

SEPTEMBRE 2010

# Décisions, décisions :

Les médecins de famille en tant que gardes de l'accès  
aux médicaments d'ordonnance et à l'imagerie diagnostique  
au Canada



Health Council of Canada



Conseil canadien de la santé

## Table des matières

- 02 Sommaire
- 09 1. Point de mire sur les médecins de famille  
A. Rôle de « gardes d'accès » des médecins de famille / B. Complexité grandissante des soins / C. Facteurs d'influence sur le processus décisionnel
- 17 2. Point de mire sur les médicaments d'ordonnance  
A. Ordonnances au Canada / B. Regard plus détaillé sur certains des médicaments les plus couramment prescrits / C. Facteurs d'influence sur les décisions de prescription / D. Problèmes relatifs à la prescription appropriée des médicaments / E. Outils d'aide à la décision
- 25 3. Point de mire sur l'imagerie diagnostique  
A. Essor de l'imagerie diagnostique au Canada / B. Investissements menant à un accès accru aux IRM et TDM / C. Évolution de la sphère d'autorité pour les examens d'imagerie / D. Utilisation appropriée de l'imagerie diagnostique / E. Outils d'aide à la décision
- 35 4. Faciliter les décisions : Outils d'aide au processus décisionnel  
A. Guides de pratique clinique / B. Aide électronique au processus décisionnel / C. Dossiers de santé électroniques / D. Rétroaction sur la performance
- 42 Sources des données
- 44 Bibliographie
- 46 Remerciements

## Préambule

En raison du vieillissement de la population au Canada et du nombre grandissant de Canadiens atteints de maladies chroniques, le recours au système public et universel de santé se trouve accru au Canada. Dans notre document de réflexion datant de 2009, *La valorisation de l'argent : Renforcer le système canadien de soins de santé*, nous avons conclu que cette utilisation croissante – entre autres – a fait doubler les dépenses de santé au cours de la dernière décennie, le total atteignant un sommet record de 183 milliards \$ en 2009.

Nous avons donc décidé de mieux cerner trois des facteurs principaux de cette hausse – services des médecins, médicaments d'ordonnance et imagerie diagnostique – ainsi que les liens qui les rattachent. Nous avons consulté des chercheurs, des spécialistes, des représentants gouvernementaux dans les secteurs des services médicaux, des produits pharmaceutiques et de l'imagerie diagnostique. Nous nous sommes aussi tournés vers d'autres organismes nationaux, dont les noms sont donnés dans la partie Remerciements de ce rapport, pour obtenir des données et des conseils avisés.

Dans ce document, nous discutons des rôles des médecins de famille en tant que *gardes de l'accès* aux médicaments d'ordonnance et à l'imagerie diagnostique, étant donné que les médecins sont bien souvent le

premier point de contact des Canadiens avec le système de santé et que leurs décisions influent directement sur les services de santé qui sont utilisés. Nous avons tout particulièrement pour objectif de déterminer les principaux facteurs – notamment les outils et les ressources – qui influencent les décisions de ces médecins et qui font que les services de santé sont sûrs et appropriés. C'est un objectif que nous partageons avec tous les Canadiens, qui attendent davantage de la médecine et souhaitent un système durable de santé.

Nous espérons que vous trouverez cette étude informative et que son contenu vous incitera à porter un regard nouveau sur notre système de soins de santé.

Cordialement,  
John G. Abbott  
Chef de la direction,  
Conseil canadien de la santé

## Sommaire

Pour bon nombre de Canadiens, les médecins de famille (ou docteurs) sont le premier point de contact avec le système de soins de santé. Par conséquent, les décisions de ces médecins, par exemple au sujet des médicaments qu'ils prescrivent ou des tests de diagnostic qu'ils ordonnent, influent non seulement sur le traitement des patients et sur les résultats de santé, mais sur l'ensemble du système de santé. C'est pourquoi on dit souvent que les médecins de famille sont les *gardes de l'accès* au système de santé au Canada.

Dans ce rapport, nous examinons le rôle des médecins de famille dans deux secteurs des services de santé – médicaments d'ordonnance et imagerie diagnostique – et nous explorons les facteurs qui influent sur leur processus décisionnel.

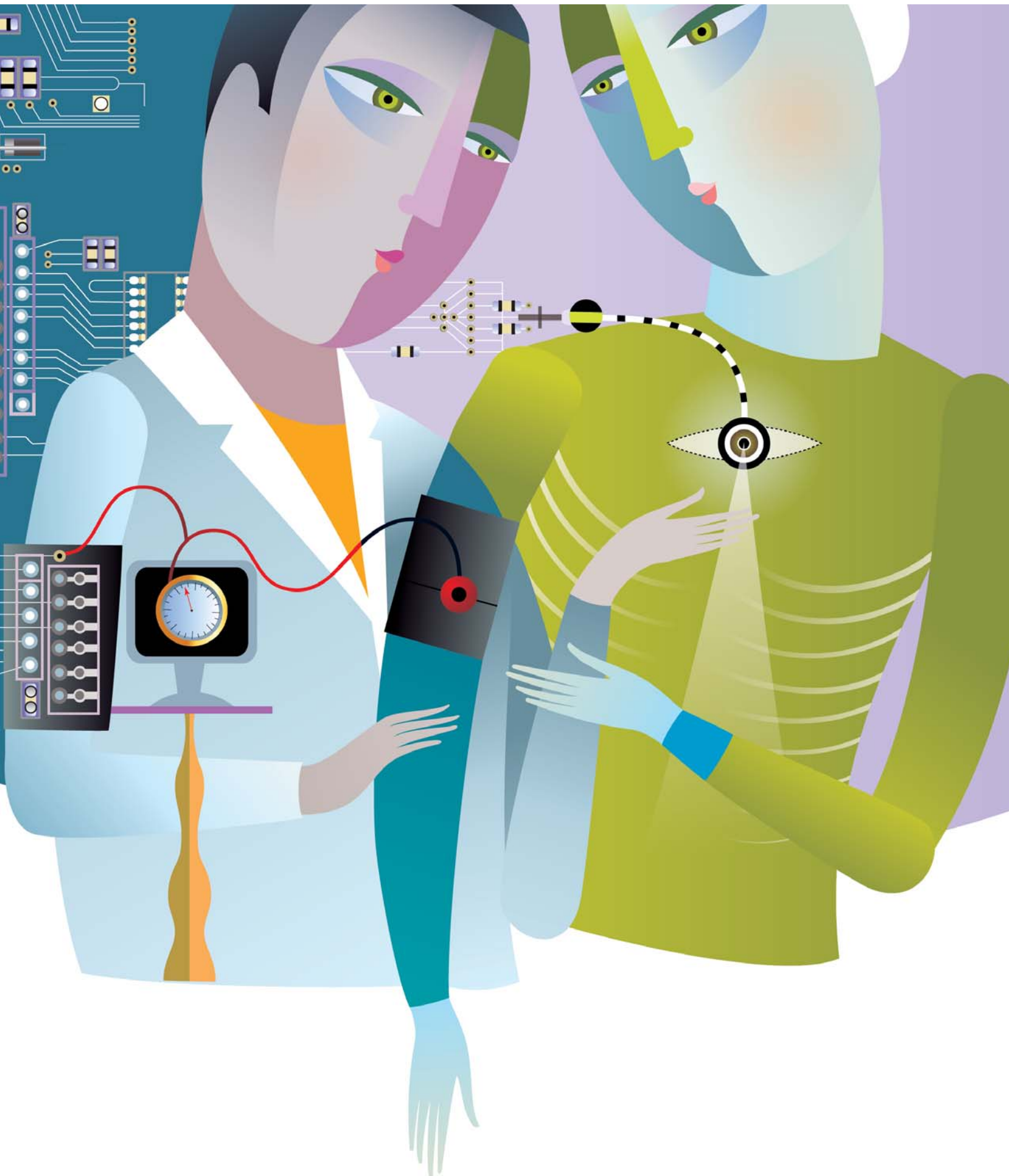
Notre objectif est de répondre aux questions suivantes :

- Quelles sont les tendances récentes dans les secteurs des médicaments d'ordonnance et de l'imagerie diagnostique?
- Quels sont les principaux facteurs qui influent sur les décisions des médecins quand ils prescrivent une ordonnance ou ordonnent un test de diagnostic?
- Quels sont les outils et les ressources qu'utilisent les médecins de famille pour guider leur processus décisionnel? Faut-il apporter des améliorations à l'accès et à l'utilisation de ces outils et ressources?

Nous répondons à ces questions dans ce rapport en analysant les données existantes, en étudiant la documentation et les rapports publics à ce sujet et en évaluant les opinions des dirigeants et des spécialistes dans ces secteurs. Nous nous appuyons aussi sur les résultats d'enquête auprès des Canadiens qui ont recours au système de santé et auprès des médecins qui pratiquent au Canada, comme indiqué à la partie *Sources des données* de ce rapport.

### NOS CONCLUSIONS

Le Conseil canadien de la santé ne peut pas déterminer irréfutablement si le recours aux services des médecins de famille a augmenté, a diminué ou est resté stable au cours de la dernière décennie, bien que le nombre des médecins en exercice au Canada ait augmenté. Cette impossibilité résulte de la diversité grandissante des modèles de pratique des médecins dans notre pays et des manières de recueillir les données (ou non) pour étudier les services fournis. Ainsi, de par le passé, les médecins avaient généralement une pratique privée et ils étaient rémunérés à l'acte. Actuellement, un nombre croissant d'entre eux font partie d'équipes de soins de santé primaires dans leurs communautés, où les modes de paiement varient.



Toutefois, nous savons que le nombre d'ordonnances prescrites et celui des tests de diagnostic ordonnés par les médecins de famille sont en hausse. Pour le système de santé, l'augmentation du nombre d'ordonnances prescrites résulte du vieillissement de la population au Canada – beaucoup de personnes âgées souffrant de maladies chroniques. Mais entre les provinces et les territoires, il existe des écarts dans la consommation de médicaments qui ne résultent pas du vieillissement de la population. En outre, les investissements faits par les gouvernements pour améliorer l'accès à l'imagerie diagnostique et réduire les temps d'attente ont mené à une augmentation des tests de diagnostic, dont une partie peut être considérée comme découlant d'une surutilisation.

Les facteurs qui influent sur la décision d'un médecin de famille, quand il prescrit un médicament, ordonne un test de diagnostic, dirige un patient vers un spécialiste ou prend une autre mesure, sont nombreux et complexes. Les éléments suivants interviennent notamment : formation médicale reçue au départ par le médecin et

**Les facteurs qui influent sur la décision d'un médecin de famille quand il prescrit un médicament, ordonne un test de diagnostic, dirige un patient vers un spécialiste ou prend une autre mesure, sont nombreux et complexes.**

efforts faits par lui pour rester informé des recherches actuelles, disponibilité des nouveaux médicaments et des nouvelles technologies, nouveaux modes de rémunération et volonté de répondre aux attentes du patient.

Récemment, grâce à des investissements faits par eux et à effectués par les provinces, les territoires et Inforoute Santé du Canada, les médecins commencent à utiliser des dossiers médicaux électroniques et d'autres systèmes d'information sur la santé ainsi que des outils d'aide à la décision clinique. Mais on sait fort bien que les médecins, au Canada, n'utilisent pas aussi couramment ces systèmes que leurs confrères des autres pays.

Notre étude des données sur l'utilisation du système de santé et sur les conclusions des recherches indique que nous devons suivre avec vigilance la question du traitement approprié – défini comme l'acte par lequel un médecin de famille prescrit le bon médicament ou le bon test, pour le patient qui en a besoin, au bon moment. Nous avons constaté que des améliorations restent à apporter relativement à l'élaboration et à l'application des directives de pratique clinique, entre autres pour les médicaments d'ordonnance et l'imagerie diagnostique. Pour cela, les médecins de famille devront pouvoir mieux accéder à des outils d'aide à la décision, notamment à des systèmes électroniques de dossiers médicaux. Nous savons que davantage d'investissements sont à faire pour que le Canada rattrape les autres pays dans ce domaine.



**LA VOIE DE L'AVENIR**

Notre recherche indique qu'il y a prescription inopportune de médicaments et surutilisation des tests d'imagerie diagnostique, mais il nous est difficile de conclure pourquoi et dans quelle mesure. À l'avenir, nous devons porter notre attention sur ces schémas et sur les moyens de les prévenir. Les évaluations technologiques, les normes de performance et les outils d'aide à la décision clinique, notamment les directives probantes de pratique clinique, doivent devenir plus courants. Les fournisseurs de services et les payeurs doivent être tenus de rendre compte de leurs décisions dans l'intérêt d'une bonne pratique de la médecine et d'un système économique de soins de santé.

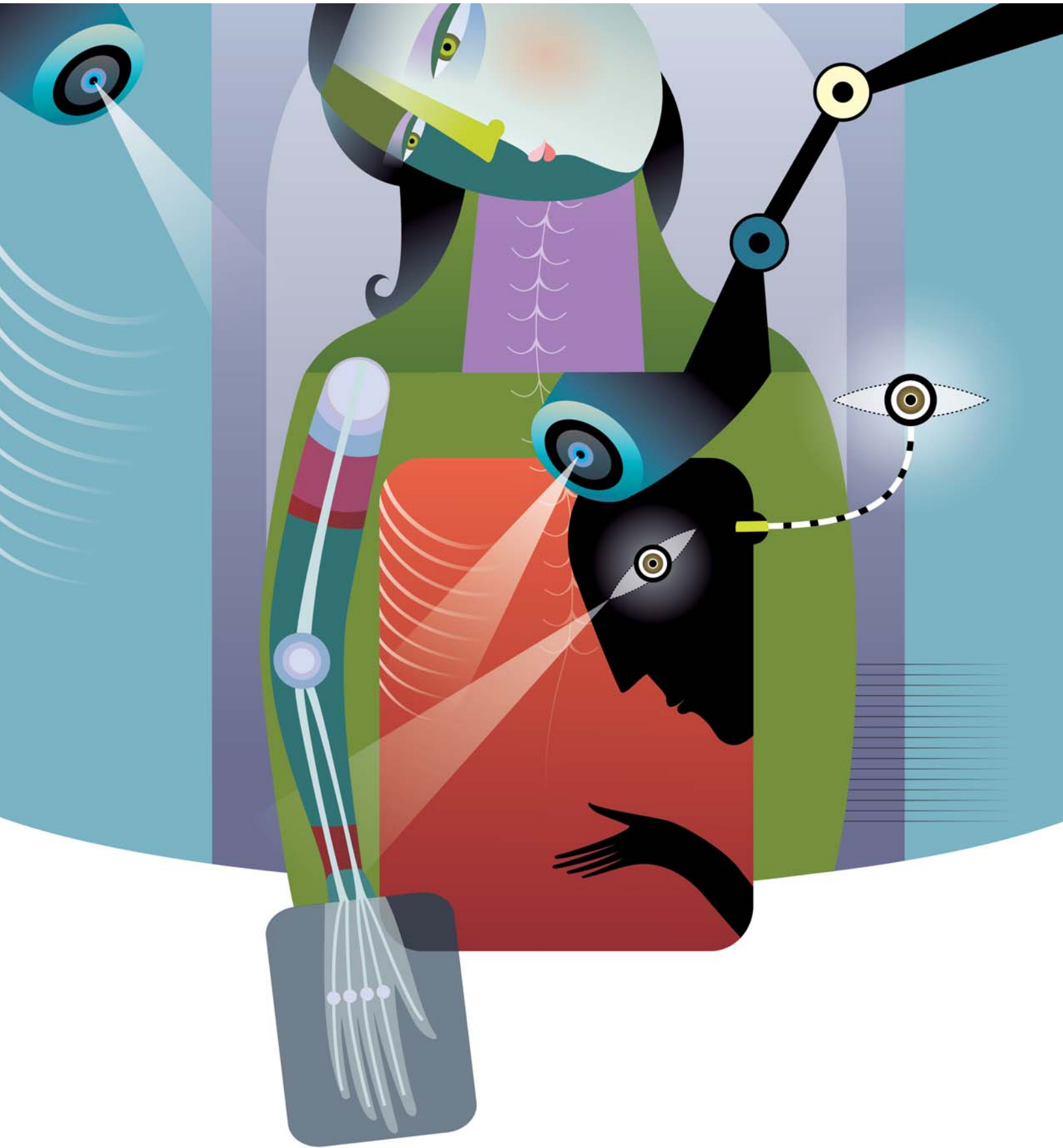
Faute de changements au niveau du soutien apporté aux médecins de famille en tant que gardes de l'accès aux services de santé, nous serons confrontés à une recrudescence de l'utilisation des services de santé à mesure que la population vieillit, que les maladies chroniques deviennent plus prévalentes, que de nouveaux médicaments et de nouvelles technologies apparaissent sur le marché, et que les attentes des patients et des fournisseurs s'accroissent. L'apparition de nouveaux médicaments et de nouvelles technologies permet aux médecins de famille de prescrire des traitements et des tests toujours plus nombreux. C'est pourquoi il est plus crucial que jamais de mettre en place des aides à la décision clinique pour inciter les médecins à prendre les meilleures décisions – à la fois pour leurs patients et pour la durabilité de notre système public de santé.

Alors que nous achevons cette exploration initiale du rôle des médecins de famille en tant que gardes de l'accès aux services de santé et des facteurs qui influencent leurs décisions cliniques, il reste un point important sur lequel nous manquons de renseignements : celui du rapprochement entre les décisions quant aux traitements médicaux et les résultats de santé des patients. Nous savons que les Canadiens vivent en général plus longtemps, tout en gérant toujours plus de maladies chroniques, mais la prescription inopportune des médicaments et la surutilisation de l'imagerie diagnostique posent des problèmes pour la sécurité des patients et pour la qualité des soins fournis.

Enfin, dans cet examen franc et direct de l'utilisation des services de santé au Canada, le Conseil canadien de la santé a découvert qu'il existait un manque de données comparables et de recherches connexes pour analyser les schémas d'utilisation des services et pour tirer des conclusions fructueuses sur l'évolution des résultats de santé. Nous considérons que la collecte et l'analyse des données doivent être partout renforcées. Les questions soulevées dans ce rapport méritent d'être explorées plus en profondeur, car nous sommes forcément restés en surface dans notre examen. Bref, il est très important que les gouvernements, les fournisseurs de soins de santé et leurs associations professionnelles envisagent comment optimiser l'utilisation des services de santé. Il reste beaucoup à faire – et nous publions ce rapport en tant que premier pas.

Il est plus  
crucial que jamais  
de mettre en  
place des aides à  
la décision clinique  
pour inciter les  
médecins à prendre  
les meilleures  
décisions.







# 1

## Point de mire sur les médecins de famille

### A. RÔLE DE « GARDES D'ACCÈS » DES MÉDECINS DE FAMILLE

Pour bon nombre de Canadiens, les médecins de famille sont le premier point de contact avec le système de santé. Quand ils travaillent au sein d'une équipe de soins primaires, les médecins de famille se consacrent avant tout au diagnostic médical et traitement des maladies. Les autres professionnels de la santé – comme le personnel infirmier, les diététistes, les travailleurs sociaux – aident les patients à améliorer leurs habitudes-santé et à gérer leur état de santé. Les décisions des médecins influent donc non seulement sur le traitement et sur la santé des patients, mais sur l'ensemble du système de santé. Quand les médecins prescrivent un médicament, ordonnent un test de diagnostic ou dirigent un patient vers un autre fournisseur de soins, leurs décisions ont des répercussions sur l'utilisation globale du système et sur les dépenses de santé.

Les études ont montré qu'une forte orientation du système sur les soins primaires permet de réaliser d'importantes économies et d'améliorer les résultats de santé des patients<sup>1,2</sup>. Les médecins de famille, qui ont une bonne connaissance générale de la santé de leurs patients, peuvent prescrire à chacun les services appropriés en fonction de ses besoins. Dans ce rapport, nous nous penchons tout particulièrement sur les facteurs qui jouent sur les décisions des médecins dans deux domaines particuliers : médicaments d'ordonnance et imagerie diagnostique.

Parce qu'ils ont le pouvoir de prendre des décisions qui ouvrent l'accès à de nombreux autres services de soins de santé, les médecins de famille sont souvent considérés comme des gardes d'accès (Figure 1). Ce concept n'est pas unique au Canada : dans bien des pays on considère que c'est un moyen efficace de contrôler l'utilisation des services de santé sans compromettre la qualité des soins. Dans environ la moitié des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), les patients doivent être dirigés vers un spécialiste par un médecin de soins primaires<sup>3</sup>.

### B. COMPLEXITÉ GRANDISSANTE DES SOINS

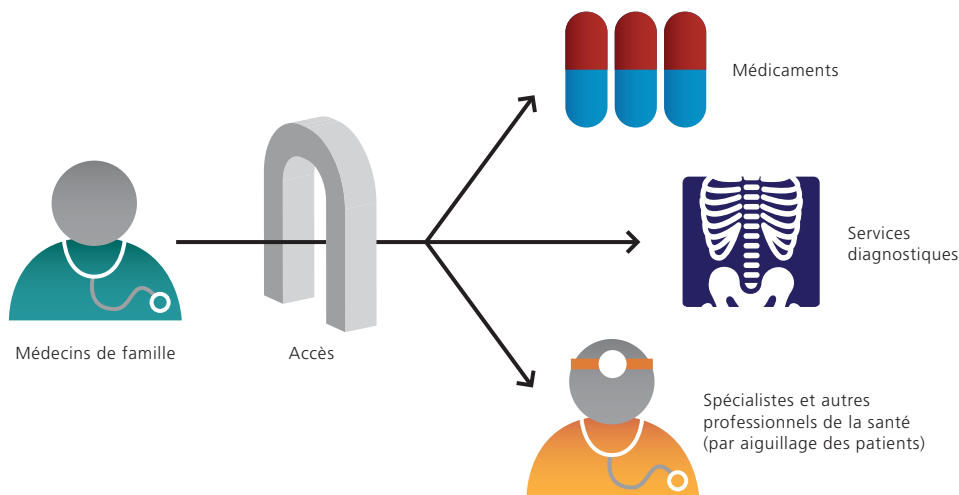
À mesure que le système de santé évolue pour répondre aux besoins changeants des Canadiens, le rôle des médecins de famille en tant que gardes d'accès évolue lui aussi :

- › Le traitement des patients vieillissants, dont beaucoup souffrent de nombreuses maladies chroniques, fait de plus en plus partie du travail des médecins de famille.
- › Cette tendance est renforcée du fait que les soins à la suite d'un traitement hospitalier ou d'une intervention chirurgicale sont de moins en moins fournis en milieu hospitalier, ce qui influe considérablement sur le rôle des médecins de famille au Canada. Actuellement, les patients sortent plus rapidement de l'hôpital qu'auparavant. Il revient alors aux médecins de famille d'assurer certains des soins à ces patients, notamment de gérer leurs médicaments et leurs tests de suivi.
- › Actuellement aussi, les médecins de famille utilisent davantage l'imagerie diagnostique, comme les examens par IRM (imagerie par résonance magnétique) et par TDM (tomodensitomètres, aussi appelés scanners CT). Précédemment, seuls les spécialistes pouvaient ordonner des procédures complexes d'imagerie diagnostique. Mais comme les TDM et les IRM deviennent des outils de dépistage de plus en plus courants, de plus en plus accessibles, certaines instances acceptent maintenant que les médecins de famille les ordonnent.

FIGURE 1

#### Les médecins de famille en tant que gardes d'accès

Les décisions prises par les médecins de famille ouvrent l'accès à divers services et ressources de soins de santé.



Nous avons étudié les raisons courantes pour lesquelles les patients consultent leurs médecins, dont de nombreuses sont liées aux maladies chroniques, et nous avons découvert que les patients quittent souvent le cabinet médical muni d'une ordonnance, d'un échantillon de médicament ou d'une recommandation pour un médicament en vente libre (Figure 2). Les médecins de famille sont censés être informés des directives sur l'innocuité et l'utilisation appropriée des médicaments et de suivre de près leurs patients. Prenons quelques exemples parmi les médicaments fréquemment prescrits. Ainsi, beaucoup de médicaments anti-cholestérol exigent des analyses de sang pour confirmer la bonne obtention de résultats. Les patients qui prennent des anticoagulants doivent faire régulièrement de telles analyses et ajuster leur posologie pour parvenir à un équilibre délicat entre la prévention des caillots de sang et le risque d'effets secondaires graves si leur sang devient trop fluide. Les antidépresseurs peuvent eux aussi exiger des visites répétées chez le médecin, tant que la posologie n'est pas efficace et sûre.

Les médecins de famille sont non seulement confrontés aux besoins de plus en plus complexes de leurs patients, mais aussi à une prolifération de

nouveaux médicaments et de nouvelles technologies qui leur offrent des options toujours plus nombreuses de traitements et de tests. Quand on ajoute à cela la multiplication rapide de l'information et des conseils axés sur les médecins (et leurs patients) pour influencer leur utilisation des services de santé, on comprend clairement l'importance d'un processus décisionnel judicieux. Les médecins de famille assurent des soins dans un environnement toujours plus complexe, doivent relever des défis toujours nouveaux et ont besoin de soutiens renouvelés pour les aider dans ce rôle critique.

### C. FACTEURS D'INFLUENCE SUR LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

Dans le cadre de ce rapport, nous donnons au terme *approprié* le sens suivant quand ce terme s'applique aux décisions des médecins : décisions visant à s'assurer qu'un patient reçoit des soins de qualité, en temps opportun, sans dépenses inutiles pour le système de santé.

Il est essentiel de bien comprendre les facteurs qui influent sur le processus décisionnel des médecins pour mettre en place les ressources et les outils nécessaires afin d'aider ces médecins à prendre des décisions appropriées, rentables pour le système de santé et propices aux meilleurs soins pour le patient.

**FIGURE 2**  
**Beaucoup de patients repartent d'une consultation médicale avec une recommandation pour un médicament**

Bon nombre des patients qui ont consulté leur médecin pour l'une des 10 premières raisons de visites médicales en 2009 sont repartis avec une ordonnance, un échantillon de médicament ou une recommandation pour un médicament en vente libre.

Raisons principales des visites chez le médecin (y compris les spécialistes)	Nombre de visites	% de visites se terminant par une recommandation pour un médicament
Hypertension	20 658 000	81
Examen général et bilan de santé	10 492 000	2
Diabète sans complications	9 747 000	69
Dépression	8 581 000	82
Anxiété	6 366 000	61
Infection aiguë des voies respiratoires supérieures	6 296 000	39
Suivi de grossesse normale	4 955 000	11
Hyperlipidémie (taux de cholestérol élevé)	4 748 000	85

Source : IMS Health, Canada, Index canadien des maladies et traitements (2009)

Dans un environnement clinique rapidement changeant, les médecins de famille ne peuvent pas uniquement compter sur leur formation universitaire pour être en mesure d'assurer des soins de haute qualité.

Le processus décisionnel des médecins est un sujet complexe, que ce rapport ne peut pas complètement explorer. Dans cette partie, nous nous proposons d'illustrer la complexité des décisions des médecins de famille et de faire ressortir certains des facteurs influents. Comme on le verra, les médecins de famille travaillent dans un environnement très exigeant sur le plan décisionnel et des améliorations considérables peuvent être apportées aux soutiens qui leur sont assurés pour les aider à prendre les meilleures décisions possibles.

#### **Formation en école de médecine**

Les connaissances acquises durant les études de médecine et au cours du programme de résidence clinique sont bien souvent la plus grande source d'influence sur le processus décisionnel d'un médecin. Au Canada, ces études durent de cinq à sept ans pour les médecins de famille, qui acquièrent ainsi une formation médicale de premier rang. Mais cette formation peut devenir en partie désuète trois ou quatre ans après l'obtention des diplômes, en raison des progrès réalisés sur le plan des recherches médicales et de la commercialisation de nouvelles techniques, de nouveaux médicaments et de nouveaux examens médicaux<sup>4</sup>. Dans un environnement clinique rapidement changeant, les médecins de famille ne peuvent pas uniquement compter sur leur formation universitaire pour être en mesure d'assurer des soins de haute qualité.

#### **Recherches médicales**

Le nombre des recherches médicales effectuées chaque année est effarant. Selon certaines estimations, les médecins devraient lire jusqu'à 20 articles par jour pour rester informés des nouvelles publications dans leur domaine<sup>4</sup>.

**Formation médicale continue**

Pour rester au courant des nouvelles recherches médicales et des nouvelles recommandations quant aux pratiques exemplaires, les médecins de famille au Canada sont tenus de se perfectionner en suivant le Programme de maintien de la compétence professionnelle offert par le Collège des médecins de famille du Canada. La formation médicale continue s'avère modérément efficace sur le plan du transfert des connaissances aux médecins, mais son effet sur les schémas de pratique s'avère faible<sup>5</sup>.

**Consultations de collègues**

Diverses études ont montré que les médecins consultent souvent des collègues pour les guider dans leur processus décisionnel<sup>6,7</sup>. Certes, ce type de consultation peut constituer une source rapide d'information, mais rien ne garantit que les collègues consultés fondent leurs opinions sur les meilleurs éléments probants.

**Attentes des patients**

Tenir compte des attentes, des croyances et des capacités d'un patient constitue un élément essentiel des soins centrés sur le patient. Il arrive donc que les médecins de famille sélectionnent un traitement plutôt qu'un autre en raison de sa popularité auprès des patients, ou hésitent à suggérer un traitement s'ils croient que leurs patients ne le suivront pas<sup>7</sup>.

« Il n'y a absolument aucune comparaison entre le temps qu'il fallait pour soigner un patient atteint de maladie chronique il y a 20 ans et pour le soigner maintenant. C'est en grande partie à cause du suivi qu'il faut faire de leur médication. Je vois probablement de 20 % à 35 % moins de patients par jour qu'il y a 20 ans, pour cette raison. »

Médecin de famille, Nouvelle-Écosse, 2010

Depuis quelques années, les attentes des patients se font grandissantes en partie à cause de la facilité d'obtenir des renseignements sur la santé grâce à Internet. Selon une enquête faite en 2005 par Statistique Canada, plus d'un tiers des adultes consultent le Web pour y trouver des renseignements sur la santé et beaucoup parlent de ces renseignements à leurs médecins de famille<sup>8</sup>. Bien qu'ils puissent être utiles pour les patients, ces renseignements peuvent aussi être périmés, incomplets ou trompeurs.

**Contraintes de temps**

Selon le *Sondage national des médecins 2007*, les médecins de famille au Canada consacrent environ deux tiers de leur temps en soins directs aux patients. Le reste de leur temps va à des activités comme la gestion de leur pratique, la participation à des projets de recherche, l'enseignement et la formation médicale continue. En raison de ces demandes multiples, le temps alloué par les médecins à chacun de leurs patients se trouve réduit. D'après une étude effectuée en Ontario, ce temps n'est plus que de 10 à 15 minutes par visite<sup>9</sup>. En réponse à ces contraintes, certains médecins ont adopté pour politique de « traiter un seul problème par visite »<sup>10, 11</sup>.

**Rémunération des médecins**

Les instances essaient actuellement divers modèles de rémunération des médecins, notamment grâce à des incitatifs financiers comme la rémunération aux résultats. Des recherches récentes montrent que l'influence des modes de rétribution sur les processus décisionnels des médecins est mitigée. Selon un sondage récent, près de deux tiers des médecins canadiens déclarent recevoir des incitatifs financiers, ces mesures d'incitation ayant surtout pour objectif de leur permettre de consacrer plus de temps aux patients souffrant de maladies chroniques ou ayant d'autres besoins complexes (voir l'encadré, *Rémunération des médecins*).

## RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS : INFLUENCE SUR LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

**Actuellement, les preuves indiquent** qu'aucun mode de rémunération des médecins ne s'avère parfait. Mais un modèle mixte semble mitiger certains des problèmes liés aux incitatifs des différents modèles de rémunération, comme le paiement à l'acte, le salaire ou la capitation<sup>12</sup>.

Au Canada, la plupart des médecins de famille sont rémunérés selon un mode de paiement à l'acte. Mais une comparaison des données du *Sondage national des médecins 2007* à celle du même sondage d'une année précédente montre que le pourcentage des médecins qui préfèrent être rémunérés à l'acte pour leur source principale de revenu est en baisse – et qu'il est passé de 50 % en 1995<sup>13</sup> à 21 % en 2007.

Les autres modes de paiement, comme le salaire et la capitation (paiement d'un forfait par patient) sont de plus en plus populaires parmi les médecins canadiens. De 2000 à 2006, le pourcentage des médecins de famille recevant au moins une partie de leur revenu par le biais d'autres modes de paiement a augmenté de 28 % à 39 %<sup>14</sup>. En outre, en 2008, 27 % des paiements cliniques versés aux médecins de famille dans huit provinces ont pris la forme d'autres modes de paiement<sup>15</sup>. Avec ces autres formes de paiement, les médecins de famille devraient moins se sentir contraints de voir un grand nombre de patients, être davantage incités à faire de la médecine préventive. Ils devraient aussi pouvoir passer moins de temps à la facturation et à l'administration.

Outre leurs principales sources de paiement, les médecins se voient parfois offrir des incitatifs supplémentaires pour parvenir à des objectifs cliniques ou des résultats de performance donnés, ou pour utiliser des outils d'aide à la décision. Ainsi, en Ontario, une rémunération aux résultats est offerte aux médecins pour qu'ils atteignent des buts prédéterminés dans le secteur de l'immunisation et du dépistage<sup>16</sup>, et pour qu'ils renforcent l'accès après les heures de service<sup>17</sup>. Au Manitoba, le Quality Based Incentive Funding fournit des fonds aux cliniques du Physician Integrated Network pour les inciter à atteindre les objectifs de qualité liés à certains indicateurs cliniques<sup>18</sup>. En Colombie-Britannique, des incitatifs financiers sont offerts aux médecins pour qu'ils suivent les directives de pratique clinique relativement à certaines maladies chroniques<sup>19</sup>.

Selon l'*Enquête internationale du Fonds du Commonwealth sur les politiques de la santé*, effectuée en 2009, 63 % des médecins canadiens reçoivent un soutien financier ou bénéficient d'incitatifs financiers, en plus de leur revenu professionnel normal. La majeure partie de ces stimulants – 54 % – va aux médecins qui gèrent des patients souffrant de maladies chroniques ou ayant des besoins complexes. L'étude a montré que 26 % des médecins canadiens obtiennent des incitatifs pour leurs activités de médecine préventive, tandis que 21 % en obtiennent pour leurs soins cliniques, et 1 % en fonction de la satisfaction des patients.

Les conclusions des études sur l'efficacité de la rémunération aux résultats, en termes de résultats de santé, sont mitigées. De plus, quand l'effet était positif, il était généralement restreint<sup>20, 21</sup>. Mondialement, c'est au Royaume-Uni que le plus grand système de rémunération aux résultats est en place : en 2004, le Quality and Outcomes Framework s'appliquait à 99,6 % des médecins de famille, leur fournissant 25 % de leur revenu. Une évaluation détaillée du système a conclu qu'il n'avait pas de répercussions notables sur la qualité globale des soins<sup>22</sup>. Bien qu'intuitivement il soit tentant de lier la rémunération à des objectifs de performance, les études montrent des problèmes potentiels, dont les suivants : médecins qui abusent du système<sup>20, 21</sup>, tension entre les équipes<sup>23</sup> et moindre continuité des soins<sup>22</sup>.



En tant que gardes d'accès, les médecins prennent chaque jour de nombreuses décisions qui influent sur la vie des Canadiens et sur l'utilisation des services de santé.

#### RÉSUMÉ

En tant que gardes d'accès, les médecins prennent chaque jour de nombreuses décisions qui influent sur la vie des Canadiens et sur l'utilisation des services de santé. Leur rôle devient de plus en plus complexe maintenant que beaucoup de Canadiens souffrent de maladies chroniques et ont besoin de conseils sur les problèmes de santé liés au vieillissement. Ces facteurs, conjugués à une réduction des soins en milieu hospitalier, font que les demandes pour le temps et les compétences des médecins se font grandissantes.

Les facteurs qui influent sur le processus décisionnel des médecins de famille quand ils prescrivent un médicament, ordonnent un test de diagnostic, dirigent un patient vers un spécialiste ou prennent d'autres mesures d'action sont nombreux et complexes. Ils comprennent notamment les éléments suivants : formation médicale d'origine, capacité à rester informés des recherches et des pratiques exemplaires, perfectionnement des connaissances, accès à de nouveaux médicaments et à de nouvelles technologies, modèles de rémunération, volonté de répondre aux attentes des patients.

Avec le modèle traditionnel de rémunération à l'acte, il existait des données de facturation qui permettaient de retracer les services fournis par les médecins. Maintenant que les médecins adoptent de plus en plus d'autres modes de paiement, la quantité des données de facturation se trouve réduite. Il n'existe pas de nouvelles sources de données pour combler le manque de données ainsi créé. Étant donné que les études sur l'efficacité de la rémunération aux résultats ont mené à des conclusions mitigées, et vu que l'évolution des modèles de rémunération a mené à une perte de données, il est important que les chercheurs et les autres intervenants suivent les répercussions de l'évolution des modes de rémunération des médecins sur l'utilisation des services et sur l'ensemble des résultats de santé.





## Point de mire sur les médicaments d'ordonnance

### A. ORDONNANCES AU CANADA

Les Canadiens font exécuter un nombre toujours grandissant d'ordonnances et beaucoup des ordonnances prescrites pour les médicaments les plus courants proviennent de médecins de famille. Ces deux facteurs ont des répercussions sur le temps professionnel et sur le processus décisionnel des médecins.

Selon des estimations tirées de bases de données nationales sur les médicaments, le nombre d'ordonnances exécutées dans les pharmacies communautaires a augmenté de près de 80 % au cours des 10 dernières années – passant de 272 millions en 1999 à 483 millions en 2009 (Figure 3).

Les résultats de l'enquête du Fonds du Commonwealth en 2007 montrent qu'environ la moitié de tous les Canadiens adultes prennent au moins un médicament d'ordonnance. Ceci n'a rien de surprenant, étant donné que plus d'un tiers des Canadiens adultes disent avoir au moins l'une des sept maladies chroniques courantes – arthrite, cancer, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), diabète, cardiopathies, hypertension et troubles de l'humeur, incluant la dépression.

La médication constitue souvent une stratégie fondamentale de gestion de ces maladies et de prévention des complications ou des nouveaux problèmes de santé. Ainsi, un patient diabétique peut se voir prescrire des médicaments pour prévenir une cardiopathie, cause première de décès chez les diabétiques.

Comme le montre la Figure 4, le type et le nombre de médicaments prescrits varient avec l'âge, car l'état de santé et les besoins de médication des Canadiens changent à mesure qu'ils vieillissent. Selon une analyse récente des ordonnances pour les personnes âgées, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a estimé que deux tiers des Canadiens âgés de plus de 65 ans prenaient au moins cinq médicaments d'ordonnance<sup>24</sup>.

Ce schéma d'utilisation des médicaments d'ordonnance concorde avec le fait que les achats de médicaments en dehors des milieux hospitaliers comptent parmi les secteurs des dépenses de santé les plus rapidement en hausse au Canada<sup>25</sup>. Cette expansion remonte à la fin des années 1980 et au début des années 1990, quand les gouvernements ont restructuré le système de santé en s'efforçant tout particulièrement de réduire le nombre des établissements hospitaliers, de raccourcir la durée des séjours en hôpital et de faire

plus d'interventions chirurgicales en services externes. Cette période a aussi été celle d'innovations rapides dans le secteur pharmaceutique, entraînant la commercialisation de nouveaux médicaments qui ont contribué à la faisabilité de cette restructuration<sup>26</sup>.

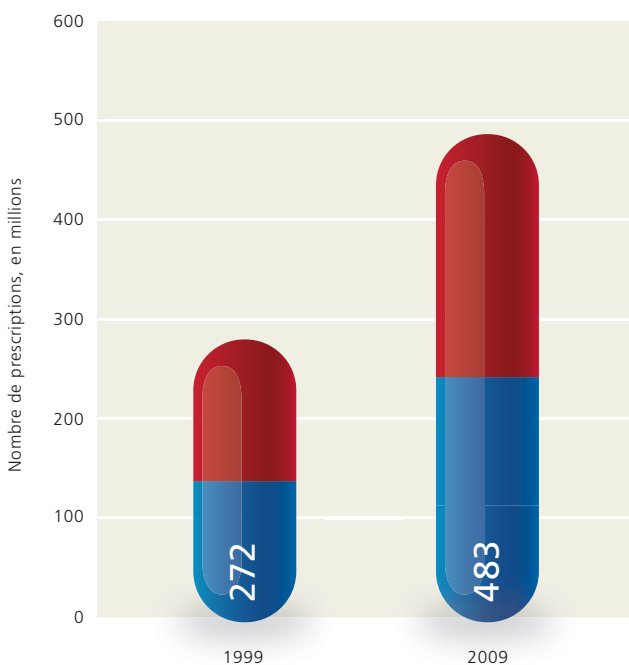
Mais de nouvelles influences viendront peut-être influencer la courbe des coûts. Bien que les Canadiens fassent exécuter un nombre grandissant d'ordonnances, les prévisions indiquent que les dépenses en médicaments d'ordonnance augmenteront de 5,6 % seulement en 2009, soit la plus faible augmentation en 10 années<sup>25</sup>. Les récentes modifications quant au prix des médicaments génériques devraient également contribuer à réduire les coûts généraux.

#### B. REGARD PLUS DÉTAILLÉ SUR CERTAINS DES MÉDICAMENTS LES PLUS COURAMMENT PRESCRITS

L'augmentation de la vente de trois médicaments couramment prescrits au cours des cinq dernières années contribue à montrer le rôle grandissant des médecins de famille dans la prescription des médicaments (Figure 5).

En fonction des prévisions provenant des bases de données nationales d'IMS Health sur les médicaments (décrites dans la partie *Sources des données* de ce rapport), on peut faire les estimations suivantes sur le nombre d'ordonnances exécutées dans les pharmacies de détail et sur le pourcentage d'ordonnances prescrites par les médecins de famille :

**FIGURE 3**  
Le nombre des prescriptions exécutées dans les pharmacies de détail a augmenté de 80 % depuis 1999



Sources : IMS Health, Canada, base de données canadienne CompuScript (extraits de données de 1999 et 2009)

Remarque : À l'exclusion des médicaments dispensés en milieu hospitalier

- › En 2009, plus de 74 millions d'ordonnances pour des médicaments cardiovasculaires ont été exécutées, contre 53 millions seulement en 2005. Les médicaments pour les troubles cardiovasculaires comme l'hypertension et les irrégularités du rythme cardiaque viennent en tête des catégories au Canada.
- › En 2009, près de 32 millions d'ordonnances pour des médicaments anti-cholestérol ont été exécutées, contre 20 millions seulement en 2005. De nos jours, les patients commencent généralement un traitement à un taux de cholestérol plus bas que précédemment, ce qui fait qu'un nombre grandissant de Canadiens suivent une thérapie préventive. De plus, plusieurs nouveaux médicaments anti-cholestérol ont été mis en marché, appuyés par une forte publicité, durant cette période.
- › Ensemble, ces deux groupes de médicaments – plus les diurétiques, également utilisés pour la prévention et la gestion des maladies cardiovasculaires – représentaient 123 millions d'ordonnances chaque année, soit environ un quart de toutes les ordonnances exécutées en pharmacie en 2009. Les médecins de famille ont prescrit 80 % de ces ordonnances.
- › En 2009, près de 32 millions d'ordonnances pour antidépresseurs ont été exécutées, contre seulement 23,4 millions en 2005.

### C. FACTEURS D'INFLUENCE SUR LES DÉCISIONS DE PRESCRIPTION

Dans un document d'information publié en 2007 par le Conseil canadien de la santé, *Prescription et utilisation optimales des médicaments au Canada : Défis et possibilités*, Ingrid Sketris et ses coauteurs ont conclu que la plupart des médecins ont une liste déterminée de médicaments préférés qu'ils prescrivent régulièrement pour certains troubles de santé et que cette liste est le résultat d'influences de leurs collègues, de leaders d'opinion et de normes professionnelles. De plus amples recherches ont confirmé que les décisions des médecins quant aux médicaments qu'ils prescrivent sont influencées par leurs connaissances, leurs attitudes et leurs expériences de prescription – ainsi que par la connaissance qu'ils ont de leurs patients et par les rapports qu'ils ont avec eux<sup>7</sup>.

Rester informé des plus récentes recherches sur les médicaments d'ordonnance et des directives nouvelles ou actualisées de traitement exige des efforts considérables de la part de tout médecin. La quantité de renseignements et le nombre de médicaments commercialisés sont tout simplement effrayants. Rien qu'au cours des cinq dernières années, près de 900 nouveaux médicaments ont été mis en marché au Canada, appuyés par la publicité faite par les sociétés pharmaceutiques. Certes, bon nombre de ces médicaments étaient de nouvelles versions de

FIGURE 4

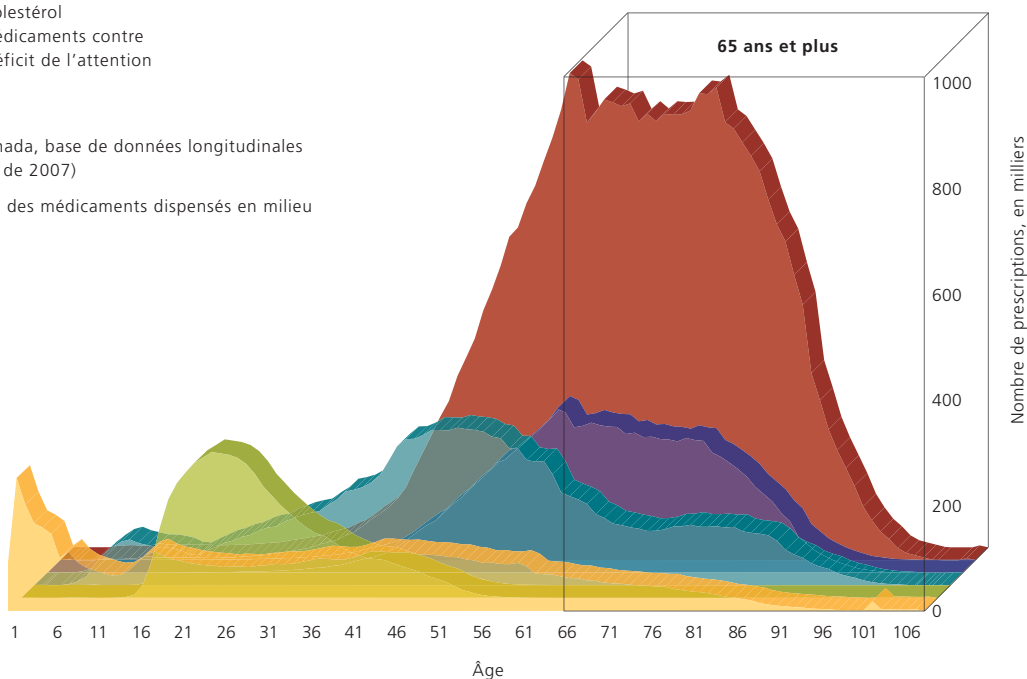
#### Changements des types de médicaments prescrits, avec l'âge

Les types de médicaments prescrits évoluent tout au long de la vie, à mesure que les besoins de santé et de médication des Canadiens changent avec l'âge.

- Médicaments cardiovasculaires
- Médicaments anti-cholestérol
- Antidépresseurs et médicaments contre l'hyperactivité avec déficit de l'attention
- Contraceptifs
- Antibiotiques

Source : IMS Health, Canada, base de données longitudinales LRx (extraits de données de 2007)

Remarque : À l'exclusion des médicaments dispensés en milieu hospitalier



médicaments existants, mais selon les estimations d'IMS Health, près de 30 % étaient de « nouvelles entités chimiques » – soit des médicaments complètement nouveaux.

Comme bien d'autres décisions cliniques, les décisions de prescription sont influencées par de nombreux facteurs complexes, dont certains ne sont pas du ressort des médecins de famille. Ainsi, il arrive qu'un spécialiste rédige l'ordonnance originale mais que le médecin de famille doive faire le suivi, renouveler l'ordonnance et surveiller l'utilisation de la médication.

#### Renseignements provenant des sociétés pharmaceutiques et formation continue non commerciale en pharmacothérapie

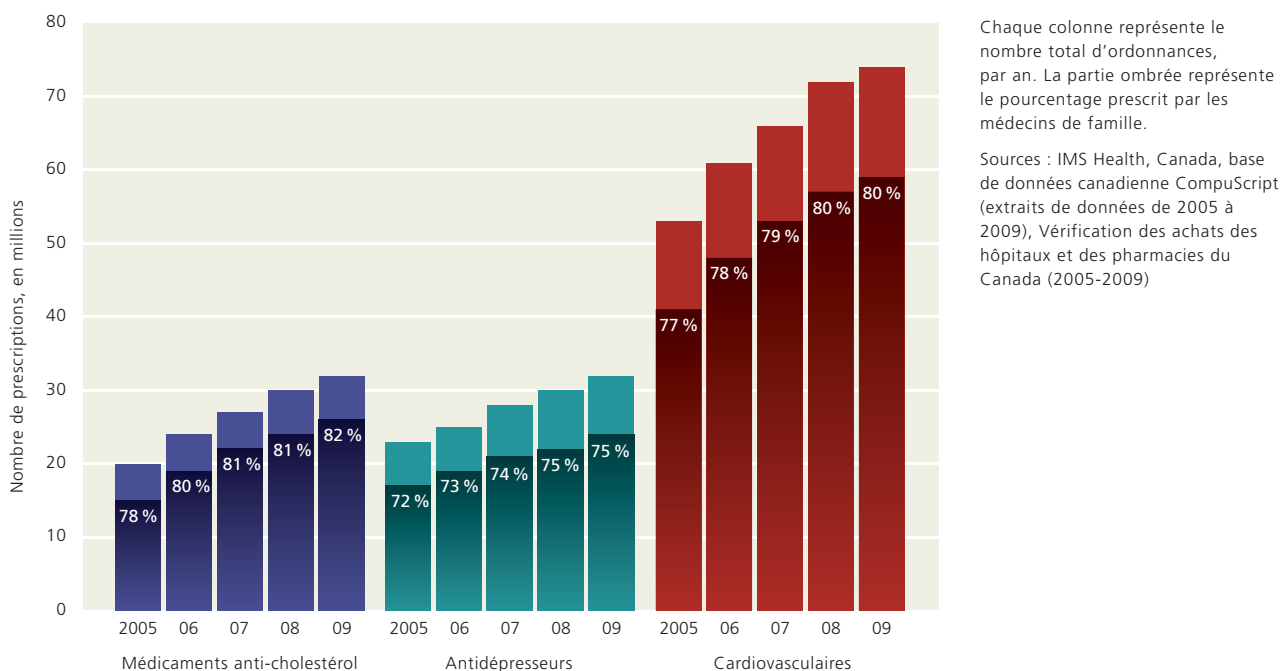
Dans le cadre de la *formation continue en pharmacothérapie donnée par les sociétés pharmaceutiques*, les décisions de prescription peuvent être fortement influencées par l'industrie. Des représentants de sociétés pharmaceutiques rendent visite aux médecins et aux pharmaciens, dans leurs bureaux ou leurs magasins, pour les informer sur les médicaments, mais avec l'intention d'influencer leurs habitudes de prescription. Selon les estimations, environ 6 000

représentants pharmaceutiques rendent régulièrement visite aux médecins au Canada, espérant promouvoir l'utilisation des produits de leur compagnie<sup>27</sup>. Les représentants pharmaceutiques font non seulement une brève présentation de leurs tout derniers produits aux médecins, mais leur laissent bien souvent des échantillons gratuits des nouveaux médicaments, espérant que ceux-ci les donneront à quelques-uns de leurs patients puis les prescriront régulièrement. Bien sûr, certains des médicaments promus par les représentants sont utiles, mais beaucoup sont tout simplement de nouvelles versions plus coûteuses de médicaments existants, tout aussi efficaces<sup>28</sup>.

La *formation continue non commerciale en pharmacothérapie* constitue une stratégie efficace pour influencer les pratiques des professionnels de la santé<sup>27,29</sup> – les gouvernements engagent des formateurs pour donner des renseignements impartiaux aux médecins sur les mérites de nouveaux médicaments. L'objectif n'est pas de promouvoir ces nouveaux médicaments mais d'éduquer les médecins quant au meilleur moyen de les prescrire pour leurs patients. Les formateurs informent les médecins sur la manière d'utiliser sûrement et efficacement ces produits pour améliorer les résultats des traitements. Ils renseignent aussi les médecins sur le prix des médicaments, pour que ceux-ci puissent prendre des décisions plus économiques pour leurs patients.

**FIGURE 5**  
**Les médecins de famille prescrivent un pourcentage accru de médicaments courants**

Le nombre d'ordonnances pour les médicaments courants augmente et les médecins de famille prescrivent la plus grande partie des ordonnances.



« Je suis submergé de renseignements, dont la plupart proviennent de sociétés pharmaceutiques. Un peu plus tôt cette année, de nouvelles indications de traitement médical [pour un certain problème de santé] sont arrivées à maintes reprises sur mon bureau, mais je n'ai pas eu le temps d'en prendre connaissance. Ma province finance un programme de formation continue non commerciale en pharmacothérapie et la même personne vient me voir trois à quatre fois par an. Je compte sur elle, notamment pour me renseigner sur les grandes lignes des nouvelles recommandations, pour les comprendre et les intégrer à ma pratique. »

Médecin de famille, Nouvelle-Écosse, 2010

Dans notre étude *Prescription et utilisation optimales des médicaments*, nous avons conclu que les programmes de formation continue non commerciale en pharmacothérapie étaient peu nombreux au Canada et nous avons recommandé leur expansion partout au pays.

#### **Formulaires des gouvernements**

Chaque province et territoire, de même que le gouvernement fédéral, a un formulaire des médicaments (aussi appelée « liste ») pris en charge pour les résidents qui répondent à certains critères (comme les personnes âgées, les familles à faible revenu et les assistés sociaux). Ces formulaires aident non seulement les gouvernements à gérer leurs dépenses de médicaments d'ordonnance, mais peuvent leur servir à influencer sur le processus de prescription. Ainsi, les gouvernements peuvent inclure un médicament à leur formulaire en imposant certaines restrictions ou conditions pour en favoriser la prescription appropriée. Ainsi, un régime provincial d'assurance-médicaments peut couvrir un médicament particulier uniquement pour les patients qui ont essayé auparavant certaines thérapies ou pharmacothérapies.

#### **Modifications d'utilisation de médicaments existants**

Les décisions de prescription peuvent être influencées par de nouvelles recherches ou par des changements apportés aux directives professionnelles recommandant de nouvelles utilisations de médicaments existants. Les médecins peuvent aussi influencer sur les tendances de prescription par un processus appelé *utilisation non indiquée sur l'étiquette* – c'est-à-dire en prescrivant un médicament pour un trouble de santé pour lequel il n'est pas officiellement approuvé, si certaines indications portent à croire à son efficacité dans le cas considéré.

#### **D. PROBLÈMES RELATIFS À LA PRESCRIPTION APPROPRIÉE DES MÉDICAMENTS**

Comme la consommation des médicaments d'ordonnance augmente rapidement au Canada, certains se demandent si toutes ces prescriptions sont appropriées – c'est-à-dire bénéfiques pour les patients et économiques pour le système de santé. Les recherches indiquent que certains Canadiens se voient prescrire des médicaments dont ils n'ont pas besoin, tandis que d'autres n'obtiennent pas les médicaments dont ils pourraient bénéficier<sup>30,31</sup>. Les réactions adverses aux médicaments posent de grandes questions de sécurité, aussi bien quand les réactions résultent d'une prescription inopportune que lorsque le patient a mal pris ses médicaments.

### Réactions adverses aux médicaments

Les réactions adverses aux médicaments provoquent l'hospitalisation de milliers de Canadiens chaque année, menaçant leur santé et causant un recours inutile à de multiples autres services de soins de santé. Une récente étude canadienne a conclu que 8 % des visites aux urgences résultaient de problèmes évitables de médication<sup>32</sup>.

### E. OUTILS D'AIDE À LA DÉCISION

La prescription électronique est l'un des outils qui peuvent aider les médecins de famille et les pharmaciens communautaires à mieux prescrire les médicaments et à faire un suivi de leur utilisation. Pour donner des résultats efficaces, la prescription électronique doit être intégrée au dossier médical du patient et au système d'information de la province sur les médicaments. En dépit de progrès notables faits par lui dans ces secteurs interreliés, le Canada reste loin derrière les pays en tête du peloton. Nous ne pouvons pas espérer parvenir à nos objectifs quant à l'amélioration des résultats de santé et à la mise en place d'un système de santé durable si les médecins de famille, qui sont nos gardes d'accès au système, ne disposent pas des outils appropriés pour jouer leur rôle.

« La décision de ne pas prescrire inutilement un médicament est l'un des actes les plus courageux d'un médecin. Par contre, ne pas reconnaître le besoin de prescrire un médicament peut être l'une des erreurs les plus coûteuses d'un médecin. »

Chercheur canadien en pharmacie, 2010

### RÉSUMÉ

Le nombre des ordonnances exécutées dans les pharmacies communautaires a presque doublé depuis 1999. De nombreux facteurs ont contribué à cette augmentation – utilisation des médicaments pour traiter la prévalence accrue des maladies chroniques, recours grandissant aux médicaments pour la prévention des maladies, mise en marché de nouveaux médicaments et modifications des directives de traitement qui élargissent l'utilisation de médicaments existants. Bien que l'objectif soit de contribuer à améliorer les résultats de santé pour les Canadiens, ces facteurs créent un environnement complexe pour le processus décisionnel des médecins. D'autres éléments influencent les médecins dans leurs décisions de prescription des médicaments, notamment les renseignements communiqués par les sociétés pharmaceutiques et par la formation continue non commerciale en pharmacothérapie, ainsi que les formulaires gouvernementaux d'assurance-médicaments.

Pour aider les médecins à prescrire des médicaments sûrs et efficaces aux patients, il faut mettre en place des outils électroniques d'aide à la décision et à la prescription, tout en allouant les ressources nécessaires.

La prescription inopportune est un problème coûteux, à la fois pour la santé des Canadiens et pour les ressources de la santé. Mais il nous est impossible d'estimer à quel point il est onéreux. Actuellement, le Canada ne dispose pas d'un système exhaustif qui permettrait de faire le lien entre les ordonnances pour certains types de maladies et les résultats de santé obtenus – comme l'amélioration de l'état de santé des patients ou la réduction du nombre d'hospitalisations. Inforoute Santé du Canada (*Inforoute*), travaillant avec les provinces et les territoires, cherche à relever le défi en instaurant des systèmes plus complets d'information sur les médicaments. Sans ces systèmes, les études individuelles sur les schémas de prescription ou d'hospitalisation peuvent uniquement suggérer l'envergure du problème.



## MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE ET ACCORDS SUR LA SANTÉ

**La Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques (SNPP)** a été instaurée en 2004, pour trouver des solutions nationales à certains des problèmes de sécurité et d'abordabilité des médicaments d'ordonnance au Canada. Cette stratégie s'inscrivait dans le *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, datant de 2004, par lequel les gouvernements participants se sont engagés à apporter diverses améliorations à leurs systèmes de santé, avec un financement provenant en partie du gouvernement fédéral.

Les objectifs de la SNPP étaient les suivants :

- > influencer davantage les habitudes de prescription des professionnels de la santé pour que les médicaments soient prescrits uniquement lorsque leur besoin est réel et pour que le médicament convienne bien au problème de santé;
- > formuler et évaluer des options de couverture des médicaments onéreux au Canada afin que les produits pharmaceutiques nécessaires ne constituent pas un fardeau financier excessif pour les Canadiens, quel que soit leur lieu de résidence;
- > trouver des moyens d'accroître l'accessibilité et de réduire le coût des médicaments d'ordonnance non brevetés, à la fois pour les gouvernements et pour les particuliers au Canada (voir notre document de travail de juin 2010, intitulé *Prix et accessibilité des médicaments génériques au Canada : Quelles sont les répercussions?*);
- > améliorer la sécurité des patients en aidant les professionnels de la santé à leur prescrire les médicaments les plus sûrs et les plus appropriés, et en adoptant la prescription électronique pour réduire les erreurs de médication;
- > renforcer les moyens de surveiller et d'évaluer les médicaments une fois qu'ils sont commercialisés sur le marché canadien afin d'en garantir l'innocuité pour tous les patients (nous nous pencherons sur cette question dans l'un de nos futurs documents de travail sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments);

- > veiller à ce que tous les Canadiens aient accès aux mêmes médicaments d'ordonnance dans le cadre de leur régime provincial d'assurance-médicaments, selon un formulaire national des médicaments remboursables, quel que soit leur lieu de résidence au Canada;
- > accélérer l'accès aux nouveaux médicaments qui répondent à des besoins encore non satisfaits en matière de santé.

En 2009, dans son rapport intitulé *La stratégie nationale en matière de produits pharmaceutiques : Une ordonnance non remplie*, le Conseil de la santé a passé en revue les progrès accomplis dans le cadre de cette stratégie et a conclu qu'elle semblait en être arrivée à un point mort. Le Conseil de la santé sait que les réformes dans ce domaine progressent dans chacune des instances et qu'une alliance pancanadienne pour l'achat des médicaments a récemment été annoncée. Lors de leur conférence en septembre 2010, les ministres provinciaux-territoriaux de la santé se sont entendus pour former cette alliance afin de permettre aux gouvernements de se procurer globalement des médicaments d'ordonnance ainsi que des fournitures et de l'équipement médicaux, dans le but d'optimiser les dépenses de santé.



# 3

## Point de mire sur l'imagerie diagnostique

### A. ESSOR DE L'IMAGERIE DIAGNOSTIQUE AU CANADA

L'imagerie diagnostique, qui a vu le jour avec la découverte des rayons X en 1895, a transformé la médecine moderne, en ouvrant la voie à des traitements plus appropriés pour certains patients, en réduisant les besoins de chirurgie efficace pour d'autres, et en aidant de nombreux patients et leurs médecins à évaluer les progrès des soins.

Cependant, même les visionnaires du XIX<sup>e</sup> siècle ne pouvaient pas prédire les répercussions considérables que cette technologie aurait actuellement sur les soins de santé. La technologie et les connaissances spécialisées requises pour tirer parti des outils d'imagerie ont progressé rapidement, améliorant l'efficacité et la précision des évaluations médicales, d'une importance considérable pour la qualité des soins.

Récemment, les gouvernements ont beaucoup investi pour renforcer l'accès aux TDM et IRM. Résultat : le nombre et l'utilisation de ces appareils ont fortement augmenté. Auparavant, les spécialistes ordonnaient la vaste majorité des TDM et IRM, mais de plus en plus de médecins de famille ont cette prérogative.

## Aperçu de l'imagerie diagnostique

### IRM (imagerie par résonance magnétique) –

Technique qui fait appel à un champ magnétique puissant et à des pulsations radio pour produire des images détaillées de presque toutes les structures internes du corps, dont les organes et les tissus mous, mais à l'exception des os. Un ordinateur regroupe les nombreuses images résultantes, ou coupes, pour donner une image d'ensemble.

Exposition aux radiations : aucune.

### TDM (tomographie assistée par ordinateur) –

Technique qui couple les rayons X et les ordinateurs pour produire des images plus détaillées du corps, en coupes transversales. Les médecins peuvent voir la grandeur, la forme et la position des structures très profondément à l'intérieur du corps.

Exposition aux radiations : oui.

### TEP ou TEP/TDM (tomographie par émission de positrons/tomographie assistée par ordinateur) –

Type d'imagerie de médecine nucléaire qui repose sur la détection de positrons (particules microscopiques émises par une substance radioactive administrées en petite quantité au patient et repérées par des caméras sophistiquées). De concert avec la technologie informatique, cette technique permet de produire des images hautement détaillées des structures et des fonctions des parties du corps.

Exposition aux radiations : oui.

FIGURE 6

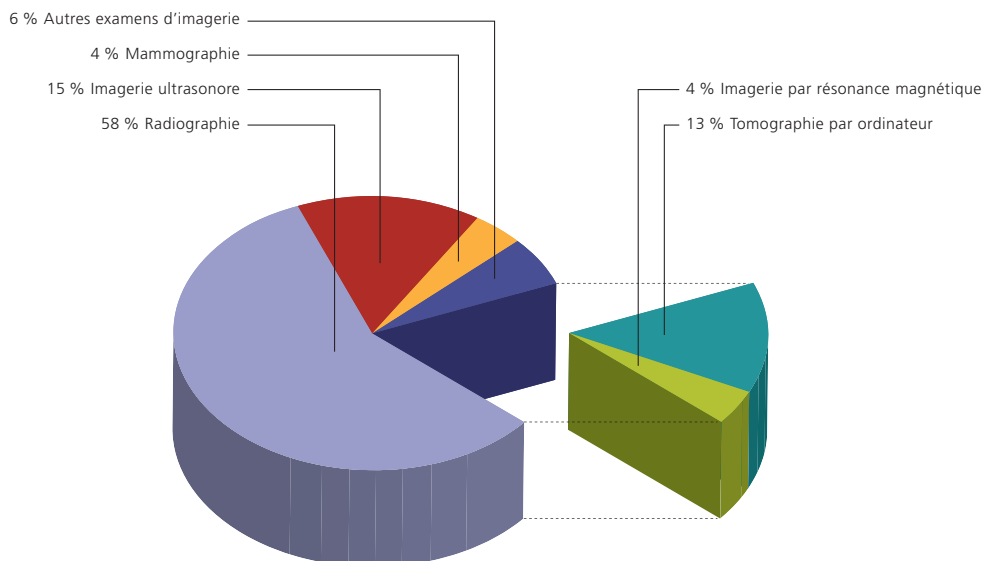
### Ventilation des examens d'imagerie diagnostique dans les hôpitaux canadiens (Québec exclu)

Près de 80 % de toutes les procédures d'imagerie médicale au Canada ont recours à la radiographie et à la technologie de l'imagerie ultrasonore, ce qui concorde avec l'évaluation de l'Organisation mondiale de la santé indiquant que ces deux procédures peuvent répondre jusqu'à 80 % - 90 % des besoins d'imagerie diagnostique<sup>33</sup>.

Source : ICIS, Base de données canadienne SIG (2008-2009).

Remarques : Les examens effectués dans les hôpitaux au Québec sont exclus, car ces hôpitaux n'appliquent pas le Guide sur les systèmes d'information de gestion dans les organismes de santé du Canada (Guide SIG).

Sont également exclues les angiographies.



## B. INVESTISSEMENTS MENANT À UN ACCÈS ACCRU AUX IRM ET TDM

De 2000 à 2005, soit sur une période de cinq années, le gouvernement fédéral a alloué 3 milliards \$ à l'imagerie diagnostique de notre système de santé. En 2000, le gouvernement fédéral a attribué 1 milliard \$ à l'achat d'équipement de diagnostic et de traitement par les provinces et territoires. En 2003 et 2004, comprenant les avantages de ces technologies pour la santé des Canadiens et pour la viabilité du système de santé, les premiers ministres ont décidé de faire des investissements supplémentaires de 2 milliards \$ dans le cadre de leur *Accord sur le renouvellement des soins de santé* de 2003 et de leur *Plan décennal pour consolider les soins de santé* de 2004, afin d'améliorer l'accès à l'imagerie diagnostique, appuyer la formation spécialisée et réduire les temps d'attente des Canadiens<sup>34</sup>.

## Nombre croissant de scanners et de scanographies

À la suite de ces investissements financiers considérables, le nombre de scanners et celui des scanographies au Canada ont fortement augmenté. Grâce aux données de l'*Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale* de l'ICIS (voir *Sources des données*), nous pouvons mieux comprendre les schémas d'accès à ces technologies dans les provinces et territoires.

De 1990 à 2009, le nombre de scanners TDM a plus que doublé au Canada (passant de 198 à 465), tandis que celui des scanners IRM a plus que décuplé (passant de 19 à 266) (Figure 7). En 2009, plus de 4 millions d'examen TDM et près de 1,4 million d'examen IRM ont été effectués au Canada – soit une augmentation de 58 % pour les TDM et de 100 % pour les IRM, en comparaison avec 2003. Le taux national était donc de 121 TDM et de 41 IRM par 1 000 habitants au Canada en 2009, le taux variant dans chaque province et territoire.

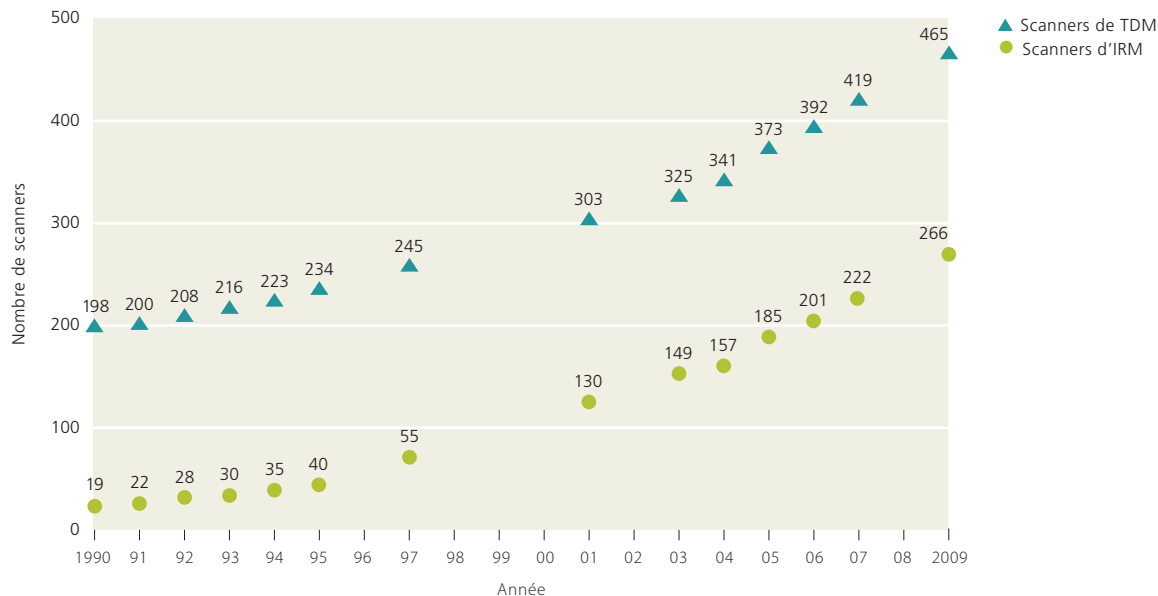
FIGURE 7

### Le nombre des scanners de TDM et d'IRM a considérablement augmenté au Canada au cours des deux dernières décennies

Sources : Données sur la santé de l'OCDE (2007); Inventaire national d'appareils d'imagerie choisis, Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé; Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale, avec suppléments des ministères provinciaux de la Santé

Remarque : Le nombre des scanners d'IRM et de TDM dans les services autonomes d'imagerie ont été imputés pour les années précédant 2003 en fonction des données recueillies au cours de l'Enquête

nationale sur divers équipements d'imagerie médicale faite en 2003. Les inventaires n'ont pas été compilés annuellement. Il n'existe pas de données pour 1996, 1998-2000, 2002. Les données du Québec étaient incomplètes pour 2000; par conséquent, toutes les données de 2000 sont exclues. Le nombre des scanners de TDM en 2006 inclut cinq scanners installés en 2003 et quatre scanners installés en 2004, mais déclarés pour la première fois dans l'enquête de 2006. Le nombre des scanners d'IRM en 2006 inclut deux scanners installés en 2003 et deux autres installés en 2004, mais déclarés pour la première fois dans l'enquête de 2006. Aucun ajustement n'a été fait pour les données de 2004 et 2005, car la première année de service de ces scanners reste indéterminée.



Comme l'indiquent les Figures 8 et 9, le nombre des appareils et la fréquence de leur utilisation diffèrent entre les instances.

Malgré tous ces investissements dans l'imagerie diagnostique, le Canada reste à l'arrière du peloton par rapport aux autres pays de l'OCDE, en termes d'accessibilité et d'utilisation des scanners IRM et TDM (Figure 10). Cependant, comme il n'existe pas de repères, ou de normes, pour déterminer le nombre approprié de scanographies par 1 000 habitants, nous ignorons si cette place est bonne ou mauvaise.

#### Plus d'appareils encore à l'avenir

Dans bien des régions du Canada, les scanners TDM et IRM sont devenus essentiels pour attirer les médecins, les spécialistes, et surtout les récents diplômés des écoles de médecine, vers les hôpitaux aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. Certaines instances envisagent d'acquérir les scanners d'imagerie diagnostique les plus perfectionnés, par exemple des scanners TEP ou TEP/TDM.

Les appareils hybrides TEP/TDM ont fait leur apparition au Canada en 2002. En 2009, 29 de ces appareils de pointe étaient en service au pays. Selon l'*Enquête*

*nationale sur divers équipements d'imagerie médicale* de l'ICIS, le Québec et l'Ontario en avaient respectivement 13 et 9, l'Alberta 3, tandis que la Colombie-Britannique, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse en avaient chacun un. Dans son budget de 2010, Terre-Neuve-et-Labrador a alloué des fonds à l'achat d'un nouvel appareil de TEP dans un lieu approprié<sup>35</sup>.

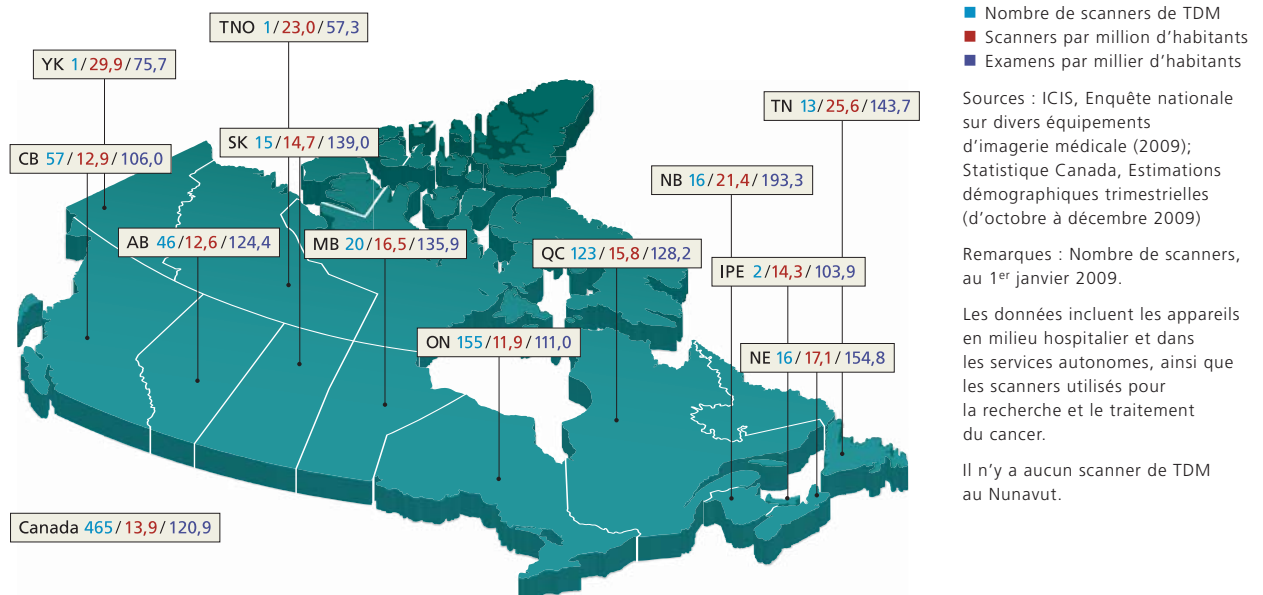
Afin d'appuyer ses décisions de financement pour l'achat d'appareils supplémentaires, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a instauré un programme d'évaluation de la TEP, car les preuves actuelles de résultats cliniques restent peu nombreuses.

Dans le cadre de ce programme, les hôpitaux intéressés doivent participer à des essais cliniques pour créer tout un ensemble de connaissances et de preuves<sup>36</sup>. Optant pour une solution autre que l'achat d'équipement supplémentaire, certains gouvernements investissent dans une technologie qui facilite le partage des images diagnostiques parmi les radiologistes, les médecins de famille et les spécialistes. Par exemple, dans l'Île-du-Prince-Édouard, le PACS (Picture Archiving and Communications System) relie tous les hôpitaux de la province et donne ainsi facilement accès à l'imagerie diagnostique aux patients et aux fournisseurs de soins<sup>37</sup> (voir encadré, PACS).

FIGURE 8

#### Ventilation et utilisation des TDM au Canada

Le nombre d'appareils de TDM et l'intensité de leur utilisation varient en fonction de la population



« Ce que nous considérons comme des technologies de pointe relèvent pour eux (les médecins de famille) des normes de soins... Pour attirer les meilleurs médecins, les plus doués, nous devons leur offrir ce qu'il y a de mieux – et actuellement, c'est un appareil d'IRM »

Coprésident de campagne, Ontario 2008

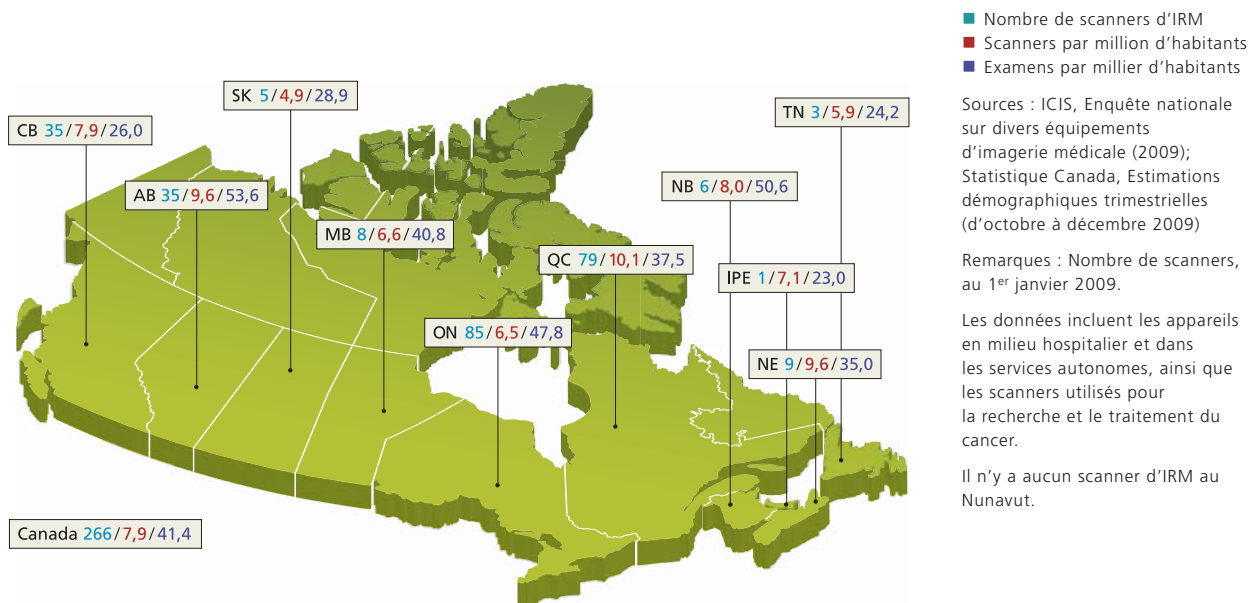
### Évaluations de la technologie de la santé

Pour les guider dans leur processus décisionnel, les instances peuvent faire des *Évaluations de la technologie de la santé*. Ces évaluations analysent les répercussions générales des nouvelles technologies de la santé, du point de vue des patients (efficacité clinique) et des décideurs de politiques (rentabilité), pour déterminer pleinement si une technologie novatrice est financièrement avantageuse pour le système canadien de santé. Les instances peuvent effectuer elles-mêmes ces évaluations ou retenir les services de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS). L'ACMTS est un organisme indépendant, financé par le gouvernement, qui renseigne de manière impartiale les décideurs de politiques sur l'efficacité clinique et la rentabilité des nouvelles technologies médicales, par exemple sur l'utilisation appropriée de la TEP.

FIGURE 9

#### Ventilation et utilisation des IRM au Canada

Le nombre d'appareils d'IRM et l'intensité de leur utilisation varient en fonction de la population



## PACS : Transmission rapide et efficace des résultats diagnostiques

Le PACS (Picture Archiving and Communications System) permet aux fournisseurs de soins de visualiser les radiographies, les images ultrasonores, les TDM et les IRM, peu importe le lieu où ils se trouvent, élargissant ainsi la portée de l'imagerie diagnostique et aidant les professionnels de la santé à obtenir des renseignements en temps plus opportun. Ce système repose sur le stockage et la transmission numériques des images médicales.

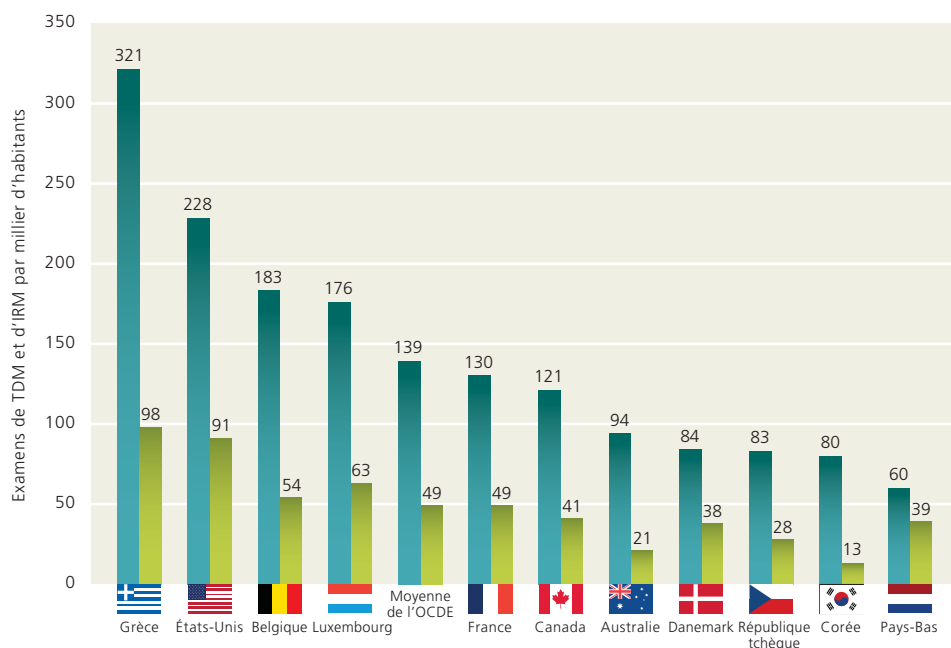
Depuis quelques années, le PACS a beaucoup progressé au Canada, l'accélération de sa mise en place résultant d'une collaboration entre Inforoute Santé du Canada et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Selon les estimations, 90 % des radiologistes canadiens utilisent actuellement le PACS<sup>38</sup>. Ces résultats reposent sur le fait que la plupart des radiologistes travaillent dans de grands hôpitaux et que 82 % des services hospitaliers de soins actifs sont équipés d'appareils photonumériques au Canada.

Le PACS présente le potentiel de modifier radicalement la prestation des soins de santé, surtout dans les régions rurales et éloignées. Selon un récent sondage d'*Inforoute* auprès des médecins traitants qui utilisent le PACS, plus de la moitié d'entre eux ont gagné de 30 à 90 minutes par semaine grâce à ce système et ont réduit le nombre de transferts des patients entre établissements<sup>39</sup>. Bien que ces systèmes soient coûteux, *Inforoute* estime qu'une fois complètement mis en place dans tout le pays le PACS permettra de réaliser des économies de 850 millions \$ à 1 milliard \$ par an grâce à une augmentation de la productivité clinique et une réduction des transferts de patients, de la duplication des examens et de l'utilisation des films.

FIGURE 10

### Le taux des examens d'IRM et de TDM varie entre les différents pays

Le taux des examens d'IRM et celui des examens de TDM au Canada, par 1 000 habitants, se situent à la moyenne des autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).



■ TDM  
■ IRM

Sources : Données sur la santé de l'OCDE (2010); ICIS, Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale (2009); Statistique Canada, Estimations démographiques trimestrielles (d'octobre à décembre 2009)

Remarque : Les données pour l'Australie incluent uniquement les patients des services externes et des services privés (les examens dans les hôpitaux publics étant exclus).



### C. ÉVOLUTION DE LA SPHÈRE D'AUTORITÉ POUR LES EXAMENS D'IMAGERIE

Les médecins de famille ont encore souvent peu l'habitude d'ordonner des tests spécialisés. Au départ, les examens d'IRM et de TDM ne pouvaient être effectués que sur recommandation d'un spécialiste, par exemple un neurologue. Mais à mesure que ces appareils complexes d'imagerie sont devenus plus courants, les médecins de famille ont obtenu l'autorisation d'ordonner ces examens. Une étude de 2003 a montré qu'en Ontario, 20 % des examens d'IRM étaient demandés par des médecins de famille<sup>40</sup>. Depuis peu, les médecins de famille au Manitoba et dans d'autres instances peuvent ordonner des examens d'IRM et de TDM<sup>41</sup>. De nos jours, un médecin de famille peut recommander un patient, tout comme le fait un spécialiste, sous réserve de certains facteurs comme les politiques de chaque région ou autorité de santé, du lieu d'exercice du médecin, de la disponibilité des radiologistes et des raisons médicales de la demande. Dans certaines instances, avec certaines limites, les étudiants et les internes en médecine peuvent demander un examen d'imagerie diagnostique, de même que les chiropraticiens et les infirmières praticiennes.

Les médecins de famille qui ont récemment obtenu l'autorisation d'ordonner des examens d'imagerie médicale peuvent éprouver des difficultés à déterminer l'examen le plus approprié s'ils n'ont pas reçu de formation dans ce domaine durant leurs études universitaires ou s'ils n'ont pas accès à des directives de pratique professionnelle. Faute de telles informations, les médecins peuvent ne pas avoir connaissance des limites d'un examen ou ignorer qu'il existe un examen plus approprié<sup>42</sup>.

#### Rôle des radiologistes

Une bonne communication entre le médecin traitant et le radiologiste est essentielle, car tous deux doivent s'entendre sur l'examen le plus approprié et comprendre comment les résultats seront utiles au diagnostic et au traitement pour le patient.

Les radiologistes – médecins spécialisés dans l'imagerie diagnostique – jouent un rôle déterminant dans l'accessibilité et l'utilisation de cette technologie. Aux côtés des autres professionnels de la santé, ils déterminent si un examen ordonné est opportun, assurent le contrôle de la qualité et la supervision de l'examen, interprètent et communiquent les résultats obtenus.

Le nombre des médecins en radiologie diagnostique et des techniciens en radiation médicale au Canada est resté relativement stable de 1993 à 2006<sup>43</sup>, alors que le nombre d'appareils d'imagerie a considérablement augmenté durant cette même période. L'Association canadienne des radiologistes (ACR) continue de s'inquiéter de la charge de travail grandissante et du personnel requis pour faire face à cette multiplication des scanners. Cette association souligne qu'il y a actuellement un certain manque de données pour guider la planification future des soins de santé dans ce secteur<sup>41</sup>.

### D. UTILISATION APPROPRIÉE DE L'IMAGERIE DIAGNOSTIQUE

Selon l'Association canadienne des radiologistes, jusqu'à 30 % des examens de TDM et des autres procédures d'imagerie diagnostique sont inopportuns ou n'apportent aucun renseignement utile<sup>44</sup>.

Certaines études provinciales ont examiné ce problème :

- › En Saskatchewan, une analyse documentaire commandée par le gouvernement a conclu qu'environ 30 %, et jusqu'à 50 %, des examens d'imagerie n'étaient pas solidement justifiés et ne donnaient probablement pas des renseignements diagnostiques proportionnels au coût de l'examen et à l'exposition du patient aux radiations<sup>42</sup>.
- › En Ontario, une étude des examens de TDM et d'IRM pour les patients externes a montré qu'il y avait un écart de jusqu'à 70 fois entre les divers hôpitaux quant au nombre d'examens d'imagerie pour des problèmes de santé donnés. Beaucoup des examens d'imagerie diagnostique ne fournissaient pas de renseignements cliniques utiles. Moins de 2 % des TDM ordonnés en raison de maux de tête ont découvert des anomalies expliquant le problème de santé. En outre, bien que 90 % des examens d'IRM aient permis de découvrir des anomalies, les renseignements ne se sont pas avérés utiles pour la planification des traitements<sup>45</sup>.

En 2006, le D<sup>r</sup> Robert Miller, alors président de l'ACR, a ainsi évoqué « l'utilisation ruineuse de l'imagerie médicale »<sup>46</sup> :

- › Environ 5 % de l'imagerie est consacrée à une duplication d'examen, l'original ayant été perdu ou n'étant pas disponible au moment voulu (estimations d'*Inforoute*).
- › Cette surutilisation de l'imagerie diagnostique résulte des pressions exercées sur les médecins traitants par les patients et par une charge de travail toujours accrue.
- › Les craintes de faute professionnelle et de poursuite peuvent inciter les médecins à ordonner un nombre excessif d'examens.

Une fois qu'un examen a été ordonné, il est le plus souvent effectué – qu'il soit approprié ou non. Une enquête faite en 2005 dans les établissements canadiens d'IRM a conclu que seulement 42 % d'entre eux avaient des directives documentées de priorités pour l'imagerie diagnostique et qu'aucun n'avait de plan pour s'assurer que les directives étaient bien suivies<sup>47</sup>. Ce problème découle peut-être de l'évolution rapide de l'imagerie diagnostique, dont les pratiques exemplaires sont sans cesse actualisées<sup>48</sup>.

En réponse à ces changements rapides, l'ACR élargit actuellement les situations cliniques couvertes par ses *Lignes directrices pour les examens en imagerie diagnostique : Guide pour les médecins*, et examine le respect de ces directives d'imagerie. Actuellement, l'Ontario cherche à faciliter la prescription appropriée d'examens d'imagerie en élaborant des pratiques exemplaires ainsi qu'une carte du processus à suivre pour les patients ayant besoin d'un IRM ou d'un TDM.

**L'utilisation inopportune de l'imagerie diagnostique soulève un autre problème – celui de la sécurité des patients – surtout en raison d'une exposition inutile aux radiations.**

#### Répercussions sur les temps d'attente

En réponse aux préoccupations exprimées quant aux temps d'attente pour les examens d'imagerie diagnostique, l'*Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé* en 2003 a préconisé l'adoption d'indicateurs de l'accès en temps opportun aux TDM et aux IRM. Puis en 2004, le *Plan décennal pour consolider les soins de santé* a invité toutes les instances à collaborer en vue de déterminer des normes probantes quant aux temps d'attente médicalement acceptables pour les procédures d'imagerie diagnostique.

En consultation avec des spécialistes médicaux, et à partir des meilleures preuves disponibles, l'Alliance sur les temps d'attente a recommandé en 2005 des repères, ou des objectifs de performance, pour l'imagerie diagnostique. Les temps d'attente maximaux recommandés pour les TDM et les IRM s'échelonnaient ainsi selon la priorité ou l'urgence de la situation : « Immédiatement ou dans les 24 heures », « dans les sept jours » ou « dans les 30 jours »<sup>49</sup>.

Des repères ont donc été proposés, mais on peut difficilement conclure où ils ont été atteints. Dans un rapport de 2010 sur les temps d'attente, l'ICIS a souligné qu'il était difficile de comparer les temps d'attente pour les TDM et les IRM, car seules quatre provinces fournissent actuellement des renseignements de manière similaire à ce sujet. Cependant, à l'intérieur de ces paramètres, les données sur les temps d'attente pour la période allant d'avril à septembre 2009 ont montré qu'un patient typique attendait plus longtemps un IRM qu'un TDM, l'attente médiane pour un TDM variant de sept jours dans l'Île-du-Prince-Édouard à 18 jours en Nouvelle-Écosse. Durant cette même période, les temps d'attente pour un IRM variaient en moyenne de 40 jours en Ontario jusqu'à 111 jours dans l'Île-du-Prince-Édouard<sup>50</sup>.

#### Répercussions sur la sécurité des patients

L'utilisation inopportune de l'imagerie diagnostique soulève un autre problème – celui de la sécurité des patients – surtout en raison d'une exposition inutile aux radiations.

Pour les IRM, les patients ne sont exposés à aucune radiation, mais les TDM et les TEP/TDM font appel à un rayonnement qui peut avoir des effets indésirables. Les enfants sont plus sensibles anatomiquement, croit-on, aux effets des radiations et c'est pourquoi l'utilisation de l'imagerie diagnostique mérite une attention toute particulière dans leurs cas.

Le guide de l'ACR pour les médecins consacre une partie à la radiologie pédiatrique et donne des directives sur l'utilisation de cette technologie appliquée aux enfants dans des situations cliniques spécifiques<sup>51</sup>. En 2006, de concert avec d'autres organismes de la santé, l'ACR a formé une coalition internationale, l'Alliance for Radiation Safety in Pediatric Imaging, afin de sensibiliser les professionnels de la santé aux besoins d'ajuster les doses de radiation pour les enfants.

#### **E. OUTILS D'AIDE À LA DÉCISION**

En règle générale, on considère qu'il est essentiel de disposer de la même trousse d'outils d'aide à la décision, quelle que soit la personne qui prescrit ou supervise un examen diagnostique. Divers organismes travaillent actuellement avec les provinces pour étudier l'utilisation appropriée de l'imagerie diagnostique et afin d'élaborer et de tester des outils pour guider les médecins dans leur processus décisionnel.

##### **Prescription des examens assistée par ordinateur**

L'ACR a publié pour la première fois ses *Lignes directrices pour les examens en imagerie diagnostique : Guide pour les médecins* en 2005. Avec l'appui du gouvernement fédéral et du gouvernement du Manitoba, l'ACR met actuellement à l'essai un outil permettant d'intégrer ces directives à un système informatisé de prescription, avec aide au processus décisionnel. Grâce à cet outil, la fonction de consultation des directives de pratiques exemplaires est automatiquement liée aux activités des médecins. Ainsi, quand les médecins ordonnent un examen diagnostique, le système fait automatiquement

le lien avec les directives correspondantes et leur envoi un message-guide leur indiquant si leur décision est pertinente ou non. Jusqu'à présent, l'ACR a travaillé à ce projet avec des spécialistes et des médecins de famille. L'ACR considère que ce type d'aide à la décision s'avérera précieux s'il est intégré au développement des dossiers de santé électroniques pour optimiser le recours aux technologies d'imagerie diagnostique.

##### **Directives de pratiques exemplaires sur la gestion des consultations**

En Ontario, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a élaboré un ensemble de directives visant à améliorer l'accès en temps opportun au TDM et aux IRM. Il a commencé à exiger que les hôpitaux recueillent des renseignements pour surveiller et améliorer leurs activités d'imagerie<sup>52</sup>. De plus, il a mis au point un outil d'aide à la décision en ligne pour les médecins traitants, en collaboration avec le University Health Network de Toronto et St. Joseph's Healthcare de Hamilton<sup>53</sup>. Cet outil d'aide à la décision demande au médecin traitant quels sont les symptômes de son patient puis indique si un examen d'imagerie diagnostique est recommandé ou non, et si oui, quel type d'examen devrait être effectué.

#### **RÉSUMÉ**

Des investissements considérables ont été faits dans l'imagerie diagnostique à partir de l'an 2000. Ces investissements ont mené à une augmentation du nombre d'appareils en service au Canada ainsi que du nombre d'examen d'imagerie diagnostique ordonnés pour les Canadiens, mais avec des écarts importants entre les provinces et les territoires. Les médecins de famille jouent un rôle grandissant dans la prescription des examens d'imagerie diagnostique. Pour que le recours à ces examens soit approprié, les médecins de famille doivent être informés des meilleures applications des nouvelles technologies et des pratiques exemplaires de prescription, et travailler en consultation avec des radiologistes et d'autres spécialistes au besoin, l'objectif étant de fournir des renseignements pertinents aux patients.

Les chercheurs et les organismes nationaux ont détecté des problèmes d'utilisation inopportune et de surutilisation de l'imagerie diagnostique, qui ont des répercussions sur la sécurité des patients. Des recherches restent à faire sur des questions encore non résolues quant à l'accès à ces examens, aux temps d'attente et aux avantages de laisser les médecins de famille prescrire de telles procédures.



# 4

## Faciliter les décisions : Outils d'aide au processus décisionnel

Pour les médecins de famille, la santé et la sécurité des patients sont l'objectif premier du processus décisionnel des soins de santé. Mais comme nous l'avons montré par notre examen des médicaments d'ordonnance et de l'imagerie diagnostique, les décisions de ces médecins ont des répercussions sur l'utilisation d'autres services – et donc sur d'autres dépenses – du secteur de la santé. Divers outils d'aide à la décision peuvent guider les médecins dans leur processus décisionnel.

### A. GUIDES DE PRATIQUE CLINIQUE

Les *Guides de pratique clinique* sont « des énoncés conçus systématiquement, et fondés sur des preuves ou un consensus, pour aider les fournisseurs de soins à prendre les décisions les plus pertinentes quant aux soins de santé à assurer dans des circonstances cliniques spécifiques<sup>54</sup> ». Ces directives reflètent les conclusions cumulées des chercheurs et des experts cliniques, qui ont été condensées en un ensemble de règles ou de stratégies de traitement.

Guides de pratique clinique<sup>54</sup> :

- › renforcer la qualité des soins en renseignant les fournisseurs sur les soins appropriés;
- › promouvoir l'adoption de pratiques probantes;
- › fournir des repères en fonction desquels les praticiens et les systèmes de santé pourront être tenus de rendre des comptes au sujet des soins dispensés;
- › contribuer à réduire les écarts inopportuns quant aux soins de santé dispensés dans différents lieux géographiques et différents milieux cliniques;
- › donner aux patients la possibilité de prendre le contrôle de leur état de santé, en les renseignant sur les soins pertinents et efficaces;
- › contribuer aux objectifs de politiques publiques, par exemple sur la compression des coûts, en favorisant des décisions plus judicieuses sur l'utilisation des ressources.

L'Enquête du Commonwealth en 2009 a présenté des conclusions encourageantes sur l'utilisation des guides de pratique par les médecins pour les maladies chroniques. Ainsi, au Canada, les médecins de famille ont généralement déclaré qu'ils suivaient régulièrement ces guides pour traiter le diabète (83 %), l'asthme et la MPOC (77 %), l'hypertension (82 %) et dans une moindre mesure la dépression (45 %).

Des outils intégrant les pratiques exemplaires et les directives d'aiguillage à un système informatisé d'entrée des demandes d'examen sont mis à l'essai et utilisés par des médecins de famille dans certaines provinces.

Ces constats de l'enquête sont prometteurs, car les recherches indiquent qu'il existe un écart entre la connaissance des données médicales et des guides de pratique, et leur application en milieu clinique. Les études ont montré que ces guides étaient peu suivis et qu'il fallait souvent des interventions actives, de formes diverses, pour encourager les fournisseurs de soins à les suivre<sup>55</sup>.

Il se peut que ce problème résulte des préoccupations qu'ont les médecins quant à la qualité et à l'objectivité de certaines lignes directrices<sup>56</sup> ou quant à leur mise à jour<sup>57</sup>. Il se peut aussi que les médecins de famille considèrent que ces directives ne sont pas pertinentes pour leurs patients si elles portent sur une seule maladie bien précise, sans tenir compte de la complexité du traitement à prescrire aux patients atteints de maladies chroniques multiples.

Le manque de suivi des directives pourrait aussi résulter de difficultés d'accès. Pourtant, selon le *Sondage national des médecins 2007*, la plupart des médecins de famille (86 %) ont déclaré que leur accès aux guides de pratique clinique était de bon à excellent.

Un nombre grandissant d'organismes participent à l'élaboration et à la promotion de directives de pratique pour la médecine familiale. À l'échelle nationale, l'Association médicale canadienne (AMC) a une Infobanque, sur un site Web où plus de 1 200 directives sont consultables par le grand public. Le Centre for Effective Practice facilite l'application des directives en examinant et résumant ces directives pour les problèmes de santé qui exigent fréquemment des soins primaires. Le site Web du centre comprend des outils de dépistage, des documents d'information pour le public et des ressources pour les équipes de soins primaires. Dans les provinces et territoires, de nombreux autres organismes encouragent les médecins de famille à suivre ces directives. En juin 2010, en Ontario, la *Loi sur l'excellence des soins pour tous* a conféré au Conseil ontarien des services de santé un mandat élargi, l'autorisant à faire des recommandations sur les directives. Bon nombre d'activités sont donc en cours, mais les fournisseurs de soins au Canada sont confrontés à un défi que n'ont pas leurs homologues, par exemple, au Royaume-Uni, car il n'existe pas d'organisme national unique officiellement chargé de créer et diffuser des directives de pratique clinique au Canada.

« Le plus étonnant à propos de la médecine au XXI<sup>e</sup> siècle, c'est que nous la gérons avec un système de documents papier du XIX<sup>e</sup> siècle. »

Tommy G. Thompson,  
ancien secrétaire à la Santé et aux  
Services individualisés, É.-U.

## B. AIDE ÉLECTRONIQUE AU PROCESSUS DÉCISIONNEL

Les systèmes électroniques d'aide au processus décisionnel sont conçus pour améliorer les soins aux patients en intégrant directement des recommandations de pratiques exemplaires aux ordinateurs et aux appareils de poche des médecins. Cette technologie peut présenter les avantages suivants : directives cliniques actualisées, rappels automatiques des dépistages préventifs, logiciel signalant les interactions des médicaments, directives d'aiguillage pertinent vers l'imagerie diagnostique.

En regroupant tous ces outils et en les reliant aux renseignements sur le patient, au moment de la prise de décisions, ces systèmes ont prouvé qu'ils pouvaient améliorer les soins<sup>58</sup>, la gestion des maladies chroniques, le respect des directives sur les pratiques exemplaires ainsi que la prescription appropriée. En outre, un plus grand recours aux systèmes électroniques d'aide au processus décisionnel devrait permettre de réaliser des économies considérables dans le secteur de la santé, étant donné que la prestation de soins appropriés devrait réduire le nombre d'événements indésirables et mener à des traitements plus pertinents<sup>59</sup>.

Comme indiqué dans la partie *Imagerie diagnostique* de ce rapport, des outils permettant d'intégrer les directives de pratiques exemplaires et d'aiguillage à un système informatisé d'entrée des demandes d'exams sont actuellement utilisés par des médecins dans certaines provinces. L'objectif est de s'assurer que les directives de pratiques exemplaires sont intégralement liées aux activités des médecins. Quand les médecins ordonnent un examen diagnostique, les outils d'aide à la décision leur demandent quels sont les symptômes du patient puis indiquent si un examen d'imagerie diagnostique est approprié, et si oui, lequel.

### Dossiers de santé électroniques

Les *dossiers de santé électroniques* (DSE) permettent à une équipe de soins travaillant dans une clinique ou un cabinet médical d'avoir accès en ligne aux renseignements de santé d'un patient (y compris aux résultats des examens en laboratoire et des consultations de spécialistes). Selon le système utilisé par un médecin ou par une clinique, le DSE peut comprendre des outils d'aide à la décision clinique et à l'administration, facilitant la facturation et la gestion.

Les DSE sont encore relativement peu utilisés au Canada, mais la volonté est de les mettre en place dans toutes les unités de soins primaires au pays (Figure 11). Selon le *Sondage national des médecins 2007*, les médecins de famille se servent surtout des ordinateurs pour l'administration, et beaucoup moins pour leurs activités cliniques. D'après les résultats du sondage, un peu plus de la moitié (56 %) des médecins de famille faisaient leur facturation électroniquement, tandis qu'environ 43 % prenaient leurs rendez-vous électroniquement. Seulement 13 % des médecins se servaient de systèmes électroniques comprenant des messages-guides sur les interactions potentielles des médicaments et des rappels quant aux soins recommandés pour les patients.

L'AMC préconise que tous les cabinets médicaux utilisent les DSE d'ici 2011<sup>60</sup>. Les gouvernements se sont engagés à financer l'adoption des DES. La Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, l'Ontario et la Nouvelle-Écosse ont mis en place des programmes de soutien pour aider les médecins à faire la transition et pour passer des dossiers papier aux dossiers électroniques<sup>61</sup>. D'autres instances se préparent à instaurer des programmes similaires avec l'aide d'*Inforoute*. Déjà, les investissements faits par

*Inforoute* viennent appuyer les efforts d'intégration des dossiers de santé électroniques au système global de DSE, pour que chaque dossier puisse contribuer à ce système par l'apport et la consultation des renseignements.

### C. DOSSIERS DE SANTÉ ÉLECTRONIQUES

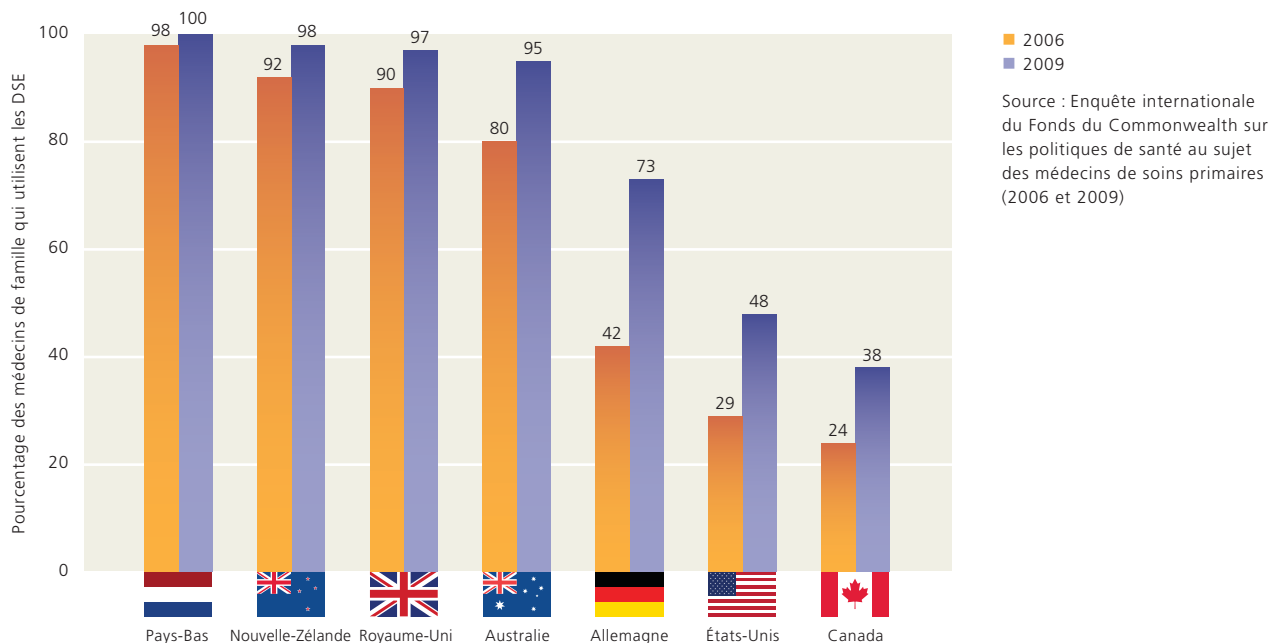
Un *dossier de santé électronique* (DSE) est un dossier numérique sécurisé des antécédents médicaux d'un patient, dont les renseignements sont partagés en ligne par un réseau reliant différents lieux de travail comme des hôpitaux, laboratoires, pharmacies, cliniques de santé publique et cabinets de médecins. Une fois que le système de DSE sera instauré partout au Canada, il permettra aux médecins d'avoir aisément accès à des renseignements exhaustifs sur leurs patients (entre autres résultats de tests en laboratoire et d'exams d'imagerie diagnostique). Il les aidera aussi notamment à mieux gérer les maladies chroniques et à prescrire électroniquement les médicaments directement aux pharmacies<sup>38</sup>.

En l'an 2000, les premiers ministres se sont engagés à faire du « dossier de santé électronique interopérable » une priorité première. En 2001, *Inforoute* a reçu pour mandat de mettre en place les fondements d'un système reliant électroniquement tous les éléments des dossiers de santé des patients, accessible et utilisé par les professionnels de la santé partout au pays.

FIGURE 11

#### Les médecins canadiens restent en dernière place pour l'utilisation des DSE, en comparaison aux autres pays

Plus d'un tiers (38 %) des médecins de famille au Canada ont déclaré utiliser les DSE en 2009, soit une hausse par rapport aux 24 % de 2006.





Les accords de la santé conclus en 2003 et 2004 ont renforcé cet engagement face aux inquiétudes quant à la flambée des coûts de santé, aux contraintes de ressources humaines et au vieillissement d'une population aux besoins toujours plus complexes.

Selon les estimations d'*Inforoute*, fondées sur les expériences d'autres pays et industries dans la mise en place d'infrastructures technologiques au service des clients, il pourrait falloir de 10 à 15 ans au Canada pour achever la mise en place des DSE. Comme indiqué dans ce rapport, *Inforoute* fait de constants progrès, aux côtés des provinces et territoires, pour donner à tous les Canadiens un dossier de santé électronique d'ici 2016<sup>38</sup>.

Le gouvernement fédéral et les autres instances ont fait des investissements considérables pour parvenir à ces objectifs. *Inforoute* estime que le budget du DSE pour tous les Canadiens se situe à environ 10 milliards \$. Mais les économies annuelles sont évaluées à plus de 6 milliards \$ par an, une fois que le système sera complètement instauré<sup>38</sup>.

Les dossiers de santé électroniques constituent un outil précieux pour combler les carences de données. De plus, en faisant une utilisation secondaire des données, les chercheurs pourront répondre à des questions connexes aux résultats de santé. Par exemple, comme les DSE intègrent les données sur tous les aspects des soins de santé d'un patient, les médecins et les chercheurs pourront faire le lien entre les données sur l'utilisation des médicaments et celles montrant les avantages (ou le manque d'avantages) de ces médicaments pour les patients, la population et l'ensemble du système de santé.

#### D. RÉTROACTION SUR LA PERFORMANCE

La *rétroaction sur la performance* consiste à recueillir des renseignements auprès des médecins de famille sur leurs décisions au sujet de leurs patients et de leurs traitements, puis à leur faire part de commentaires sur leurs schémas de pratique professionnelle, généralement à la suite d'une comparaison à leurs homologues ou aux directives de pratiques cliniques. L'objectif est de parvenir à des soins plus appropriés en commentant le comportement professionnel des médecins et en comparant leurs pratiques à celles de leurs collègues ou à des normes de soins acceptées.

Des examens systématiques ont montré que la rétroaction sur la performance peut mener à des améliorations allant de petites à modestes dans la qualité des soins, avec des répercussions variables<sup>62</sup>. Certaines pratiques prometteuses présentent des avantages considérables, à faibles coûts. Par exemple, dans le cadre d'une étude en Ontario, la rétroaction accompagnée d'un envoi de matériel didactique sur les avantages de prescrire tous les deux mois a mené à une utilisation plus appropriée des antibiotiques et à une réduction des coûts de médication<sup>63</sup>.

Les médecins de famille obtiennent une rétroaction officielle sur leur performance grâce à des examens par les pairs effectués par le collège de réglementation de leur instance. Bien qu'importants, ces examens sont souvent peu fréquents (tous les cinq à sept ans, par exemple)<sup>64</sup> et ne visent pas une rétroaction ou une amélioration quotidiennes de la performance. Des commentaires fréquents sur la performance, axés sur une amélioration de la qualité des soins, pourraient avoir plus d'effet sur les schémas de pratique professionnelle et sur le processus décisionnel des médecins.

Un tiers des médecins canadiens qui ont répondu à l'enquête du Fonds du Commonwealth en 2009 ont déclaré que des questions de performance clinique étaient évaluées au moins une fois par an en fonction de cibles à atteindre. Un pourcentage moindre de médecins (17 %) ont déclaré que leur lieu de travail recevait et étudiait régulièrement des données sur divers aspects des soins de santé aux patients, comme les résultats cliniques (Figure 12).

La faiblesse de ces résultats au Canada découlent peut-être du fait que les médecins de famille utilisent encore peu les DSE, car il faut généralement pouvoir accéder électroniquement aux données de santé d'un patient « pour participer efficacement aux initiatives d'amélioration de la qualité »<sup>65</sup>. Le système de gestion encore utilisé au Canada, qui repose beaucoup sur les supports papier, limite la capacité qu'ont les médecins à contribuer à la rétroaction sur la performance et à en tirer parti.

#### Soins de santé primaires – Système de déclaration volontaire

Pour fournir de meilleurs renseignements, en plus grand nombre, aux médecins de famille et aux autres membres des équipes de soins de santé primaires (SSP), l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) travaille à un projet pluriannuel de prototype de système de déclaration volontaire (SDV-SSP). Depuis 2009, l'ICIS collabore avec un groupe pilote de cliniciens en SSP, tous volontaires, pour recueillir au Canada un sous-ensemble de données anonymisées à partir des dossiers médicaux électroniques, pour parvenir aux quatre objectifs suivants :

- 1) Aider les cliniciens en SSP à cerner et à améliorer la qualité des soins fournis dans le cadre de leur pratique professionnelle, en leur faisant une rétroaction trimestrielle comparative dans des domaines comme les données démographiques de la clientèle, le recours au système de santé et les indicateurs de qualité des soins.
- 2) Offrir un forum de collaboration qui incite les cliniciens en SSP à améliorer la qualité des soins et à mieux comprendre les DSE.
- 3) Communiquer de nouveaux renseignements et de nouvelles connaissances dans des secteurs prioritaires pour faciliter une meilleure gestion du système de santé.
- 4) Offrir de nouveaux aperçus sur les moyens de rendre plus utiles les DSE-SSP pour les cliniciens en SSP et pour l'amélioration de la qualité des soins.

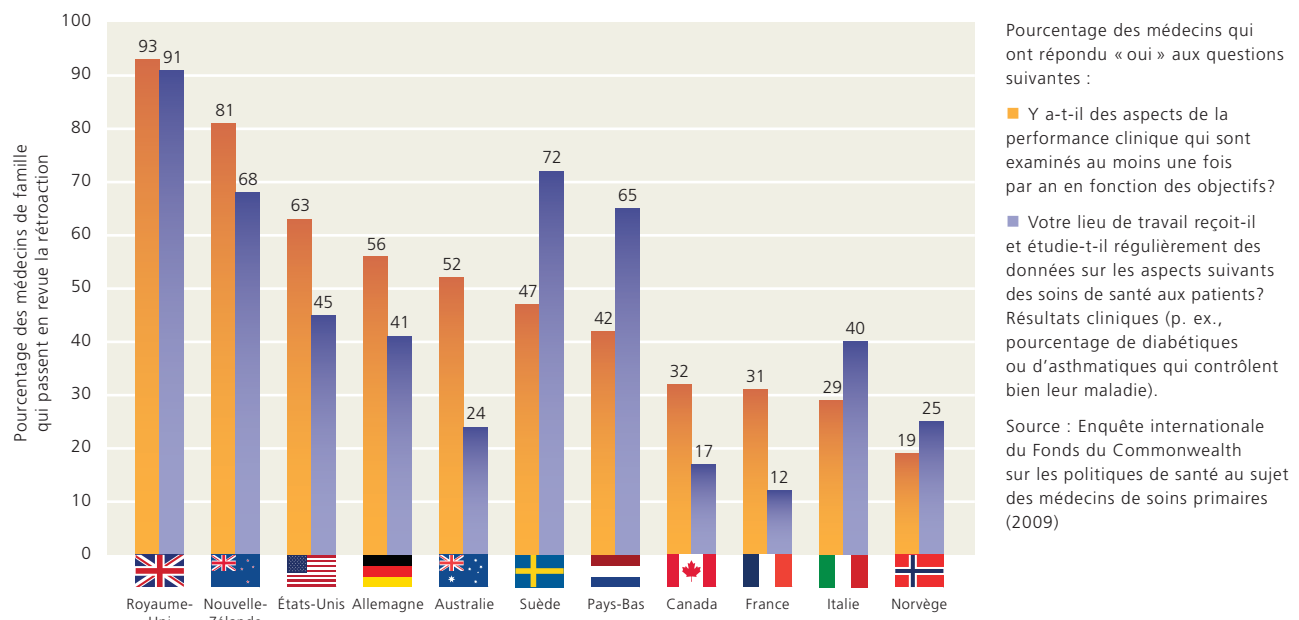
Dans les prochaines années, le nombre de lieux de travail et d'instances participant au système de SDV-SSP devrait augmenter, ce qui devrait mener à une meilleure base de données sur les SSP, permettant de fournir des mesures comparatives plus solides et des indicateurs supplémentaires aux médecins de famille et aux autres cliniciens en SSP.

Pour plus de renseignements, consulter [www.cihi.ca/phc](http://www.cihi.ca/phc).

FIGURE 12

#### Les médecins canadiens se classent aux derniers rangs pour la rétroaction sur la performance clinique, en comparaison aux autres pays

Un tiers des médecins de famille au Canada ont signalé que leur lieu de travail passait en revue les objectifs de performance clinique au moins une fois par an. Un pourcentage encore moindre a déclaré passer en revue les résultats cliniques de leurs patients.



Des directives de pratique clinique, des protocoles d'examen par les pairs et des rapports comparatifs entre médecins ont été conçus et sont plus ou moins utilisés partout au pays.

#### RÉSUMÉ

Les études ont montré que l'écart entre la recherche et la pratique constitue un enjeu pour de multiples raisons. Bien que les études nationales montrent qu'il n'est nullement difficile d'accéder aux directives de pratique clinique, l'application de ces directives ou leur intégration à la pratique clinique reste à améliorer. Il faudrait voir de plus près comment éliminer les obstacles à l'instauration et à l'utilisation de ces directives de pratique clinique. Ceci s'avère tout particulièrement important dans le domaine de l'imagerie diagnostique, où les technologies évoluent rapidement et où la prescription des examens n'est plus l'apanage des spécialistes.

Divers outils existent maintenant pour surveiller qui ordonne des examens, quels examens, combien d'examens, pour quels types de patients. Des directives de pratique clinique, des protocoles d'examen par les pairs et des rapports comparatifs entre médecins ont été conçus et sont plus ou moins utilisés partout au pays.

Les données publiquement disponibles pour comprendre les avantages des médicaments utilisés restent limitées au Canada. Elles indiquent à combien de patients certains médicaments sont prescrits, mais il n'est pas possible de rattacher ces renseignements aux résultats de santé obtenus sur le plan national. On ignore donc complètement pourquoi tels ou tels médicaments sont prescrits aux patients, et si l'état de santé des patients s'est amélioré ou à empiré avec les médicaments.

L'adoption des dossiers de santé électroniques facilitera le recours aux évaluations des technologies de la santé, aux normes de la performance et aux outils d'aide au processus décisionnel clinique, notamment aux directives probantes de pratique clinique. L'utilisation de ces outils doit devenir plus courante et les fournisseurs de soins doivent être tenus de rendre compte de l'usage qu'ils en font dans l'intérêt de la médecine et de la rentabilité des coûts.

## Sources des données

### Sondage national des médecins

Le Sondage national des médecins (SNM) est le plus grand sondage effectué auprès des médecins et des chirurgiens au Canada. Effectué tous les trois ans par l'Association médicale canadienne, le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, ce sondage touche tous les médecins au pays.

Le SNM couvre des sujets très variés, allant de la répartition du temps professionnel à l'utilisation des technologies d'information de la santé, en passant par les plans d'avenir des médecins (comptent-ils augmenter ou diminuer leurs heures de service, relocaliser leur cabinet médical, ou modifier l'éventail de leurs services aux patients). Sur 60 811 médecins exerçant actuellement au Canada, et ayant une adresse valide, 19 239 ont répondu au sondage SNM de 2007 (soit un taux de réponse de 31,64 %)

Pour plus de renseignements sur ce sondage, consulter [www.nationalphysiciansurvey.ca](http://www.nationalphysiciansurvey.ca).

### Enquête internationale du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé

Chaque année, le Fonds du Commonwealth, dont le siège social se trouve aux États-Unis, mène une enquête internationale sur une grande question de politiques de santé. Et chaque année, le Canada participe à cette enquête, aux côtés d'environ 10 autres pays. De 2007 à 2010, le Conseil canadien de la santé a coparrainé cette enquête pour accroître l'échantillon du Canada. Selon l'orientation de l'enquête, les enquêteurs communiquent avec des Canadiens ou des médecins de soins de santé primaires au Canada, les invitant à répondre aux questions du sondage au téléphone ou par la poste.

Pour ce rapport, nous nous sommes appuyés sur les données provenant des enquêtes de 2006 et de 2009 auprès des médecins de soins primaires, ainsi que des données de l'enquête de 2007 auprès des adultes du grand public.

L'enquête de 2006 auprès des médecins de soins primaires a porté sur sept pays (Australie, Canada, Allemagne, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni, États-Unis). L'enquête de 2009 auprès des médecins de soins primaires s'est étendue à 11 pays (Australie, Canada, France, Allemagne, Italie, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Norvège, Suède, Royaume-Uni, États-Unis). L'enquête a interrogé les médecins sur l'accès à leurs services, l'utilisation des dossiers électroniques, la participation à des équipes interprofessionnelles (en particulier pour la gestion des maladies chroniques) et la qualité des soins.

L'enquête de 2007 a interrogé le grand public sur ses expériences avec le système de santé et l'a questionné sur la qualité des soins reçus. Les résultats ont compris des réponses provenant de sept pays (Australie, Canada, Allemagne, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni et États-Unis).

Pour plus de renseignements sur ce sondage, voir [www.cmf.org](http://www.cmf.org).

### Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) mène cette enquête chaque année depuis 2003 (exception faite de 2008). Cette enquête retrace les données sur l'équipement d'imagerie médicale installé et en service dans les hôpitaux canadiens, ainsi que l'équipement d'imagerie autonome, au 1er janvier de chaque année. L'enquête de 2009 a recueilli des données sur les appareils de TDM, les appareils d'IRM, les caméras nucléaires (gamma et TEP), les appareils de TEP, TEP/TDM et TEPU/TDM.

Pour plus de renseignements sur cette enquête, voir [www.cihi.ca](http://www.cihi.ca).

**IMS Health**

IMS Health fournit de l'information commerciale et des renseignements sur la santé aux industries pharmaceutiques et aux organismes de la santé partout dans le monde. Pour ce rapport, nous nous sommes servis de données précédemment publiées par IMS Health ainsi que de renseignements fondés sur des analyses faites par IMS Health tout spécialement pour ce rapport. Les conclusions s'appuient sur des données de 2005 à 2009 et sur diverses bases de données d'IMS Health, décrites ci-après.

La *Vérification des achats des hôpitaux et des pharmacies du Canada (VAHPC)* recueille des données sur la valeur en dollars et sur le volume des produits de pharmacie et de diagnostic achetés par les pharmacies de détail et les hôpitaux au Canada. Les données de la VAHPC sont recueillies à partir d'un échantillon représentatif de 2 200 pharmacies et de 640 hôpitaux et établissements de soins de longue durée. Les données de l'échantillon sont ensuite projetées pour parvenir à des estimations des achats des pharmacies et des hôpitaux, partout au Canada.

Le *CompuScript national* mesure le nombre de prescriptions exécutées par les pharmacies canadiennes de détail. Les renseignements sur les produits sont présentés par catégorie thérapeutique et les éléments suivants sont recueillis pour chacun des produits : fabricant, forme, teneur, nouvelle ordonnance ou renouvellement, taille et prix, lieu de transaction, date de transaction, numéro DM (le cas échéant), tiers payeur (le cas échéant) et renouvellements autorisés. L'échantillon de *CompuScript* provient d'un groupe IMS comptant plus de 5 700 pharmacies, représentant plus de 70 % de toutes les pharmacies de détail au Canada. Plus de 5 200 magasins participent à l'audit, dont des chaînes de pharmacies et des pharmacies indépendantes. Les données de l'échantillon sont ensuite utilisées pour obtenir des estimations pour chacune des provinces et les totaux provinciaux sont additionnés pour obtenir une estimation nationale.

La *LRx* est une base de données longitudinales anonymisées sur les patients. Elle recueille des données provenant d'un peu plus de 16 millions de patients au Canada, soit 50 % de la population. Les données, obtenues à partir des renseignements utilisés pour

exécuter les ordonnances, sont fournies par les pharmacies dans toutes les provinces au Canada. *LRx* comprend des données démographiques sur les patients ainsi que sur le type, la puissance et la posologie des médicaments. La nature longitudinale des données permet de suivre des cohortes de patients sur des périodes données.

L'*Index canadien des maladies et traitements (ICMT)* recueille des données auprès d'un échantillon de 652 médecins exerçant en cabinet médical au Canada, parmi lesquels des médecins de famille et des spécialistes des Maritimes, du Québec, de l'Ontario, des Prairies et de la Colombie-Britannique. L'ICMT indique l'utilisation des médicaments et les schémas de traitement, par médicament et par spécialité professionnelle. L'ICMT comprend des données sur les diagnostics et sur les tendances de traitement, des renseignements démographiques sur les patients et des données sur les états de santé non traités. Les recherches statistiques ont vérifié que l'échantillon des médecins représente leur profession et les données de l'échantillon servent à obtenir des estimations pour l'ensemble de la population.

Soulignons que, dans ce rapport, nous utilisons l'expression « nombre de prescriptions ». Toute comparaison du « nombre de prescriptions » devrait être effectuée avec précaution. En effet, un même médicament peut être dispensé pour des durées très diverses – une semaine, un mois, trois mois, ou autres. Le nombre de prescriptions désigne ici le nombre de fois où une prescription a été exécutée dans une pharmacie, en incluant les renouvellements de la prescription.

Pour plus de renseignements sur IMS Health, voir [www.imshealth.com](http://www.imshealth.com).

## Bibliographie

- 1 Hollander MJ, Kadlec H, Hamdi R, et coll. (2009). Increasing value for money in the Canadian healthcare system: new findings on the contribution of primary care. *Healthcare Quarterly*; 12(4): 33-44.
- 2 Macinko J, Starfield B, Shi L. (2003). The contribution of primary health care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Services Research* 38(3): 831-865.
- 3 Paris V, Devaux M, Wei L. (2010). *Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries*. Documents de travail sur la santé : 50. Paris : OCDE.
- 4 Shaneyfelt TM. (2001). Building bridges to quality. *JAMA*; 286(20): 2600-2601.
- 5 Mansouri M et Lockyer J. (2007). A meta-analysis of continuing medical education effectiveness. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*; 27(1): 6-15.
- 6 Geneau R, Lehoux P, Pineault R, et coll. (2008). Understanding the work of general practitioners: a social science perspective on the context of medical decision making in primary care. *BMC Family Practice*, 9.
- 7 Hajjaj FM, Salek MS, Basra MKA, et coll. (2010). Non-clinical influences on clinical decision-making: a major challenge to evidence-based practice. *Journal of the Royal Society of Medicine*; 103: 178-187.
- 8 Underhill C and McKeown L. (2008). Getting a second opinion: health information and the Internet. *Health Reports*; 19(1): 65-69.
- 9 Russell GM, Dahrouge S, Hogg, W., et coll. (2009). Managing chronic disease in Ontario primary care: the impact of organizational factors. *Annals of Family Medicine*; 7(4): 309-318.
- 10 Fullerton M. (2008). Understanding and improving on 1 problem per visit. *CMAJ*; 179(7): 623.
- 11 Rich P. (2008). Complex care for complex patients in a complex time. *MD Pulse 2008*: 20-23. Ottawa : Association médicale canadienne.
- 12 McMurchy D. (2009). *What are the Critical Attributes and Benefits of a High-Quality Primary Healthcare System?* Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- 13 Martin S. (2003). Fee-for-service v. salary: the debate is heating up. *CMAJ*, 169(7): 701.
- 14 Institut canadien d'information sur la santé. (2008). *Les médecins au Canada : État des programmes relatifs aux autres modes de paiement, 2005-2006*. Ottawa : ICIS.
- 15 Institut canadien d'information sur la santé. (2009). *Base de données nationale sur les médecins, 2007-2008*. Ottawa : ICIS.
- 16 Bell CM et Levinson W. (2007). Pay for performance: learning about quality. *CMAJ*; 176(12): 1717-1719.
- 17 Glazier R, Klein-Geltink J, Kopp A, et coll. (2009). Capitation and enhanced fee-for-service models for primary care reform: a population-based evaluation. *CMAJ*; 180(11): e72-e81.
- 18 Manitoba Health, (pas de date), Physician Integrated Network (PIN). (page web) <http://www.gov.mb.ca/health/phc/pin/fund.html>
- 19 British Columbia Ministry of Health. (2007). Full Service Family Practice Incentive Program. <http://www.health.gov.bc.ca/cdm/practitioners/fullservice.html>
- 20 Petersen L, Woodard L, Urech T, et coll. (2006). Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Annals of Internal Medicine*; 145(4): 265-272.
- 21 Rosenthal M et Frank R. (2006). What is the empirical basis for paying for quality in health care? *Medical Care Research and Review*; 63(2): 135-157.
- 22 Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, et coll. (juillet 2009). Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *New England Journal of Medicine*; 361(4): 368-378.
- 23 Campbell SM, McDonald R, Lester H. (2008). The experience of pay for performance in English family practice: a qualitative study. *Annals of Family Medicine*; 6(3): 228-234.
- 24 Institut canadien d'information sur la santé. (2010). *Utilisation des médicaments chez les personnes âgées dans le cadre des régimes publics d'assurance-médicaments au Canada, 2002 à 2008*. Ottawa : ICIS.
- 25 Institut canadien d'information sur la santé. (2009). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2009*. Ottawa : ICIS.
- 26 Morgan SG. (2002). *Peeling the Onion: What Drives Pharmaceutical Expenditures in Canada*. Document présenté à la conférence de l'Institut de recherches en politiques publiques (IRPP), Toward a National Strategy on Drug Insurance: Challenges and Priorities, Toronto, septembre 2002. Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research.
- 27 Kondro W. (2007). Academic drug detailing: an evidence-based alternative. *CMAJ*; 176(4): 429-431.
- 28 Morgan SG, Bassett KL, Wright JM, et coll. (2005). "Breakthrough" drugs and growth in expenditure on prescription drugs in Canada. *BMJ*; 331: 815-816.
- 29 Simon, SR, Majumdar, SR, Prosser, LA, et coll. (2005). Group versus individual academic detailing to improve the use of antihypertensive medications in primary care: a cluster-randomized controlled trial. *The American Journal of Medicine*, 118, 521-528
- 30 Kozyrskij A, Raymond C, Dahl M, et coll. (2009). *Pharmacare and its Impact on Manitoba Drug Use*. Université du Manitoba, Faculté de médecine, (révision en 2010)
- 31 Hartnell NR, Flanagan PS, MacKinnon NJ, et coll. (2004). Use of gastrointestinal preventive therapy among elderly persons receiving antiarthritic agents in Nova Scotia, Canada. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*; 2(3): 171-180.
- 32 Zed PJ, Abu-Laban RB, Balen RM, et coll. (2008). Incidence, severity and preventability of medication-related visits to the emergency department: a prospective study. *CMAJ*; 178(12): 1563-1569.
- 33 Organisation mondiale de la Santé. (sans date). Imagerie diagnostique essentielle. (page web). [www.who.int/eh/en/DiagnosticImaging.pdf](http://www.who.int/eh/en/DiagnosticImaging.pdf).
- 34 Gouvernement du Canada, Ministère des Finances. (2007). Aide fédérale rattachée à l'équipement diagnostique et médical. (page web, dernière modification : 8 oct. 2008). <http://fin.gc.ca/fedprov/dme-fr.asp>.

- 35** Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. (2010). *Budget 2010-Budget Highlights, The Right Investments – For Our Children and Our Future*. [www.budget.gov.nl.ca/budget2010/highlights/default.htm](http://www.budget.gov.nl.ca/budget2010/highlights/default.htm).
- 36** Evans WK, Laupacis A, Gulenchyn KY, et coll. (2009). Evidence-based approach to the introduction of positron emission tomography in Ontario, Canada. *Journal of Clinical Oncology*; 27(33): 5607-5613.
- 37** Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. (2003). Picture Archiving and Communications System Goes Live, Island-Wide. (communiqué de presse). [www.gov.pe.ca/news/getrelease.php3?number=2948](http://www.gov.pe.ca/news/getrelease.php3?number=2948).
- 38** Inforoute Santé du Canada. (2010). *Rendre compte aux Canadiens : Rapport annuel 2009-2010*. Toronto : Inforoute Santé du Canada.
- 39** Inforoute Santé du Canada et True North Consulting. (2008). *Évaluation des avantages en imagerie diagnostique. Rapport final*. Toronto : Inforoute Santé du Canada.
- 40** Iron K, Przybysz R, Laupacis A. (2003). *Access to MRI in Ontario: Addressing the Information Gap*. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences.
- 41** Fifield A, PDG, Association canadienne des radiologistes, communication personnelle, 18 mai 2010.
- 42** ProMed Associates Ltd. (2004). *Report to the Saskatchewan Department of Health for a Province-wide Diagnostic Imaging Review and Framework for Strategic Planning*. Regina : Ministère de la Santé de la Saskatchewan. [www.health.gov.sk.ca/diagnostic-imaging-review](http://www.health.gov.sk.ca/diagnostic-imaging-review).
- 43** Institut canadien d'information sur la santé. (2008). *L'imagerie médicale au Canada, 2007*. Ottawa : ICIS.
- 44** Association canadienne des radiologistes. (2009). *Avez-vous besoin d'une TDM?* Ottawa : ACR.
- 45** You J, Purdy I, Rothwell D, et al. (2008). Indications for and results of outpatient computed tomography and magnetic resonance imaging in Ontario. *Canadian Association of Radiologists Journal*; 59(3): 135-143.
- 46** Miller R. (janvier 2006). Message du président de l'ACR : Rising to the challenge. Association canadienne des radiologistes, numéro spécial e-Forum, 4(1).
- 47** Emery DJ, Forster AJ, Shojania KG, et coll. (2009). Management of MRI wait lists in Canada. *Healthcare Policy*; 4(3): 76-86.
- 48** Stein L. (2005). Making the best use of radiological resources in Canada. *HealthcarePapers*; 6(1): 18-23.
- 49** L'Alliance sur les temps d'attente. (2005). *Il est grand temps d'agir! Pour une meilleure gestion des temps d'attente grâce aux points de repère et aux pratiques exemplaires. Rapport final de L'Alliance sur les temps d'attente*. Ottawa : Association médicale canadienne.
- 50** Institut canadien d'information sur la santé. (2010). *Analyse en bref : Tableaux sur les temps d'attente – une comparaison par province, 2010*. Ottawa : ICIS.
- 51** Association canadienne des radiologistes. (2005). *Lignes directrices pour les examens d'imagerie diagnostique : Guide pour les médecins*. Québec : ACR
- 52** Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (mai 2009). Ontario Best Practice Guidelines for Managing the Flow of Patients Requiring an MRI or CT Examination. <http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/23006/292809.pdf>
- 53** Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2009). MRI/CT Decision Support Tool for Referring Physicians. (outil web). [https://www.mrictdecisionsupporttool.ca/OEB/IndicationSearch/Help\\_Introduction](https://www.mrictdecisionsupporttool.ca/OEB/IndicationSearch/Help_Introduction).
- 54** Association médicale canadienne, Centre for Effective Practice, Guidelines Advisory Committee. (2010). *Clinical Practice Guidelines: Backgrounder*. Ottawa : CMA.
- 55** Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, et coll. (2001). Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care* 39(8): II-2-II-45
- 56** Graham ID, Beardall S, Carter AO, et coll. (2003). The state of the science and art of practice guidelines development, dissemination and evaluation in Canada. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*; 9(2): 195-202.
- 57** Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S, et coll. (2001). Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated? *Journal of the American Medical Association*; 286(12): 1461-1467.
- 58** Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (décembre 2005). *Evidence boost for quality: Electronic Decision Support Tools Bring Better Care to the Bedside*. Ottawa : FCRSS.
- 59** Booz Allen Hamilton. (2005). *Dossier de santé électronique pancanadien : Avantages quantitatifs et qualitatifs*. Toronto : Inforoute Santé du Canada.
- 60** Association médicale canadienne. (août 2009). Discours inaugural de la présidente, Anne Doig. Ottawa : AMC.
- 61** Association médicale canadienne. (2009). *Information Technology and Health Care in Canada: 2009 Status Report*. Ottawa : AMC.
- 62** Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, et coll. (2006). Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; (2): CD000259.
- 63** Hux JE, Melady MP, DeBoer D. (1999). Confidential prescriber feedback and education to improve antibiotic use in primary care: a controlled trial. *CMAJ*; 161(4): 388-392.
- 64** Atlantic Provinces Medical Peer Review. (sans date). The Peer Review Process. (web page). [www.apmpr.ca/pdf/English/ProgramProtocol.pdf](http://www.apmpr.ca/pdf/English/ProgramProtocol.pdf).
- 65** Katz A, Glazier R, Vijayaraghavan J. (février 2009). *The Health and Economic Consequences of Achieving a High-Quality Primary Healthcare System in Canada – “Applying What Works in Canada: Closing the Gap”*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

**REMERCIEMENTS**

Le Conseil canadien de la santé remercie vivement les nombreuses personnes des ministères fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé, de divers organismes, ainsi que les travailleurs de première ligne qui ont participé aux entrevues et répondu à nos demandes de renseignements et de commentaires pour cette étude. Leurs efforts considérables ont été appréciés. Les organismes consultés comprennent l'Association canadienne des radiologistes, Inforoute Santé du Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé, l'Association médicale canadienne et le Collège des médecins de famille du Canada.

La rédaction de ce rapport a été dirigée par le Groupe de travail sur l'utilisation des services de santé du Conseil, qui compte parmi ses membres les conseillers Albert Fogarty, la D<sup>re</sup> Danielle Martin et Verda Petry, ainsi que les consultants externes Nancy Ross, Wayne Strelloff, le D<sup>r</sup> Anthony Culyer et Louise Jones. Le Conseil tient également à remercier le D<sup>r</sup> Steve Morgan (UBC Centre for Health Services and Policy Research), le D<sup>r</sup> Neil MacKinnon (Université Dalhousie), John McGurran (Université de Toronto) et Adele Fifield (PDG, Association canadienne des radiologistes) pour leurs contributions.

Le Conseil souhaite aussi dire sa gratitude au personnel du Secrétariat pour l'appui qu'il a apporté à la recherche, à l'analyse et à la production de ce rapport.

**CONSEILLERS\***

D<sup>re</sup> Jeanne F. Besner – présidente  
 D<sup>r</sup> Bruce Beaton – Yukon  
 M. Albert Fogarty – Île-du-Prince-Édouard  
 D<sup>r</sup> Alex Gillis – Nouvelle-Écosse  
 M. Michel C. Leger – Nouveau-Brunswick  
 D<sup>re</sup> Danielle Martin – Ontario  
 M<sup>me</sup> Lyn McLeod – Ontario  
 M. David Richardson – Nunavut  
 M<sup>me</sup> Elizabeth Snider – Territoires du Nord-Ouest  
 D<sup>r</sup> Les Vertesi – Colombie-Britannique

*\* à la date de la publication*



## À PROPOS DU CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ

Créé dans la foulée de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, le Conseil canadien de la santé est un organisme national indépendant qui prépare des rapports sur les progrès dans le renouvellement des soins de santé au Canada. Le Conseil offre une perspective globale du système de santé face à la réforme des soins au Canada et diffuse à travers le pays de l'information sur les pratiques exemplaires et l'innovation. Ses conseillers sont nommés par les gouvernements provinciaux et territoriaux participants et par le gouvernement du Canada.

Pour télécharger les rapports et autres documents du Conseil canadien de la santé, consultez [www.conseilcanadiendelasante.ca](http://www.conseilcanadiendelasante.ca).

Le Conseil canadien de la santé tient à remercier Santé Canada de son soutien financier. Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Pour joindre le Conseil canadien de la santé :  
90, avenue Eglinton Est, bureau 900  
Toronto (Ontario) M4P 2Y3  
Téléphone : 416.481.7397  
Télécopieur : 416.481.1381  
[information@conseilcanadiendelasante.ca](mailto:information@conseilcanadiendelasante.ca)  
[www.conseilcanadiendelasante.ca](http://www.conseilcanadiendelasante.ca)

*Décisions, décisions : Les médecins de famille en tant que gardes de l'accès aux médicaments d'ordonnance et à l'imagerie diagnostique au Canada*

Septembre 2010

ISBN 978-1-897463-82-6 PDF

ISBN 978-1-897463-83-3 Imprimé

Comment citer cette publication :

*Décisions, décisions : Les médecins de famille en tant que gardes de l'accès aux médicaments d'ordonnance et à l'imagerie diagnostique au Canada*. Conseil canadien de la santé (2010). Toronto : Conseil de la santé. [www.conseilcanadiendelasante.ca](http://www.conseilcanadiendelasante.ca).

Le contenu de cette publication peut être reproduit en tout ou en partie, à des fins non commerciales uniquement et avec le plein consentement du Conseil canadien de la santé.

© 2010 Conseil canadien de la santé

This publication is also available in English.



Utiliser le code-barres pour consulter instantanément ce rapport en ligne :

1. Allez à [www.getscanlife.com](http://www.getscanlife.com) et téléchargez l'application gratuite (tarifs standard de données).
2. Touchez l'icône scanlife sur votre téléphone et prenez une photo du code-barres.
3. Votre téléphone lit le code-barres et vous lie instantanément au rapport en ligne.

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

Conseil canadien de la santé  
90, avenue Eglinton Est, bureau 900  
Toronto (Ontario) M4P 2Y3  
Téléphone : 416.481.7397  
Télécopieur : 416.481.1381