y35.4
Faits de guerre impliquant le tir d'armes à feu et autres moyens de type classique	Y36.4
Températures extrêmes ou exposition à la lumière du soleil	
Brûlures et corrosions de la surface externe du corps, selon la localisation	T20-T25
Brûlures et corrosions de l'œil et des organes internes	T26-T28
Brûlures et corrosions de parties du corps, multiples et non précisées	T29-T32
Gelure	T33-T35
Exposition au courant électrique, aux rayonnements et à des températures et pressions extrêmes de l'air ambiant	W85-W99
Exposition à une chaleur naturelle excessive	X30
Exposition à un froid naturel excessif	X31
Exposition à la lumière solaire	X32
Lésion auto-infligée par la vapeur d'eau, des gaz et des objets brûlants	X77
Agression par la vapeur d'eau, des gaz et objets brûlants	X98
Contact avec de la vapeur d'eau, des vapeurs chaudes et objets brûlants, intention non déterminée	Y27
Faits de guerre impliquant d'autres explosions et éclats	Y36.2
Faits de guerre impliquant des incendies, des conflagrations et des produits brûlants	Y36.3
Faits de guerre impliquant des armes nucléaires (effets de souffle, exposition à des rayonnements ionisants émis par des armes nucléaires, effets d'une boule de feu, chaleur, autres effets directs et secondaires d'armes nucléaires)	Y36.5
Toxicité	
Intoxication par des drogues, médicaments et substances biologiques	T36-T50
Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale	T51-T65
Effets de causes externes, autres et non précisés	T66-T78
Séquelles de lésions traumatiques, d'empoisonnements et d'autres conséquences de causes externes	T90-T98
Exposition à la fumée, au feu et aux flammes	X00-X09
Contact avec une source de chaleur et des substances brûlantes	X10-X19
Contact avec des animaux venimeux et des plantes vénéneuses	X20-X29
Intoxication accidentelle par des substances nocives et exposition à ces substances	X40-X49
Auto-intoxication par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux non opiacés, et exposition à ces produits	X60
Auto-intoxication par des anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes, et exposition à ces produits, non classés ailleurs	X61
Auto-intoxication par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes] et exposition à ces produits, non classés ailleurs	X62

Description	Codes de la CIM-10-CA
Auto-intoxication par d'autres substances pharmacologiques agissant sur le système nerveux autonome et exposition à ces produits	X63
Auto-intoxication par des drogues, médicaments et substances biologiques, et exposition à ces produits, autres et sans précision	X64
Auto-intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool	X65
Auto-intoxication par des solvants organiques et des hydrocarbures halogénés et leurs émanations, et exposition à ces produits	X66
Auto-intoxication par d'autres gaz et émanations, et exposition à ces produits	X67
Auto-intoxication par des pesticides et exposition à ces produits	X68
Auto-intoxication par des produits chimiques et substances nocives, et exposition à ces produits, autres et sans précision	X69
Lésion auto-infligée par la fumée, le feu et les flammes	X76
Agression par drogues, médicaments et substances biologiques	X85
Agression par une substance corrosive	X86
Agression par des pesticides	X87
Agression par des gaz et émanations	X88
Agression par d'autres produits chimiques et nocifs précisés	X89
Agression par un produit chimique ou nocif, sans précision	X90
Agression par la fumée, le feu et les flammes	X97
Négligence et abandon	Y06
Autre mauvais traitement	Y07
Intoxication et exposition, substances chimiques, intention non déterminée	Y10-Y19
Exposition à la fumée, au feu et aux flammes, intention non déterminée	Y26
Intervention de la force publique impliquant l'usage de gaz	Y35.2
Faits de guerre impliquant des armes biologiques	Y36.6
Faits de guerre impliquant des armes chimiques et autres moyens non classiques (gaz, fumées et substances chimiques, lasers)	Y36.7
Noyade et submersion accidentelles	W65-W74
Autres accidents affectant la respiration	W75-W84
Surmenage, voyages et privations	X50-X57
Lésion auto-infligée par pendaison, strangulation et suffocation	X70
Lésion auto-infligée par noyade et submersion	X71
Agression par noyade et submersion	X92
Agression par pendaison, strangulation et suffocation	X91
Pendaison, strangulation et suffocation, intention non déterminée	Y20
Noyade et submersion, intention non déterminée	Y21
Affections iatrogènes	
Complications de soins médicaux et chirurgicaux	Y40-Y84

Annexe L : Codes de la CCI représentant les examens par imagerie du cerveau et du crâne

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

Remarque

Les examens par imagerie ont été repérés dans le SNISA à la suite de la visite de référence.

Références

1. Stiell IG, Wells GA, Vandemheen K, et al. [The Canadian CT Head Rule for patients with minor head injury](#). *Lancet*. 2011.
2. 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](#). *Journal de l'Association médicale canadienne*. 2010.
3. Chan V, Thurairajah P, Colantonio A. [Defining pediatric traumatic brain injury using International Classification of Diseases Version 10 codes: A systematic review](#). *BMC Neurology*. 2015.
4. Chen AY, Colantonio A. [Defining neurotrauma in administrative data using the International Classification of Diseases Tenth Revision](#). *Emerging Themes in Epidemiology*. 2011.
5. 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*. 2004.



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

Opérationnalisation de la recommandation

S'il est vrai que la TDM s'avère nécessaire chez certains patients atteints de delirium, comme ceux ayant récemment subi un traumatisme crânien ou présentant des signes de déficit neurologique en foyer, il n'en reste pas moins que ces examens peuvent n'avoir qu'une faible valeur diagnostique et être considérés comme étant évitables dans bien des cas, particulièrement ceux causés par des facteurs extra-crâniens. Les patients qui affichaient des signes préoccupants (définis ci-dessous) ont été exclus de l'analyse. En outre, comme la déclaration des TDM pratiquées chez les patients hospitalisés est seulement obligatoire en Ontario, l'analyse a été restreinte à cette province.

Patients hospitalisés atteints de delirium

Les patients hospitalisés atteints de delirium correspondent aux patients ontariens (âgés de 18 ans et plus) hospitalisés dans un établissement de soins de courte durée et atteints de delirium, selon les codes de la CIM-10-CA sélectionnés (voir l'annexe M pour en obtenir la liste complète).

Examens de TDM

Les TDM de la tête ont été repérés grâce aux codes de la CCI sélectionnés (voir l'annexe N pour en obtenir la liste complète) et comprennent les examens de la région hypophysaire, du cerveau, du crâne et de la tête (non précisé).

Signes préoccupants

Les indicateurs justifiant une TDM de la tête (c.-à-d. les signes préoccupants et les facteurs de risque) ont été établis par un comité d'experts de Choisir avec soin à la suite d'une revue de la littérature (voir l'annexe O), puis exclus. Les patients ayant subi une intervention chirurgicale à la tête ont également été retirés de l'analyse (voir l'annexe P).

Méthodologie

Les données sur les patients hospitalisés atteints de delirium ont été extraites de la BDCP pour les exercices de 2010-2011 à 2014-2015. Seuls les examens ayant été menés durant le séjour des patients à l'hôpital ont été pris en compte, soit ceux effectués au cours de la visite où le delirium a été consigné.

Source des données

- BDCP, 2010-2011 à 2014-2015

Calcul

Taux de TDM de la tête en présence de delirium = $\frac{\text{TDM de la tête chez les patients atteints de delirium}}{\text{Patients en soins de courte durée atteints de delirium}}$

Exclusions

- Établissements qui ne déclarent pas les TDM

Limites

Les données administratives ne fournissant pas la raison pour laquelle un examen par imagerie a été effectué, il a été présumé que les TDM de la tête ont été menés en raison d'un delirium. Des mesures ont été prises pour réduire le risque de classification erronée des TDM dans la catégorie des examens non nécessaires en excluant les cas où l'imagerie semblait justifiée (c.-à-d. les cas associés à des signes préoccupants).

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 une TDM de la tête était indiquée, 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.

Annexe M : Codes de la CIM-10-CA représentant le delirium

Description	Code de la CIM-10-CA
Delirium non surajouté à une démence, ainsi décrit	F05.0
Delirium surajouté à une démence	F05.1
Autres formes de delirium	F05.8
Delirium, sans précision	F05.9
Désorientation, sans précision	R41.0
Delirium induit par l'alcool ou des médicaments	F1-.4

Annexe N : Codes de la CCI représentant les TDM de la tête

Description	Code de la CCI
Tomodensitométrie, région pituitaire	3.AF.20. ^ ^
Tomodensitométrie, cerveau	3.AN.20. ^ ^
Tomodensitométrie, crâne	3.EA.20. ^ ^
Tomodensitométrie, tête NCA	3.ER.20. ^ ^

Annexe O : Codes de la CIM-10-CA représentant les signes préoccupants ou les facteurs de risque qui justifient une TDM de la tête

Description	Codes de la CIM-10-CA
Tumeur maligne de l'encéphale	C71.-
Modification de l'état mental [†]	R41.-, R40.-
Vertige	H81.-, R42
Image intracrânienne anormale	R90.0
Diplopie	H53.2
Affections du nerf auditif	H93.3
Névrite optique	H46
Affections du nerf optique, non classées ailleurs	H47.0
Paralysie du nerf moteur oculaire commun (III)	H49.0
Paralysie du nerf pathétique [trochléaire] (IV)	H49.1
Paralysie du nerf moteur oculaire externe (VI)	H49.2
Affections des nerfs crâniens	G50-G53

Description	Codes de la CIM-10-CA
Symptômes et signes relatifs aux systèmes nerveux et ostéo-musculaire	R25-R29
Ataxie héréditaire	G11.–
Retard du développement physiologique normal attendu, sans précision	R62.9
Trouble du développement psychologique, sans précision	F89
Troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires	F81.–
Hypersécrétion de l'hypophyse	E22.–
Hyposécrétion et autres anomalies de l'hypophyse	E23.–
Syndrome de Cushing	E24.–
Panencéphalite sclérosante subaiguë	A81.1
Encéphalite virale transmise par des moustiques	A83.–
Encéphalite virale transmise par des tiques	A84.–
Autres encéphalites virales, non classées ailleurs	A85.–
Encéphalite virale, sans précision	A86
Méningite virale	A87.–
Encéphalite, myélite et encéphalomyélite	G04.–
Encéphalite, myélite et encéphalomyélite au cours d'affections classées ailleurs	G05.–*
Athérosclérose cardiovasculaire, décrite ainsi	I25.0
Cardiopathie artérioscléreuse	I25.1–
Cryoglobulinémie (comprend vascularite cryoglobulinémique)	D89.1
Artérite, sans précision (vascularite, SAI)	I77.6
Autres troubles vasculaires et kystes de la conjonctive (comprend anévrisme)	H11.4
Anévrisme aortique et dissection	I71.–
Autre anévrisme et dissection	I72.–
Anévrisme de l'aorte au cours de maladies classées ailleurs	I79.0*
Autres malformations congénitales de l'appareil circulatoire (comprend anévrisme congénital)	Q28.–
Malformations congénitales du corps calleux	Q04.0
Autres anomalies localisées du développement de l'encéphale	Q04.3
Kystes cérébraux congénitaux	Q04.6
Autres malformations congénitales précisées de l'encéphale	Q04.8
Autres malformations congénitales précisées du système nerveux	Q07.8
Antécédents personnels d'autres affections précisées	Z87.8
Antécédents personnels de maladies de l'appareil circulatoire	Z86.7
Séquelles de lésions traumatiques de la tête	T90.–, T91.–
Lésions traumatiques de la tête	S00-S09

Description	Codes de la CIM-10-CA
Antécédents de cancer du cerveau	Z85.80
Accidents vasculaires cérébraux (AVC)/accidents ischémiques transitoires (AIT)	G45.– (sauf G45.4), H34.0, H34.1, I60-I69
Convulsions	G40.–, G41.–, R56.–, F44.5
Autre cancer (métastase)	C77.–, C78.–, C79.–
Tumeur maligne des os du crâne et de la face	C41.0
Tumeur maligne de la mandibule	C41.1
Tumeur maligne des nerfs périphériques de la tête, de la face et du cou	C47.0
Tumeur maligne du tissu conjonctif et du tissu mou de la tête, de la face et du cou	C49.0
Migraine, céphalée	G43.–, G44.3
Hydrocéphalie	G91.–
Autres affections du cerveau	G93.–

Remarques

† En l'absence d'autres indications, nous avons présumé qu'une TDM de la tête était indiquée chez les patients présentant un changement de l'état mental lorsque

- le code R41 est accompagné du R40 ou du R40 et d'un des codes de delirium suivants : F05.9, F05.8, F05.1 ou F05.0;
- le code R40 est accompagné d'un des codes de delirium suivants : F05.9, F05.8, F05.1 ou F05.0.

Veillez consulter les [Normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI](#) pour obtenir des précisions sur la convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque attribués à certains codes de la CIM-10-CA.

Annexe P : Codes de la CCI représentant les chirurgies et les interventions à la tête à exclure

Description	Codes de la CCI
Interventions thérapeutiques sur le cerveau et la moelle épinière	1.A ^ . ^ ^ . ^ ^ (à l'exception de 1.AW. ^ ^ . ^ ^ et de 1.AX. ^ ^ . ^ ^)
Interventions thérapeutiques sur les nerfs	1.B ^ . ^ ^ . ^ ^
Interventions thérapeutiques sur l'œil et ses annexes	1.C ^ . ^ ^ . ^ ^
Interventions thérapeutiques sur l'oreille et l'apophyse mastoïde	1.D ^ . ^ ^ . ^ ^
Interventions thérapeutiques sur le tissu musculo-squelettique de la tête, des fosses nasales et des sinus	1.E ^ . ^ ^ . ^ ^
Interventions thérapeutiques sur la cavité buccale et le pharynx	1.F ^ . ^ ^ . ^ ^
Interventions thérapeutiques sur l'artère carotide	1.JE. ^ ^ . ^ ^
Interventions thérapeutiques sur les vaisseaux intracrâniens	1.JW. ^ ^ . ^ ^

Ne pas transfuser de globules rouges pour des seuils d'hémoglobine ou d'hématocrite arbitraires en l'absence de symptômes

Opérationnalisation de la recommandation

Les transfusions de globules rouges non nécessaires apparaissent dans 2 listes de Choisir avec soin (provenant de la Société canadienne de médecine interne et de la Société canadienne des médecins de soins palliatifs). Aucune analyse de laboratoire ni aucun paramètre physiologique ne permettent à eux seuls de prédire la nécessité de procéder à une transfusion; ce besoin dépend de l'évaluation clinique du patient et des causes de l'affection. Pour obtenir de l'information utile sur les transfusions de globules rouges dans ce contexte d'incertitude, nous avons sélectionné un sous-groupe de patients présentant un cheminement clinique homogène — patients subissant une arthroplastie non urgente de la hanche ou du genou. Les critères de sélection ont été déterminés dans le cadre de consultations avec l'équipe de Choisir avec soin.

Transfusions sanguines

Les transfusions de globules rouges chez les patients hospitalisés en établissement de soins de courte durée partout au Canada ont été repérées grâce aux codes de la CCI sélectionnés (au Québec) ou à l'indicateur de transfusion sanguine (dans les autres provinces; voir l'annexe Q). À noter, cette analyse ne tient compte que des transfusions non autologues (c.-à-d. provenant d'un donneur). Les autotransfusions (transfusions de sang du patient) ne comportent presque aucun risque, mais recevoir du sang d'un donneur est associé à d'éventuelles réactions indésirables.

Patients ayant subi une arthroplastie non urgente de la hanche ou du genou

Les arthroplasties de la hanche et du genou ont été repérées à l'aide des codes de la CCI 1.VG.53.^ ^ (arthroplastie totale du genou) et 1.VA.53.^ ^ (arthroplastie totale de la hanche). Nous n'avons tenu compte que des admissions non urgentes (c.-à-d. les interventions planifiées).

Méthodologie

Les patients choisis pour l'analyse étaient des adultes (âgés de 18 ans et plus) hospitalisés dans un établissement canadien de soins de courte durée en prévision d'une arthroplastie de la hanche ou du genou. Seules les transfusions de globules rouges réalisées au cours du même séjour à l'hôpital ont été incluses dans le calcul du taux.

Ajustements en fonction des risques

Comme les données administratives ne présentent que des renseignements contextuels très limités du dossier des patients, nous n'avons pu définir rigoureusement les indications qui dénoteraient une transfusion de globules rouges potentiellement non nécessaire dans cette population. Nous avons donc pris des mesures supplémentaires pour ajuster le calcul en fonction des facteurs qui pourraient entraîner divers degrés de risque de transfusion sanguine au cours d'une arthroplastie de la hanche ou du genou. Les taux ont été ajustés en fonction des variables suivantes :

- âge (18-59 ans; 60-74 ans; 75 ans et plus)
- sexe
- indice de gravité (voir l'annexe R)
- durée totale du séjour (moins de 72 heures; de 72 à 119 heures; 120 heures et plus)
- technique anesthésique (rachidienne; toute autre technique)
- type de fixation (codes de la CCI : ciment = « ^.^.^.^ .LA-SL-N »; tout autre type)
- intervention bilatérale ou unilatérale
- intervention initiale ou révision

Sources des données

- BDCP, 2006-2007 à 2013-2014
- BDMH, 2006-2007 à 2013-2014

Calcul

Les taux ont été ajustés en fonction du risque chez tous les patients ayant eu une transfusion de globules rouges et une arthroplastie non urgente de la hanche ou du genou.

$$\text{Taux de TGR ajusté en fonction du risque} = \left(\frac{\text{Nombre observé de patients}}{\text{Nombre prévu de patients}} \right) \times \text{taux global}$$

Remarque

TGR : transfusions de globules rouges.

Les cas observés correspondent au nombre d'événements observés (ou de cas du numérateur, soit les patients ayant reçu une transfusion de globules rouges et une arthroplastie non urgente de la hanche ou du genou).

Les cas prévus correspondent au nombre d'événements prévus, ajusté en fonction de la distribution des facteurs de risque dans les provinces. Les coefficients dérivés des modèles de régression utilisent des données de chaque exercice financier, ce qui permet d'obtenir le nombre prévu de cas.

Le taux global moyen correspond au nombre total de cas du numérateur divisé par le nombre total de cas du dénominateur

Exclusions

- Patients de moins de 18 ans
- Autotransfusions sanguines (code 1.LZ.19.HH-U1-A ou 1.LZ.19.HH-U9-A de la CCI)
- Établissements de la Colombie-Britannique (où les déclarations de transfusions sanguines ne sont pas obligatoires)
- Arthroplasties liées à des fractures de la hanche ou du genou survenues après l'admission, repérées grâce aux codes de la CIM-10-CA sélectionnés (hanche : S72.0, S72.1, S72.2; genou : S82.0, S82.1, S82.2) et le type de diagnostic 2 attribué par l'ICIS (indiquant que l'événement a eu lieu après l'admission).

Limites

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 identifier et exclure les patients chez lesquels une transfusion de globules rouges était indiquée, il est possible que certains patients pris en compte aient eu besoin de la transfusion pour des raisons cliniques, ce que les données ne traduisent pas.

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. Les données sur d'autres facteurs qui auraient pu s'avérer pertinents pour les transfusions de globules rouges, comme le poids et la taille des patients, ne l'étaient pas non plus.

Annexe Q : Repérer les transfusions de globules rouges

Critères	Définition
Indicateur de transfusion sanguine	Dans la BDCP : L'indicateur de transfusion sanguine sert à indiquer si le patient a reçu par transfusion, durant l'épisode de soins, un produit ou composant sanguin distribué par la banque de sang de l'établissement déclarant.
Code de la CCI*	1.LZ.19.HH-U1-A, 1.LZ.19.HH-U1-J, 1.LZ.19.HM-U1, 1.LZ.19.HH-U9-A, 1.LZ.19.HH-U9-J, 1.LZ.19.HM-U9

Remarque

* Les codes de la CCI n'ont été utilisés que pour repérer les transfusions pratiquées au Québec, car cette province ne soumet pas d'indicateur de transfusion sanguine. Il est obligatoire de codifier les transfusions reçues par les patients hospitalisés au Québec.

Annexe R : Indice de gravité des indications

Affection	Pondération
Anémie	3
Hémorragie	2
Insuffisance cardiaque et œdème pulmonaire	1
Cardiopathies ischémiques	1
Maladies cérébrovasculaires	1
Insuffisance rénale	1
Cancer	1
Traumatisme	1

La valeur totale de l'indice de gravité équivaut à la somme des pondérations de chaque abrégé.

Ces valeurs sont réparties en 3 groupes :

- 0 : Non graves
- 1 et 2 : Modérément graves
- 3 et plus : Très graves

**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