



Surutilisation des examens et des traitements au Canada

Suivi des progrès
Novembre 2022

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 978-1-77479-141-7 (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 — suivi des progrès*. Ottawa, ON : ICIS; 2022.

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

ISBN 978-1-77479-140-0 (PDF)

Table des matières

Remerciements	4
Avant-propos	6
Sommaire	7
Principales constatations	8
Introduction	10
Connaissances et point de vue du grand public concernant la surutilisation	11
À propos du présent rapport	12
Soins communautaires.	14
Imagerie diagnostique pour les douleurs au bas du dos	15
Dépistage du cancer du col de l'utérus	22
Antibiotiques délivrés dans la collectivité	29
Utilisation chronique des benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques chez les personnes âgées	36
Contention physique et antipsychotiques en soins de longue durée.	45
Soins d'urgence	54
Radiographies thoraciques pour l'asthme et la bronchiolite au service d'urgence	55
Imagerie diagnostique pour un traumatisme crânien mineur au service d'urgence	63
Soins en milieu hospitalier	69
Arthroscopie du genou chez les adultes de 60 ans et plus.	70
Césariennes dans les cas d'accouchements à faible risque.	76
Transfusion de globules rouges chez les patients hospitalisés.	81
Examens préopératoires avant une chirurgie à faible risque	87
Équité en santé	92
Conclusion.	94
Annexes.	95
Annexe A : Texte de remplacement pour les figures	95
Annexe B : Particularités techniques	108
Références.	111

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et la campagne nationale Choisir avec soin souhaitent remercier les nombreuses équipes et personnes, y compris les patients conseillers, qui ont contribué par leurs travaux à la réalisation du présent rapport.

Merci au Partenariat canadien contre le cancer, qui a réalisé l'analyse et fourni le contenu du chapitre sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, ainsi qu'aux personnes suivantes pour leurs judicieux conseils :

- La **D^{re} Jennifer Blake**, professeure, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto
- Le **D^r Eric Bohm**, professeur de chirurgie, Faculté des sciences de la santé Rady, Université du Manitoba; directeur, programme de performance du système de santé, George and Fay Yee Centre for Healthcare Innovation
- La **D^{re} Jeannie Callum**, directrice, Médecine transfusionnelle, Centre des sciences de la santé de Kingston et Département de pathologie et de médecine moléculaire, Université Queen's
- Le **D^r Lucas Chartier**, responsable principal de la sécurité des patients (intérimaire), directeur médical, Qualité et sécurité, directeur médical adjoint du service des urgences, Réseau universitaire de santé
- Le **D^r Shawn Dowling**, urgentologue
- **Barbara Farrell**, pharmacienne, hôpital de jour en gériatrie, Centre de soins prolongés Bruyère; scientifique principale, Institut de recherche Bruyère; professeure adjointe, Département de médecine familiale, Université d'Ottawa
- Le **D^r Jeremy Friedman**, pédiatre en chef associé, service de pédiatrie, Hôpital pour enfants de Toronto (SickKids); professeur, Département de pédiatrie, Université de Toronto
- Le **D^r Sid Feldman**, chef, service de médecine familiale et communautaire, Baycrest Health Sciences; professeur agrégé, Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto
- Le **D^r Allan Grill**, chef du service de médecine familiale, Hôpital de Markham Stouffville; médecin en chef, Markham Family Health Team
- La **D^{re} Amanda Hall**, professeure adjointe, unité de recherche sur les soins de santé primaires, Faculté de médecine, Université Memorial de Terre-Neuve
- Le **D^r Kyle Kirkham**, directeur, clinique de préadmission en anesthésie, Hôpital Women's College; chargé de cours, Faculté de médecine, Université de Toronto
- La **D^{re} Carina Lundby**, pharmacienne, Institut de recherche Bruyère, Université d'Ottawa
- Le **D^r Jerome Leis**, directeur médical, Prévention et contrôle des infections, médecin membre du personnel, Maladies infectieuses, Centre des sciences de la santé Sunnybrook; professeur agrégé, Faculté de médecine Temerty, Université de Toronto

- La **D^{re} Yulia Lin**, chef de division, Médecine transfusionnelle et banque de tissus, programme de diagnostics et traitements de précision, Centre des sciences de la santé Sunnybrook; médecin en chef, Transfusions, Choisir avec soin
- La **D^{re} Barbara Liu**, directrice exécutive, programme régional de pédiatrie de Toronto, Centre des sciences de la santé Sunnybrook; directrice de division, Médecine gériatrique, Université de Toronto; professeure, Département de médecine, Université de Toronto
- La **D^{re} Olivia Ostrow**, médecin spécialiste, Médecine d'urgence pédiatrique, responsable de la sécurité médicale, Hôpital pour enfants de Toronto; directrice adjointe, Centre for Quality Improvement and Patient Safety; professeure adjointe, Université de Toronto
- **Andrea M. Patey**, adjointe principale en recherche, Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa; professeure associée, École d'épidémiologie et de santé publique, Université d'Ottawa; professeure associée, École des sciences de la réadaptation, Université Queen's
- **Christine Peters**, responsable provinciale de l'amélioration de la qualité, Qualité et apprentissage, Soins communs, Manitoba; coordonnatrice, Choisir avec soin, Manitoba
- Le **D^r Patrick B. Quail**, responsable médical, Logements supervisés, région de Calgary, Services de santé de l'Alberta; médecin de famille et médecin traitant des résidents du centre de soins infirmiers et des logements supervisés; directeur médical, Intercare Corporate Group inc.
- La **D^{re} Shannon Ruzycski**, interniste généraliste et professeure adjointe d'enseignement clinique, Département de médecine, Département des sciences de la santé communautaire, et École de médecine Cumming, Université de Calgary
- La **D^{re} Christine Soong**, professeure agrégée, Médecine interne générale, Université de Toronto; directrice médicale, Qualité et sécurité, Sinai Health; responsable de la division de médecine de l'hôpital, Sinai Health et Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto
- **Bryan Tordon**, chargé de cours en médecine transfusionnelle, Université de Toronto
- Le **D^r Justin Turner**, chargé de cours principal, Université Monash; chercheur principal et directeur scientifique, SaferMedsNL; codirecteur, Réseau canadien pour la déprescription
- La **D^{re} Jennifer Watt**, gériatre, Hôpital St Michael's; professeure adjointe, Université de Toronto; scientifique, Li Ka Shing Knowledge Institute
- Le **D^r Jason R. Werle**, professeur clinicien, chef, section de chirurgie orthopédique, École de médecine Cumming, Université de Calgary; directeur médical principal, Bone & Joint Health Strategic Clinical Network, Services de santé de l'Alberta

Il convient de noter que les analyses et les conclusions figurant dans le présent rapport ne reflètent pas nécessairement les opinions des personnes mentionnées ci-dessus.

Des représentants des régions sanitaires, des ministères de la Santé provinciaux et territoriaux ainsi que des pôles provinciaux et territoriaux de la campagne Choisir avec soin ont également contribué à la production de ce document.

Avant-propos

Les dernières années nous ont permis de constater à quel point il est important de disposer de données exploitables sur nos systèmes de santé afin d'éclairer nos décisions et de porter notre attention sur la gestion efficace des ressources limitées de nos systèmes de santé. Ce nouveau rapport conjoint de l'ICIS et de la campagne Choisir avec soin — qui fait suite au rapport de 2017 [Les soins non nécessaires au Canada](#)¹ — fournit des renseignements à jour et supplémentaires sur la surutilisation des examens et des traitements au Canada. Les tendances indiquent que le Canada s'est amélioré au fil du temps en réduisant la quantité de soins de faible valeur dispensés dans plusieurs secteurs grâce à la collaboration des cliniciens, des patients, des administrateurs, des chercheurs et des décideurs. Toutefois, la lenteur des progrès dans d'autres secteurs et la variation entre les provinces et territoires laissent entrevoir les possibilités d'amélioration. Nous espérons que ce rapport contribuera à approfondir notre compréhension collective du problème de la surutilisation des soins de santé au Canada et qu'il en résultera des idées de collaboration visant à réduire considérablement la surutilisation des examens et des traitements, et ainsi améliorer la qualité des soins dispensés aux Canadiens.



David O'Toole
Président-directeur général
Institut canadien d'information
sur la santé



D^{re} Wendy Levinson
Présidente, Choisir avec soin
Professeure de médecine
Université de Toronto



Sommaire

Les examens et les 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 premier rapport conjoint de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et de la campagne Choisir avec soin, *Les soins non nécessaires au Canada* (2017)¹, mesurait la surutilisation de 8 examens et traitements courants en fonction des recommandations formulées par les associations nationales de cliniciens. Il mettait aussi en relief les possibilités de réduire cette surutilisation.

Ce rapport de suivi pousse la réflexion en se penchant sur la surutilisation de 12 examens et traitements sélectionnés, à partir d'un examen des tendances et des variations au fil du temps et à l'échelle du pays. Il montre les progrès réalisés au chapitre de la réduction des soins de faible valeur dans 12 secteurs des systèmes de santé du Canada. Il fournit également de l'information et des idées pour éclairer l'amélioration continue de la prestation des soins aux Canadiens et soutenir la viabilité des ressources en santé au pays.

Ce rapport révèle que, de 2014-2015 à 2019-2020, le taux de surutilisation de

8 des 12

examens et traitements sélectionnés a diminué

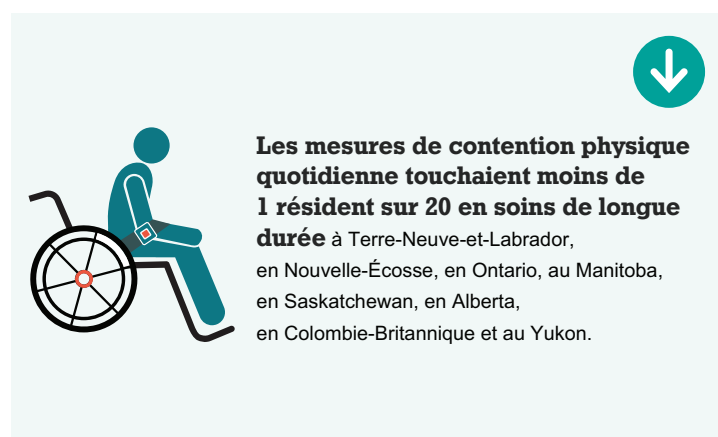
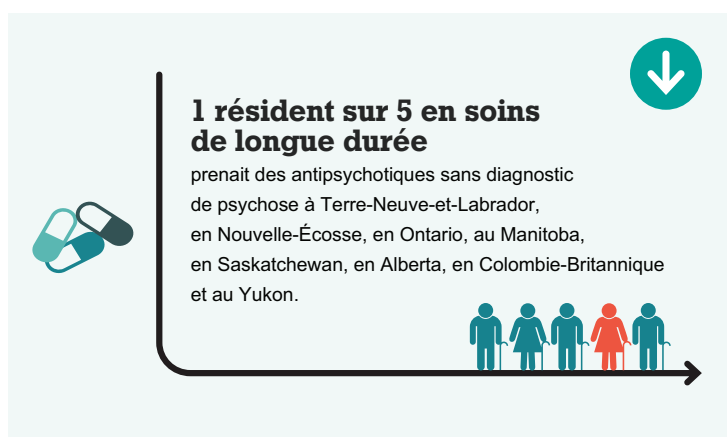
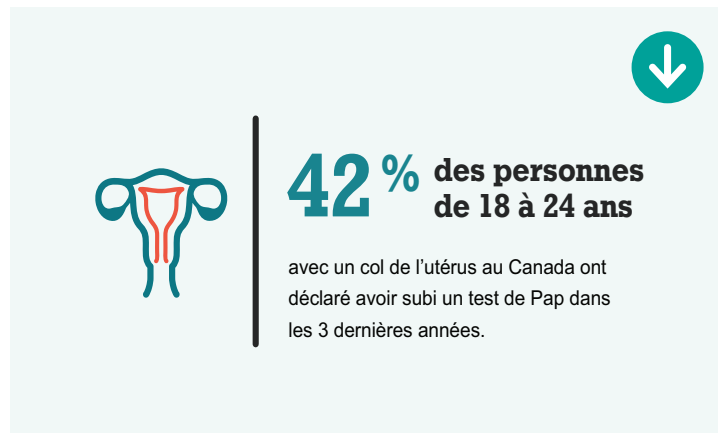
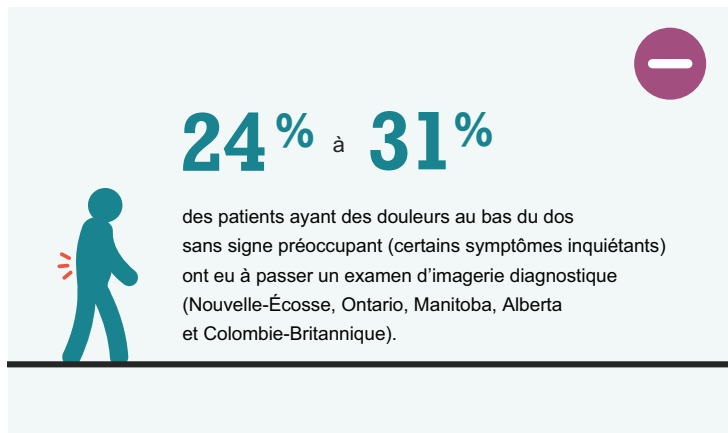
d'au moins 10%.

La surutilisation demeure toutefois un enjeu : il est possible et nécessaire de réduire encore davantage la prestation des soins de faible valeur.

Pour ce faire, les efforts soutenus des patients et des cliniciens de première ligne doivent être accompagnés de changements à l'échelle des systèmes.



Principales constatations



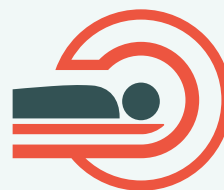
Remarque

Les flèches illustrent les tendances dans les taux pour la période de déclaration visée. Un changement inférieur à 10 % est considéré stable.



3 enfants sur 10 vus aux urgences

en raison de l'asthme ou d'une bronchiolite ont passé une radiographie thoracique (Ontario, Alberta et Yukon).



L'imagerie diagnostique a été utilisée chez **1 adulte sur 3 s'étant présenté aux urgences pour un traumatisme crânien mineur sans signe préoccupant**

(Ontario, Alberta et Yukon).



Le taux d'arthroscopies du genou chez les adultes de 60 ans et plus était de 99 sur 100 000

habitants au Canada (à l'exclusion du Québec), même si la plupart de ces soins étaient inappropriés, sans égard au diagnostic.



Le taux de césariennes dans les cas d'accouchements à faible risque était de

1 sur 6

(Canada, à l'exclusion du Québec).



Le taux de transfusions de globules rouges chez les patients hospitalisés était de 6,3 %

(Nouveau-Brunswick, Québec, Ontario, Manitoba et Saskatchewan).



Un examen préopératoire avait été réalisé chez **1 patient sur 5 ayant subi une chirurgie à faible risque**

(Nouvelle-Écosse, Ontario, Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique).

Introduction

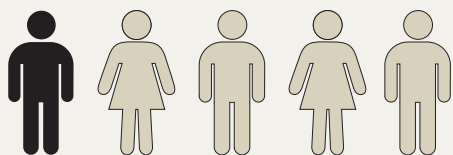
En 2017, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et la campagne Choisir avec soin ont publié un rapport conjoint intitulé *Les soins non nécessaires au Canada*, qui mesurait la surutilisation de 8 examens et traitements courants. La surutilisation des soins de santé, ou les soins de faible valeur, offre peu ou pas d'avantages aux patients et peut même causer des préjudices, dont des effets secondaires, une exposition inutile aux rayonnements, un enchaînement d'examens supplémentaires, du stress et de l'anxiété. À l'échelle des systèmes de santé canadiens, la surutilisation des examens et des traitements peut prolonger l'attente des personnes qui en ont vraiment besoin, faire perdre du temps aux patients et aux cliniciens, et gaspiller des ressources de santé limitées.

Ce rapport de suivi est publié à un moment où les systèmes de santé du Canada sont mis à l'épreuve par la COVID-19 et où la viabilité des soins de santé préoccupe les Canadiens. Les cliniciens et les patients sont davantage conscients du problème que représentent les examens et les traitements de faible valeur. En dépit du succès de quelques initiatives de réduction, la surutilisation persiste. Les efforts des patients et des cliniciens de première ligne doivent être accompagnés de changements à l'échelle systémique afin qu'une diminution significative de la surutilisation se généralise. Le présent rapport a pour but d'indiquer aux décideurs et aux cliniciens l'envergure et la portée du problème afin d'accélérer les progrès et de libérer des ressources limitées qui pourront être réorientées vers la prestation de soins de valeur supérieure.

Connaissances et point de vue du grand public concernant la surutilisation

En 2022, la campagne Choisir avec soin a demandé aux Canadiens de donner leur avis sur la surutilisation des soins de santé dans le cadre d'un sondage mené par Ipsos Reid², dont voici les principaux résultats.

Surutilisation des examens et des traitements



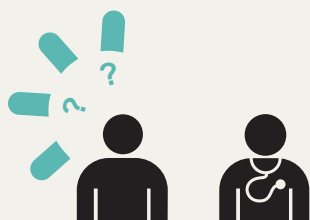
En 2022, environ **1 Canadien sur 5 (19 %)** affirme s'être fait recommander un examen ou un traitement qu'il ne jugeait pas nécessaire pour sa santé. Ce résultat marque une baisse par rapport aux **25 % de 2019 et aux 30 % de 2017.**

De ce groupe, **plus de la moitié (55 %)** a demandé à son médecin pourquoi le test était nécessaire.

Pourcentage de Canadiens ayant déclaré s'être fait recommander un examen ou un traitement qu'ils ne jugeaient pas nécessaire pour leur santé.



Degré d'aise avec le dispensateur de soins



86 % des Canadiens se sentent à l'aise de demander si un examen ou un traitement est nécessaire.



Les personnes ayant indiqué être **moins à l'aise** sont **les jeunes adultes (de 18 à 34 ans)** et les membres d'un ménage dont **le revenu annuel est inférieur à 40 000 \$**

À propos du présent rapport

Ce rapport examine la surutilisation de 12 examens et traitements en lien avec les recommandations formulées par des associations nationales de cliniciens dans le cadre de la campagne Choisir avec soin. Les mesures que nous avons créées permettent d'analyser les tendances et variations de l'utilisation au fil du temps dans les provinces et territoires. Des facteurs comme le groupe d'hôpitaux semblables et les caractéristiques des patients sont également examinés. Bien qu'une élimination complète de la surutilisation ne soit pas toujours possible ou indiquée et qu'aucun point de référence n'ait été établi pour ces 12 mesures au Canada, des taux faibles sont souhaitables. **Une baisse des taux au fil du temps est interprétée comme favorable et les taux ayant varié de moins de 10 % sont jugés stables.** Le rapport fournit aussi des exemples de mesures prises pour réduire la surutilisation des 12 examens et traitements sélectionnés. Ces mesures peuvent aider à expliquer les tendances et donner aux cliniciens, aux décideurs et aux responsables des politiques des idées pour favoriser les progrès.

À propos des mesures

Des 12 mesures analysées dans ce rapport, 11 ont été créées par l'ICIS à partir de données administratives sur les hospitalisations en soins de courte durée, les services d'urgence, la facturation des médecins, les demandes de remboursement de médicaments prescrits et les évaluations de résidents en soins de longue durée. 5 mesures étaient incluses dans le rapport de 2017 *Les soins non nécessaires au Canada*; plusieurs autres sont fondées sur les indicateurs de l'ICIS. Le Partenariat canadien contre le cancer a effectué l'analyse sur le dépistage du cancer du col de l'utérus à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Pour chaque mesure analysée par l'ICIS, nous avons observé les tendances dans l'utilisation de 2014-2015 à 2019-2020 ou de 2015-2016 à 2019-2020, les variations d'une province et d'un territoire à l'autre, et les facteurs qui ont influé sur les taux. Comme toutes les données ne sont pas recueillies dans l'ensemble des provinces et territoires, nous avons comparé les données disponibles pour déceler tout écart et tirer des conclusions. Nous avons également tenté de déterminer si des variables sociodémographiques comme l'âge,

le sexe et le revenu sont des facteurs de surutilisation des examens et des traitements.

Consultez les notes méthodologiques pour obtenir un complément d'information sur les données et les méthodologies. Des analyses approfondies sur chaque mesure sont disponibles dans les tableaux de données complémentaires.



Incidence de la pandémie de COVID-19

Les données de la première année de pandémie de COVID-19 (2020-2021) qui sont disponibles sont incluses dans le rapport et les tableaux de données complémentaires. Les données de 2020-2021 n'ont pas été intégrées à l'examen des tendances pour les 12 mesures analysées, car on ne comprend pas entièrement comment la COVID-19 a changé la prestation et l'utilisation des services de santé, et il reste à voir si ces changements vont persister au fil du temps.

Soins communautaires



Imagerie diagnostique pour les douleurs au bas du dos

Principale constatation

La situation en 2019-2020

24 % à 31 %

des patients ayant des douleurs au bas du dos sans signe préoccupant (certains symptômes inquiétants) ont eu à passer un examen d'imagerie diagnostique (Nouvelle-Écosse, Ontario, Manitoba, Alberta et Colombie-Britannique).



Tendance



Dans l'ensemble, les taux sont restés stables de 2015-2016 à 2019-2020 — ils ont baissé en Nouvelle-Écosse et en Alberta, mais sont demeurés stables en Ontario, au Manitoba et en Colombie-Britannique.ⁱ

Pourquoi est-ce important?

Dans les cas de douleurs au bas du dos sans complication ni signe préoccupantⁱ, l'imagerie diagnostique, dont la radiographie, la tomodensitométrie (TDM) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM), révèle rarement la cause de la douleur. De plus, elle peut exposer inutilement les patients à des rayonnements et mener à d'autres examens et à une chirurgie non nécessaires³.



La plupart des douleurs lombaires disparaissent en un mois environ, avec ou sans examen d'imagerie⁴.

i. Les signes préoccupants comprennent la suspicion d'affections sous-jacentes graves, comme l'abcès ou l'hématome épidual, l'ostéomyélite, un cancer, une infection, un syndrome de la queue de cheval, une fracture par tassement ou un déficit neurologique grave ou progressif.

Voici la recommandation de Choisir avec soin selon le Collège des médecins de famille du Canada et 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^{5, 6}.

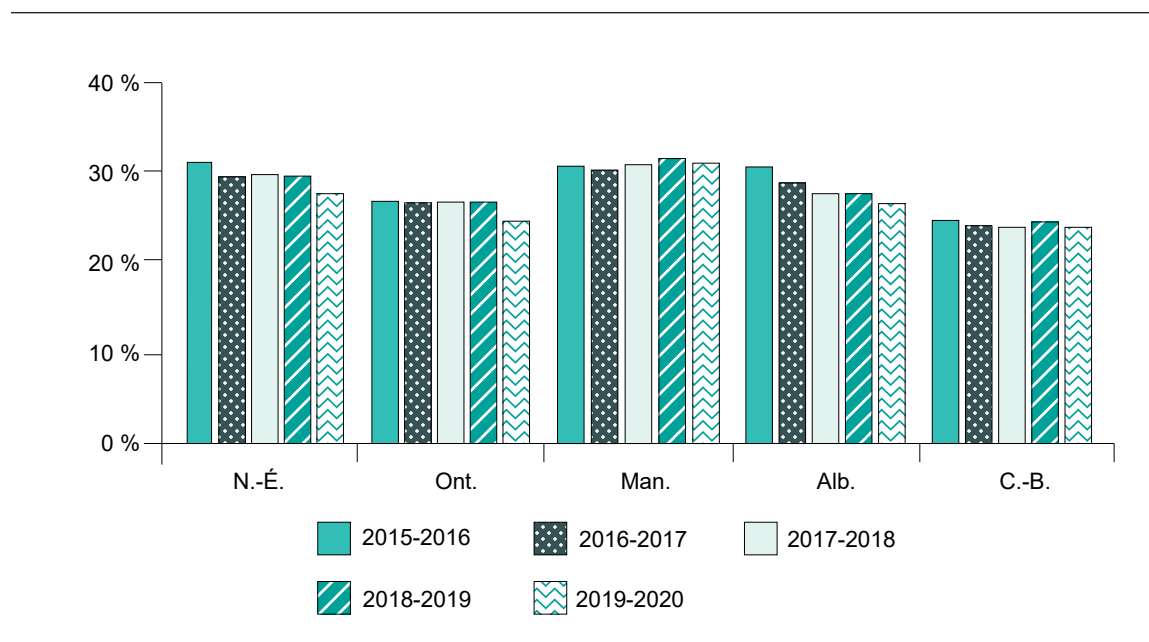


Tendance générale et variations provinciales

Cette analyse visait à examiner combien de patients ont passé un examen d'imagerie diagnostique dans les 6 mois suivant leur consultation initiale avec un médecin de famille pour des douleurs au bas du dos même en l'absence de signes préoccupants indiquant la nécessité de recourir à ce type d'examen. Les tendances relatives au taux d'examens d'imagerie chez les patients souffrant de douleurs au bas du dos sans complication variaient selon la province. De 2015-2016 à 2019-2020, le taux d'examens d'imagerie diagnostique a chuté de plus de 13 % en Alberta et de 11 % en Nouvelle-Écosse, mais est demeuré stable dans les 3 autres provinces. Globalement, le nombre d'examens d'imagerie diagnostique

(radiographies, TDM et IRM) a diminué d'environ 22 000 en 2019-2020 comparativement à 2015-2016. En 2019-2020 seulement, jusqu'à 1 patient sur 3 ayant des douleurs au bas du dos sans complication — soit environ 181 000 patients — a passé un examen d'imagerie diagnostique dans les provinces déclarantes. Une partie de la variation pourrait être attribuable à la façon dont les provinces déclarent et financent les examens d'imagerie diagnostique.

Figure 1 Taux d'examens d'imagerie diagnostique pour des douleurs au bas du dos sans signe préoccupant, selon la province, 2015-2016 à 2019-2020



Remarques

Il importe de faire preuve de prudence dans l'interprétation des variations provinciales en raison des différences dans la façon dont les provinces déclarent et financent les examens d'imagerie diagnostique.

Le taux d'examens d'imagerie diagnostique a été ajusté selon l'âge et le sexe des patients.

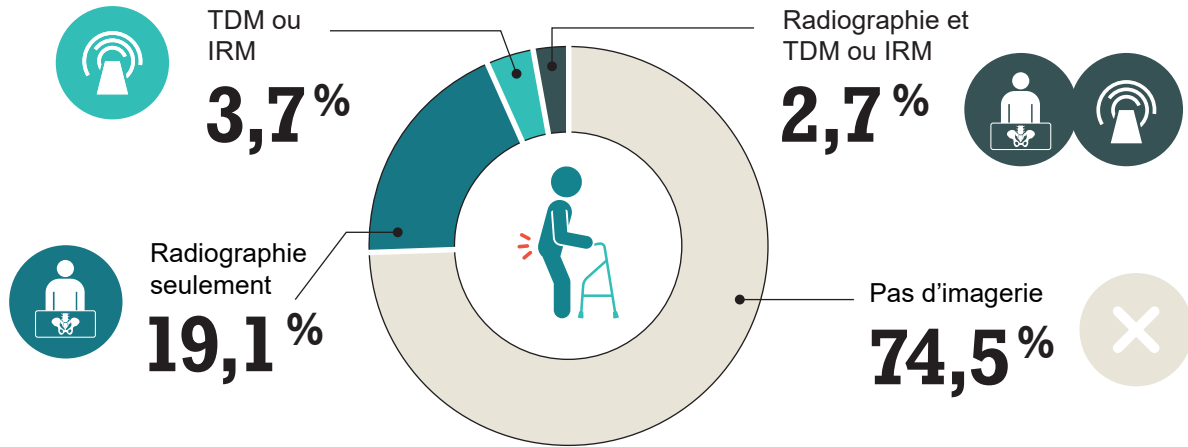
Sources

Base de données nationale sur les médecins, Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2014-2015 à 2020-2021, Institut canadien d'information sur la santé.

Autres constatations

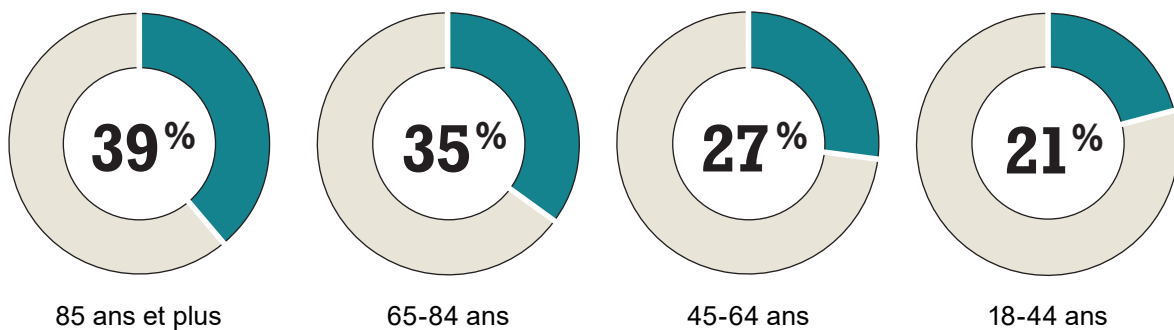
La radiographie est le type d'examen d'imagerie diagnostique le plus courant. Près de 22 % des patients souffrant de douleurs au bas du dos sans complication ont reçu ce type de service. Une petite partie des patients (moins de 3 %) a passé un examen de TDM ou d'IRM en plus d'une radiographie.

Répartition des examens d'imagerie diagnostique pour des douleurs au bas du dos sans signe préoccupant, 2019-2020



Les examens d'imagerie diagnostique dans les cas de douleurs au bas du dos étaient plus fréquents chez les patients âgés, ce qui peut s'expliquer par le fait que les dispensateurs de soins primaires s'inquiètent davantage de passer à côté d'un problème important dans ce groupe d'âge, même sans signe préoccupant.

Taux d'examens d'imagerie diagnostique pour des douleurs au bas du dos sans signe préoccupant, selon le groupe d'âge, 2019-2020





Imagerie diagnostique pour des douleurs au bas du dos durant les 6 premiers mois de la pandémie de COVID-19

En Nouvelle-Écosse, en Ontario, au Manitoba, en Alberta et en Colombie-Britannique, les taux d'examens d'imagerie diagnostique ont connu une baisse variant de 3 % à 16 % d'avril à septembre 2020 par rapport à la même période en 2019. Cette baisse résulte probablement de l'accès restreint aux soins de santé au cours des premiers mois de la pandémie.

Agir pour réduire la surutilisation

Les examens d'imagerie diagnostique non nécessaires peuvent être effectués à la demande du patient, parce que l'on croit qu'ils rassureront ce dernier ou parce que le médecin manque de temps pour expliquer pourquoi ils sont superflus³. Les efforts pour réduire le recours aux examens d'imagerie pour les douleurs au bas du dos n'ont pas été coordonnés à l'échelle du Canada, mais chaque province met à l'essai ses propres stratégies, comme l'utilisation d'outils d'aide à la décision et la formation. Voici quelques méthodes visant à réduire le recours aux examens d'imagerie pour les douleurs au bas du dos au Canada.

Exemples de mesures



Des cliniques à accès rapide pour les douleurs au bas du dos en Ontario

En 2018, l'Ontario a mis sur pied les cliniques d'accès rapide pour lombalgie⁷ vers lesquelles les dispensateurs de soins primaires peuvent orienter leurs patients ayant des douleurs au bas du dos afin qu'ils puissent consulter rapidement une équipe multidisciplinaire. Au lieu d'attendre plus de 6 mois pour être évalués par un chirurgien de la colonne vertébrale — et de recevoir entre-temps, dans la grande majorité des cas, des services d'IRM —, les patients sont évalués généralement en moins de 4 semaines par des dispensateurs spécialement formés. Une étude a révélé que dans plus de 30 % des cas, l'examen d'IRM n'était pas nécessaire et que seulement 10 % des patients étaient candidats à la chirurgie. En plus de réduire la surutilisation des examens d'imagerie, les cliniques fournissent aussi des plans de sensibilisation et d'autogestion fondés sur des données probantes, ce qui contribue à améliorer l'expérience des patients et les résultats pour ceux-ci⁸.

Spine Pathway Program en Saskatchewan

À l'instar des cliniques d'accès rapide en Ontario, le Spine Pathway Program de la Saskatchewan veille à ce que les patients ayant des douleurs au bas du dos obtiennent rapidement les soins dont ils ont besoin. Le programme est conçu selon un cheminement de soins fondé sur des données probantes qui commence en soins de santé primaires. En l'absence d'amélioration, le patient est dirigé vers une clinique du programme à Regina ou à Saskatoon. Seuls les patients pour lesquels une chirurgie serait bénéfique sont ensuite orientés vers un chirurgien. Les examens d'imagerie ne sont généralement pas justifiés avant la dernière étape du cheminement, ce qui contribue à réduire leur surutilisation⁹.



Autres outils et ressources

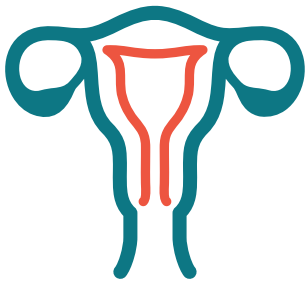
- Centre for Effective Practice : [Outil d'examen clinique du dos \(CORE - Clinically Organized Relevant Exam\)](#)
- Brochure de Choisir avec soin pour les patients : [Les examens d'imagerie pour les douleurs au bas du dos — À quel moment devez-vous passer ces examens?](#)

Découvrez d'autres initiatives mises en œuvre à l'échelle du Canada pour [réduire le recours non nécessaire aux examens d'imagerie pour des douleurs au bas du dos](#).

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Principale constatation

La situation en 2017



42 %

**des personnes
de 18 à 24 ans**

avec un col de l'utérus au Canada
ont déclaré avoir subi un test de
Pap dans les 3 dernières années.

Tendance



En 2008, ce taux était
de 65 %, ce qui indique
un déclin dans le nombre
de tests de Pap effectués
chez les personnes de
ce groupe d'âgeⁱⁱ.

Pourquoi est-ce important?

Le test de Pap sert à détecter les cellules anormales pouvant causer un cancer du col de l'utérus. Il est généralement recommandé uniquement aux personnes de 25 à 69 ans.



**PARTENARIAT CANADIEN
CONTRE LE CANCER**
**CANADIAN PARTNERSHIP
AGAINST CANCER**

- ii. Cette analyse inclut les personnes de 18 à 24 ans avec un col de l'utérus de l'ensemble des provinces et territoires conformément à la recommandation Choisir avec soin formulée par le Collège des médecins de famille du Canada. Les personnes avec un col de l'utérus ayant subi une hystérectomie sont exclues. Les recommandations concernant l'âge auquel commencer le dépistage du cancer du col de l'utérus variaient selon la province ou le territoire. Dans les années visées par l'analyse, ces recommandations allaient de 21 ans à 25 ans (p. ex. l'Alberta et la Colombie-Britannique ont mis à jour leurs directives de dépistage en 2016 afin que le dépistage commence à 25 ans)¹⁰.

À l'extérieur de ce groupe d'âge, le cancer du col de l'utérus est rare et son dépistage peut entraîner de faux positifs engendrant des examens et des traitements superflus qui peuvent porter préjudice à la personne.



Voici la recommandation de Choisir avec soin selon le Collège des médecins de famille du Canada :

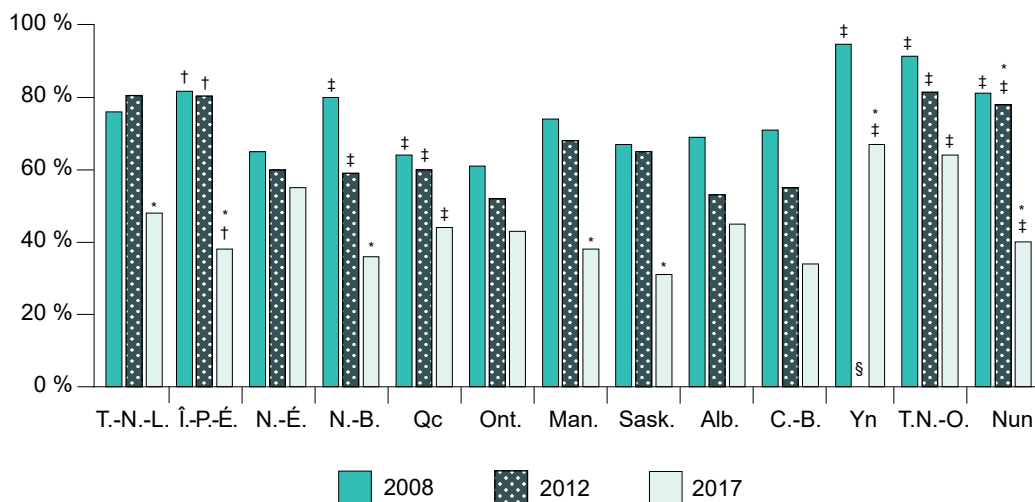
Ne soumettez pas les femmes de moins de 25 ansⁱⁱⁱ ou de plus de 69 ans aux examens de dépistage par frottis cervico-vaginal (test Pap)⁵.

Les directives provinciales et territoriales sont relativement conformes à la directive nationale du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs qui recommande de cesser le dépistage chez les patientes de 69 ans qui ont obtenu un résultat négatif à 3 tests de Pap consécutifs au cours des 10 dernières années. Toutefois, dans quelques provinces et territoires, le dépistage commence encore dès 21 ans et l'intervalle recommandé de 3 ans n'est pas toujours respecté¹⁰.

iii. L'Association des infirmières et infirmiers praticiens du Canada émet la même recommandation. Une recommandation semblable existe aussi à la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et à l'Association canadienne des pathologistes, où l'âge recommandé pour le début du dépistage est de 21 ans.

Variations provinciales et territoriales

Figure 2 Pourcentage de personnes de 18 à 24 ans avec un col de l'utérus ayant déclaré avoir subi un test de Pap au cours des 3 dernières années, selon la province ou le territoire, 2008 à 2017



Remarques

* Ces chiffres doivent être interprétés avec prudence en raison de la grande variabilité dans les estimations.

† Un programme de dépistage organisé existe depuis 2011 à l'Île-du-Prince-Édouard, mais le dépistage demeure généralement occasionnel.

‡ Aucun programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus n'était en place cette année-là.

§ Les données de 2012 du Yukon ont été supprimées en raison de leur faible valeur.

Cette analyse inclut les personnes de 18 à 24 ans avec un col de l'utérus de l'ensemble des provinces et territoires conformément à la recommandation Choisir avec soin formulée par le Collège des médecins de famille du Canada. Les personnes avec un col de l'utérus ayant subi une hystérectomie ont été exclues. Les recommandations concernant l'âge auquel commencer le dépistage du cancer du col de l'utérus variaient selon la province ou le territoire. Dans les années visées par l'analyse, ces recommandations allaient de 21 ans à 25 ans (p. ex. l'Alberta et la Colombie Britannique ont mis à jour leurs directives de dépistage en 2016 afin que le dépistage commence à 25 ans).

Sources

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008, 2012 et 2017. 2 années de données ont été combinées pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut en 2017 (2017 et 2018).

En 2017, les taux provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les personnes de 18 à 24 ans allaient de 31 % en Saskatchewan à 55 % en Nouvelle-Écosse. Les écarts peuvent être attribuables, en partie, aux changements apportés aux lignes directrices sur le dépistage du cancer du col de l'utérus durant cette période et au fait que l'âge de début et la fréquence du dépistage de ce cancer varient d'une province et d'un territoire à l'autre.

Appel à l'action du plan canadien pour l'élimination du cancer du col de l'utérus

Tandis que les pratiques exemplaires pour le dépistage du cancer du col de l'utérus évoluent, il sera essentiel de mettre en œuvre des mesures et des campagnes de sensibilisation pour soutenir la réduction des pratiques qui apportent peu de bienfaits et l'adoption de pratiques bénéfiques. Le [Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020-2030](#) définit les priorités, les cibles et les mesures à prendre pour éliminer ce type de cancer d'ici 2040.

Les 3 priorités du plan d'action sont les suivantes :

- 1 améliorer les taux de vaccination contre le VPH;
- 2 mettre en œuvre le test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire;
- 3 améliorer le suivi des résultats de dépistage anormaux.



Voici les mesures proposées dans le cadre du plan :

- Mettre en œuvre des programmes de dépistage organisé à l'échelle du Canada utilisant le test de détection du virus du papillome humain (VPH) comme outil de dépistage primaire.
- S'assurer que d'ici 2030, pas moins de 80 % des personnes admissibles appartenant à tout groupe identifiable seront à jour quant au dépistage du cancer du col de l'utérus.
- Mettre en œuvre le test de détection du VPH par autoprélèvement dans le cadre des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus.
- Recueillir et communiquer des données agrégées sur le dépistage du col de l'utérus, et les utiliser pour améliorer les programmes.



Le plan d'action comprend des priorités et des mesures propres aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis, déterminées en collaboration avec des collectivités, des organismes et des gouvernements des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Les priorités suivantes ont été définies pour l'immunisation, le dépistage du cancer du col de l'utérus et le suivi clinique des personnes ayant obtenu des résultats de dépistage anormaux :

- des soins adaptés à la culture dispensés plus près du domicile;
- des soins contre le cancer, propres aux peuples autochtones et déterminés par ces derniers;
- des recherches et des systèmes de données régis par les Premières Nations, les Inuits et les Métis.

Découvrez les initiatives mises en œuvre au Canada pour [réduire le dépistage du cancer du col de l'utérus en dehors des lignes directrices.](#)

Des tests de Pap au dépistage primaire du VPH

Dans plusieurs pays, l'utilisation en première ligne du test de Pap est remplacée par celle du test de détection du VPH, qui permet de dépister le cancer du col de l'utérus plus tôt dans son évolution. Comme le test de détection du VPH est plus sensible et plus fiable, le dépistage peut commencer à 25 ou 30 ans (selon l'autorité compétente) et être effectué à un intervalle de 5 ans plutôt que de 3 ans, ce qui réduit les préjudices liés au surdépistage et les dépenses de santé. Étant donné que de plus en plus de jeunes se font vacciner contre le VPH dans le cadre des programmes d'immunisation en milieu scolaire, l'incidence du VPH dans la population diminuera au fil du temps. Le VPH peut aussi être détecté par autoprélèvement, ce qui faciliterait l'accès au dépistage pour les groupes qui se heurtent à des obstacles comme un accès difficile aux soins primaires ou le manque de soins culturellement sécuritaires.



Il est crucial de remplacer les tests de Pap par des tests de détection du VPH pour atteindre les objectifs du [Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada](#) et offrir un accès équitable au dépistage de ce type de cancer. Les organismes et programmes de lutte contre le cancer doivent profiter de l'élan actuel pour aider à faire en sorte que 90 % des Canadiennes admissibles passent un test de détection du VPH d'ici 2030. L'autoprélèvement pour le dépistage du VPH est une stratégie qui doit être envisagée, car il permettrait à davantage de femmes, par exemple celles vivant dans les régions rurales et éloignées ou celles qui n'ont pas de dispensateur de soins de santé primaires, d'accéder au dépistage du cancer du col de l'utérus.

Erika Nicholson

Vice-présidente, Lutte contre le cancer
Partenariat canadien contre le cancer

Si le dépistage primaire du VPH était une pratique standard qui commençait à l'âge de 25 ans et se répétait tous les 5 ans :

Cible

D'ici 2025

90% des jeunes de 17 ans seront entièrement vaccinés contre le VPH

D'ici 2030

90% des personnes admissibles auront subi un test de détection du VPH



Incidence et mortalité

Réduction de l'incidence du cancer du col de l'utérus par **12 %** et la mortalité par **7 %**



Dépistage

Réduction du nombre annuel moyen de dépistages par **29 %**



Coloscopie

Réduction du nombre annuel moyen de coloscopies par **26 %**



Coût du dépistage et des traitements

Réduction du coût moyen du dépistage et des traitements par **14 %**



Remarques

Nous avons estimé une participation de 90 % au programme de détection du VPH d'ici 2030 (cible du Réseau pancanadien de dépistage du cancer du col de l'utérus), tandis que le taux actuel de recours au test de Pap est présumé stable à 76,6 %. Nous avons également supposé que le programme de détection du VPH commencera en 2025 et que les dépistages seront effectués tous les 5 ans (comparativement au test de Pap réalisé tous les 3 ans). La détection du VPH commencerait à l'âge de 25 ans (contre 21 ans pour le test de Pap). Nous avons aussi présumé que, d'ici 2025, 90 % des jeunes de 17 ans seront vaccinés (cible de l'Agence de la santé publique du Canada). Le taux moyen est actuellement de 70 %. Ces suppositions reposent sur des scénarios hypothétiques idéaux.

La coloscopie est une intervention diagnostique dans le cadre de laquelle le médecin examine, à l'aide d'un appareil optique grossissant appelé colposcope, le col de l'utérus et les parois vaginales afin d'y détecter des signes de maladie.

Le cancer du col de l'utérus ne pourra être éliminé que si toutes les Canadiennes ont un accès équitable aux meilleurs services de prévention et de soins de santé, y compris le dépistage primaire du VPH. Il est donc crucial de remédier aux iniquités dans les populations mal desservies, comme les personnes vivant en région rurale ou éloignée, les personnes à faible revenu, les minorités sexuelles ou de genre, ainsi que les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis. Pour y parvenir, il faudra fournir des services de dépistage du cancer du col de l'utérus sécuritaires sur le plan culturel (tel que l'autoprélèvement comme méthode de dépistage primaire du VPH), collaborer à l'élaboration, l'adaptation et la mise en œuvre d'interventions appropriées afin de favoriser la participation au dépistage, et, avant tout, améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Antibiotiques délivrés dans la collectivité

Principale constatation

La situation en 2019-2020



La quantité totale d'antibiotiques, mesurée selon la dose thérapeutique quotidienne (DTQ)^{iv} normalisée par l'Organisation mondiale de la santé, était de **13 par 1 000 habitants par jour** au Manitoba, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique.

La moyenne des pays de l'OCDE est de 17 DTQ par 1 000 habitants par jour.

Tendance



La quantité d'antibiotiques délivrés dans la collectivité a diminué de 11 % de 2015-2016 à 2019-2020.



Chaque jour, environ 100 000 habitants de ces 3 provinces prennent un antibiotique. De plus, dans ces provinces, près de 1 personne sur 3 a suivi au moins un traitement antibiotique.

iv. La DTQ est une mesure créée par l'Organisation mondiale de la santé pour comparer l'utilisation des médicaments dans différentes parties du monde. C'est la moyenne des doses d'entretien quotidiennes considérées comme efficaces pour un médicament, pouvant varier d'une autorité compétente à l'autre. Une DTQ de 10 par 1 000 habitants par jour pour un antibiotique, par exemple, signifie que 10 habitants sur 1 000 (soit 1 % de la population) prennent ce médicament chaque jour à une dose considérée comme efficace pour traiter une infection bactérienne¹¹. La comparaison de ce taux à celui d'autres autorités compétentes nous aide à déterminer si le médicament est surutilisé.

Pourquoi est-ce important?

La surutilisation des antibiotiques est particulièrement préoccupante parce qu'elle contribue à renforcer la résistance aux antibiotiques : l'exposition aux antibiotiques favorise les mutations bactériennes, ce qui diminue voire annule l'efficacité des médicaments¹². Ce phénomène peut survenir naturellement au fil du temps, mais l'utilisation superflue ou inappropriée d'antibiotiques (p. ex. dans le cas d'infections virales) y contribue¹².



Plus de 90 % des antibiotiques sont prescrits dans la collectivité¹³, et de nombreuses associations canadiennes de spécialistes ont émis des recommandations sur l'usage inapproprié de cette classe de médicaments pour traiter des affections précises, notamment les otites chez les enfants, les infections des voies urinaires chez les personnes âgées et les infections respiratoires^v.

Cette analyse s'intéresse principalement au volume total d'antibiotiques délivrés dans la collectivité, qui est un indicateur approuvé de qualité des soins primaires sur lequel l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) produit des rapports internationaux¹⁴.



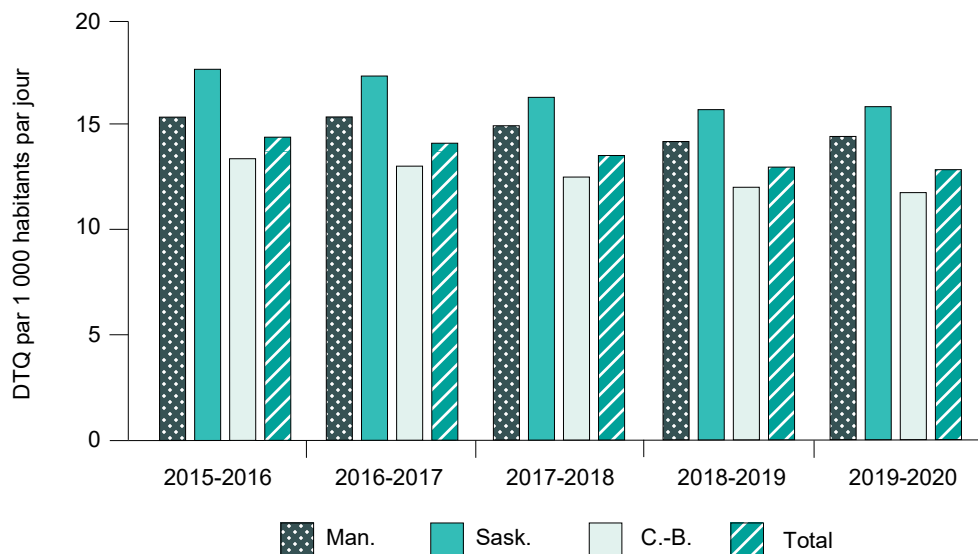
v. Parmi ces associations figurent l'Association canadienne des médecins d'urgence, la Société canadienne d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale, le groupe de surspécialité pédiatrique en oto-rhino-laryngologie, la Société canadienne de thoracologie, l'Association canadienne de dermatologie, 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.

Tendance générale et variations provinciales

L'ICIS a accès à des données sur toutes les ordonnances délivrées dans les pharmacies communautaires du Manitoba, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique. De 2015-2016 à 2019-2020, le volume total d'antibiotiques délivrés a baissé de 11 % (de 15 DTQ à 13 DTQ par 1 000 habitants par jour) dans ces provinces. C'est l'équivalent d'environ 172 900 ordonnances de moins délivrées en 2019-2020 par rapport à 2015-2016.

Au Manitoba et en Saskatchewan, le recours aux antibiotiques est demeuré plus fréquent qu'en Colombie-Britannique, qui présente le taux d'utilisation des antibiotiques le plus bas parmi les provinces canadiennes selon un rapport récent¹⁵. Ce fait s'explique, du moins en partie, par le programme provincial de gestion des antimicrobiens lancé en 2005. Ce programme agit auprès des prescripteurs afin de réduire la surutilisation et la mauvaise utilisation des antibiotiques¹⁶.

Figure 3 Volume total d'antibiotiques délivrés pour une utilisation systémique, selon la province, en doses thérapeutiques quotidiennes par 1 000 habitants par jour, 2015-2016 à 2019-2020



Remarques

DTQ : dose thérapeutique quotidienne.

Le volume total d'antibiotiques délivrés pour une utilisation systémique a été normalisé selon l'âge.

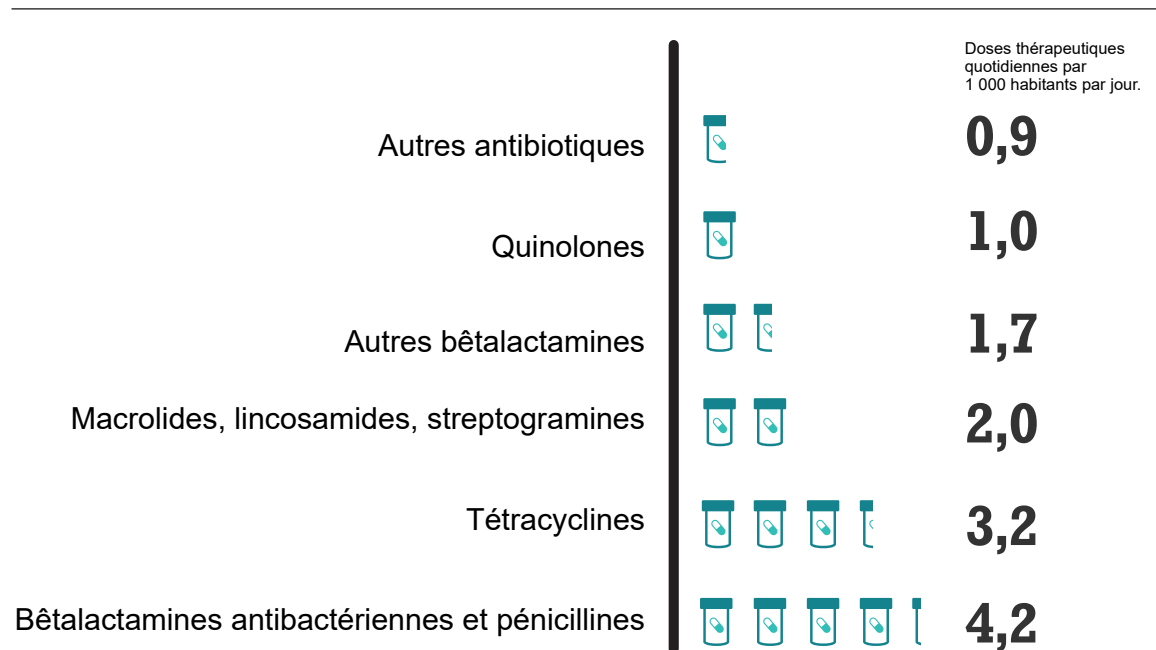
Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, 2015-2016 à 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada, Tableau 17-10-0005-01 : Estimations de la population au 1er juillet, selon l'âge et le sexe.

Autres constatations

Les tendances dans les types d'antibiotiques utilisés sont comparables à celles présentées dans les rapports de l'Agence de la santé publique du Canada¹⁵.

Volume total d'antibiotiques délivrés pour une utilisation systémique, selon la catégorie, en doses thérapeutiques quotidiennes par 1 000 habitants par jour, 2015-2016 à 2019-2020



Les antibiotiques les plus couramment utilisés étaient les bêtalactamines antibactériennes et les pénicillines (amoxicilline en particulier), suivi des tétracyclines.

Comparaisons internationales

En 2019-2020, le volume total d'antibiotiques prescrits pour une utilisation systémique au Manitoba, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique était inférieur à la moyenne de 30 pays de l'OCDE, soit 17 DTQ par 1 000 habitants par jour. Parmi ces pays, le volume le plus élevé d'antibiotiques utilisés était près de 4 fois le volume du pays affichant l'utilisation la plus faible. Dans l'ensemble des pays comparables au Canada, l'Australie affichait un volume d'utilisation près du double de la moyenne de l'OCDE avec 32 DTQ par 1 000 habitants par jour, tandis que la Suède, l'Allemagne et le Royaume-Uni affichaient respectivement des volumes de 9, 11 et 16 DTQ par 1 000 habitants par jour¹⁴.



Antibiotiques délivrés dans la collectivité au cours de la première année de la pandémie de COVID-19

Au Canada, on a observé une réduction de 28 % de la quantité d'antibiotiques délivrés dans la collectivité de 2019-2020 à 2020-2021, particulièrement chez les enfants de moins de 10 ans, groupe d'âge pour lequel la baisse atteint 69 %. Cette chute pourrait s'expliquer par l'exposition réduite aux virus respiratoires et la diminution du nombre de consultations d'un médecin de famille attribuable aux restrictions sanitaires¹⁷. Des résultats préliminaires de l'Agence de la santé publique du Canada révèlent une réduction semblable de la prescription d'antibiotiques au cours des 8 premiers mois de la pandémie¹⁸. Une étude ontarienne a établi un lien entre la baisse d'utilisation des antibiotiques et la diminution du nombre d'ordonnances visant des troubles respiratoires¹⁹.

Agir pour réduire la surutilisation

De nombreux efforts sont déployés à l'échelle nationale et régionale pour promouvoir le recours judicieux aux antibiotiques, mais les comparaisons internationales suggèrent qu'il est encore possible d'améliorer les pratiques au Canada. Des programmes nationaux, comme Utilisation judicieuse des antibiotiques, ont conçu des ressources et des outils pour sensibiliser la population à l'utilisation appropriée de ces médicaments. Bon nombre de provinces et de territoires combinent la sensibilisation à des interventions actives, comme la vérification des ordonnances d'antibiotiques et la communication des résultats aux praticiens afin d'encourager le recours aux antibiotiques uniquement en cas de nécessité²⁰. Voici quelques exemples de mesures de gestion des antibiotiques.



Sensibilisation de masse à l'utilisation des antibiotiques en Colombie-Britannique et en Alberta

Au Canada, c'est la Colombie-Britannique qui a le mieux réussi à réduire son utilisation d'antibiotiques. Cette province affiche le taux d'utilisation le plus faible. *Des pilules pour tous les microbes?* en Colombie-Britannique et en Alberta comprend des ressources éducatives destinées tant aux prescripteurs qu'au public. Les écoles, les services de garde et les établissements de soins communautaires servent de vecteurs de communication et des campagnes publicitaires sont menées dans les transports publics et les médias sociaux²¹.



Vérification et rétroaction en Ontario

En décembre 2018, les dispensateurs de soins primaires qui prescrivaient le plus d'antibiotiques en Ontario ont reçu une lettre dans laquelle leur taux de prescription était comparé aux normes provinciales. Le document contenait aussi des conseils sur la façon de limiter la surutilisation de ces médicaments. Comparativement aux grands prescripteurs qui n'ont pas reçu cette lettre, ceux qui l'ont reçue ont réduit de 8,1 % leur recours aux traitements antibiotiques de longue durée et de 6,1 % les coûts associés aux antibiotiques qu'ils prescrivaient (2 écarts statistiquement significatifs)²⁰.



Formation continue en pharmacothérapie à Terre-Neuve-et-Labrador

En 2018, Quality of Care NL a lancé un programme de formation continue en pharmacothérapie afin de fournir des séances en personne dans l'est de la province²².²³. Un clinicien responsable fournissait aux cabinets de soins primaires une fiche d'évaluation décrivant en détail leurs pratiques de prescription. L'expérience s'ensuivait d'une formation sur l'optimisation de l'usage des antibiotiques. Des crédits de formation médicale continue étaient offerts pour encourager la participation. En 2020, les séances en personne ont été remplacées par des vidéos ayant pour but d'analyser les fiches d'évaluation et de favoriser la réflexion personnelle sur les habitudes de prescription^{24, 25}.



Autres outils et ressources

Utilisation judicieuse des antibiotiques

La campagne nationale Utilisation judicieuse des antibiotiques encourage les discussions sur le recours non nécessaire aux antibiotiques dans divers milieux de pratique. Dans le milieu des soins primaires, la campagne est menée de pair avec le Collège des médecins de famille du Canada pour favoriser la participation des médecins de famille à la formation médicale continue. Un partenariat a également été établi avec le Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires pour fournir des rapports d'évaluation aux prescripteurs.

Parmi les outils utilisés figurent¹³

- des recommandations sur les pratiques;
- des affiches pour les salles d'attente;
- des tablettes d'ordonnances différées (qui indiquent aux patients d'entreprendre le traitement antibiotique seulement s'ils ne se sentent pas mieux après quelques jours);
- de l'information sur la surutilisation des antibiotiques à l'intention des patients;
- la trousse Bonnes pratiques, qui contient des outils sur les soins aux patients en soins ambulatoires atteints d'une infection des voies respiratoires.

Découvrez d'autres [efforts de gestion des agents antimicrobiens](#) déployés à l'échelle du pays.

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

Principale constatation

La situation en 2019-2020

Tendance



Le taux d'utilisation chronique des benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques a diminué de 16 % de 2014-2015 à 2019-2020.

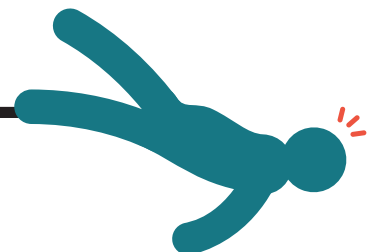


Dans l'ensemble des provinces canadiennes, à l'exclusion du Québec, **1 personne âgée sur 12** utilisait régulièrement des benzodiazépines ou d'autres sédatifs hypnotiques^{vi}.

Pourquoi est-ce important?



Les benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques sont couramment prescrits pour traiter l'anxiété, l'agitation, le delirium, l'insomnie et les convulsions. Toutefois, les personnes âgées (65 ans et plus) peuvent être plus sensibles aux effets de ces médicaments, ce qui peut accroître le risque de chute, de fracture de la hanche et d'accident de circulation, et mener à une hospitalisation, voire au décès²⁶.



vi. Ce chiffre ne représente que les médicaments délivrés dans les pharmacies communautaires et remboursés par les régimes publics d'assurance médicaments.



Les interventions comportementales et la thérapie cognitive et comportementale sont de plus en plus considérées comme de meilleures approches dans le traitement de l'insomnie, de l'anxiété et d'autres problèmes²⁷.



Lorsque les interventions comportementales ne fonctionnent pas chez une personne âgée et que des benzodiazépines ou d'autres sédatifs hypnotiques sont nécessaires, le traitement doit être le plus court possible²⁸.

Voici la recommandation de Choisir avec soin selon l'Académie canadienne de gérontopsychiatrie, la Société canadienne de médecine d'hôpital, l'Association des psychiatres du Canada et 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^{vii}, l'agitation ou le delirium²⁹⁻³¹.

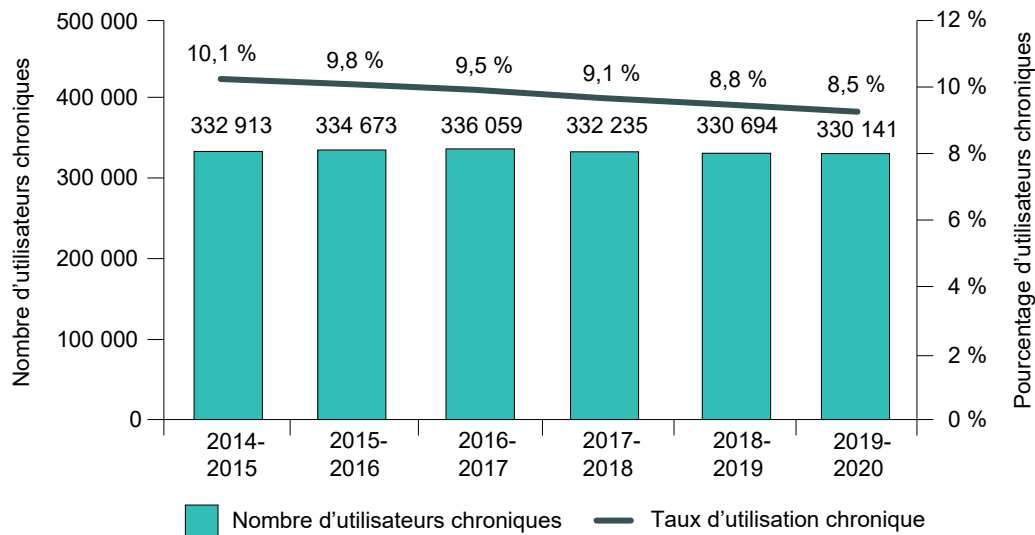
L'Association des pharmaciens du Canada et la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux ont émis des recommandations comparables³².

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

Tendance générale et variations provinciales

Le taux d'utilisation chronique des benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques^{viii, ix}, chez les personnes âgées a diminué de 16 % de 2014-2015 à 2019-2020. Ainsi, en 2019-2020, environ 2 800 personnes âgées de moins utilisaient des benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques de manière chronique qu'en 2014-2015 dans l'ensemble des provinces canadiennes (à l'exclusion du Québec).

Figure 4 Nombre total et pourcentage de personnes âgées utilisant de manière chronique des benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques, provinces sélectionnées, 2014-2015 à 2019-2020



Remarques

Le pourcentage de personnes âgées affichant une utilisation chronique a été normalisé selon l'âge. La population étudiée comprenait les personnes âgées ayant présenté au moins une demande de remboursement de médicament au cours de la période visée.

Cette analyse inclut l'ensemble des provinces, sauf le Québec.

L'utilisation de benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques prise en compte ne se limite pas aux indications d'insomnie, d'agitation et de delirium.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, 2013-2014 à 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé.

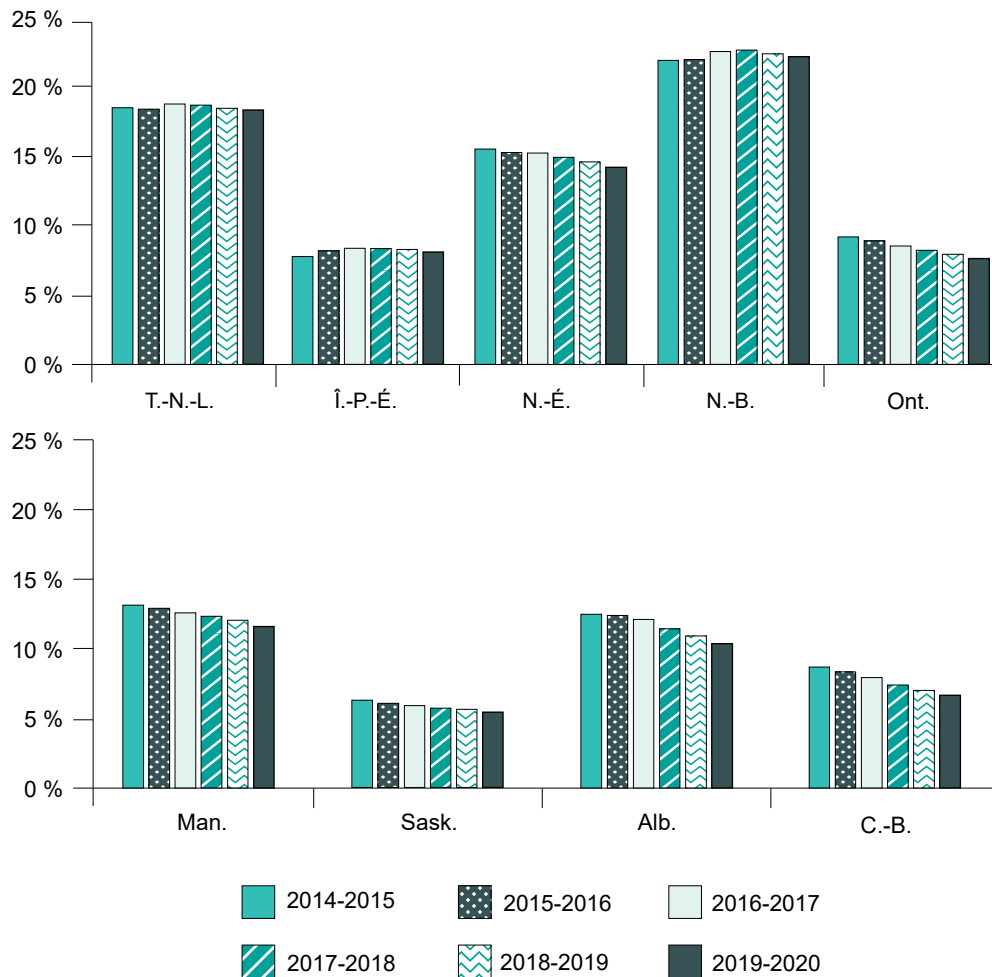
viii. Cette figure représente les personnes âgées ayant reçu des benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques pendant plus de 30 jours au cours du trimestre à l'étude et du trimestre le précédent.

ix. L'utilisation de benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques prise en compte n'est pas limitée aux indications d'insomnie, d'agitation et de delirium.

Le taux d'utilisation chronique des benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques a diminué dans la plupart des provinces et territoires de 2014-2015 à 2019-2020, mais il importe de faire preuve de prudence dans la comparaison des taux des provinces et territoires en raison des différences entre les régimes publics d'assurance médicaments. Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick remboursent les médicaments d'un groupe réduit de personnes âgées par rapport aux autres provinces et territoires du Canada. Il se peut donc que leur taux ne soit pas représentatif de l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus. Quoiqu'il en soit, les différences dans les pratiques de prescription des médecins et le profil sociodémographique des patients d'une province et d'un territoire à l'autre sont aussi susceptibles d'influer sur l'utilisation chronique déclarée.



Figure 5 Pourcentage de personnes âgées utilisant de manière chronique des benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques, selon la province, 2014-2015 à 2019-2020



Remarques

Les régimes d'assurance médicaments publics 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. Il se peut donc que leurs données ne soient pas représentatives de l'ensemble de la population des 65 ans et plus.

Le pourcentage de personnes âgées affichant une utilisation chronique a été normalisé selon l'âge.

La population étudiée comprenait les personnes âgées ayant présenté au moins une demande de remboursement de médicament au cours de la période visée.

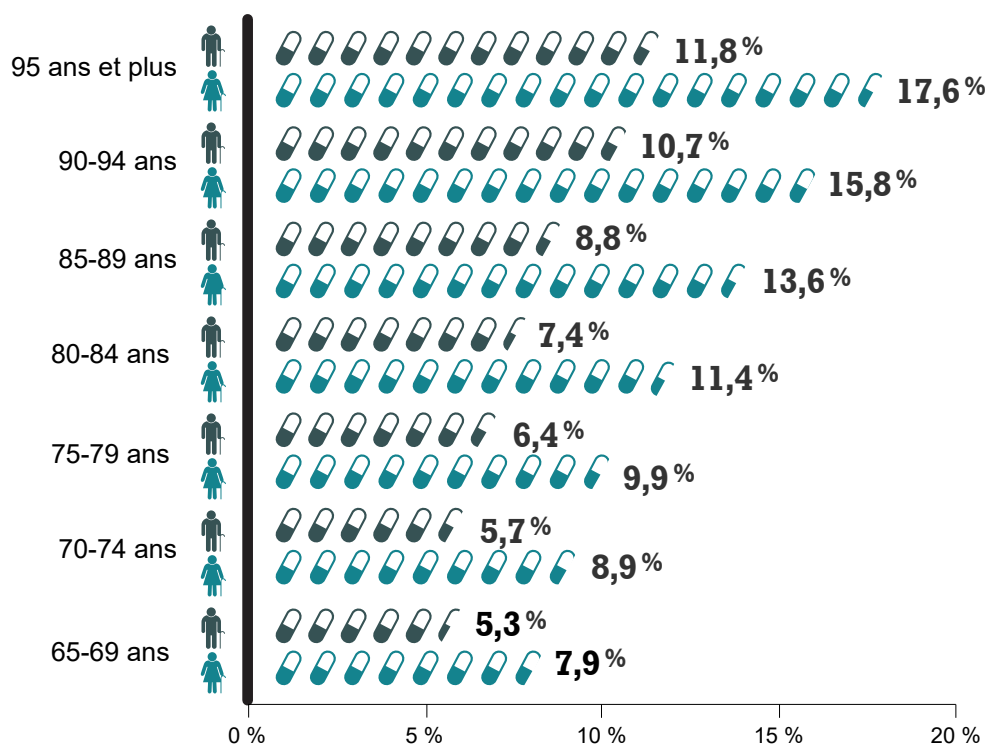
Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, 2013-2014 à 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé.

Autres constatations

Certains groupes étaient plus susceptibles que d'autres d'avoir recours aux benzodiazépines et à d'autres sédatifs hypnotiques de façon régulière. L'utilisation chronique était plus courante chez les femmes et augmentait avec l'âge, peu importe le sexe. En 2019-2020, les femmes étaient plus nombreuses (10 %) que les hommes (6 %) à utiliser de manière chronique des benzodiazépines ou d'autres sédatifs hypnotiques. Ces résultats correspondent à ceux d'une étude antérieure, qui avait démontré que les femmes étaient plus susceptibles de recevoir des médicaments inappropriés, même après ajustement statistique en fonction des différences dans les caractéristiques cliniques, socioéconomiques et personnelles^{33, 34}.

Pourcentage de personnes âgées utilisant de manière chronique des benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques, selon l'âge et le sexe, 2019-2020



Remarque

La population étudiée comprenait les personnes âgées ayant présenté au moins une demande de remboursement de médicament au cours de la période visée.

L'utilisation chronique de benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques était plus courante chez les personnes âgées habitant un quartier à faible revenu. En Ontario, une province qui offre aux personnes âgées un régime public d'assurance médicaments, 26 % de celles qui utilisaient régulièrement des benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques habitaient dans les quartiers au revenu le plus faible, contre 16 % dans les quartiers au revenu le plus élevé.

En 2019-2020, les 5 principaux benzodiazépines et autres sédatifs hypnotiques utilisés de façon chronique par les personnes âgées (la trazodone, le lorazépam, le zopiclone, le clonazépam et la quétiapine à faible dose) représentaient 84 % des médicaments de ce type utilisés. De 2014-2015 à 2019-2020, l'utilisation de la trazodone et de la quétiapine a augmenté, tandis que celle des autres médicaments a diminué ou est demeurée stable. Des résultats comparables ont été observés dans une étude antérieure réalisée en Ontario³⁵.



Utilisation chronique des benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques durant la première année de la pandémie de COVID-19

Le taux d'utilisation chronique a légèrement diminué en 2020-2021, durant la pandémie de COVID-19, comparativement à 2019-2020 (8,1 % contre 8,5 %), possiblement en raison de l'accès limité aux soins de santé primaires.

Agir pour réduire la surutilisation

Pour les personnes âgées, les risques découlant de l'utilisation des benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques peuvent dépasser les bienfaits potentiels^{26, 36}. Le taux d'utilisation de sédatifs est en baisse, mais le nombre de personnes âgées y ayant recours demeure stable. Or, les faibles taux observés dans certaines provinces montrent que des réductions sont encore possibles. Les raisons expliquant ce déclin peuvent être multidimensionnelles et comptent notamment une plus grande sensibilisation aux méfaits des sédatifs, l'examen des médicaments prescrits, les efforts visant à réduire le nombre de médicaments pris par les patients, la vérification des pratiques de prescription et la rétroaction, ainsi que le remplacement de ces substances par d'autres médicaments, comme la trazodone. Des campagnes de sensibilisation de la population sur les risques de ces médicaments ont aussi été mises en place. Voici quelques exemples de mesures prises afin de réduire le recours aux benzodiazépines.

Exemples de mesures



Essai EMPOWER

Les patients étaient invités à participer à l'essai EMPOWER randomisé par grappes à leur pharmacie communautaire alors qu'ils renouvelaient leurs ordonnances de benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques³⁷. Dans le groupe d'intervention, les patients ont reçu de leur pharmacien une brochure sur les méfaits et les bienfaits des benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques, ainsi qu'un outil pour en diminuer peu à peu leur usage. 27 % des personnes qui ont reçu la brochure ont cessé d'utiliser des sédatifs contre 5 % des personnes qui ne l'avaient pas reçue. Cette étude a révélé que les patients qui reçoivent directement de l'information sur les risques et les avantages peuvent décider de cesser de prendre des médicaments qui présentent un risque de préjudice.



Profil MD Snapshot-Prescribing en Alberta

Le profil MD Snapshot-Prescribing élaboré par le College of Physicians & Surgeons of Alberta fournit aux médecins un rapport personnalisé sur la quantité de benzodiazépines qu'ils ont prescrites à leurs patients³⁸. Plus de la moitié des médecins participants ont indiqué vouloir apporter des changements à leurs pratiques de prescription en fonction de leur profil, et les 2 tiers des répondants ont trouvé l'information sur leur profil de prescripteur utile.



Sensibilisation de la population à Terre-Neuve-et-Labrador

SaferMedsNL est une campagne provinciale qui réunit des défenseurs des droits des patients, des professionnels de la santé et des universitaires pour sensibiliser la population sur les risques des médicaments sédatifs hypnotiques³⁹.



Autres outils et ressources

- Institut de recherche Bruyère : [Algorithme de déprescription des benzodiazépines et “Z-drugs” \(BZRA\)](#)
- Choisir avec soin : [Trousse pour déprescrire les benzodiazépines et autres hypnotiques sédatifs en médecine de premier recours](#)
- Choisir avec soin : [Trousse à outils pour réduire l'utilisation inappropriée des benzodiazépines et des hypnotiques chez les adultes âgés dans les hôpitaux](#)
- Centre for Effective Practice : [Outil de gestion de l'utilisation des benzodiazépines chez les personnes âgées \(en anglais seulement\)](#)

Découvrez d'autres [efforts de réduction de l'utilisation des benzodiazépines](#) déployés à l'échelle du pays.

Contention physique et antipsychotiques en soins de longue durée

Principale constatation

La situation en 2019-2020



Les mesures de contention physique quotidienne touchaient moins de 1 résident sur 20 en soins de longue durée

à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse, en Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan, en Alberta, en Colombie-Britannique et au Yukon.

Tendance



Le recours à la contention physique quotidienne en soins de longue durée a chuté de 47 % de 2014-2015 à 2019-2020.

La situation en 2019-2020



Tendance



L'utilisation potentiellement inappropriée d'antipsychotiques a baissé de 26 % de 2014-2015 à 2019-2020.

1 résident sur 5 en soins de longue durée

prenait des antipsychotiques sans diagnostic de psychose à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse, en Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan, en Alberta, en Colombie-Britannique et au Yukon.



Pourquoi est-ce important?

La contention physique est une mesure utilisée sur une personne entière ou une partie de son corps afin de limiter ses mouvements ou ses comportements⁴⁰. Il existe 3 types de contention : physique, chimique (c.-à-d. des médicaments psychoactifs comme les antipsychotiques) et environnementale⁴⁰.



La contention physique limite les mouvements d'une personne. Il peut s'agir d'un fauteuil duquel elle ne peut pas se lever, d'une ceinture installée lors des repas ou d'une ridelle de lit. Ces mesures de contention servent parfois à prévenir les chutes, mais aussi à gérer les comportements chez les résidents en soins de longue durée, même si nous disposons de données limitées sur leur efficacité⁴¹. Elles comportent également des risques physiques et psychologiques. Elles peuvent notamment aggraver le delirium et l'agitation, voire conduire au décès⁴¹.

Les agents antipsychotiques sont parfois utilisés pour gérer les symptômes comportementaux associés à la démence, mais ils peuvent entraîner des effets secondaires nocifs — comme la somnolence, la confusion accrue et des changements physiques — qui inquiètent les résidents et leurs proches³².



Dans de nombreux cas, les interventions comportementales (p. ex. faire des exercices physiques ou mentaux, participer à es activités sociales, apprendre des façons de compenser) peuvent aider à réduire les symptômes⁴² et le recours aux médicaments.



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 solutions⁴³.

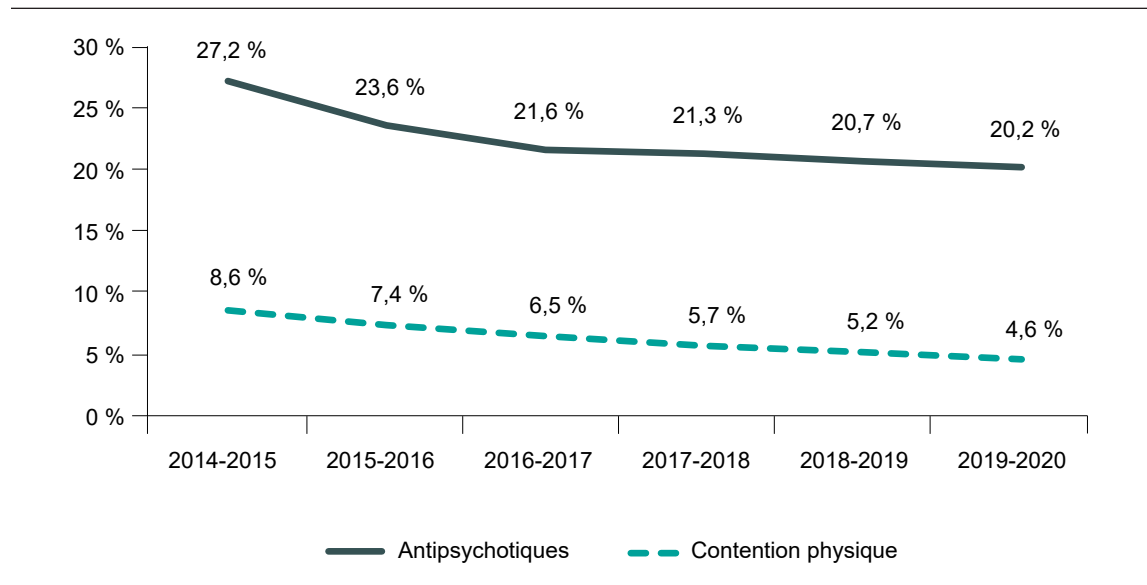
L'ICIS produit des rapports sur de nombreux indicateurs de la qualité des soins de longue durée. Le présent rapport se penche sur la contention physique quotidienne et l'utilisation potentiellement inappropriée d'antipsychotiques chez les résidents qui n'ont pas reçu de diagnostic de psychose^x.

Tendance générale, et variations provinciales et territoriales

Le recours à la contention physique quotidienne et l'utilisation inappropriée d'antipsychotiques ont diminué chez les résidents en soins de longue durée, même si la tendance à la baisse semble s'être progressivement stabilisée depuis 2016-2017. Le taux de contention physique quotidienne est passé de 8,6 % en 2014-2015 à 4,6 % en 2019-2020, ce qui équivaut à une baisse de 18 000 résidents physiquement restreints sur une base quotidienne. Le taux d'utilisation des antipsychotiques sans diagnostic de psychose est passé de 27 % en 2014-2015 à 20 % en 2019-2020, ce qui représente 37 500 résidents de moins qui utilisent ces médicaments sans diagnostic de psychose. La diffusion de rapports publics sur les indicateurs de la performance en soins de longue durée peut encourager les efforts d'amélioration de la qualité et avoir contribué à réduire le recours à la contention^{25, 26}.

x. Les données de l'ICIS n'incluent pas la contention environnementale, qui sert à limiter la mobilité.

Figure 6 Recours à la contention physique quotidienne et aux antipsychotiques chez les résidents en soins de longue durée, provinces et territoires sélectionnés, 2014-2015 à 2019-2020



Remarques

L'analyse sur la contention excluait les résidents comateux ou quadriplégiques.

Le taux de recours à la contention a été normalisé au niveau des établissements, à l'aide de la version longue d'une échelle sur les activités de la vie quotidienne (AVQ).

L'analyse sur les antipsychotiques excluait les résidents au stade terminal de leur maladie, qui recevaient des soins palliatifs ou en hospice, qui avaient reçu un diagnostic de schizophrénie ou de chorée de Huntington, et ceux qui avaient des hallucinations ou des délires.

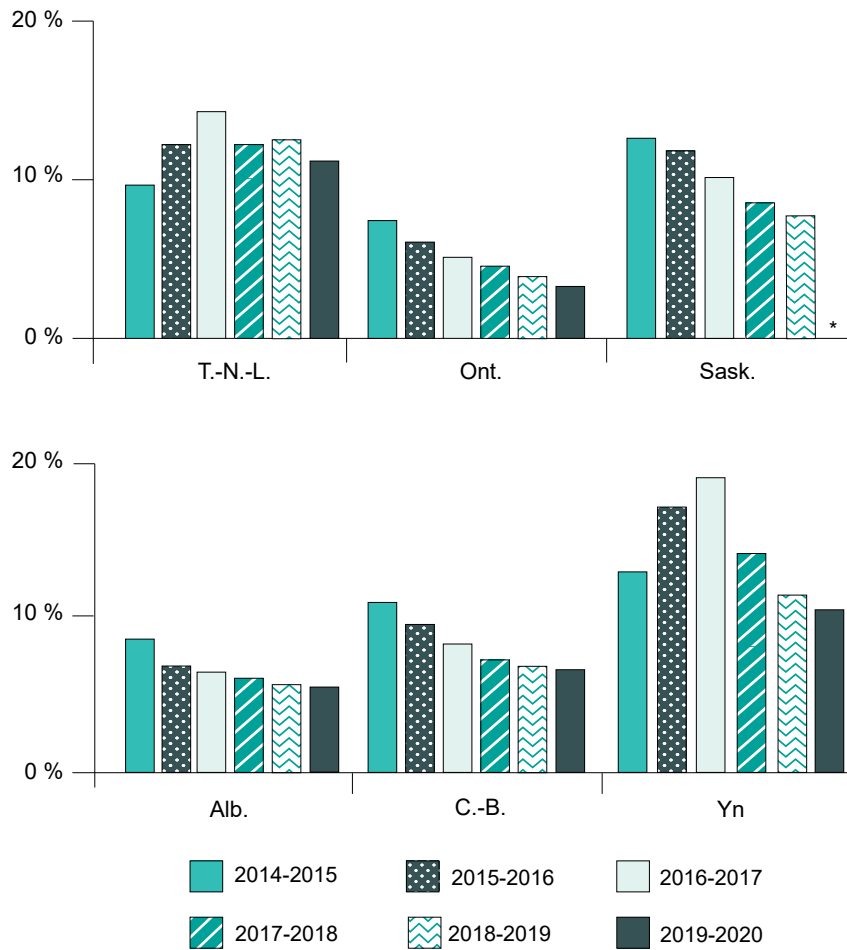
Le taux d'utilisation d'antipsychotiques a été normalisé au moyen de l'indice des groupes clients à l'échelle de l'établissement selon une population de référence, puis ajusté selon les risques associés à des covariables individuelles (agitation motrice, difficultés modérées ou graves à prendre des décisions, problème de mémoire à long terme, échelle de rendement cognitif, combinaison d'Alzheimer et d'autres démences, ou résidents âgés de moins de 65 ans).

Source

Système d'information sur les soins de longue durée, 2014-2015 à 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé.

Le recours à la contention physique quotidienne variait d'une province et d'un territoire à l'autre. En 2019-2020, Terre-Neuve-et-Labrador affichait le taux le plus élevé (11,1 %), et l'Ontario, le plus bas (3,3 %). En Ontario, en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique, les taux affichaient un déclin linéaire au cours des 6 années à l'étude, tandis qu'à Terre-Neuve-et-Labrador et au Yukon, ils ont atteint leur apogée en 2016-2017 avant de redescendre.

Figure 7 Pourcentage de recours à la contention physique quotidienne chez les résidents en soins de longue durée selon l'autorité compétente, 2014-2015 à 2019-2020



Remarques

* Les résultats de la Saskatchewan pour 2019-2020 ne sont pas présentés, car la province a effectué la transition de l'instrument d'évaluation des résidents — fichier minimal 2.0 à l'instrument d'évaluation Soins de longue durée en établissement interRAI au cours de cet exercice.

Les données de l'Office régional de la santé de Winnipeg au Manitoba et de l'autorité sanitaire Central Zone en Nouvelle-Écosse, ainsi qu'une petite partie des données de la Saskatchewan (2019-2020), sont incluses dans le taux global, mais ne sont pas présentées à l'échelle provinciale.

L'analyse sur la contention excluait les résidents comateux ou quadriplégiques.

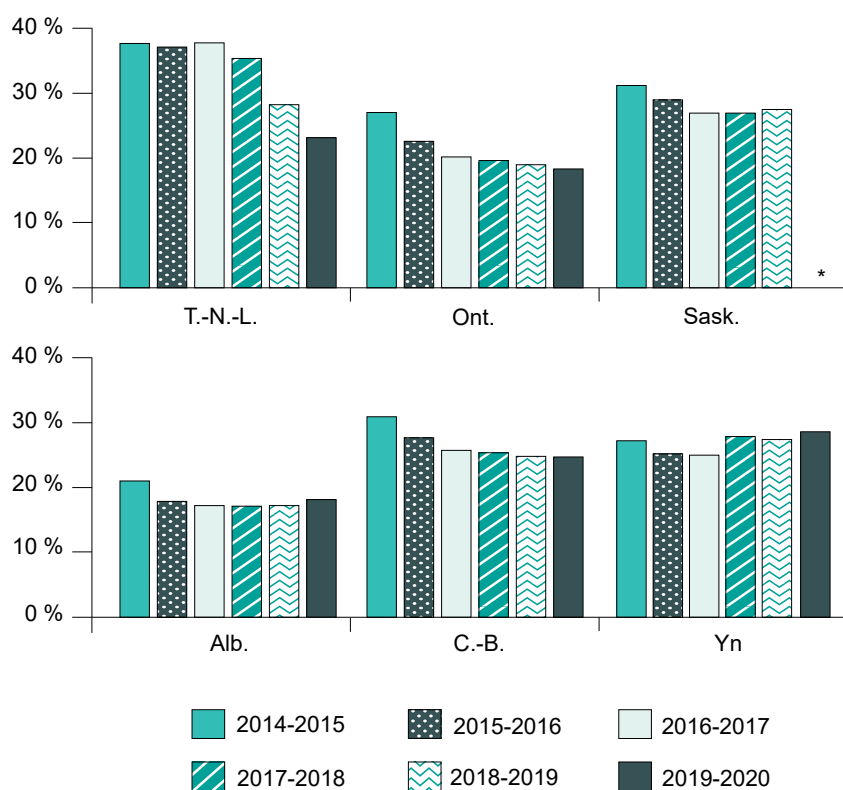
Le taux de recours à la contention a été normalisé à l'aide de la version longue d'une échelle sur les AVQ au niveau des établissements selon une population de référence.

Source

Système d'information sur les soins de longue durée, 2014-2015 à 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé.

Les taux d'utilisation d'antipsychotiques chez les résidents en soins de longue durée sans diagnostic de psychose ont diminué dans toutes les provinces de 2014-2015 à 2019-2020, mais la baisse n'était pas toujours linéaire. En 2019-2020, les taux allaient de 18 % en Alberta à 29 % au Yukon.

Figure 8 Pourcentage des résidents qui utilisaient des antipsychotiques sans avoir reçu de diagnostic de psychose, selon l'autorité compétente, 2014-2015 à 2019-2020



Remarques

* Les résultats de la Saskatchewan pour 2019-2020 ne sont pas présentés, car la province a effectué la transition de l'instrument d'évaluation des résidents — fichier minimal 2.0 à l'instrument d'évaluation Soins de longue durée en établissement interRAI au cours de cet exercice. Les données de l'Office régional de la santé de Winnipeg au Manitoba et de l'autorité sanitaire Central Zone en Nouvelle-Écosse, ainsi qu'une petite partie des données de la Saskatchewan (2019-2020), sont incluses dans le taux global, mais ne sont pas présentées à l'échelle provinciale. L'analyse sur les antipsychotiques exclut les résidents au stade terminal de leur maladie, qui recevaient des soins palliatifs ou en hospice, et qui avaient reçu un diagnostic de schizophrénie ou de chorée de Huntington, et ceux qui avaient des hallucinations ou des délires. Le taux d'utilisation d'antipsychotiques a été normalisé au moyen de l'indice des groupes clients à l'échelle de l'établissement selon une population de référence, puis ajusté selon les risques associés à des covariables individuelles (agitation motrice, difficultés modérées ou graves à prendre des décisions, problème de mémoire à long terme, échelle de rendement cognitif, combinaison d'Alzheimer et d'autres démences, ou résidents âgés de moins de 65 ans).

Source

Système d'information sur les soins de longue durée, 2014-2015 à 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé.

De nombreux facteurs peuvent contribuer aux tendances et aux variations dans les taux de recours à la contention physique quotidienne et aux antipsychotiques sans diagnostic de psychose :

- Dans certaines autorités compétentes, le petit nombre de résidents en soins de longue durée peut rendre les tendances moins stables.
- Les changements dans les politiques et les procédures, la façon dont chaque province ou territoire fournit les services et les caractéristiques changeantes des résidents en soins de longue durée peuvent influencer sur les tendances et les variations.
- La diffusion des rapports par divers organismes peut aussi avoir contribué à la baisse.



Consultez [l'outil Web interactif](#) [Votre système de santé de l'ICIS](#) pour explorer les plus récentes données sur les taux de recours à la contention physique quotidienne et d'utilisation potentiellement inappropriée d'antipsychotiques chez les résidents sans diagnostic de psychose à l'échelle des régions et des établissements.

Autres constatations

Les taux élevés de recours à la contention physique quotidienne et aux antipsychotiques en l'absence de diagnostic de psychose ont été associés aux caractéristiques suivantes chez les résidents :

- un nombre accru de symptômes de dépression;
- une déficience cognitive marquée;
- peu d'interactions sociales dans l'établissement de soins de longue durée;
- des expressions personnelles et des comportements fortement réactifs.

Le taux de recours à la contention physique quotidienne était plus élevé chez les résidents qui avaient besoin d'un soutien accru pour effectuer les AVQ, peut-être parce que des mesures de contention physique (comme les ceintures) sont utilisées pour prévenir les blessures.

Le taux d'utilisation potentiellement inappropriée d'antipsychotiques chez les résidents sans diagnostic de psychose diminuait avec l'âge. Les résultats de 2019-2020 montrent que les résidents qui ont pris des antipsychotiques sans diagnostic de psychose l'ont fait pendant plus de 10 mois (selon les données de l'ICIS sur les produits pharmaceutiques).

La contention physique quotidienne et les antipsychotiques peuvent être utilisés pour différentes raisons, mais ces 2 mesures ont été utilisées conjointement chez un petit nombre de résidents (1,5 %), alors qu'un seul de ces 2 types de contention a été utilisé chez 21,4 % des résidents.

Les agents antipsychotiques les plus courants chez les résidents en soins de longue durée sans diagnostic de psychose étaient la quétiapine et la rispéridone (plus de 70 % des ordonnances). Consultez les tableaux de données pour obtenir un complément d'information.



Recours à la contention physique et utilisation d'antipsychotiques en soins de longue durée durant la première année de la pandémie de COVID-19

De 2019-2020 à 2020-2021, les taux de recours à la contention physique quotidienne ont légèrement fléchi à Terre-Neuve-et-Labrador, en Alberta et en Colombie-Britannique et ont diminué de plus de 15 % en Ontario.

Comparativement à 2019-2020, les taux d'utilisation d'antipsychotiques ont légèrement augmenté en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique en 2020-2021, tandis qu'ils ont légèrement reculé à Terre-Neuve-et-Labrador.

Dans l'ensemble, les taux pour ces 2 mesures étaient plus élevés en 2020-2021 qu'en 2019-2020, mais ces résultats doivent être interprétés avec prudence, car ils incluent les données du Nouveau-Brunswick et de la Saskatchewan, qui utilisaient l'instrument Soins de longue durée en établissement (SLD) interRAI^{xi}.

xi. Les résultats du Nouveau-Brunswick et de la Saskatchewan pour 2020-2021 proviennent des données recueillies au moyen de l'instrument d'évaluation SLD interRAI, tandis que les autres provinces et territoires ont utilisé le RAI-MDS 2.0. Le Nouveau-Brunswick et la majeure partie de la Saskatchewan ne sont pas inclus dans les données de 2019-2020.

Agir pour réduire la surutilisation

Le recours aux antipsychotiques a diminué de façon constante au cours des années ayant précédé la pandémie, partiellement en raison des efforts majeurs déployés pour réduire les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence sans l'aide de médicaments. Malgré ces efforts, la variation des taux d'utilisation d'une province et d'un territoire à l'autre indique qu'il est encore possible de faire mieux. Les stratégies qui ont contribué à réduire les taux comprennent des mesures d'amélioration de la qualité à grande échelle et à l'échelle locale, par exemple des campagnes de sensibilisation de la population dans les médias de masse, la diffusion de rapports publics sur les indicateurs de la performance, des lignes directrices sur les pratiques exemplaires et des programmes éducatifs — en particulier dans le cadre de la formation en soins infirmiers⁴⁴⁻⁴⁸. Voici quelques-uns des efforts déployés au Canada pour diminuer l'utilisation potentiellement inappropriée des antipsychotiques.

Exemples de mesures

Utilisation appropriée des antipsychotiques

Le programme Utilisation appropriée des antipsychotiques d'Excellence en santé Canada a été conçu dans le but de trouver des solutions de rechange aux antipsychotiques dans la gestion des comportements réactifs et d'encourager l'utilisation appropriée des médicaments⁴⁷. Dans le cadre de cette initiative, des équipes interdisciplinaires font participer les résidents et leur famille à l'examen de leurs plans de soins et si les antipsychotiques ne sont plus jugés nécessaires, leur administration est abandonnée ou réduite. À l'issue d'une collaboration à l'échelle nationale, cette initiative a pris la forme de collaborations provinciales au Nouveau-Brunswick, à Terre-Neuve-et-Labrador, à l'Île-du-Prince-Édouard et au Québec. Elle a été mise en œuvre dans plus de 300 établissements de soins de longue durée. Par exemple, au Nouveau-Brunswick, une étude de 2 ans a fait état d'une réduction de plus de 50 % de l'utilisation des antipsychotiques dans 58 centres de soins infirmiers⁴⁶.

Autres outils et ressources

- Choisir avec soin : [Guide de ressources Choisir avec soin en soins de longue durée](#)
- Institut de recherche Bruyère : [Algorithme de déprescription des antipsychotiques](#)
- Excellence en santé Canada a créé des ressources à l'intention des [personnes atteintes de démence, de leur famille et de leurs proches aidants](#), des [directions des établissements de soins de longue durée](#) et [des prescripteurs](#)

Découvrez d'autres [efforts de réduction de l'utilisation des antipsychotiques](#) déployés à l'échelle du pays.

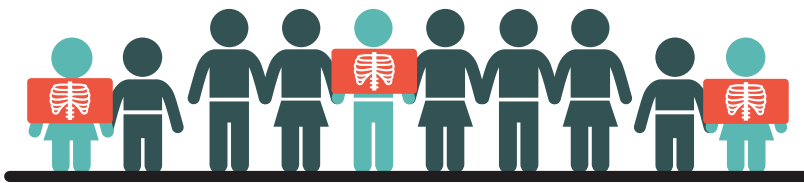
Soins d'urgence



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

Principale constatation

La situation en 2019-2020



3 enfants sur 10 vus aux urgences

en raison de l'asthme ou d'une bronchiolite ont passé une radiographie thoracique (Ontario, Alberta et Yukon).

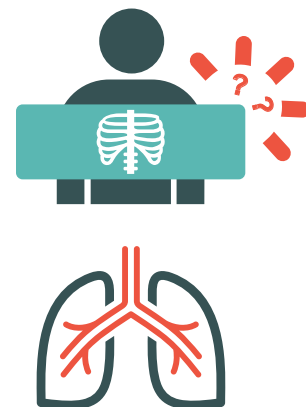
Tendance



Les taux de radiographies thoraciques chez les enfants atteints d'asthme ou de bronchiolite étaient généralement stables de 2014-2015 à 2019-2020 en Ontario, en Alberta et au Yukon.

Pourquoi est-ce important?

L'asthme et la bronchiolite sont caractérisés par une inflammation des voies respiratoires dans les poumons. Toutefois, dans les cas typiques, les radiographies pulmonaires améliorent rarement le diagnostic, le traitement et les résultats, elles exposent invariablement les patients à des rayonnements et peuvent engendrer un diagnostic inexact et le recours inutile à des antibiotiques^{49, 50}.



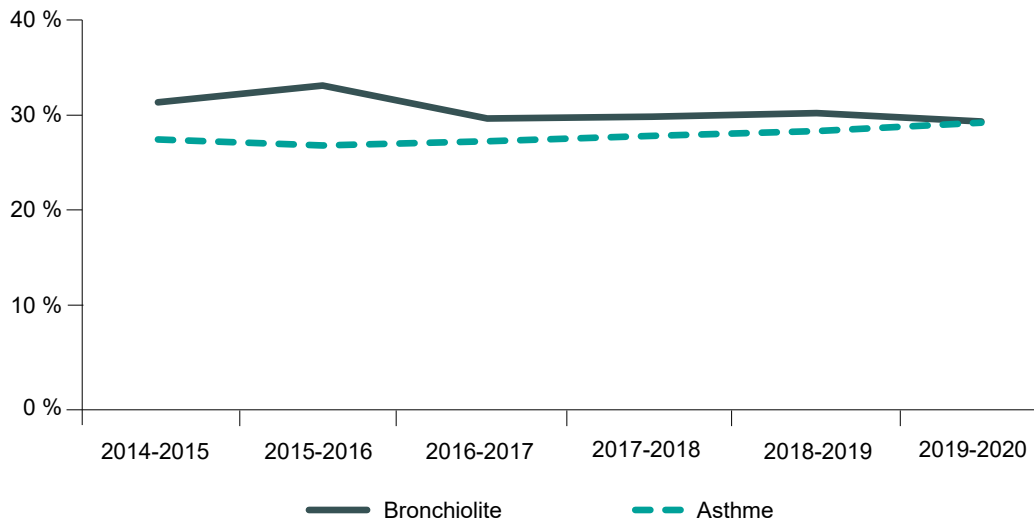
C'est pourquoi le comité de pédiatrie de la Society of Hospital Medicine des États-Unis a émis la recommandation suivante :

Ne prescrivez pas de radiographie thoracique aux enfants atteints d'asthme ou de bronchiolite sans complication⁵¹.

Tendance générale, et variations provinciales et territoriales

De 2014-2015 à 2019-2020, les taux de radiographie thoracique étaient généralement stables. Ce type d'examen était prescrit dans environ 30 % des cas de bronchiolite (chez les nourrissons de moins d'un an) et d'asthme (chez les enfants de 3 à 17 ans). En 2019-2020, cela a représenté environ 8 200 radiographies thoraciques potentiellement non nécessaires.

Figure 9 Taux de radiographies thoraciques chez les enfants ayant visité le service d'urgence en raison de l'asthme ou d'une bronchiolite, provinces et territoires sélectionnés, 2014-2015 à 2019-2020



Remarques

Le taux d'examens d'imagerie pour une bronchiolite a été ajusté selon le sexe et le niveau de triage du patient.

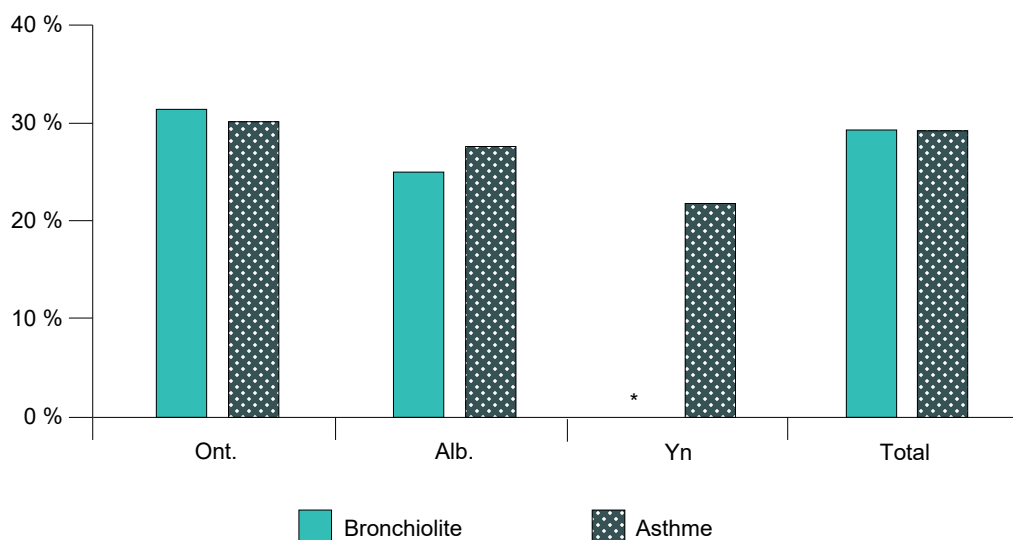
Le taux d'examens d'imagerie pour l'asthme a été ajusté selon l'âge, le sexe et le niveau de triage du patient.

Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2013-2014 à 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé.

Le taux de recours à la radiographie variait — celui de l'Ontario était plus élevé que celui de l'Alberta et du Yukon pour l'asthme et plus élevé que celui de l'Alberta pour la bronchiolite.

Figure 10 Taux de radiographies thoraciques chez les enfants ayant visité le service d'urgence en raison de l'asthme ou d'une bronchiolite, selon la province ou le territoire, 2019-2020



Remarques

* Le taux d'examen d'imagerie pour la bronchiolite au Yukon n'est pas présenté en raison du faible volume. Le taux d'examen d'imagerie pour une bronchiolite a été ajusté selon le sexe et le niveau de triage du patient. Le taux d'examen d'imagerie pour l'asthme a été ajusté selon l'âge, le sexe et le niveau de triage du patient.

Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2018-2019 à 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé.

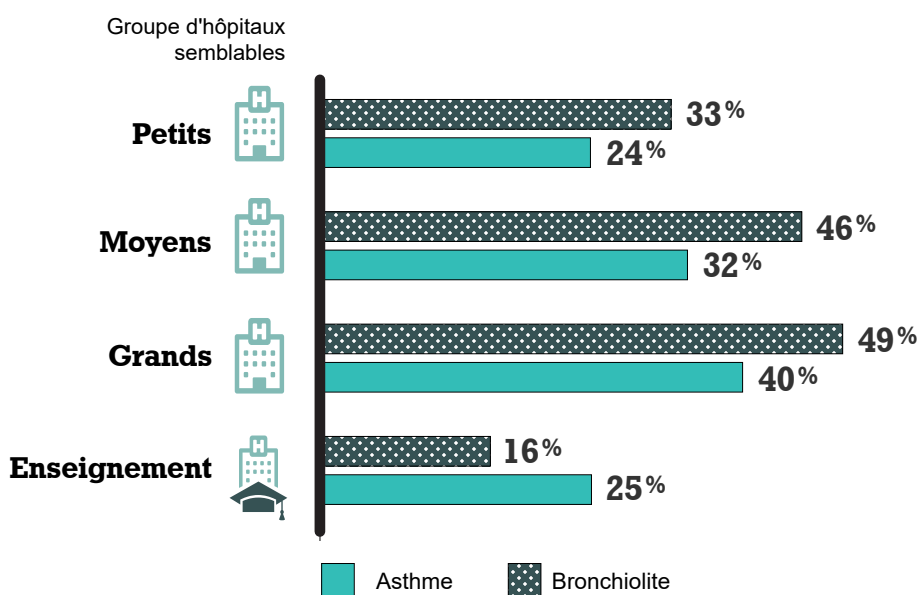
Autres constatations

Les taux de radiographies thoraciques pour l'asthme ou une bronchiolite variaient :

- Les jeunes de 13 à 17 ans étaient plus susceptibles de passer une radiographie pour l'asthme que les enfants de 3 à 12 ans.
- Les enfants qui vivaient en région urbaine étaient plus susceptibles de passer une radiographie pour l'asthme que les enfants qui vivaient en région rurale.
- Les taux de radiographies thoraciques pour l'asthme ou une bronchiolite étaient plus élevés chez les enfants considérés comme très malades à leur arrivée à l'hôpital (ceux qui ont été classés comme des cas de réanimation ou urgents).

- Les enfants atteints d'asthme ou de bronchiolite qui ont été admis dans un établissement de soins de courte durée ou transférés dans un établissement autre que de soins de courte durée, un autre service d'urgence, une clinique ou une résidence avec services étaient plus susceptibles d'avoir passé une radiographie thoracique que ceux qui sont retournés à la maison.
- Le nombre de radiographies effectuées chez des patients atteints d'asthme ou de bronchiolite était moins élevé dans les hôpitaux d'enseignement comparativement aux hôpitaux communautaires, peu importe leur taille.

Taux de radiographies thoraciques chez les enfants ayant visité le service d'urgence en raison de l'asthme ou d'une bronchiolite, selon le groupe d'hôpitaux semblables, 2019-2020



Les tableaux de données complémentaires présentent de l'information détaillée sur les taux de radiographies thoraciques selon les caractéristiques des patients et les caractéristiques cliniques.



Utilisation des radiographies thoraciques chez les enfants atteints d'asthme ou de bronchiolite durant la première année de la pandémie de COVID-19

Le nombre de visites au service d'urgence d'enfants atteints d'asthme ou de bronchiolite a nettement chuté en 2020-2021. Comparativement à 2019-2020, le volume de visites en raison d'une bronchiolite avait diminué de 94 % et le volume de visites en raison de l'asthme, de 73 % en 2020-2021. Pour les cas de bronchiolite, la baisse la plus marquée touchait les cas très urgents vus au service d'urgence (ceux classés au triage comme des cas urgents, très urgents ou de réanimation). Comme l'ICIS l'a indiqué dans son [aperçu de l'incidence de la COVID-19 sur les systèmes de santé canadiens](#), les mesures sanitaires et la baisse de la transmission communautaire de nombreux virus respiratoires ont contribué à faire chuter le nombre de visites au service d'urgence, en particulier chez les enfants et les jeunes^{17, 52}. Toutefois, les taux de radiographies thoraciques pour l'asthme ou une bronchiolite ont respectivement augmenté de 10 % et de 39 % durant la première année de la pandémie. Cette hausse pourrait être partiellement attribuable à des changements dans les caractéristiques des patients qui se présentaient au service d'urgence. Dans les cas de bronchiolite, elle peut refléter un besoin de distinguer la bronchiolite virale d'une infection au virus de la COVID-19⁵³.

Agir pour réduire la surutilisation

Les radiographies thoraciques ne sont généralement pas nécessaires chez les enfants qui se présentent au service d'urgence en raison de l'asthme ou d'une bronchiolite sans complication. Des stratégies ciblées d'amélioration de la qualité — leadership clinique, stratégies de formation ciblées, matériel éducatif, vérifications et rétroaction — peuvent aider à réduire efficacement le nombre de radiographies thoraciques superflues dans les cas d'asthme et de bronchiolite⁴⁹. Voici quelques exemples de moyens visant à réduire l'utilisation non nécessaire des radiographies thoraciques chez les enfants.

Exemples de mesures



Mise en œuvre de lignes directrices au Royaume-Uni

Le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) du Royaume-Uni a mis en place un projet d'amélioration de la qualité afin de réduire l'utilisation inappropriée des radiographies thoraciques chez les enfants atteints de bronchiolite⁵⁴. Pour appuyer ses lignes directrices en la matière, le NICE a offert de l'information, notamment pour sensibiliser les cliniciens et le personnel infirmier à la gestion appropriée et inappropriée de la bronchiolite. Après la mise en œuvre des lignes directrices du NICE, le nombre de radiographies thoraciques pour la bronchiolite est passé de 20 % à 4 % de l'hiver 2014-2015 à l'hiver 2015-2016.



Ligne directrice sur la bronchiolite du Value in Inpatient Pediatrics Network Quality Collaborative for Improving Hospital Compliance with AAP [American Academy of Pediatrics]

Des webinaires mensuels, ainsi que des vérifications accompagnées de rétroaction dans 21 hôpitaux américains, ont aidé à réduire les soins non nécessaires chez les enfants de moins de 2 ans hospitalisés pour une bronchiolite. Le nombre de radiographies thoraciques a diminué de 44 % en janvier, en février et en mars 2014 par rapport à la même période en 2013⁵⁵.



Pratiques exemplaires

- ***British Medical Journal* : « Évitez d'effectuer une radiographie thoracique chez les enfants atteints de bronchiolite typique »**

Cet article de 2021 fournit des conseils pour éviter les radiographies thoraciques dans les cas typiques de bronchiolite et des stratégies potentielles d'amélioration de la qualité pour éliminer leur utilisation, y compris par la formation des cliniciens et la communication avec les proches⁴⁹.

- **Formation offerte par Services de santé de l'Alberta**

Services de santé de l'Alberta offre une ressource de formation à l'intention des cliniciens sur la gestion de la bronchiolite au service d'urgence et dans les unités de soins aux patients hospitalisés. Cette ressource présente des pratiques exemplaires et des conseils cliniques fondés sur des données probantes pour éviter les radiographies thoraciques dans les cas de bronchiolite. Elle présente aussi des facteurs à considérer pour soutenir la gestion clinique^{56, 57}.

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

Principale constatation

La situation en 2019-2020



L'imagerie diagnostique a été utilisée chez **1 adulte sur 3 s'étant présenté aux urgences pour un traumatisme crânien mineur sans signe préoccupant**^{xii} (Ontario, Alberta et Yukon).

Tendance



Les taux d'examen d'imagerie diagnostique pour un traumatisme crânien mineur sont demeurés stables de 2014-2015 à 2019-2020 en Ontario, en Alberta et au Yukon.

Pourquoi est-ce important?

Les traumatismes crâniens mineurs causent rarement de graves lésions cérébrales, et l'imagerie diagnostique n'aide pas à améliorer les résultats chez les patients qui n'ont pas de signe préoccupant⁵⁸. Or, les examens de TDM exposent les patients à des rayonnements et peuvent prolonger leur temps d'attente ainsi que celui des patients qui ont vraiment besoin de ce type d'examen¹.
⁵⁹. Ils s'avèrent également coûteux⁶⁰.

URGENCE



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

Voici la recommandation de Choisir avec soin selon 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)⁶¹.

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

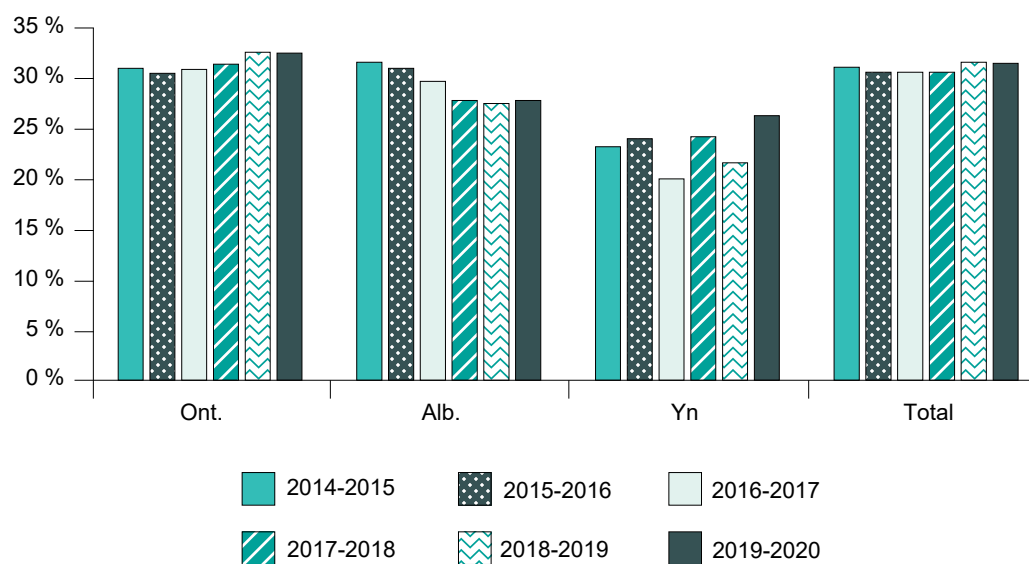
Évitez l'imagerie pour des traumatismes crâniens mineurs, sauf en présence de signaux d'alarme⁶.

Les signes préoccupants, ou signaux d'alarme, ne sont pas les mêmes chez les enfants et chez les adultes. Cette analyse porte *uniquement sur les adultes*.

Tendance générale, et variations provinciales et territoriales

Cette analyse mesure le recours à l'imagerie diagnostique chez les adultes s'étant présentés au service d'urgence pour un traumatisme crânien mineur sans signe préoccupant. Les taux d'examen d'imagerie diagnostique pour un traumatisme crânien mineur en Alberta et en Ontario étaient semblables en 2014-2015, mais divergent depuis. L'Alberta affiche une diminution légère, mais stable, tandis que l'Ontario présente une stabilité de 2014-2015 à 2019-2020. Le taux fluctuant au Yukon a légèrement augmenté au cours de cette période.

Figure 11 Taux d'examen d'imagerie diagnostique pour un traumatisme crânien mineur, selon l'autorité compétente, 2014-2015 à 2019-2020



Remarque

Le taux d'examen d'imagerie diagnostique a été ajusté selon l'âge, le sexe et le niveau de triage du patient.

Source

Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2013-2014 à 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé.

Autres constatations

De 2014-2015 à 2019-2020, le nombre de visites au service d'urgence pour un traumatisme crânien mineur a augmenté de près de 16 %. Près de 1 adulte sur 3 (32 %) de 18 à 64 ans s'étant présenté au service d'urgence en Ontario, en Alberta et au Yukon en 2019-2020 pour un traumatisme crânien mineur (sans signe préoccupant) a passé un examen d'imagerie diagnostique. Dans presque tous les cas (99 %), il s'agissait d'un examen de TDM. Environ 17 300 examens de TDM potentiellement non nécessaires ont donc été effectués en un an.

Certains groupes de patients étaient plus susceptibles de passer un examen d'imagerie diagnostique : les hommes, les personnes âgées et les personnes vivant dans une région urbaine. Pour obtenir un complément d'information, consultez les tableaux de données.

Les hôpitaux d'enseignement et les grands hôpitaux communautaires ont réalisé davantage d'examens d'imagerie diagnostique (dans 36 % à 39 % des cas) que les hôpitaux communautaires de petite taille ou de taille moyenne (dans 10 % à 27 % des cas), peut-être parce que les grands établissements possèdent plus d'appareils d'imagerie et traitent des cas plus graves. Selon le rapport publié conjointement par l'ICIS et la campagne Choisir avec soin en 2017, *Les soins non nécessaires au Canada*, les services d'urgence ayant reçu davantage de cas de traumatisme étaient plus susceptibles d'avoir réalisé un nombre supérieur d'examens d'imagerie de la tête potentiellement non nécessaires¹.



Recours à l'imagerie diagnostique pour des traumatismes crâniens mineurs durant la première année de pandémie de COVID-19

Le nombre d'adultes s'étant présentés au service d'urgence pour un traumatisme crânien mineur sans signe préoccupant a baissé en 2020-2021. Ceux qui l'ont fait avaient généralement des blessures graves et étaient donc plus susceptibles de passer un examen d'imagerie diagnostique. Les adultes atteints de blessures mineures ont évité les services d'urgence et, comme l'ICIS l'a indiqué dans son [aperçu des incidences de la COVID-19 sur les systèmes de santé canadiens](#), les mesures sanitaires — y compris l'annulation des activités sportives et le confinement obligatoire — ont réduit le nombre de blessures à la tête en général⁵². Une étude ontarienne a obtenu des résultats comparables⁶².

Agir pour réduire la surutilisation

Des examens d'imagerie continuent d'être couramment réalisés pour les traumatismes crâniens mineurs (sans signe préoccupant), même s'ils n'améliorent pas les résultats cliniques pour les patients. D'autres efforts s'avèrent nécessaires pour diminuer le recours à ces techniques à l'échelle du pays. Voici quelques exemples d'initiatives locales visant à réduire le recours inutile à la TDM — des initiatives qui ont le potentiel d'être déployées à plus grande échelle pour entraîner des changements dans l'ensemble des provinces.

Exemples de mesures



Mise en œuvre de listes de vérification en Ontario

La **Checklist for Head Injury Management Evaluation Study** est fondée sur la Canadian CT head rule (une [règle de validation clinique](#) approuvée pour déterminer le besoin de réaliser des examens de TDM de la tête chez les adultes se présentant au service d'urgence pour un traumatisme crânien mineur). La liste de vérification a été élaborée et utilisée au service d'urgence du réseau universitaire de santé de Toronto⁶³. Comme les attentes des patients contribuent grandement à la surutilisation des examens de TDM, l'équipe a aussi créé, à partir du matériel fourni par la campagne Choisir avec soin, un document à l'intention des patients. L'intervention a réduit le recours à la TDM de la tête de 14 % en 3 mois et de 8 % en 16 mois.



Sensibilisation des patients en Alberta

Une **infographie éducative destinée aux patients** a été affichée au mur de 2 salles d'attente de services d'urgence de Calgary et on a pu observer qu'elle favorisait la compréhension des risques et de l'utilisation appropriée de la TDM dans les cas de traumatismes crâniens mineurs⁶⁴. Dans un sondage qui visait à déterminer si l'infographie avait influé sur les croyances des patients concernant les risques et les avantages de la TDM, 87 % des répondants ont déclaré mieux comprendre dans quels cas un examen de TDM était approprié, 93 % ont indiqué mieux comprendre les risques et 76 % ont indiqué comprendre que leur médecin peut souvent écarter les diagnostics de maladie grave sans examen de TDM.

Soins en milieu hospitalier



Arthroscopie du genou chez les adultes de 60 ans et plus

Principale constatation

La situation en 2019-2020



Le taux d'arthroscopies du genou chez les adultes de 60 ans et plus était de 99 sur 100 000 habitants

au Canada (à l'exclusion du Québec), même si la plupart de ces soins étaient inappropriés, sans égard au diagnostic.

Tendance



Le taux d'arthroscopies du genou a chuté de 46 % de 2014-2015 à 2019-2020.

Pourquoi est-ce important?

La réparation arthroscopique d'une blessure aiguë d'un ligament, du cartilage ou du ménisque est souvent appropriée chez les jeunes patients, mais offre peu de bienfaits dans les cas de maladie dégénérative, comme l'arthrose et les déchirures du ménisque d'origine dégénérative qui touchent les personnes âgées.

Chez la plupart des personnes de 60 ans et plus, les bienfaits de l'arthroscopie du genou ne durent pas et ne surpassent pas ceux des traitements par l'exercice, des injections et des médicaments⁶⁵.





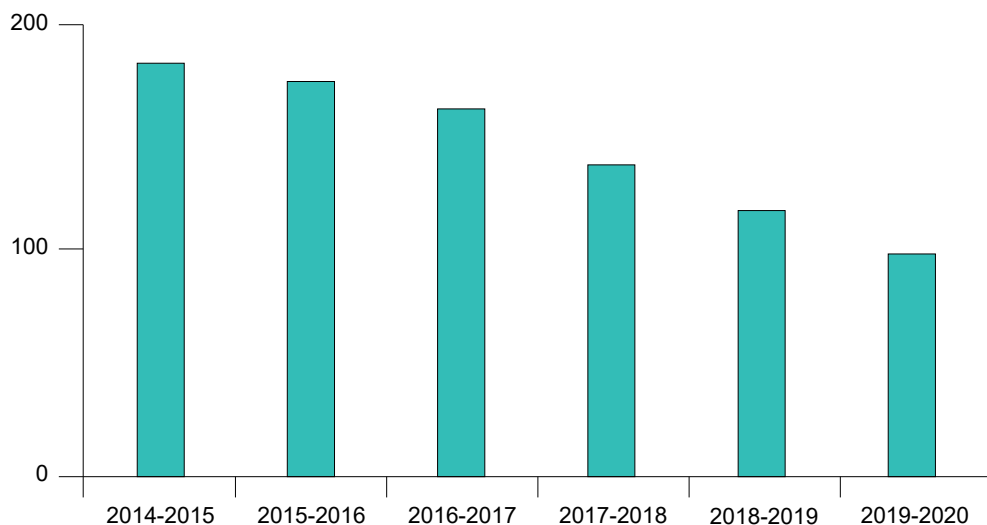
Voici la recommandation de Choisir avec soin selon l'Association canadienne d'orthopédie, la Canadian Arthroplasty Society et l'Arthroscopy Association of Canada :

**Ne pas utiliser
le débridement
arthroscopique comme
traitement primaire de
l'arthrose du genou⁶⁶.**

Tendance générale, et variations provinciales et territoriales

Cette analyse mesure le recours à l'arthroscopie du genou chez les adultes de 60 ans et plus sans égard au diagnostic. Le taux d'arthroscopies du genou a chuté de près de la moitié (46 %) de 2014-2015 à 2019-2020, ce qui représente 3 800 arthroscopies du genou de moins en 5 ans.

Figure 12 Taux d'arthroscopies du genou chez les adultes de 60 ans et plus par 100 000 habitants, provinces et territoires sélectionnés, 2014-2015 à 2019-2020



Remarques

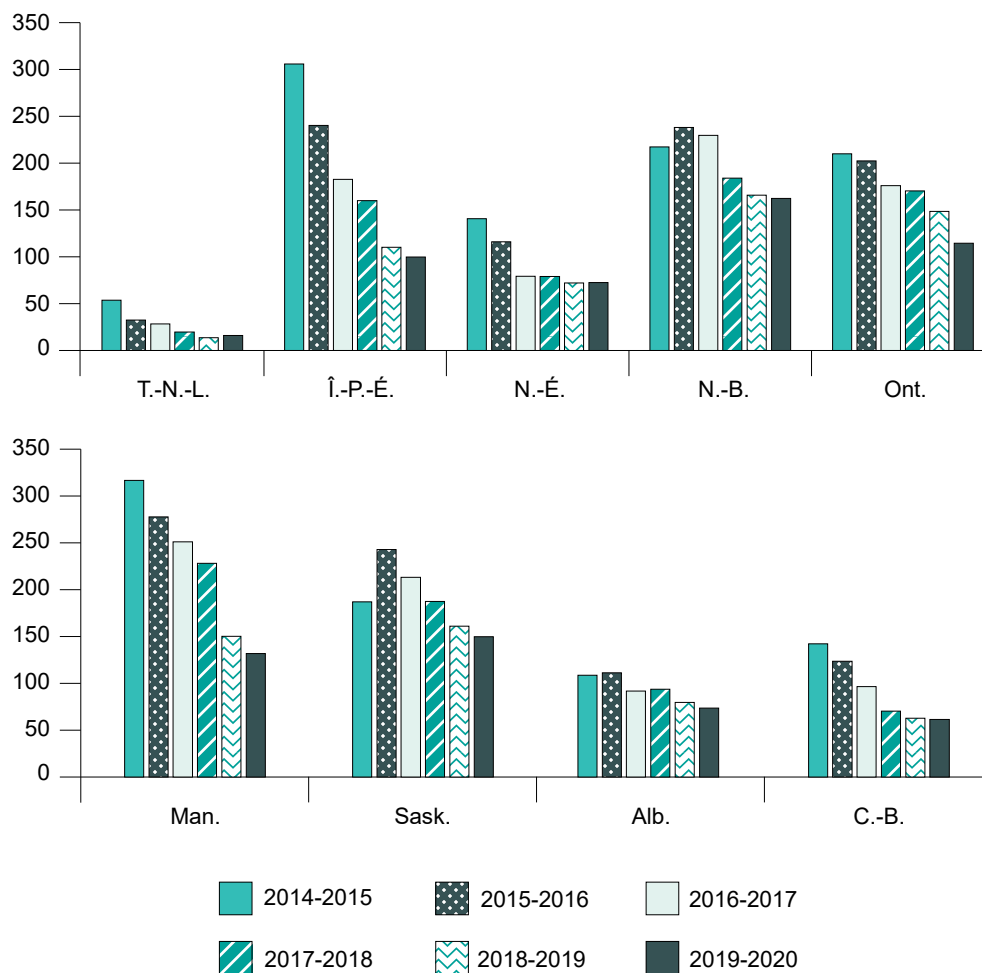
Le taux d'arthroscopies du genou a été normalisé selon l'âge à partir de la population canadienne de 2011. Les résultats des territoires ne sont pas présentés séparément en raison du faible volume de données, mais ils sont inclus dans le taux global.

Sources

Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2014-2015 à 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada, Tableau 17-10-0005-01, Estimations de la population au 1er juillet, selon l'âge et le sexe.

Le taux d'arthroscopies du genou chez les adultes de 60 ans et plus a baissé dans l'ensemble des provinces et des territoires, mais variait beaucoup de l'un à l'autre. En 2019-2020, Terre-Neuve-et-Labrador affichait le taux le plus bas, soit 16 par 100 000 habitants, et le Nouveau-Brunswick, le plus élevé, soit 162 sur 100 000 habitants. Ces variations peuvent révéler des différences dans le nombre de dispensateurs de soins et leur formation, ainsi que dans les cheminements de soins typiques et les soins couverts par les assurances.

Figure 13 Taux d'arthroscopies du genou chez les adultes de 60 ans et plus par 100 000 habitants, selon l'autorité compétente, 2014-2015 à 2019-2020



Remarques

Le taux d'arthroscopies du genou a été normalisé selon l'âge à partir de la population canadienne de 2011. Les résultats des territoires ne sont pas présentés séparément en raison du faible volume de données, mais ils sont inclus dans le taux global.

Sources

Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2014-2015 à 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada, Tableau 17-10-0005-01, Estimations de la population au 1^{er} juillet, selon l'âge et le sexe.

Autres constatations

En 2019-2020, parmi les adultes de 60 ans et plus qui ont subi une arthroscopie du genou,

- 76 % avaient entre 60 et 69 ans;
- plus de la moitié (52 %) étaient des hommes;
- 77 % vivaient dans une région urbaine.

La plus grande proportion de patients ayant subi une arthroscopie du genou habitaient dans un quartier au revenu le plus élevé (25 %), tandis que 14 % des patients ayant subi cette intervention vivaient dans un quartier au revenu le plus faible.



Arthroscopies du genou chez les adultes de 60 ans et plus durant la première année de la pandémie de COVID-19

Le nombre d'arthroscopies du genou effectuées dans l'ensemble des provinces et des territoires (à l'exclusion du Québec) a considérablement chuté au cours des premiers mois de la pandémie en raison des retards et des annulations de chirurgies non urgentes.



Agir pour réduire la surutilisation

Au Canada, les lignes directrices actuelles déconseillent l'arthroscopie du genou dans les cas d'arthrose⁶⁷. Malgré une diminution importante, il demeure encore possible de réduire le taux d'arthroscopies du genou réalisées chez les adultes de 60 ans et plus, car cette intervention est rarement nécessaire pour ce groupe d'âge. La réduction du nombre d'arthroscopies du genou peut être due au fait que les chirurgiens ont changé leurs pratiques au fil du temps en se fondant sur des données probantes qui montrent que l'intervention n'est pas indiquée⁶⁸. Récemment, certaines provinces ont changé leurs politiques pour réduire ou éliminer des paiements aux chirurgiens, ce qui pourrait avoir contribué à réduire encore plus le nombre d'arthroscopies du genou réalisées.

Exemples de mesures



Des connaissances à l'action : 2 décennies de données probantes à l'œuvre

Les essais contrôlés randomisés initiaux démontrant les bienfaits limités de l'arthroscopie du genou ont eu lieu il y a 2 décennies⁶⁹ et les études réalisées depuis ne font qu'en confirmer les résultats. En plus des preuves qui se multiplient, l'Arthroscopy Association of Canada a émis un énoncé de position en 2017 et Choisir avec soin, une recommandation en 2018 visant à mettre fin à cette pratique. Les gouvernements ont tenté de décourager le recours à l'intervention en changeant les barèmes d'honoraires — en 2019, par exemple, le ministère de la Santé de l'Ontario a cessé de rembourser les arthroscopies du genou dans le cadre du régime provincial d'assurance maladie, et ce, pour la plupart des patients atteints d'arthrite⁷⁰.

Césariennes dans les cas d'accouchements à faible risque

Principale constatation

La situation en 2019-2020



Le taux de césariennes dans les cas d'accouchements à faible risque était de

1 sur **6**

(Canada, à l'exclusion du Québec).

Tendance



Le taux de césariennes pratiquées dans les cas d'accouchements à faible risque est demeuré stable à l'échelle du Canada (à l'exclusion du Québec) de 2015-2016 à 2019-2020.

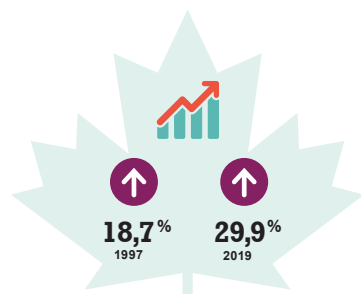
Pourquoi est-ce important?

Les césariennes peuvent permettre d'éviter des blessures ou le décès, tant pour la mère que le fœtus, lors d'un accouchement compliqué. Toutefois, quand elles ne sont pas justifiées, elles sont associées à un risque accru de décès ou de maladie pour la mère (comme des risques d'hémorragie exigeant une hystérectomie ou encore de rupture utérine) par rapport aux accouchements vaginaux⁷¹. Elles peuvent aussi augmenter les risques pour la mère et les nouveau-nés lors des grossesses subséquentes⁷². La plupart des accouchements à faible risque peuvent avoir lieu par voie vaginale sans complications.

Voici la recommandation de Choisir avec soin selon 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 céphalique⁷⁵.

La présente analyse mesure le taux d'accouchements par césarienne dans les cas de grossesse monofoetale (accouchement d'un seul bébé), menée à terme, à présentation céphalique (la tête dans la bonne position) chez les mères primipares à faible risque et en travail spontané⁷⁶. En 2019-2020, les accouchements à faible risque de mères primipares représentaient 16 % (environ 44 000) de toutes les naissances au Canada (à l'exclusion du Québec). L'ICIS produit des rapports sur le taux de césariennes dans les cas d'accouchements à faible risque parce que ce taux indique si les mères et les bébés reçoivent des soins appropriés, favorisant de meilleurs résultats pour la santé. Les efforts de réduction des césariennes pour cette population à faible risque pourraient entraîner une réduction globale des taux.

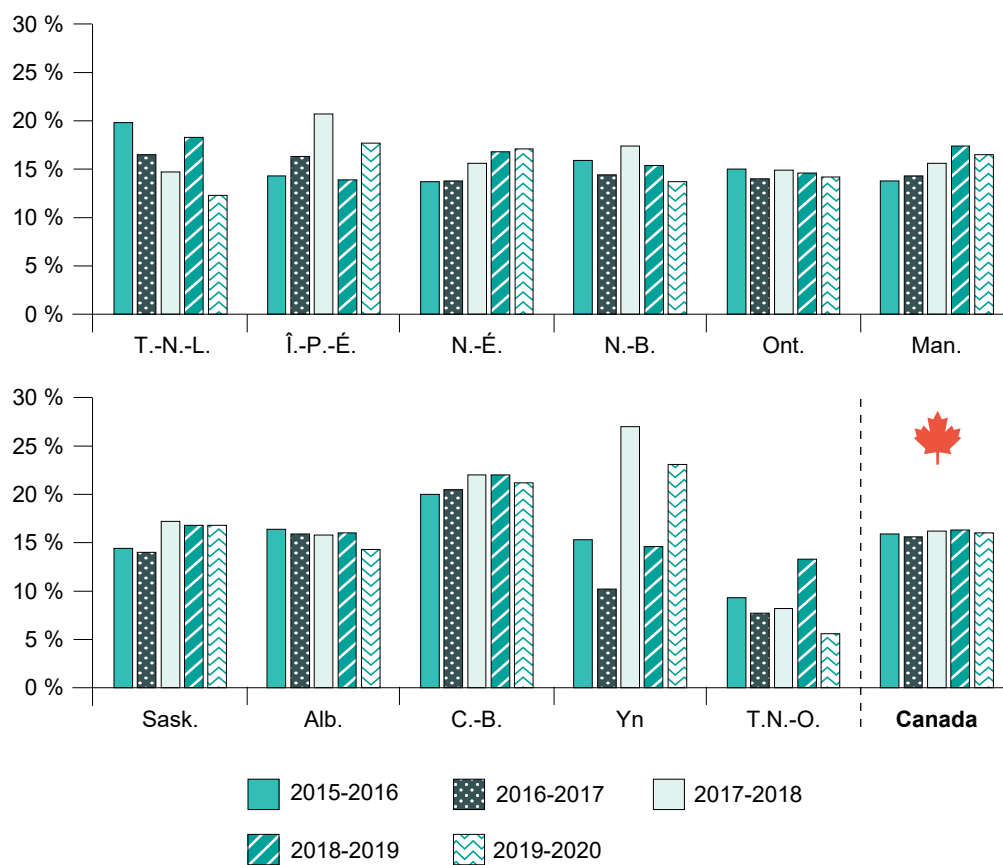


Dans l'ensemble, le taux de césariennes est en constante hausse au Canada, de 18,7 % en 1997 à 29,9 % en 2019⁷³. Cette hausse dépeint une tendance mondiale, comme l'illustre l'outil de données de l'OCDE sur les césariennes⁷⁴.

Tendance générale, et variations provinciales et territoriales

Malgré une hausse en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Saskatchewan, le taux de césariennes dans les cas d'accouchements à faible risque est demeuré stable à environ 16 % de 2015-2016 à 2019-2020, avec plus de 7 000 césariennes pratiquées en 2019-2020 pour ce type d'accouchements. La Colombie-Britannique affichait toujours les taux les plus élevés. Ces variations peuvent révéler des différences dans les pratiques cliniques, mais doivent être interprétées avec prudence à l'Île-du-Prince-Édouard, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon en raison de la petite taille de la population, ce qui fait que moins de césariennes y sont pratiquées chaque année (les données soumises par le Nunavut étaient incomplètes).

Figure 14 Taux de césariennes dans les cas d'accouchements à faible risque, selon l'autorité compétente, 2015-2016 à 2019-2020



Remarque

Le taux de césariennes a été ajusté selon l'âge du patient.

Source

Base de données sur les congés des patients, 2015-2016 à 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé.



Autres constatations

Les pratiques cliniques influent sur le recours à la césarienne dans les cas d'accouchements à faible risque, comme plusieurs caractéristiques propres au cas, notamment l'âge de la mère, une première phase de travail qui dure plus de 18 heures et la détresse fœtale.

Consultez [l'outil Web interactif](#) [Votre système de santé de l'ICIS](#) pour connaître les taux de césariennes à faible risque selon la région, la ville et l'hôpital.



- Le taux de césariennes augmente avec l'âge. En 2019-2020, il était de 23 % chez les femmes de 35 ans et plus, contre 7 % chez celles de 19 ans et moins et 16 % chez celles de 20 à 34 ans. Le taux de césariennes est principalement établi selon le groupe des 20 à 34 ans, qui représentent près de 84 % des accouchements à faible risque.
- 40 % des femmes primipares ayant eu une grossesse à faible risque et un travail prolongé ont subi une césarienne. Le travail prolongé est survenu dans moins de 5 % des accouchements à faible risque.
- Environ un tiers des accouchements à faible risque a été marqué par une détresse fœtale, soit un épisode de 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 accouchements à faible risque avec détresse fœtale sont associés à un taux accru de césariennes (32 % en 2019-2020).

Une étude a démontré que la surveillance électronique continue du fœtus, qui permet de détecter un nombre accru d'épisodes de détresse fœtale, est un facteur indépendant associé à un risque supérieur de césarienne primaire dans les cas d'accouchements à faible risque⁷⁷.



Césariennes à faible risque durant la première année de la pandémie de COVID19

Le taux de césariennes dans les cas d'accouchements à faible risque a augmenté de 10 % de 2019-2020 à 2020-2021. Le volume d'accouchements à faible risque a diminué de 7 %, mais le nombre de césariennes réalisées pour ce type d'accouchements a augmenté de 3 %.

Agir pour réduire la surutilisation

Au Canada, les taux de césariennes dans les cas d'accouchements à faible risque varient de façon notable même si le taux global demeure généralement stable au fil du temps, ce qui suggère que des améliorations sont possibles. Parmi les initiatives qui permettent de réduire le taux de césariennes, notons les systèmes de vérification et de rétroaction, l'utilisation d'outils d'aide à la décision fondés sur des données probantes et la communication avec les patientes et leur famille⁷⁸. Voici quelques exemples d'efforts déployés pour réduire le nombre de césariennes réalisées sans indication clinique.



Programme de qualité des soins et de gestion du risque obstétrical et du mode d'accouchement au Québec

Connu sous l'acronyme QUARISMA, cet essai contrôlé randomisé par grappes incluant une intervention multidimensionnelle d'un an et demi dans 32 hôpitaux du Québec a permis d'obtenir une réduction significative, bien que modeste, du taux de césariennes chez les femmes présentant une grossesse à faible risque. L'intervention comprenait des vérifications des indications de césarienne, des commentaires à l'intention des professionnels de la santé sur leur taux de césariennes et la communication des pratiques exemplaires⁷⁹.



Registre et réseau des bons résultats dès la naissance en Ontario

Le Registre et réseau des bons résultats dès la naissance (BORN) est un registre ontarien contenant des données sur les soins périnataux, les nouveau-nés et les enfants. Son rôle est de favoriser la qualité des soins dispensés aux familles dans l'ensemble de la province⁸⁰. BORN Ontario aide les dispensateurs de soins, comme les médecins, les infirmières et les sages-femmes, à faire le suivi des soins offerts aux femmes enceintes et aux nouveau-nés grâce à un tableau de bord qui permet d'effectuer des comparaisons avec le reste de la province et les normes établies. La mise en œuvre du tableau de bord de BORN Ontario a été associée à une baisse significative du taux de césariennes de convenance répétées avant 39 semaines chez les femmes présentant un risque faible⁸¹.



Collaboration pour des soins de maternité de qualité en Californie

La collaboration pour des soins de maternité de qualité en Californie (California Maternal Quality Care Collaborative) utilise la recherche, des trousse d'outils pour l'amélioration de la qualité, des activités collaboratives de sensibilisation à l'échelle de l'État et son centre de données maternelles (qui fournit aux hôpitaux un accès à des données comparatives actuelles) afin d'améliorer les résultats pour la santé des mères et de leur nourrisson^{82, 83}. En 2016, elle a publié une trousse d'outils pour soutenir l'accouchement vaginal et réduire le taux de césariennes primaires qui a contribué à faire passer le taux de césariennes de 26,0 % en 2014 à 22,8 % en 2019⁸⁴.

Transfusion de globules rouges chez les patients hospitalisés

Principale constatation

La situation en 2019-2020

Tendance



Le taux de transfusions de globules rouges chez les patients hospitalisés était de 6,3 %

(Nouveau-Brunswick, Québec, Ontario, Manitoba et Saskatchewan).

Le taux de transfusions de globules rouges chez les patients hospitalisés a graduellement diminué de 11 %, passant de 7,1 % en 2014-2015 à 6,3 % en 2019-2020.

Pourquoi est-ce important?

Le sang est une ressource vitale et dispendieuse pour les systèmes de santé. La transfusion de globules rouges permet de traiter les patients atteints d'anémie grave ou d'hémorragie⁸⁵, mais elle est souvent surutilisée et associée à un risque accru de préjudices pour le patient, notamment de réaction allergique, fébrile ou hémolytique, de surcharge circulatoire et de lésion pulmonaire aiguë. Elle entraîne également des coûts additionnels pour les systèmes de santé⁸⁵.

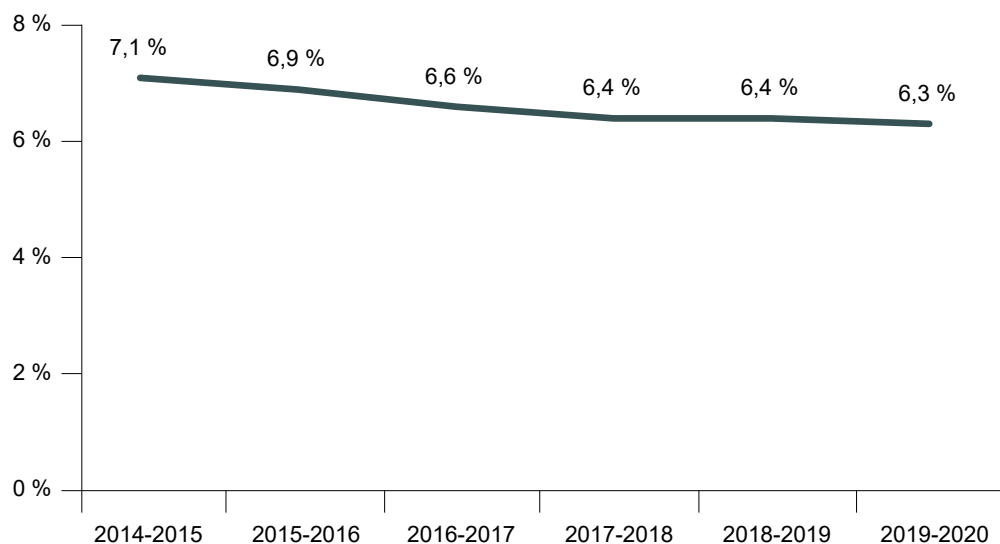
Voici la recommandation de Choisir avec soin selon la Société canadienne de médecine interne :

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.

Tendance générale et variations provinciales

Le taux de transfusion de globules rouges chez les adultes hospitalisés en unité de soins médicaux, chirurgicaux et obstétricaux est graduellement passé de 7,1 % en 2014-2015 à 6,3 % en 2019-2020. C'est l'équivalent de 9 800 transfusions de globules rouges de moins en 5 ans. Durant la même période, le taux d'hospitalisation a augmenté de 4 %.

Figure 15 Taux de transfusions de globules rouges chez les patients hospitalisés en soins de courte durée, provinces sélectionnées, 2014-2015 à 2019-2020



Remarques

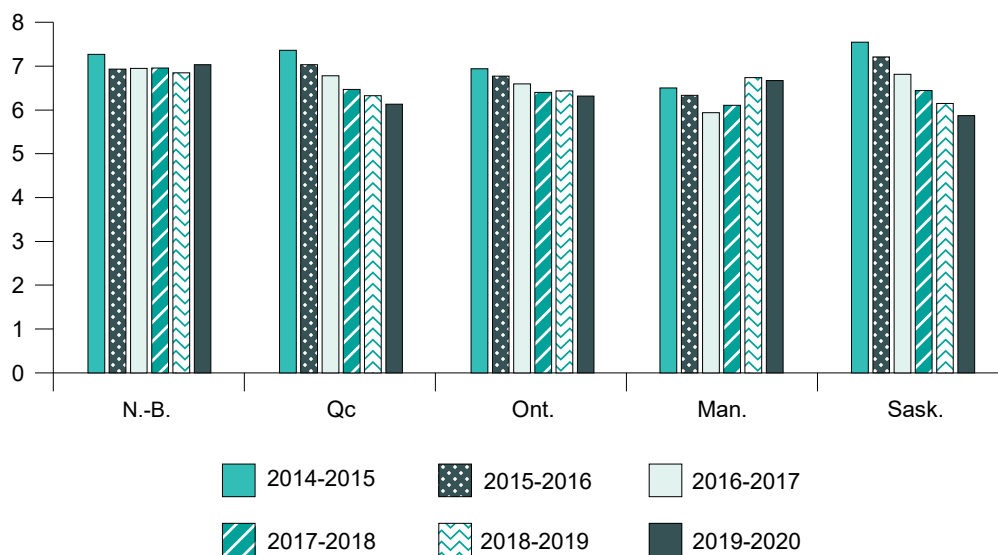
Le taux de transfusions de globules rouges a été ajusté selon l'âge, le sexe, l'indice de gravité et la durée du séjour à l'hôpital. La déclaration de l'indicateur de transfusion de globules rouges était obligatoire dans seulement 5 provinces (Nouveau-Brunswick, Québec, Ontario, Manitoba et Saskatchewan).

Source

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2014-2015 à 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé.

Les taux du Québec et de la Saskatchewan affichent une baisse constante de 2014-2015 à 2019-2020. En 2019-2020, le taux varie dans l'ensemble des 5 provinces. Le plus élevé est celui du Nouveau-Brunswick (7,0 %), et le plus bas, celui de la Saskatchewan (5,9 %).

Figure 16 Taux de transfusions de globules rouges chez les patients hospitalisés en soins de courte durée, selon la province, 2014-2015 à 2019-2020



Remarque

Le taux de transfusions de globules rouges a été ajusté selon l'âge, le sexe, l'indice de gravité et la durée du séjour à l'hôpital.

Source

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2014-2015 à 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé.

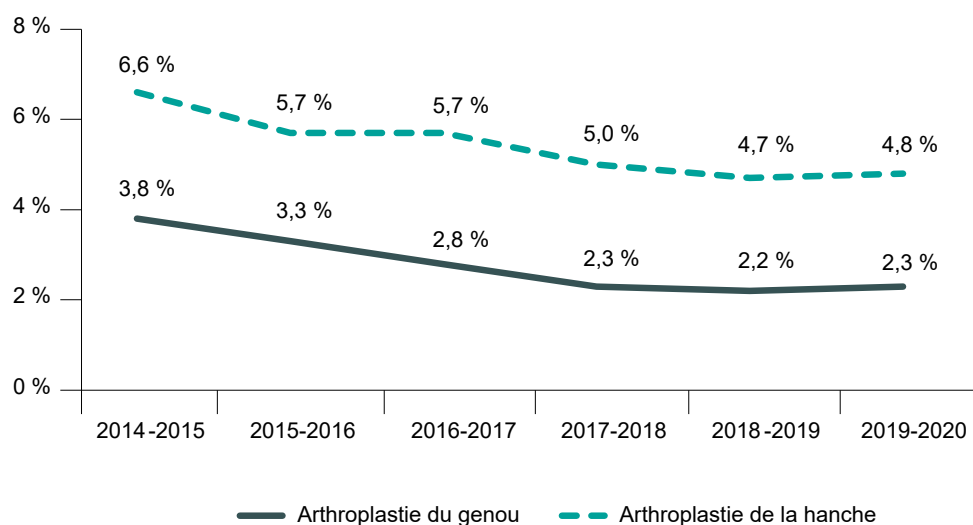
Autres constatations

Les patients âgés étaient plus susceptibles de recevoir une transfusion de globules rouges, et les taux étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes. En 2019-2020, les patients en chirurgie présentaient le taux de transfusions le plus élevé (9,6 %), suivi des patients recevant des soins médicaux (5,9 %) et des patientes en obstétrique (1,0 %).

Les taux de transfusions sanguines liés à des arthroplasties de la hanche et du genou ont été examinés dans le cadre du rapport de 2017 *Les soins non nécessaires au Canada*. Les chirurgiens orthopédistes font partie des groupes de chirurgiens qui se sont efforcés de réduire les taux de transfusions de 2014-2015 à 2019-2020 :

- Le taux de transfusions chez les patients qui ont subi une arthroplastie de la hanche a diminué de 27 %, passant de 6,6 % à 4,8 %.
- Pour l'arthroplastie du genou, le taux a chuté de 39 %, passant de 3,8 % à 2,3 %.

Figure 17 Taux de transfusions de globules rouges chez les patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou, provinces sélectionnées, 2014-2015 à 2019-2020



Remarque

Le taux de transfusion de globules rouges a été ajusté selon l'âge, le sexe, l'indice de gravité, le type d'intervention, la durée du séjour à l'hôpital, la technique anesthésique, le mode de fixation, l'unilatéralité ou la bilatéralité de l'intervention, et selon qu'il s'agissait d'une l'intervention initiale ou de révision.

Source

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2014-2015 à 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé.



Transfusions de globules rouges chez les patients hospitalisés durant la première année de la pandémie de COVID-19

Au cours de la première année de la pandémie, le nombre total d'hospitalisations a chuté de 12 % et le volume de transfusions de globules rouges, de 5 %. La COVID-19 a eu une incidence minimale sur le taux de transfusions ajusté selon les risques (6,3 % en 2019-2020 et 6,4 % en 2020-2021).

Agir pour réduire la surutilisation

Les globules rouges sont la plus importante catégorie de composants et de produits sanguins. Bien que l'utilisation générale des globules rouges ait progressivement diminué au Canada, elle varie encore considérablement. La mise en œuvre de lignes directrices, l'établissement de points de référence pour un usage approprié et la création d'outils d'aide à la prise de décisions cliniques concernant les transfusions comptent parmi les interventions qui ont permis de restreindre le recours excessif aux globules rouges⁸⁵. Voici quelques exemples d'efforts de gestion des ressources sanguines déployés à l'échelle du pays.

Critères de pertinence du programme Transfuser avec soin

Lancé en 2020 par la campagne Choisir avec soin et la Société canadienne du sang, Transfuser avec soin est un programme d'amélioration de la qualité qui aide les hôpitaux à évaluer leur utilisation des transfusions de globules rouges selon des critères nationaux de pertinence⁸⁷. Un hôpital qui respecte toujours les critères reçoit la désignation Transfuser avec soin. Plus de 240 hôpitaux ont participé au programme, et 110 ont obtenu la désignation.

Faire avancer la science de la gestion du sang grâce à l'étude START

Dans le cadre de cette intervention à plusieurs volets, 15 hôpitaux canadiens ont adopté des lignes directrices normalisées pour la transfusion de globules rouges, la formation du personnel et le triage des ordonnances de transfusion, ce qui a permis d'augmenter la proportion d'ordonnances pertinentes sur le plan clinique et d'ordonnances uniques de 12 % et 22 % respectivement⁸⁸.

Aide à la prise de décisions cliniques en Saskatchewan

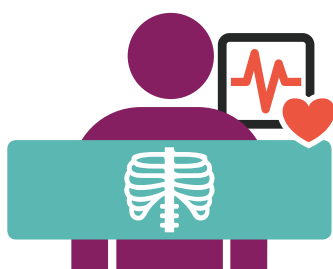
La Saskatchewan a créé des outils, des recommandations, des lignes directrices, des algorithmes et des vidéos d'aide à la prise de décisions cliniques pour soutenir la gestion des transfusions de globules rouges^{89, 90}.

Découvrez d'autres initiatives mises en œuvre au pays dans le but de [réduire les transfusions de globules rouges inappropriées](#).

Examens préopératoires avant une chirurgie à faible risque

Principale constatation

La situation en 2019-2020



Un examen préopératoire avait été réalisé chez 1 patient sur 5 ayant subi une chirurgie à faible risque (Nouvelle-Écosse, Ontario, Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique).

Tendance



Le taux d'examens préopératoires avant une chirurgie à faible risque a baissé de 17 % de 2015-2016 à 2019-2020.

Pourquoi est-ce important?

Les examens préopératoires ne sont pas utiles chez les patients qui doivent subir une chirurgie non cardiaque à faible risque parce qu'ils n'ont pas d'incidence sur la gestion du cas ni sur les résultats de l'intervention⁹¹.



Or, les examens préopératoires peuvent exposer les patients à des rayonnements, accroître leur anxiété et entraîner un report de la chirurgie en cas de faux positifs ou de découvertes fortuites⁹².

Voici la recommandation de Choisir avec soin selon 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 risque⁸⁶.

La Société canadienne des anesthésiologistes et la Société canadienne de cardiologie ont émis des recommandations comparables^{93, 94}.

Tendance générale et variations provinciales

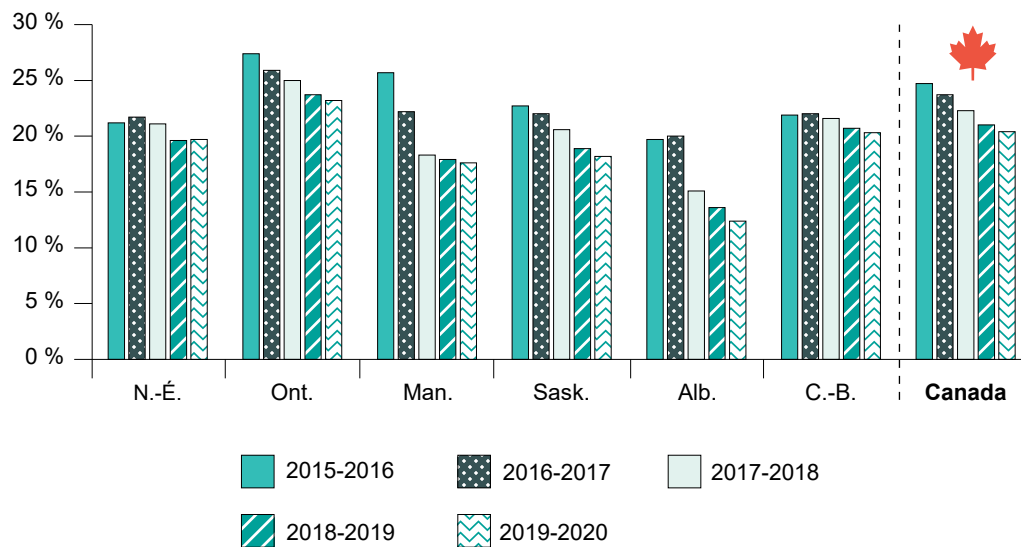
Le taux de patients qui subissent un examen préopératoire avant une chirurgie à faible risque est passé de 25 % en 2015-2016 à 20 % en 2019-2020, ce qui représente près de 35 000 examens préopératoires de moins. Les taux varient beaucoup d'une province à l'autre, allant de 12 % en Alberta à 23 % en Ontario en 2019-2020. Cette variation peut refléter, en partie, des différences dans la déclaration et le financement de ces examens.

Aux fins de cette analyse, on définit l'examen préopératoire comme un électrocardiogramme, une épreuve d'effort cardiaque, un échocardiogramme ou une radiographie thoracique que le patient subit dans les 60 jours précédant une chirurgie à faible risque, y compris les interventions endoscopiques et ophtalmologiques.



De 2015-2016 à 2019-2020, les taux d'examens préopératoires ont considérablement baissé en Ontario (15 %), au Manitoba (32 %), en Saskatchewan (20 %) et en Alberta (37 %), mais sont restés stables en Nouvelle-Écosse et en Colombie-Britannique. Une diminution a été observée dans chacune des 3 provinces examinées dans le rapport de 2017 *Les soins non nécessaires au Canada*, soit l'Ontario, la Saskatchewan et l'Alberta.

Figure 18 Taux d'examens préopératoires avant une chirurgie à faible risque, selon l'autorité compétente, 2015-2016 à 2019-2020



Remarque

Le taux d'examens préopératoires a été ajusté selon l'âge, le sexe et le type de chirurgie.

Sources

Base de données nationale sur les médecins, Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2014-2015 à 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé.

Autres constatations

- Les hommes et les personnes âgées étaient plus susceptibles de passer un examen préopératoire avant une chirurgie à faible risque — le taux était de 23 % chez les hommes et de 18 % chez les femmes. Le taux variait également selon l'âge du patient, allant de 11 % chez les 18 à 44 ans à 27 % chez les 85 ans et plus.
- En 2019-2020, le type de chirurgie à faible risque le plus courant était la chirurgie ophtalmologique (40 % des interventions), suivie de l'endoscopie (32 %). Elles étaient toutes deux associées à un taux d'examens préopératoires de 15 %.
- Le taux d'examens préopératoires le plus élevé (36 %) a été observé pour les interventions les moins fréquentes, notamment les chirurgies orthopédiques et urologiques.



Examens préopératoires avant une chirurgie à faible risque durant la première année de la pandémie de COVID-19

Dans l'ensemble des provinces, les taux d'examens préopératoires avant les chirurgies à faible risque ont baissé de 12 % à 27 % durant la première année de la pandémie de COVID-19, notamment en raison du report ou de l'annulation des chirurgies non urgentes et de la capacité réduite à réaliser les examens.

Agir pour réduire la surutilisation

Bien que la diminution des taux de 2015-2016 à 2019-2020 soit encourageante, des examens préopératoires sont encore couramment effectués avant des chirurgies peu risquées, et des efforts constants s'avèrent nécessaires pour éliminer le recours inutile à ces examens. Les lignes directrices mises en œuvre dans les provinces, comme l'initiative du Manitoba décrite ci-dessous, pourraient permettre de baisser efficacement les taux au fil du temps si elles étaient appliquées à grande échelle et avec constance.

Exemples de mesures



Améliorer les pratiques préopératoires avec la campagne Choisir avec soin Manitoba

Cette initiative est le fruit d'un partenariat entre Soins communs, le Manitoba et le George & Fay Yee Centre for Healthcare Innovation. En 2015, une équipe multidisciplinaire a réalisé un vaste examen des pratiques préopératoires au Manitoba. Misant sur les résultats de son travail pour obtenir le consensus des intervenants, l'équipe a supprimé les invitations à faire des examens préopératoires de divers formulaires, normalisé les lettres explicatives en soins chirurgicaux et primaires à partir des données probantes qui déconseillent le recours à ce type d'examen, ajouté des outils d'aide aux dossiers médicaux électroniques et a fourni des données sur la performance à l'échelle des médecins dans le cadre d'un processus de vérification et de rétroaction⁹⁵. L'initiative a permis de réduire de 38 % le nombre d'examens diagnostiques préopératoires effectués.



Autres outils et ressources

- Choisir avec soin : [Le pré-op, pas toujours nécessaire — Trousse à outils pour réduire les visites et les examens inutiles à la clinique préopératoire.](#)

Découvrez d'autres initiatives mises en œuvre au pays dans le but de [réduire le recours inutile aux examens préopératoires.](#)

Équité en santé

« **L'équité en santé** se définit par l'absence d'écarts injustes et évitables relatifs à l'accès aux soins de santé, à la qualité de ceux-ci ou à leurs résultats »^{96, 97}.

De plus amples renseignements sur les facteurs de stratification de l'équité sont fournis dans le rapport publié par l'ICIS en 2018 [À la recherche d'équité en santé: définition des facteurs de stratification servant à mesurer l'inégalité.](#)

L'équité en santé est une priorité grandissante au Canada. Pour éliminer les écarts injustes dans la qualité des soins de santé, il faut notamment cerner et mesurer les iniquités. Pour ce faire, nous utilisons plusieurs variables sociodémographiques appelées « facteurs de stratification de l'équité ». Ces caractéristiques — âge, sexe, revenu et emplacement géographique — permettent de définir des sous-groupes de population qui peuvent être victimes d'iniquités en matière de soins de santé⁹⁷.

Le présent rapport souligne les facteurs de stratification de l'équité qui contribuent aux écarts dans l'accès aux examens et aux traitements pour certaines sous-populations. Il s'agit d'un exercice important, car si l'on n'y porte pas une attention particulière, l'amélioration globale des taux pourrait masquer l'accès inéquitable de certaines personnes aux soins de grande qualité et aux résultats favorables pour la santé. Voici quelques exemples de différences dans la prestation d'examens et de traitements de faible valeur auprès de certaines sous-populations^{xiii} :

- L'utilisation des benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques était plus élevée chez les personnes âgées vivant dans des quartiers à faible revenu.
- Les hommes, les personnes âgées et les personnes vivant dans une région urbaine étaient tous plus susceptibles que les autres patients de recevoir des services d'imagerie diagnostique s'ils se présentaient au service d'urgence en raison d'un traumatisme crânien.
- Les personnes de 60 ans et plus ayant subi une arthroscopie du genou étaient plus susceptibles d'habiter dans un quartier à revenu élevé.

xiii. Les tableaux de données complémentaires présentent la ventilation des données selon les facteurs de stratification de l'équité disponibles pour chaque mesure.

Pour rendre l'accès plus équitable, il faudra travailler sur plusieurs fronts. Or, réduire la surutilisation des examens et des traitements libère des ressources financières, de l'équipement, du temps et des dispensateurs de soins, ce qui peut favoriser l'équité dans l'accès aux soins de santé, augmenter la qualité des soins et améliorer les résultats pour la santé de tous les patients.

Ce rapport porte essentiellement sur la surutilisation des examens et des traitements, mais la **sous-utilisation des services de santé** est un problème encore plus difficile à cerner, parce que les données administratives ne peuvent pas fournir d'information sur les services non offerts. **La surutilisation comme la sous-utilisation peuvent affecter disproportionnellement certains groupes de population et nuire à l'expérience des patients ainsi qu'aux résultats pour leur santé**^{98, 99}.

Conclusion

Alors que la demande pour des soins de santé ne cesse de croître et de changer, une utilisation et une gestion judicieuses des ressources limitées en santé permettront de nous assurer que l'ensemble des Canadiens reçoivent des soins de grande qualité, aujourd'hui et dans les années à venir. La réduction des examens et des traitements non nécessaires comme ceux dont il est question dans le présent rapport est essentielle à la bonne gestion des soins de santé. Pour obtenir des résultats à grande échelle, les efforts de réduction devront être multidimensionnels et comprendre des changements systémiques en plus de faire appel aux cliniciens et aux patients.

Le premier rapport conjoint de l'ICIS et de la campagne Choisir avec soin, *Les soins non nécessaires au Canada* (2017), a permis d'évaluer la mesure dans laquelle 8 examens et traitements de faible valeur étaient surutilisés au Canada. Le présent rapport a quant à lui permis d'examiner l'évolution de la surutilisation de 12 examens et traitements au fil du temps et a révélé que, dans 8 cas, elle avait baissé de 10 % ou plus de 2014-2015 à 2019-2020. Plusieurs facteurs ont contribué à cette réussite, notamment la mise en œuvre d'initiatives ciblées, la mobilisation des patients, les incitatifs financiers, la diffusion de lignes directrices nationales, ainsi que le remaniement des systèmes et la production de rapports publics sur les progrès réalisés.

La COVID-19 a eu une incidence sur tous les soins de santé, y compris les tendances observées dans ce rapport. Il est trop tôt pour déterminer si les changements dus à la pandémie perdureront ou si un retour aux tendances prépandémiques est possible. C'est pourquoi la surveillance continue des progrès est essentielle et l'ICIS continue d'améliorer la collecte et la normalisation des données administratives sur la santé pour mesurer la performance, évaluer les méthodes d'amélioration et cerner les possibilités d'apprentissage à l'échelle des systèmes de santé. Il le fait notamment en élargissant l'accès aux données sur la facturation des médecins et en mettant de l'avant des mesures permettant d'obtenir des données pancanadiennes exhaustives sur les services d'urgence, les soins de longue durée, les services à domicile et les demandes de remboursement de médicaments prescrits.

Les résultats et les mesures présentés ici fournissent aux patients, aux cliniciens, aux chercheurs et aux décideurs des éléments importants qui éclairent la discussion sur la surutilisation. Ensemble, ils font état des progrès réalisés au chapitre de la réduction des soins de faible valeur et soulignent les possibilités d'amélioration continue dans la prestation des soins de qualité aux Canadiens, tout en appuyant la viabilité des systèmes de santé.

Annexes

Annexe A : Texte de remplacement pour les figures

Imagerie diagnostique pour les douleurs au bas du dos

2019-2020 : En Nouvelle-Écosse, en Ontario, au Manitoba, en Alberta et en Colombie-Britannique, de 24 à 31 % des patients ayant des douleurs au bas du dos sans signe préoccupant (certains symptômes inquiétants) ont eu à passer un examen d'imagerie diagnostique.

Dans l'ensemble, les taux sont restés stables de 2015-2016 à 2019-2020 — ils ont baissé en Nouvelle-Écosse et en Alberta, mais n'ont pas changé en Ontario, au Manitoba et en Colombie-Britannique.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

En 2017 : 42 % des personnes de 18 à 24 ans avec un col de l'utérus au Canada ont déclaré avoir subi un test de Pap dans les 3 dernières années.

En 2008, ce taux était de 65 %, ce qui indique un déclin dans le nombre de tests de Pap effectués chez les personnes de ce groupe d'âge.

Antibiotiques délivrés dans la collectivité

2019-2020 : La quantité totale d'antibiotiques, mesurée selon la dose thérapeutique quotidienne (DTQ) normalisée par l'Organisation mondiale de la santé, était de 13 par 1 000 habitants par jour au Manitoba, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique. La moyenne des pays de l'OCDE est de 17 DTQ par 1 000 habitants par jour. Chaque jour, environ 100 000 habitants de ces 3 provinces prennent un antibiotique. De plus, dans ces provinces, près de 1 personne sur 3 a suivi au moins un traitement antibiotique.

La quantité d'antibiotiques délivrés dans la collectivité a diminué de 11 % de 2015-2016 à 2019-2020.

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

2019-2020 : 1 personne âgée sur 12 utilisait régulièrement des benzodiazépines ou d'autres sédatifs hypnotiques (l'ensemble des provinces à l'exclusion du Québec).

Le taux d'utilisation chronique des benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques a diminué de 16 % de 2014-2015 à 2019-2020.

Contention physique et antipsychotiques en soins de longue durée

2019-2020 : Les mesures de contention physique quotidienne touchaient moins de 1 résident sur 20 en soins de longue durée à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse, en Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan, en Alberta, en Colombie-Britannique et au Yukon.

Le recours à la contention physique quotidienne en soins de longue durée a chuté de 47 % de 2014-2015 à 2019-2020.

2019-2020 : 1 résident sur 5 en soins de longue durée prenait des antipsychotiques sans diagnostic de psychose à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse, en Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan, en Alberta, en Colombie-Britannique et au Yukon.

L'utilisation potentiellement inappropriée d'antipsychotiques a baissé de 26 % de 2014-2015 à 2019-2020.

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

2019-2020 : 3 enfants sur 10 qui se sont présentés au service d'urgence en raison de l'asthme ou d'une bronchiolite ont passé une radiographie thoracique (Ontario, Alberta et Yukon).

Les taux de radiographies pour l'asthme et la bronchiolite chez les enfants étaient généralement stables de 2014-2015 à 2019-2020 en Ontario, en Alberta et au Yukon.

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

2019-2020 : L'imagerie diagnostique a été utilisée chez 1 adulte sur 3 s'étant présenté au service d'urgence pour un traumatisme crânien mineur sans signe préoccupant (Ontario, Alberta et Yukon).

Les taux d'examens d'imagerie diagnostique pour un traumatisme crânien mineur sont demeurés stables de 2014-2015 à 2019-2020 en Ontario, en Alberta et au Yukon.

Arthroscopie du genou chez les adultes de 60 ans et plus

2019-2020 : Le taux d'arthroscopies du genou chez les adultes de 60 ans et plus était de 99 pour 100 000 habitants au Canada, à l'exclusion du Québec, même si la plupart de ces soins étaient inappropriés, sans égard au diagnostic.

Le taux d'arthroscopies du genou a chuté de 46 % de 2014-2015 à 2019-2020.

Césariennes dans les cas d'accouchements à faible risque

2019-2020 : Le taux de césariennes pratiquées dans les cas d'accouchements à faible risque était de 1 sur 6 (Canada, à l'exclusion du Québec).

Le taux de césariennes pratiquées dans les cas d'accouchements à faible risque est demeuré stable de 2015-2016 à 2019-2020 à l'échelle du Canada (à l'exclusion du Québec).

Transfusion de globules rouges chez les patients hospitalisés

2019-2020 : Le taux de transfusions de globules rouges chez les patients hospitalisés était de 6,3 % (Nouveau-Brunswick, Québec, Ontario, Manitoba et Saskatchewan).

Le taux de transfusions de globules rouges chez les patients hospitalisés a graduellement diminué de 11 %, passant de 7,1 % en 2014-2015 à 6,3 % en 2019-2020.

Examens préopératoires avant une chirurgie à faible risque

2019-2020 : 1 patient sur 5 ayant subi une chirurgie à faible risque avait passé un examen préopératoire (Nouvelle-Écosse, Ontario, Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique).

Le taux d'examens préopératoires chez les patients ayant subi une chirurgie à faible risque a diminué de 17 % de 2015-2016 à 2019-2020.

Figure 1 : Taux d'examens d'imagerie diagnostique pour des douleurs au bas du dos sans signe préoccupant, selon la province, 2015-2016 à 2019-2020

Province	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020
Nouvelle-Écosse	31,2 %	29,6 %	29,9 %	29,7 %	27,7 %
Ontario	26,9 %	26,7 %	26,8 %	26,8 %	24,7 %
Manitoba	30,8 %	30,4 %	31,0 %	31,6 %	31,1 %
Alberta	30,7 %	28,9 %	27,7 %	27,7 %	26,6 %
Colombie-Britannique	24,8 %	24,2 %	24,0 %	24,6 %	24,0 %

Remarques

Il importe de faire preuve de prudence dans l'interprétation des variations provinciales en raison des différences dans la façon dont les provinces déclarent et financent les examens d'imagerie diagnostique.

Le taux d'examens d'imagerie diagnostique a été ajusté selon l'âge et le sexe des patients.

Sources

Base de données nationale sur les médecins, Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2014-2015 à 2020-2021, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 2 : Pourcentage de personnes de 18 à 24 ans avec un col de l'utérus ayant déclaré avoir subi un test de Pap au cours des 3 dernières années, selon la province ou le territoire, 2008 à 2017

Province ou territoire	2008	2012	2017
Terre-Neuve-et-Labrador	76,0 %	80,5 %	48,0 %*
Île-du-Prince-Édouard	81,7 %†	80,4 %†	38,0 %**
Nouvelle-Écosse	65,0 %	60,0 %	55,0 %
Nouveau-Brunswick	80,0 %‡	59,0 %‡	36,0 %*
Québec	64,0 %‡	60,0 %‡	44,0 %‡
Ontario	61,0 %	52,0 %	43,0 %
Manitoba	74,0 %	68,0 %	38,0 %*
Saskatchewan	67,0 %	65,0 %	31,0 %*
Alberta	69,0 %	53,0 %	45,0 %
Colombie-Britannique	71,0 %	55,0 %	34,0 %
Yukon	94,7 %‡	Non disponible§	67,0 %**
Territoires du Nord-Ouest	91,4 %‡	81,4 %‡	64,0 %‡
Nunavut	81,2 %‡	78,0 %*‡	40,0 %**

Remarques

* Ces chiffres doivent être interprétés avec prudence en raison de la grande variabilité dans les estimations.

† Un programme de dépistage organisé existe depuis 2011 à l'Île-du-Prince-Édouard, mais le dépistage demeure généralement occasionnel.

‡ Aucun programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus n'était en place cette année-là.

§ Les données de 2012 du Yukon ont été supprimées en raison de leur faible valeur.

Cette analyse inclut les personnes de 18 à 24 ans avec un col de l'utérus de l'ensemble des provinces et territoires conformément à la recommandation Choisir avec soin formulée par le Collège des médecins de famille du Canada. Les personnes avec un col de l'utérus ayant subi une hystérectomie ont été exclues. Les recommandations concernant l'âge auquel commencer le dépistage du cancer du col de l'utérus variaient selon la province ou le territoire. Dans les années visées par l'analyse, ces recommandations allaient de 21 ans à 25 ans (p. ex. l'Alberta et la Colombie-Britannique ont mis à jour leurs directives de dépistage en 2016 afin que le dépistage commence à 25 ans).

Sources

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008, 2012 et 2017. 2 années de données ont été combinées pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut en 2017 (2017 et 2018).

Figure 3 : Volume total d'antibiotiques délivrés pour une utilisation systémique, selon la province, en doses thérapeutiques quotidiennes par 1 000 habitants par jour, 2015-2016 à 2019-2020

Province	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020
Manitoba	15,4	15,4	15,0	14,2	14,5
Saskatchewan	17,7	17,4	16,4	15,8	15,9
Colombie-Britannique	13,4	13,1	12,5	12,0	11,8
Total	14,5	14,2	13,6	13,0	12,9

Remarque

Le volume total d'antibiotiques délivrés pour une utilisation systémique a été normalisé selon l'âge.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, 2015-2016 à 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada, Tableau 17-10-0005-01, Estimations de la population au 1^{er} juillet, selon l'âge et le sexe.

Volume total d'antibiotiques délivrés pour une utilisation systémique, selon la catégorie, en doses thérapeutiques quotidiennes par 1 000 habitants par jour, 2019-2020
Volume total d'antibiotiques délivrés pour une utilisation systémique, selon la catégorie, en doses thérapeutiques quotidiennes par 1 000 habitants par jour, 2019-2020

Catégorie d'antibiotique	Doses thérapeutiques quotidiennes par 1 000 habitants par jour
Bêtalactamines antibactériennes et pénicillines	4,2
Tétracyclines	3,2
Macrolides, lincosamides, streptogramines	2,0
Autres bêtalactamines	1,7
Quinolones	1,0
Autres antibiotiques	0,9

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada, Tableau 17-10-0005-01, Estimations de la population au 1^{er} juillet, selon l'âge et le sexe.

Figure 4 : Nombre total et pourcentage de personnes âgées utilisant de manière chronique des benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques, provinces sélectionnées, 2014-2015 à 2019-2020

Exercice	Nombre de personnes âgées affichant une utilisation chronique	Pourcentage de personnes âgées affichant une utilisation chronique
2014-2015	332 913	10,1 %
2015-2016	334 673	9,8 %
2016-2017	336 059	9,5 %
2017-2018	332 235	9,1 %
2018-2019	330 694	8,8 %
2019-2020	330 141	8,5 %

Remarques

Le pourcentage de personnes âgées affichant une utilisation chronique a été normalisé selon l'âge.

La population étudiée était constituée de personnes âgées ayant fait au moins une demande de remboursement de médicament au cours de la période visée.

Cette analyse incluait l'ensemble des provinces, sauf le Québec.

L'utilisation de benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques prise en compte ne se limite pas aux indications d'insomnie, d'agitation et de delirium.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, 2013-2014 à 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 5 : Pourcentage de personnes âgées utilisant de manière chronique des benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques, selon la province, 2014-2015 à 2019-2020

Province	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020
Terre-Neuve-et-Labrador	18,4 %	18,3 %	18,7 %	18,6 %	18,4 %	18,3 %
Île-du-Prince-Édouard	7,7 %	8,1 %	8,3 %	8,3 %	8,2 %	8,1 %
Nouvelle-Écosse	15,5 %	15,2 %	15,2 %	14,9 %	14,5 %	14,1 %
Nouveau-Brunswick	21,8 %	21,9 %	22,5 %	22,6 %	22,3 %	22,1 %
Ontario	9,2 %	8,9 %	8,5 %	8,2 %	7,9 %	7,6 %
Manitoba	13,1 %	12,9 %	12,6 %	12,3 %	12,0 %	11,6 %
Saskatchewan	6,3 %	6,0 %	5,9 %	5,7 %	5,6 %	5,4 %
Alberta	12,5 %	12,4 %	12,1 %	11,4 %	10,9 %	10,4 %
Colombie-Britannique	8,7 %	8,3 %	7,9 %	7,4 %	7,0 %	6,7 %

Remarques

Les régimes d'assurance médicaments publics 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. Il se peut donc que leurs données ne soient pas représentatives de l'ensemble de la population des 65 ans et plus.

Le pourcentage de personnes âgées affichant une utilisation chronique a été normalisé selon l'âge.

La population étudiée était constituée de personnes âgées ayant fait au moins une demande de remboursement de médicament au cours de la période visée.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, 2013-2014 à 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 6 : Recours à la contention physique quotidienne et aux antipsychotiques chez les résidents en soins de longue durée, provinces et territoires sélectionnés, 2014-2015 à 2019-2020

Exercice	Recours quotidien à la contention physique	Recours quotidien aux antipsychotiques
2014-2015	8,6 %	27,2 %
2015-2016	7,4 %	23,6 %
2016-2017	6,5 %	21,6 %
2017-2018	5,7 %	21,3 %
2018-2019	5,2 %	20,7 %
2019-2020	4,6 %	20,2 %

Remarques

L'analyse sur la contention excluait les résidents comateux ou quadriplégiques.

Le taux de recours à la contention a été normalisé au niveau des établissements à l'aide de la version longue d'une échelle sur les activités de la vie quotidienne (AVQ).

L'analyse sur les antipsychotiques excluait les résidents au stade terminal de leur maladie, qui recevaient des soins palliatifs ou en hospice, qui avaient reçu un diagnostic de schizophrénie ou de chorée de Huntington, et ceux qui avaient des hallucinations ou des délires.

Le taux d'utilisation d'antipsychotiques a été normalisé au moyen de l'indice des groupes clients à l'échelle de l'établissement selon une population de référence, puis ajusté selon les risques associés à des covariables individuelles (agitation motrice, difficultés modérées ou graves à prendre des décisions, problème de mémoire à long terme, échelle de rendement cognitif, combinaison d'Alzheimer et d'autres démences, ou résidents âgés de moins de 65 ans).

Source

Système d'information sur les soins de longue durée, 2014-2015 à 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 7 : Pourcentage de recours à la contention physique quotidienne chez les résidents en soins de longue durée selon l'autorité compétente, 2014-2015 à 2019-2020

Autorité compétente	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020
Terre-Neuve-et-Labrador	9,6 %	12,1 %	14,2 %	12,1 %	12,4 %	11,1 %
Ontario	7,4 %	6,0 %	5,1 %	4,5 %	3,9 %	3,3 %
Saskatchewan	12,5 %	11,7 %	10,1 %	8,5 %	7,7 %	Non disponible*
Alberta	8,6 %	6,9 %	6,5 %	6,1 %	5,7 %	5,5 %
Colombie-Britannique	11,0 %	9,6 %	8,3 %	7,3 %	6,9 %	6,7 %
Yukon	13,0 %	17,2 %	19,1 %	14,2 %	11,5 %	10,5 %

Remarques

* Les résultats de la Saskatchewan pour 2019-2020 ne sont pas présentés, car la province a effectué la transition de l'instrument d'évaluation des résidents — fichier minimal 2.0 à l'instrument d'évaluation Soins de longue durée en établissement interRAI au cours de cet exercice.

Les données de l'Office régional de la santé de Winnipeg au Manitoba et de l'autorité sanitaire Central Zone en Nouvelle-Écosse, ainsi qu'une petite partie des données de la Saskatchewan (2019-2020), sont incluses dans le taux global, ne sont pas présentées à l'échelle provinciale.

L'analyse sur la contention excluait les résidents comateux ou quadriplégiques.

Le taux de recours à la contention a été normalisé à l'aide de la version longue d'une échelle sur les AVQ au niveau des établissements selon une population de référence.

Source

Système d'information sur les soins de longue durée, 2014-2015 à 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 8 : Pourcentage des résidents qui utilisaient des antipsychotiques sans avoir reçu de diagnostic de psychose, selon l'autorité compétente, 2014-2015 à 2019-2020

Autorité compétente	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020
Terre-Neuve-et-Labrador	37,7 %	37,1 %	37,8 %	35,4 %	28,2 %	23,1 %
Ontario	27,0 %	22,6 %	20,2 %	19,6 %	19,0 %	18,3 %
Saskatchewan	31,2 %	29,0 %	26,9 %	26,9 %	27,5 %	Non disponible*
Alberta	21,0 %	17,9 %	17,2 %	17,1 %	17,2 %	18,1 %
Colombie-Britannique	30,9 %	27,7 %	25,7 %	25,4 %	24,8 %	24,7 %
Yukon	27,2 %	25,2 %	25,0 %	27,9 %	27,4 %	28,6 %

Remarques

* Les résultats de la Saskatchewan pour 2019-2020 ne sont pas présentés, car la province a effectué la transition de l'instrument d'évaluation des résidents — fichier minimal 2.0 à l'instrument d'évaluation Soins de longue durée en établissement interRAI au cours de cet exercice.

Les données de l'Office régional de la santé de Winnipeg au Manitoba et de l'autorité sanitaire Central Zone en Nouvelle-Écosse, ainsi qu'une petite partie des données de la Saskatchewan (2019-2020), sont incluses dans le taux global, ne sont pas présentées à l'échelle provinciale.

L'analyse sur les antipsychotiques exclut les résidents au stade terminal de leur maladie, qui recevaient des soins palliatifs ou en hospice, qui avaient reçu un diagnostic de schizophrénie ou de chorée de Huntington, et ceux qui avaient des hallucinations ou des délires.

Le taux d'utilisation d'antipsychotiques a été normalisé au moyen de l'indice des groupes clients à l'échelle de l'établissement selon une population de référence, puis ajusté selon les risques associés à des covariables individuelles (agitation motrice, difficultés modérées ou graves à prendre des décisions, problème de mémoire à long terme, échelle de rendement cognitif, combinaison d'Alzheimer et d'autres démences, ou résidents âgés de moins de 65 ans).

Source

Système d'information sur les soins de longue durée, 2014-2015 à 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 9 : Taux de radiographies thoraciques chez les enfants ayant visité le service d'urgence en raison de l'asthme ou d'une bronchiolite, provinces et territoires sélectionnés, 2014-2015 à 2019-2020

Exercice	Bronchiolite	Asthme
2014-2015	31,3 %	27,4 %
2015-2016	33,1 %	26,8 %
2016-2017	29,6 %	27,2 %
2017-2018	29,8 %	27,8 %
2018-2019	30,2 %	28,3 %
2019-2020	29,3 %	29,2 %

Remarques

Le taux d'examen d'imagerie pour une bronchiolite a été ajusté selon le sexe et le niveau de triage du patient.

Le taux d'examen d'imagerie pour l'asthme a été ajusté selon l'âge, le sexe et le niveau de triage du patient.

Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2013-2014 à 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 10 : Taux de radiographies thoraciques chez les enfants ayant visité le service d'urgence en raison de l'asthme ou d'une bronchiolite, selon la province ou le territoire, 2019-2020

Province ou territoire	Bronchiolite	Asthme
Ontario	31,4 %	30,1 %
Alberta	25,0 %	27,6 %
Yukon	Non déclarable*	21,8 %
Total	29,3 %	29,2 %

Remarques

* Le taux d'examens d'imagerie pour la bronchiolite au Yukon n'est pas présenté en raison du faible volume. Le taux d'examens d'imagerie pour une bronchiolite a été ajusté selon le sexe et le niveau de triage du patient. Le taux d'examens d'imagerie pour l'asthme a été ajusté selon l'âge, le sexe et le niveau de triage du patient.

Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2018-2019 et 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 11 : Taux d'examens d'imagerie diagnostique pour un traumatisme crânien mineur, selon l'autorité compétente, 2014-2015 à 2019-2020

Province ou territoire	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020
Ontario	31,0 %	30,5 %	30,9 %	31,4 %	32,6 %	32,5 %
Alberta	31,6 %	31,0 %	29,7 %	27,8 %	27,5 %	27,8 %
Yukon	23,2 %	24,0 %	20,0 %	24,2 %	21,6 %	26,3 %
Total	31,1 %	30,6 %	30,6 %	30,6 %	31,6 %	31,5 %

Remarque

Le taux d'examens d'imagerie diagnostique été ajusté selon l'âge, le sexe et le niveau de triage du patient.

Sources

Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2013-2014 à 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 12 : Taux d'arthroscopies du genou chez les adultes de 60 ans et plus par 100 000 habitants, provinces et territoires sélectionnés, 2014-2015 à 2019-2020

Exercice	Taux
2014-2015	183
2015-2016	175
2016-2017	162
2017-2018	138
2018-2019	118
2019-2020	99

Remarque

Le taux d'arthroscopies du genou a été normalisé selon l'âge à partir de la population canadienne de 2011.

Sources

Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2014-2015 à 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada, Tableau 17-10-0005-01, Estimations de la population au 1^{er} juillet, selon l'âge et le sexe.

Figure 13 : Taux d'arthroscopies du genou chez les adultes de 60 ans et plus par 100 000 habitants, selon l'autorité compétente, 2014-2015 à 2019-2020

Autorité compétente	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020
Terre-Neuve-et-Labrador	54	32	28	20	14	16
Île-du-Prince-Édouard	306	240	183	160	110	100
Nouvelle-Écosse	141	116	79	79	72	72
Nouveau-Brunswick	217	238	230	184	166	162
Ontario	210	202	176	170	148	115
Manitoba	317	278	251	228	150	132
Saskatchewan	187	243	213	188	161	150
Alberta	109	111	92	94	80	73
Colombie-Britannique	142	124	97	70	63	61

Remarques

Le taux d'arthroscopies du genou a été normalisé selon l'âge à partir de la population canadienne de 2011. Les résultats des territoires ne sont pas présentés séparément en raison du faible volume de données, mais sont inclus dans le taux global.

Sources

Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2014-2015 à 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada, Tableau 17-10-0005-01, Estimations de la population au 1^{er} juillet, selon l'âge et le sexe.

Figure 14 : Taux de césariennes dans les cas d'accouchements à faible risque, selon l'autorité compétente, 2015-2016 à 2019-2020

Autorité compétente	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020
Terre-Neuve-et-Labrador	19,8 %	16,5 %	14,7 %	18,3 %	12,3 %
Île-du-Prince-Édouard	14,3 %	16,3 %	20,7 %	13,9 %	17,7 %
Nouvelle-Écosse	13,7 %	13,8 %	15,6 %	16,8 %	17,1 %
Nouveau-Brunswick	15,9 %	14,4 %	17,4 %	15,4 %	13,7 %
Ontario	15,0 %	14,0 %	14,9 %	14,6 %	14,2 %
Manitoba	13,8 %	14,3 %	15,6 %	17,4 %	16,5 %
Saskatchewan	14,4 %	14,0 %	17,2 %	16,8 %	16,8 %
Alberta	16,4 %	15,9 %	15,8 %	16,0 %	14,3 %
Colombie-Britannique	20,0 %	20,5 %	22,0 %	22,0 %	21,2 %
Yukon	15,3 %	10,2 %	27,0 %	14,6 %	23,1 %
Territoires du Nord-Ouest	9,3 %	7,7 %	8,2 %	13,3 %	5,6 %
Canada	15,9 %	15,6 %	16,2 %	16,3 %	16,0 %

Remarque

Le taux de césariennes a été ajusté selon l'âge du patient.

Source

Base de données sur les congés des patients, 2015-2016 à 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 15 : Taux de transfusions de globules rouges chez les patients hospitalisés en soins de courte durée, provinces et territoires sélectionnés, 2014-2015 à 2019-2020

Taux	Exercice
7,1 %	2014-2015
6,9 %	2015-2016
6,6 %	2016-2017
6,4 %	2017-2018
6,4 %	2018-2019
6,3 %	2019-2020

Remarques

Le taux de transfusions de globules rouges a été ajusté selon l'âge, le sexe, l'indice de gravité et la durée du séjour à l'hôpital. La déclaration de l'indicateur de transfusion de globules rouges était obligatoire dans seulement 5 provinces (Nouveau-Brunswick, Québec, Ontario, Manitoba et Saskatchewan).

Source

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2014-2015 à 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 16 : Taux de transfusions de globules rouges chez les patients hospitalisés en soins de courte durée, selon l'autorité compétente, 2014-2015 à 2019-2020

Autorité compétente	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020
Nouveau-Brunswick	7,3 %	6,9 %	6,9 %	7,0 %	6,8 %	7,0 %
Québec	7,4 %	7,0 %	6,8 %	6,5 %	6,3 %	6,1 %
Ontario	6,9 %	6,8 %	6,6 %	6,4 %	6,4 %	6,3 %
Manitoba	6,5 %	6,3 %	5,9 %	6,1 %	6,7 %	6,7 %
Saskatchewan	7,5 %	7,2 %	6,8 %	6,4 %	6,1 %	5,9 %

Remarque

Le taux de transfusions de globules rouges a été ajusté selon l'âge, le sexe, l'indice de gravité et la durée du séjour à l'hôpital.

Source

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2014-2015 à 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 17 : Taux de transfusions de globules rouges chez les patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou, provinces sélectionnées, 2014-2015 à 2019-2020

Type de chirurgie	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020
Arthroplastie du genou	3,8 %	3,3 %	2,8 %	2,3 %	2,2 %	2,3 %
Arthroplastie de la hanche	6,6 %	5,7 %	5,7 %	5,0 %	4,7 %	4,8 %

Remarque

Le taux de transfusion de globules rouges a été ajusté selon l'âge, le sexe, l'indice de gravité, le type d'intervention, la durée des séjours à l'hôpital, la technique anesthésique, le mode de fixation, l'unilatéralité ou la bilatéralité de l'intervention, et selon qu'il s'agissait d'une l'intervention initiale ou de révision.

Source

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2014-2015 à 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 18 : Taux d'examens préopératoires avant une chirurgie à faible risque, selon l'autorité compétente, 2015-2016 à 2019-2020

Autorité compétente	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020
Nouvelle-Écosse	21,2 %	21,7 %	21,1 %	19,6 %	19,7 %
Ontario	27,4 %	25,9 %	25,0 %	23,7 %	23,2 %
Manitoba	25,7 %	22,2 %	18,3 %	17,9 %	17,6 %
Saskatchewan	22,7 %	22,0 %	20,6 %	18,9 %	18,2 %
Alberta	19,7 %	20,0 %	15,1 %	13,6 %	12,4 %
Colombie-Britannique	21,9 %	22,0 %	21,6 %	20,7 %	20,3 %
Canada	24,7 %	23,7 %	22,3 %	21,0 %	20,4 %

Remarque

Le taux d'examens préopératoires a été ajusté selon l'âge, le sexe et le type de chirurgie.

Sources

Base de données nationale sur les médecins, Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2014-2015 à 2019-2020, Institut canadien d'information sur la santé.

Annexe B : Particularités techniques

Les recommandations ont été choisies selon qu'elles pouvaient être mesurées (ou évaluées approximativement) à l'aide de données administratives ou d'enquêtes. Des experts cliniques ont été consultés lors de l'élaboration des méthodologies afin de s'assurer que le rapport s'intéresse à un éventail d'examen et de traitements de faible valeur couramment surutilisés et présentant un intérêt pour les intervenants.

L'analyse est notamment limitée par le fait que les données administratives n'indiquent pas souvent les motifs du recours à un examen ou à un traitement ni les conversations entre les cliniciens, les patients et leur famille avant la prescription.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la méthodologie et les limites du rapport, consultez les [notes méthodologiques](#).

Tableau B1 : Sommaire des sources de données et des spécifications techniques, selon la mesure

Recommandation	Sources de données	Période étudiée	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 des 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	Ensemble des provinces et territoires, 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

Recommandation	Sources de données	Période étudiée	Couverture des données	Âge de la cohorte
Soins communautaires				
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 : un mois à un an Asthme : 3-17 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 étudiée	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 territoires, sauf le Québec	60 ans et plus
Césariennes dans les cas d'accouchements à faible risque	BDCP	2015-2016 à 2020-2021	Ensemble des provinces et territoires, sauf le Québec	Tous les âges maternels
Transfusion 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 et Base de données sur la morbidité hospitalière.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. [Les soins non nécessaires au Canada](#). 2017.
2. Ipsos Reid Survey. *2022 Ipsos Survey: Public Awareness and Attitudes Towards the Choosing Wisely Canada Campaign*. 2022.
3. Hall AM, Aubrey-Bassler K, Thorne B, Maher CG. [Do not routinely offer imaging for uncomplicated low back pain](#). *BMJ (Clinical Research Ed.)*. Février 2021.
4. Pengel LHM, Herbert RD, Maher CG, Refshauge KM. [Acute low back pain: Systematic review of its prognosis](#). *BMJ (Clinical Research Ed.)*. Août 2003.
5. Choisir avec soins. [Médecine familiale — Les 13 examens et traitements à s'interroger](#). Consulté en juillet 2022.
6. Choisir avec soins. [Radiologie — Les 5 examens et traitements à s'interroger](#). Consulté en juillet 2022.
7. University Health Network. [Rapid access clinic for low back pain](#). Consulté le 14 juillet 2022.
8. Zarrabian M, Bidos A, Fanti C, et al. [Improving spine surgical access, appropriateness and efficiency in metropolitan, urban and rural settings](#). *Canadian Journal of Surgery*. Octobre 2017.
9. Autorité sanitaire de la Saskatchewan. [Spine pathway](#). Consulté le 14 juillet 2022.
10. Partenariat canadien contre le cancer. [Dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada : Analyse de l'environnement \(2019-2020\)](#). 2020.
11. Organisation mondiale de la santé. [Defined daily dose \(DDD\) — Definition and general considerations](#). Consulté en juillet 2022.
12. Gouvernement du Canada. [À propos de la résistance aux antibiotiques](#). Consulté en juillet 2022.
13. Choisir avec soin. [Utilisation judicieuse des antibiotiques](#). Consulté le 15 juillet 2022.
14. Organisation de coopération et de développement économiques. [Panorama de la santé 2021](#). 2021.

15. Agence de la santé publique du Canada. [Système canadien de surveillance de la résistance aux antimicrobiens — Mise à jour 2020](#). 2020.
16. Patrick DM, Dale L, McCabe M, Zhao B, Chong M, Blondel-Hill E, Marra F. [BC physicians reduce unnecessary antibiotic use — and costs](#). *British Columbia Medical Journal*. Novembre 2016.
17. Institut canadien d'information sur la santé. [Aperçu des impacts de la COVID-19 sur les systèmes de soins de santé](#). Consulté le 25 avril 2022.
18. Agence de la santé publique du Canada. [Système canadien de surveillance de la résistance aux antimicrobiens – rapport de 2021](#). 2021.
19. Kitano T, Brown KA, Daneman N, et al. [The impact of COVID-19 on outpatient antibiotic prescriptions in Ontario, Canada; an interrupted time series analysis](#). *Open Forum Infectious Diseases*. Octobre 2021.
20. Schwartz KL, Ivers N, Langford BJ, et al. [Effect of antibiotic-prescribing feedback to high-volume primary care physicians on number of antibiotic prescriptions: A randomized clinical trial](#). *JAMA Internal Medicine*. Septembre 2021.
21. Des pilules contre tous les microbes? [Des pilules contre tous les microbes? Un programme communautaire pour une utilisation judicieuse des antibiotiques](#). Consulté le 15 juillet 2022.
22. Quality of Care NL, Choosing Wisely NL. [Practice Points Volume 3: Quality of Care](#). 2018.
23. Quality of Care NL. [Continuing education](#). Consulté le 26 juillet 2022.
24. Quality of Care NL. [Practice points for family physicians](#) [video]. 8 juillet 2020.
25. Quality of Care NL. [Practice points for nurse practitioners](#) [video]. 8 juillet 2020.
26. American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. [American Geriatrics Society 2015 updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults](#). *Journal of the American Geriatrics Society*. Novembre 2015.
27. Soong C, Burry L, Greco M, Tannenbaum C. [Advise non-pharmacological therapy as first line treatment for chronic insomnia](#). *BMJ (Clinical Research Ed.)*. Mars 2021.

28. Johnson B, Streltzer J. [Risks associated with long-term benzodiazepine use.](#) *American Family Physician*. Août 2013.
29. Choisir avec soin. [Médecine d'hôpital — les cinq examens et traitements à s'interroger.](#) Consulté en juillet 2022.
30. Choisir avec soin. [Gériatrie — les cinq examens et traitements à s'interroger.](#) Consulté en juillet 2022.
31. Choisir avec soin. [Psychiatrie — les treize examens et traitements à s'interroger.](#) Consulté en juillet 2022.
32. Choisir avec soin. [Pharmacien — les six examens et traitements à s'interroger.](#) Consulté en juillet 2022.
33. Morgan SG, Weymann D, Pratt B, et al. [Sex differences in the risk of receiving potentially inappropriate prescriptions among older adults.](#) *Age and Ageing*. Juillet 2016.
34. Howard M, Dolovich L, Kaczorowski J, Sellors C, Sellors J. [Prescribing of potentially inappropriate medications to elderly people.](#) *Family Practice*. Juin 2004.
35. Iaboni A, Bronskill SE, Reynolds KB, et al. [Changing pattern of sedative use in older adults: A population-based cohort study.](#) *Drugs & Aging*. Juillet 2016.
36. Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE. [Sedative hypnotics in older people with insomnia: Meta-analysis of risks and benefits.](#) *BMJ (Clinical Research Ed.)*. Novembre 2005.
37. Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S. [Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: The EMPOWER cluster randomized trial.](#) *JAMA (Internal Medicine)*. Juin 2014.
38. Ashworth N, Kain N, Wiebe D, Hernandez-Ceron N, Jess E, Mazurek K. [Reducing prescribing of benzodiazepines in older adults: A comparison of four physician-focused interventions by a medical regulatory authority.](#) *BMC (Family Practice)*. Avril 2021.
39. SaferMedsNL. [Promoting safe and effective medication use for people living in Newfoundland and Labrador.](#) Consulté le 15 juillet 2022.
40. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. [Practice Standard: Restraints.](#) 2009.
41. Gastmans C, Milisen K. [Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations.](#) *Journal of Medical Ethics*. Mars 2006.

42. Landreville P, Bédard A, Verreault R, et al. [Non-pharmacological interventions for aggressive behavior in older adults living in long-term care facilities](#). *International Psychogeriatrics*. Mars 2006.
43. Choisir avec soin. [Soins infirmiers — les neuf examens et traitements à s'interroger](#). Consulté en juillet 2022.
44. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. [Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia](#). *BMJ*. Mars 2015.
45. Ivers NM, Taljaard M, Giannakeas V, et al. [Effectiveness of confidential reports to physicians on their prescribing of antipsychotic medications in nursing homes](#). *Implementation Science Communications*. Février 2020.
46. Excellence en santé Canada. [Projet collaboratif Utilisation appropriée des antipsychotiques au Nouveau-Brunswick](#). Consulté le 20 juillet 2022.
47. Excellence en santé Canada. [Utilisation appropriée des antipsychotiques](#). Consulté le 15 juillet 2022.
48. Hanson HM, Léveillé T, Cole M, et al. [Effect of a multimethod quality improvement intervention on antipsychotic medication use among residents of long-term care](#). *BMJ (Open Quality)*. Avril 2021.
49. Friedman JN, Davis T, Somaskanthan A, Ma A. [Avoid doing chest x rays in infants with typical bronchiolitis](#). *BMJ (Clinical Research Ed.)*. Octobre 2021.
50. Trottier ED, Chan K, Allain D, Chauvin-Kimoff L. [Managing an acute asthma exacerbation in children](#). *Paediatrics & Child Health*. Novembre 2021.
51. Society of Hospital Medicine. [Choosing Wisely: Don't order chest radiographs in children with uncomplicated asthma or bronchiolitis](#). 2013.
52. Institut canadien d'information sur la santé. [Incidence de la COVID-19 sur les services d'urgence](#). Consulté le 22 juin 2022.
53. Nino G, Molto J, Aguilar H, et al. [Chest X-ray lung imaging features in pediatric COVID-19 and comparison with viral lower respiratory infections in young children](#). *Pediatric Pulmonology*. Septembre 2021.
54. Breakell R, Thorndyke B, Clennett J, Harkensee C. [Reducing unnecessary chest X-rays, antibiotics and bronchodilators through implementation of the NICE bronchiolitis guideline](#). *European Journal of Pediatrics*. 2018.

55. Ralston SL, Garber MD, Rice-Conboy E, et al. [A multicenter collaborative to reduce unnecessary care in inpatient bronchiolitis](#). *Pediatrics*. Janvier 2016.
56. Services de santé de l'Alberta. [Provincial Clinical Knowledge Topic: Bronchiolitis, Infant - Emergency and Inpatient](#). 2018.
57. Services de santé de l'Alberta. [Reduce unnecessary chest X-rays in bronchiolitis](#). Consulté le 20 juillet 2022.
58. Stiell IG, Wells GA, Vandemheen K, et al. [The Canadian CT Head Rule for patients with minor head injury](#). *The Lancet*. Mai 2001.
59. Brenner DJ, Hall EJ. [Computed tomography — An increasing source of radiation exposure](#). *New England Journal of Medicine*. Novembre 2007.
60. Smits M, Dippel DWJ, Nederkoorn PJ, et al. [Minor head injury: CT-based strategies for management — A cost-effectiveness analysis](#). *Radiology*. Février 2010.
61. Choisir avec soin. [Médecine d'urgence — les dix tests et traitements à s'interroger](#). Consulté en juillet 2022.
62. Agarwal M, Udare A, Alabousi A, et al. [Impact of the COVID-19 pandemic on emergency CT head utilization in Ontario-an observational study of tertiary academic hospitals](#). *Emergency Radiology*. Décembre 2020.
63. Masood S, Woolner V, Yoon JH, Chartier LB. [Checklist for Head Injury Management Evaluation Study \(CHIMES\): A quality improvement initiative to reduce imaging utilisation for head injuries in the emergency department](#). *BMJ (Open Quality)*. 2020.
64. Dowling S, Hair H, Boudreau D, et al. [A patient-focused information design intervention to support the minor Traumatic Brain Injuries \(mTBI\) Choosing Wisely Canada recommendation](#). *Cureus*. Octobre 2019.
65. Brignardello-Petersen R, Guyatt GH, Buchbinder R, et al. [Knee arthroscopy versus conservative management in patients with degenerative knee disease: A systematic review](#). *BMJ (Open)*. Mai 2017.
66. Choisir avec soin. [Orthopédie — les dix examens et traitements à s'interroger](#). Consulté en juillet 2022.

67. Wong I, Hiemstra L, Ayeni OR, et al. [Position statement of the Arthroscopy Association of Canada \(AAC\) concerning arthroscopy of the knee joint — September 2017](#). *Orthopaedic Journal of Sports Medicine*. Février 2018.
68. Rampersaud YR, Canizares M, Zywiell MG, et al. [Evaluation of trends in knee arthroscopy from 2004 to 2019 in Ontario, Canada](#). *The New England Journal of Medicine (Evidence)*. Avril 2022.
69. Thorlund JB, Juhl CB, Roos EM, Lohmander LS. [Arthroscopic surgery for degenerative knee: Systematic review and meta-analysis of benefits and harms](#). *BMJ*. Juin 2015.
70. Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, ministère de la Santé. [Ontario Health Insurance Plan Bulletin](#). Consulté le 20 juillet 2022.
71. Hammad IA, Chauhan SP, Magann EF, Abuhamad AZ. [Peripartum complications with cesarean delivery: A review of Maternal-Fetal Medicine Units Network publications](#). *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. Mars 2014.
72. Daltveit AK, Tollånes MC, Pihlstrøm H, Irgens LM. [Cesarean delivery and subsequent pregnancies](#). *Obstetrics and Gynecology*. Juin 2008.
73. Institut canadien d'information sur la santé. [Publication en ligne Indicateurs de santé](#). Consulté le 27 mai 2022.
74. Organisation de coopération et de développement économiques. [Césariennes \(indicateur\)](#). Consulté le 27 mai 2022.
75. Choisir avec soin. [Obstétrique et gynécologie — les douze examens et traitements à s'interroger](#). Consulté en juillet 2022.
76. Institut canadien d'information sur la santé. [Césariennes à faible risque](#). Consulté le 27 mai 2022.
77. Heelan-Fancher L, Shi L, Zhang Y, Cai Y, Nawai A, Leveille S. [Impact of continuous electronic fetal monitoring on birth outcomes in low-risk pregnancies](#). *Birth*. Février 2019.
78. Betrán AP, Temmerman M, Kingdon C, et al. [Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies](#). *The Lancet*. Octobre 2018.
79. Chaillet N, Dumont A, Abrahamowicz M, et al. [A cluster-randomized trial to reduce cesarean delivery rates in Quebec](#). *The New England Journal of Medicine*. Avril 2015.

80. Registre et réseau des bons résultats dès la naissance. [À propos de BORN](#). Consulté le 20 juillet 2022.
81. Weiss D, Dunn SI, Sprague AE, et al. [Effect of a population-level performance dashboard intervention on maternal-newborn outcomes: An interrupted time series study](#). *BMJ (Quality & Safety)*. 2018.
82. California Maternal Quality Care Collaborative. [Supporting vaginal birth](#). Consulté le 20 juillet 2022.
83. Let's Get Healthy California. [Safe births. Healthy mothers and babies](#). Consulté le 20 juillet 2022.
84. Rosenstein MG, Chang S-C, Sakowski C, et al. [Hospital quality improvement interventions, statewide policy initiatives, and rates of cesarean delivery for nulliparous, term, singleton, vertex births in California](#). *JAMA*. Avril 2021.
85. Mehta N, Murphy MF, Kaplan L, Levinson W. [Reducing unnecessary red blood cell transfusion in hospitalised patients](#). *BMJ (Clinical Research Ed.)*. Avril 2021.
86. Choisir avec soin. [Médecine interne — les onze examens et traitements à s'interroger](#). Consulté en juillet 2022.
87. Transfuser avec soin. [Transfuser avec soin](#). Consulté le 20 juillet 2022.
88. Kron AT, Collins A, Cserti-Gazdewich C, et al. [A prospective multi-faceted interventional study of blood bank technologist screening of red blood cell transfusion orders: The START study](#). *Transfusion*. Février 2021.
89. Autorité sanitaire de la Saskatchewan. [Transfusion essentials](#). Consulté le 20 juillet 2022.
90. SaskBlood. [Patient blood management](#). Consulté le 21 juillet 2022.
91. Chung F, Yuan H, Yin L, Vairavanathan S, Wong DT. [Elimination of preoperative testing in ambulatory surgery](#). *Anesthesia and Analgesia*. Février 2009.
92. Benarroch-Gampel J, Sheffield KM, Duncan CB, et al. [Preoperative laboratory testing in patients undergoing elective, low-risk ambulatory surgery](#). *Annals of Surgery*. Septembre 2012.
93. Choisir avec soin. [Anesthésiologie — les cinq examens et traitements à s'interroger](#). Consulté en juillet 2022.

94. Choisir avec soin. [Cardiologie — les sept examens et traitements à s'interroger](#). Consulté en juillet 2022.
95. Bohm E, Kirby S, Mota A, Mutter T, Norrie O, Struthers A. [Appropriate Preoperative Diagnostic Testing: A Choosing Wisely Manitoba Initiative](#). 2018.
96. Institut canadien d'information sur la santé. [Dialogue pancanadien pour l'avancement de la mesure de l'équité des soins de santé : compte rendu](#). 2016.
97. Institut canadien d'information sur la santé. [À la recherche de l'équité en santé : définition des facteurs de stratification servant à mesurer l'inégalité — regard sur l'âge, le sexe, le genre, le revenu, la scolarité et l'emplacement géographique](#). 2018.
98. Helfrich CD, Hartmann CW, Parikh TJ, Au DH. [Promoting health equity through de-implementation research](#). *Ethnicity & Disease*. Février 2019.
99. Squires JE, Cho-Young D, Aloisio LD, et al. [Inappropriate use of clinical practices in Canada: A systematic review](#). *CMAJ*. 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