

Demandes concurrentielles et possibilités en soins primaires

Christina Korownyk MD CCFP James McCormack PharmD
Michael R. Kolber MD CCFP MSc Scott Garrison MD CCFP PhD G. Michael Allan MD CCFP

Historiquement, les interventions préventives ont amélioré la santé des populations de façon spectaculaire, améliorant considérablement les résultats chez les patients, notamment en matière de décès dus aux maladies infectieuses et de mortalité infantile. À mesure qu'évolue la médecine, de plus nombreuses interventions en prévention et en dépistage sont encouragées, le plus souvent sous les auspices des soins primaires. Le vieillissement de la population, qui est souvent affectée par des comorbidités multiples, a aussi influencé la prestation des services en soins primaires, compte tenu des nombreuses recommandations concernant la prise en charge des maladies chroniques. Si on augmente le temps consacré à un genre d'activité, il y a lieu de rechercher un juste équilibre après avoir analysé de manière réfléchie ce qui, en contrepartie, pourrait être négligé. Le concept des demandes concurrentielles en soins primaires n'a rien de nouveau. Il y a presque un quart de siècle, des auteurs ont reconnu que les demandes concurrentielles, notamment les soins de courte durée, les requêtes des patients, les maladies chroniques, les problèmes psychosociaux, le dépistage, le counseling en changement comportemental, de même que l'administration et la gestion des soins, présentaient des obstacles considérables à la fourniture de certains services aux patients¹. Dans le présent article, nous évaluons la faisabilité de répondre aux demandes actuelles en soins primaires, ainsi que les bienfaits relatifs de ces interventions, y compris le dépistage et les soins de santé préventifs, la prise en charge des maladies chroniques et les soins aux patients souffrant de problèmes médicaux aigus.

Les soins primaires et les journées de 36 heures

Les données probantes corroborant que les soins primaires améliorent les résultats en santé sur une base populationnelle sont convaincantes². Les cliniciens en soins primaires fournissent environ 68% de tous les soins aux patients³ et sont identifiés comme étant les mieux

placés pour effectuer les interventions préventives à l'échelle de la population^{4,5}. De fait, certains ont fait valoir que la prédominance du modèle biomédical (qui accorde la priorité au traitement des maladies) nuit à la mise en œuvre de la prévention primaire et de la promotion de la santé en soins de première ligne⁶.

En 2005, on estimait que pour se conformer à toutes les recommandations des guides de pratique clinique, il faudrait que les cliniciens en soins primaires consacrent 11 heures par jour à la prise en charge des maladies chroniques⁷ et 7 heures aux services de prévention⁸. Depuis, les recommandations des lignes directrices n'ont fait qu'augmenter. De 1984 à 2008, le nombre de recommandations dans les guides de pratique en cardiologie a connu une hausse de 48%⁹. Durant une période semblable, le nombre d'entrées de lignes directrices dans PubMed est passé de 73 à 7508¹⁰. On a dit dans les médias et les recherches universitaires que les soins primaires n'arrivaient pas à intégrer les lignes directrices et les interventions préventives dans la pratique clinique¹¹⁻¹⁴, peut-être en partie parce que c'est une tâche impossible.

Les interventions en soins primaires

Pour évaluer les bienfaits des demandes concurrentielles et les possibilités en soins primaires, nous avons posé comme postulat que les soins primaires pourraient être divisés en 5 principales catégories aux fins de discussion : a) prise en charge des problèmes symptomatiques aigus, la prise en charge des problèmes chroniques, la prévention des maladies cardiovasculaires, le dépistage du cancer chez les patients à risque moyen et le dépistage ou le counseling en vue de la promotion de la santé. Un échantillon représentatif d'interventions dans chaque catégorie a été choisi en fonction de la disponibilité de données tirées d'études randomisées contrôlées signalant des résultats centrés sur le patient (à l'exception du dépistage du cancer du col, qui est recommandé par des lignes directrices nationales dans toute l'Amérique du Nord). À l'aide de ces données, nous avons cerné les bienfaits absolus des interventions et nous avons calculé le nombre de sujets à traiter pour obtenir des bienfaits. Dans chaque cas, les exemples choisis sont des problèmes courants vus en soins primaires ou des interventions préventives recommandées par des lignes directrices nationales. Ces estimations servent simplement à amorcer les discussions au sujet de l'atteinte d'un bon équilibre dans les priorités en soins de santé.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.
Can Fam Physician 2017;63:e371-6

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the September 2017 issue on page 664.

Nous avons calculé le nombre de visites par année apportant un bienfait en nous fondant sur la taille des listes de patients assignés aux médecins, le nombre de visites de patients par jour et les caractéristiques démographiques des listes de patients. Étant donné qu'il s'agit d'estimations, nous avons calculé les valeurs pour 2 scénarios afin de saisir un éventail de bienfaits possibles: un scénario conservateur et un scénario optimal. Afin d'estimer les bienfaits que le médecin moyen verrait au cours de sa carrière, nous avons extrapolé ces chiffres en fonction d'une pratique présumée de 30 ans. Les explications détaillées des méthodes utilisées pour déterminer les visites apportant un bienfait par année et les bienfaits sur 30 ans se trouvent aux **Tableaux 1** et **2**¹⁵⁻⁴⁷.

Au cours d'une pratique de 30 ans, le traitement des problèmes aigus apportera un bienfait clinique lors de 5280 à 21600 visites de patients, tandis que le traitement des problèmes symptomatiques chroniques sera bénéfique dans 4290 à 18540 visites de patients. À l'autre extrémité du spectre, sur une période de 30 ans de pratique, la prévention en soins primaires des maladies cardiovasculaires entraîne des bienfaits dans 98 à 360 visites de patients, et le dépistage du cancer se révèle bénéfique dans 4 à 11 visites. Si nous comparons les estimations conservatrices pour les présentations symptomatiques ($5280 + 4290 = 9570$) avec les estimations optimales pour la prévention et le dépistage ($360 + 11 = 371$), l'écart représente un ratio de bienfaits de 26 pour 1. Le calcul du ratio prenant en compte la situation optimale pour les présentations aiguës et les estimations conservatrices pour le dépistage et la prévention, nous obtenons un ratio de bienfaits de 394 pour 1. Les meilleures données probantes accessibles font valoir qu'un certain nombre d'interventions en promotion de la santé, comme le dépistage de la consommation abusive d'alcool et les interventions à cet égard, n'apporteront pas de bienfaits cliniquement significatifs dans le milieu habituel des soins primaires.

Éléments importants à prendre en compte

L'estimation des bienfaits sur une base numérique ne représente qu'une pièce du casse-tête, mais les issues en soins primaires sont complexes et de nombreux autres facteurs nécessitent de plus amples discussions.

Coûts de renonciation. Le temps consacré au dépistage de maladies chez des patients asymptomatiques crée un coût de renonciation en ce sens que des patients présentant des symptômes pourraient ne pas être vus par le médecin. Les patients ont souvent de la difficulté à voir leur médecin en temps opportun. Un patient sur 5 se rend à l'urgence au Canada pour des problèmes qui pourraient être traités en milieu de soins primaires⁴⁸. Environ 50% du temps, la raison évoquée pour la visite à l'urgence est la difficulté d'avoir accès à un médecin de famille⁴⁸. IMS

Health a rapporté que la deuxième raison en importance motivant la visite des patients à leur médecin de famille en 2014 était le « bilan de santé » (10,3 millions de visites)⁴⁹, lors de rendez-vous souvent pris longtemps d'avance et dont l'utilité est contestable^{50,51}. Ainsi, pendant que les médecins de famille effectuent l'examen médical périodique (et sont récompensés pour le faire) pour la prévention et le dépistage chez des patients asymptomatiques, leurs patients souffrant de problèmes médicaux aigus fréquentent peut-être l'urgence pour des préoccupations dont leur propre médecin aurait pu s'occuper de manière plus appropriée.

Préjudices. Les patients symptomatiques pourraient être plus disposés à accepter les effets indésirables des traitements à court terme pour obtenir le soulagement de leurs symptômes. Causer des préjudices est moins acceptable chez une personne asymptomatique. En prévention et en dépistage, il est difficile de soupeser les torts et les bienfaits possibles. Par exemple, les mammographies pourraient réduire les décès causés précisément par le cancer du sein chez environ 1 femme sur 721 subissant un dépistage aux 2 à 3 ans pendant 11 ans⁵². Durant cette période, 204 femmes auront eu des résultats faux positifs à la mammographie et 26 auront subi une biopsie inutile⁵². Un suivi auprès des femmes ayant reçu des résultats faux positifs démontre des niveaux accrus de détresse et d'anxiété, qui peuvent persister jusqu'à 3 ans après avoir appris qu'elles n'avaient pas le cancer⁵³. De telles discussions s'imposeraient dans le cas d'un certain nombre d'autres interventions de dépistage, où des résultats faux positifs ou des diagnostics prématurés transforment en maladie la perception qu'ont les patients de la santé et du bien-être.

Résultats et qualité de vie. Le soulagement d'une attaque aiguë de goutte ou de céphalée ne peut pas se comparer à la réduction des décès dus spécifiquement à un cancer. Ce fait soulève la question suivante: le ratio de bienfaits en faveur du traitement d'un problème aigu par rapport au dépistage du cancer est-il significatif? Les avantages de traiter des problèmes aigus ne se limitent certainement pas aux maladies bénignes. Le fait de régler le plus sinistre des maux de tête ou un étourdissement alarmant dû au vertige peut avoir un profond effet sur les patients. Un traitement sans délai aux corticostéroïdes peut atténuer les déficiences neurologiques chez 1 patient sur 10 souffrant de la paralysie de Bell⁵⁴ et peut réduire les visites à l'urgence ou les admissions à l'hôpital chez 1 patient sur 10 ayant une exacerbation d'une bronchopneumopathie chronique obstructive⁵⁵.

Quelle est la situation actuelle en soins primaires?

L'élaboration et l'intégration des interventions en matière de prévention et de maladies chroniques prennent de l'ampleur⁵⁶, souvent alimentées par des guides de

Tableau 1. Problèmes courants et interventions préventives en soins primaires

SYMPTÔMES AIGUS	PROBLÈMES SYMPTOMATIQUES À LONG TERME	MCV (PRÉVENTION PRIMAIRE)	DÉPISTAGE DU CANCER (MORTALITÉ DUE SPÉCIFIQUEMENT AU CANCER)	DÉPISTAGE SOCIAL OU PROMOTION DE LA SANTÉ
Céphalée ¹⁵ : AAS ou sumatriptan, NST= 5 à 9 pour un soulagement de la douleur après 2 heures	Dépression ¹⁶ : antidépresseurs, NST= 7 à 9 pour une réponse en 6 semaines	Statines ¹⁷⁻²⁰ : NST= 55 à 77 sur 5 ans (toutes les MCV)	Mammographie ^{21,22} : NSD= 377 à 2000 sur 10 ans	Dépistage de la consommation d'alcool ²³ : aucune preuve de bienfaits chez les buveurs les plus excessifs
Arthrose du genou ²⁴ : corticostéroïdes intra-articulaires, NST= 3 à 5 pour une amélioration globale sur 4 semaines	Douleur neuropathique chronique ^{25,26} : duloxétine ou gabapentine, NST= 6 à 8 sur 3 mois pour une réduction de ≥ 50%	Metformine en cas de diabète ²⁷ : NST= 29 sur 5 ans (infarctus du myocarde)	Analyse immunochimique fécale ²⁸ : NSD= 1200 sur 10 ans (présumée semblable à la recherche de sang occulte dans les selles)	Counseling sur l'augmentation de l'activité physique (une seule intervention) ²⁹⁻³¹ : preuves insuffisantes de bienfaits
Goutte ³² : colchicine, NST= 5 pour une réduction des symptômes de ≥ 50% après 24 heures	Céphalée ^{33,34} : antidépresseur tricyclique ou β-bloquant, NST= 4 à 8 sur 6 mois pour une réduction de 50%	AAS ³⁵ : NST= 346 à 427 sur 5 ans (toutes les MCV)	Antigène prostatique spécifique ³⁶⁻³⁸ : NSD= 441 à 1410 sur 10 ans	Dépistage de la violence familiale ³⁹ : sensibilisation accrue mais preuves insuffisantes de meilleurs résultats
Vertige positionnel bénin ⁴⁰ : manœuvre d'Epley, NST= 3 pour la disparition des symptômes	Constipation (chronique) ⁴¹ : polyéthylène glycol, NST= 2 à 3 pour sa disparition sur 6 mois	Hypertension (≥ 160 mm Hg) ^{42,43} : traitée, NST= environ 20 sur 5 ans (toutes les MCV)	Cancer du col ^{44,45} : NSD inconnu (mais 1 femme sur 500 meurt d'un cancer du col lorsqu'il y a eu dépistage aux 3 ans par rapport à 1 sur 100 sans dépistage*)	Dépistage de l'obésité ^{46,47} : aucune preuve de meilleurs résultats (environ 3 kg de perte pondérale avec des programmes comportementaux sur 1 an; aucune preuve de meilleurs résultats pour le patient)

AAS—acide acétylsalicylique, MCV—maladie cardiovasculaire, NSD—nombre de sujets à dépister, NST—nombre de sujets à traiter.

*Les données se fondent principalement sur des études nationales de cohortes et des cas-témoins qui démontrent une forte association entre l'instauration du dépistage et la baisse de l'incidence du cancer du col. Une étude randomisée contrôlée sur des groupes de populations en Inde rurale a fait valoir une réduction relative de 0,35 dans la mortalité avec 1 seul dépistage.

pratique clinique rédigés par des groupes d'autres spécialités⁵⁷ (ayant parfois des niveaux élevés de conflits d'intérêts⁵⁸), dans lesquels les soins primaires ne sont que peu ou pas représentés⁵⁹. Le grand nombre de lignes directrices spécifiques à une maladie, présentant parfois des recommandations conflictuelles, peuvent porter à confusion dans les soins aux patients⁶⁰. Il n'est pas surprenant que de nombreuses initiatives soient souvent peu adoptées par les professionnels des soins primaires⁶¹. Pour y remédier, divers outils (comme des rappels dans les dossiers médicaux électroniques) ont été utilisés pour tenter d'améliorer leur intégration dans les soins primaires⁶². À l'occasion, ces outils sont aussi utilisés pour établir des mesures de rémunération au rendement dans le but d'inciter les médecins à les adopter.

Au moins 4 revues systématiques se penchant sur les effets de la rémunération au rendement sur les résultats cliniques ont été publiées au cours des 6 dernières années⁶³⁻⁶⁶. La plupart des études évaluaient des critères cliniques de substitution (p. ex. seuils d'hémoglobine A_{1c} visés) ou les taux d'adhésion (p. ex. taux de mammographies), tandis que les résultats cliniques centrés sur le patient étaient rarement évalués⁶³⁻⁶⁵. Les effets sur les résultats cliniques étaient généralement incohérents et mineurs⁶³⁻⁶⁶, les améliorations se produisant dans le court terme (environ 1 an) et la situation revenant au point de

départ peu après^{64,66}. Les études incluses étaient généralement de qualité médiocre⁶³⁻⁶⁵ et tous les auteurs recommandaient la prudence avant d'adopter des stratégies de rémunération au rendement⁶³⁻⁶⁶. Il n'est pas surprenant que parmi les autres constatations, nous retrouvions une baisse dans le rendement en ce qui a trait aux interventions non assorties de mesures d'incitation^{64,65}, un déclin dans l'approche centrée sur le patient^{64,67} et un manque de données probantes concernant de nombreuses mesures⁶⁸. Ironiquement, le fait de récompenser financièrement les cliniciens ne s'est pas révélé rentable^{66,69}.

Les 25 prochaines années

Dans le contexte des demandes concurrentielles et des possibilités en soins primaires, il est essentiel d'examiner soigneusement les priorités et de faire un juste équilibre entre elles, en faisant attention de ne pas minimiser les possibilités de traiter les patients qui se présentent avec des maladies symptomatiques. Le temps additionnel consacré aux interventions pour les maladies chroniques, au dépistage et au counseling pour des changements comportementaux devrait être attribué en fonction des activités qui bénéficient le plus à nos patients.

Pour établir la priorité des interventions dans le contexte de la santé globale des patients, les soins primaires devraient prendre du recul face à la culture

Tableau 2. Comparaison des bienfaits des interventions en soins primaires

CATÉGORIE	SYMPTÔMES AIGUS	PROBLÈMES SYMPTOMATIQUES À LONG TERME	MCV (PRÉVENTION PRIMAIRE)	DÉPISTAGE DU CANCER (MORTALITÉ DUE SPÉCIFIQUEMENT AU CANCER)	DÉPISTAGE SOCIAL OU PROMOTION DE LA SANTÉ
Bienfaits estimés	NST = environ 5	NST = environ 7	NST = environ 40 sur 5 ans	NSD = environ 1000 sur 10 ans	NSD = ∞
Visites procurant un bienfait par année	176* à 720 [†]	143 [‡] à 617 [§]	3,25 à 12 [¶]	0,13 [#] à 0,36 ^{**}	0
Visites procurant un bienfait sur 30 ans	5280 à 21 600	4290 à 18 540	98 à 360	4 à 11	0

MCV—maladie cardiovasculaire, NSD—nombre de sujets à dépister, NST—nombre de sujets à traiter.

*Visites pour problème aigu — estimé conservateur : es visites par année se fondent sur 220 jours de travail; présumant 20 visites par jour dont 20% ont une certaine composante de symptômes aigus (220 × 20) × 0,2 = 880. Le NST estimé de 5 signifie 176 (880/5) visites procurant un bienfait par année.

†Visites pour problème aigu — estimé optimal : es visites par année se fondent sur 240 jours de travail; présumant 30 visites par jour dont 50% ont une certaine composante de symptômes aigus (240 × 30) × 0,5 = 3600. Le nombre de NST estimé de 5 signifie 720 (3600/5) visites procurant un bienfait par année. Parmi les postulats qui minimisent les bienfaits figure l'exclusion du travail les fins de semaine, les jours fériés et le soir.

‡Problèmes symptomatiques à long terme — estimé conservateur : en se fondant sur une liste de patients de 2000 et présumant que 50% des patients ont un problème de longue durée (certains patients en auront plus de 1 et d'autres n'en auront pas), alors 2000 × 0,50 = 1000, avec un NST de 7 (1000/7 = environ 143).

§ Problèmes symptomatiques à long terme — estimé optimal : es visites par année se fondent sur 240 jours de travail; présumant 30 visites par jour dont 60% ont une certaine composante de symptômes chroniques (240 × 30) × 0,6 = 4320. Le NST estimé de 7 signifie 617 (4320/7) visites procurant un bienfait par année.

||Prévention à long terme des MCV — estimé conservateur : nous avons utilisé 45 ans comme l'âge du début du dépistage (sachant que c'est tôt) jusqu'à 75 ans, ce qui représente 32,5% de la population ou 650 patients. Présumant que tous seront à un niveau de risque suffisant pour qu'on leur offre au moins 1 traitement, le nombre estimé de NST est de 40 sur 5 ans (650/40 = 16,3 sur 5 ans, 16,3/5 = 3,25 par année).

¶ Prévention à long terme des MCV — estimé optimal : nous avons utilisé 45 ans comme l'âge du début du dépistage (sachant que c'est tôt) jusqu'à 75 ans et présumant que ce groupe démographique représente 60% de la liste de patients ou 1200 et présumant aussi que tous seront à un niveau de risque suffisant pour qu'on leur offre au moins 1 traitement, avec la thérapie la plus efficace (traitement contre l'hypertension), le NST estimé se situe à 20 sur 5 ans (1200/20 = 60 sur 5 ans, 60/5 = 12 par année).

#Prévention à long terme du cancer — estimé conservateur : présumant 650 patients admissibles (comme dans les calculs avec les MCV) et 2 interventions par patient, les bienfaits se produiraient dans 2 visites sur 1000 en 10 ans. Ainsi, nous calculons 650/500 = 1,3 visite procurant un bienfait par année ou environ 4 sur 30 ans.

** Prévention à long terme du cancer — estimé optimal : nous avons utilisé 45 ans comme l'âge du début du dépistage (sachant que c'est tôt) jusqu'à 75 ans et présumant que ce groupe démographique représente 60% de la liste de patients ou 1200 et présumant aussi le scénario optimal (p. ex. mammographie avec un NSD = 337 sur 10 ans), 1200/337 = 3,6 sur 10 ans ou 0,36 sur 1 an.

prescriptive axée sur les objectifs qui ne tient pas compte de l'expertise diagnostique et clinique, et qui minimise les soins holistiques aux patients. Pour ce faire, il faudrait que les médecins en soins primaires dirigent l'élaboration des guides de pratique. À l'heure actuelle, les médecins de famille ne représentent que 17% environ des collaborateurs dans la rédaction des lignes directrices en soins primaires, tandis que leurs collègues spécialistes y contribuent dans une proportion de plus de 3 fois plus grande⁵⁹.

Les lignes directrices devraient promouvoir des soins intégrés aux patients, appuyés sur des données probantes étayant l'amélioration des résultats centrés sur le patient. Il faut bien comprendre les coûts de renonciation lorsque de multiples interventions sont recommandées, sans que leur priorité soit établie clairement. Les organisations nationales représentant les soins primaires devraient éviter de donner leur aval à des lignes directrices axées sur une autre spécialité, conçues en dehors du contexte des soins primaires. Il est aussi essentiel d'éviter l'adoption de programmes de rémunération au rendement qui ne reposent pas sur

les bienfaits évidents en matière de résultats centrés sur le patient.

Dans le contexte du centre de médecine de famille, il reste des possibilités de trouver de nouvelles façons avant-gardistes de fournir des soins aux patients, de même que l'occasion de redéfinir les limites entourant les soins que doit prodiguer le médecin et ce qui doit être dispensé par d'autres membres de l'équipe. Les médecins de famille ont des compétences uniques et appropriées pour faire face à des maladies indifférenciées et offrir des soins équilibrés pour des problèmes médicaux complexes. La promotion de la santé et le dépistage pourraient être assurés de manière plus uniforme et à un moindre coût par d'autres membres de l'équipe des soins primaires. Par contre, 2 enjeux doivent être pris en considération. Premièrement, sans données probantes solides corroborant de meilleurs résultats centrés sur le patient, nous ne devrions pas envisager d'autres interventions en soins primaires. Deuxièmement, les ressources financières n'étant pas illimitées, les coûts de l'élargissement des soins primaires doivent valoir la peine pour la santé et les bienfaits à la société.

Conclusion

En cette époque où les cliniciens jonglent avec du temps et des ressources limitées pour intégrer une multitude de « bonnes idées », nous devons définir clairement nos priorités. Les médecins en soins primaires ne devraient pas abandonner la possibilité de soigner des patients ayant des problèmes médicaux symptomatiques, ce qui pourrait vouloir dire passer moins de temps à essayer de rendre les patients asymptomatiques en meilleure santé.

La D^{re} Korownyk est professeure agrégée au Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta à Edmonton. M. McCormack est professeur à la Faculté des sciences pharmaceutiques de l'Université de la Colombie-Britannique à Vancouver. Les D^{rs} Kolber et Garrison sont professeurs agrégés au Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta. Le D^r Allan est professeur et directeur de la Médecine fondée sur des données probantes à l'Université de l'Alberta.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^{re} Christina Korownyk; courriel cpoag@ualberta.ca

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles soient sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

- Jaén CR, Stange KC, Nutting PA. Competing demands of primary care: a model for the delivery of clinical preventive services. *J Fam Pract* 1994;38(2):166-71.
- Chang CH, Stukel TA, Flood AB, Goodman DC. Primary care physician workforce and Medicare beneficiaries' health outcomes. *JAMA* 2011;305(20):2096-104. Erratum dans: *JAMA* 2011;306(2):162.
- Stewart M, Ryan B. Ecology of health care in Canada. *Can Fam Physician* 2015;61:449-53 (ang.), e249-54 (fr).
- Goodwin N, Dixon A, Poole T, Raleigh V. *Improving the quality of care in general practice*. Londres, Angl. : The King's Fund; 2011.
- Moore G, Showstack J. Primary care medicine in crisis: toward reconstruction and renewal. *Ann Intern Med* 2003;138(3):244-7.
- Rubio-Valera M, Pons-Vigués M, Martínez-Andrés M, Moreno-Peral P, Berenguera A, Fernández A. Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. *PLoS One* 2014;9(2):e89554.
- Østbye T, Yarnall KS, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med* 2005;3(3):209-14.
- Yarnall KS, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health* 2003;93(4):635-41.
- Tricoci P, Allen JM, Kramer JM, Califf RM, Smith SC Jr. Scientific evidence underlying the ACC/AHA clinical practice guidelines. *JAMA* 2009;301(8):831-41. Erratum dans: *JAMA* 2009;301(15):1544.
- Upshur REG. Do clinical guidelines still make sense? No. *Ann Fam Med* 2014;12(3):202-3. Erratum dans: *Ann Fam Med* 2014;12(4):301.
- Davey M. Doctors failing to identify and counsel overweight patients, study suggests. *The Guardian* du 13 avr. 2015. Accessible à: www.theguardian.com/society/2015/apr/13/doctors-failing-to-identify-and-counsel-overweight-patients-study-suggests. Réf. du 21 juin 2016.
- Beasley D. Most U.S. doctors fail to discuss alcohol with patients: study. *Reuters* du 7 janv. 2014. Accessible à: www.reuters.com/article/us-usa-health-alcohol-idUSB-REA0612320140107. Réf. du 21 juin 2016.
- Ewing GB, Selassie AW, Lopez CH, McCutcheon EP. Self-report of delivery of clinical preventive services by U.S. physicians. Comparing specialty, gender, age, setting of practice, and area of practice. *Am J Prev Med* 1999;17(1):62-72.
- Hutchison B, Woodward CA, Norman GR, Abelson J, Brown JA. Provision of preventive care to unannounced standardized patients. *CMAJ* 1998;158(2):185-93.
- Korownyk C, Ross D. *From headache to happiness: new old options for treating acute migraine*. Edmonton, AB: Tools for Practice, Collège des médecins de famille de l'Alberta; 2013. Accessible à: www.acfp.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/1397842343_20130909_085759.pdf. Réf. du 12 janv. 2016.
- Arroll B, Elley CR, Fishman T, Goodyear-Smith FA, Kenealy T, Blashki G et coll. Anti-depressants versus placebo for depression in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD007954.
- Brugts JJ, Yetgin T, Hoeks SE, Gotto AM, Shepherd J, Westendorp RG et coll. The benefits of statins in people without established cardiovascular disease but with cardiovascular risk factors: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2009;338:b2376.
- Davidson RA, Rosenberg E. Review: statins reduce mortality and cardiovascular events in adults at risk for cardiovascular disease. *Ann Intern Med* 2009;151(8):JC4-14.
- Cheung BM, Lauder IJ, Lau CP, Kumana CR. Meta-analysis of large randomized controlled trials to evaluate the impact of statins on cardiovascular outcomes. *Br J Clin Pharmacol* 2004;57(5):640-51.
- Colhoun HM, Betteridge DJ, Durrington PN, Hitman GA, Neil HA, Livingstone SJ et coll. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): multicentre randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2004;364(9435):685-96.
- Nelson HD, Tyne K, Naik A, Bougatsos C, Chan BK, Humphrey L et coll. Screening for breast cancer: an update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2009;151(10):727-37, W237-42.
- Gotzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(6):CD001877.

- Salvalaggio G, Korownyk C. *Getting patients to drink less—are words mightier than drink?* Edmonton, AB: Tools for Practice, Collège des médecins de famille de l'Alberta; 2015. Accessible à: www.acfp.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/1426518561_tfpalcoholscreeningandinterventionsfv2.pdf. Réf. du 12 janv. 2016.
- Jamieson J, Allan GM. *Corticosteroid shots and knees: a match made in osteoarthritis heaven?* Edmonton, AB: Tools for Practice, Collège des médecins de famille de l'Alberta; 2015. Accessible à: www.acfp.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/1427727062_tfp135steroidsforkneeo.pdf. Réf. du 12 janv. 2016.
- Allan GM, Basset KL. *Gabapentin and chronic pain: missing evidence and real effect?* Edmonton, AB: Tools for Practice, Collège des médecins de famille de l'Alberta; 2013. Accessible à: www.acfp.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/1397763768_20131212_022112.pdf. Réf. du 12 janv. 2016.
- Turgeon RD, Allan GM. *Duloxetine (Cymbalta®): jack of all trades, master of none?* Edmonton, AB: Tools for Practice, Collège des médecins de famille de l'Alberta; 2013. Accessible à: www.acfp.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/1397843170_20131216_091008.pdf. Réf. du 12 janv. 2016.
- UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *Lancet* 1998;352(9131):854-65. Erratum in: *Lancet* 1998;352(9139):1558.
- Hewitson P, Glasziou P, Irwig L, Towler B, Watson E. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemocult. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(1):CD001216.
- Hudon C, Fortin M, Soubhi H. Single risk factor interventions to promote physical activity among patients with chronic diseases. Systematic review. *Can Fam Physician* 2008;54:1130-7.
- Boysen G, Krarup LH, Zeng X, Oskedra A, Körv J, Andersen G et coll. ExStroke Pilot Trial of the effect of repeated instructions to improve physical activity after ischaemic stroke: a multinational randomised controlled clinical trial. *BMJ* 2009;339:b2810.
- Pavey TG, Anokye N, Taylor AH, Trueman P, Moxham T, Fox KR et coll. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of exercise referral schemes: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2011;15(44):i-xii, 1-254.
- Kolber MR, Korownyk C. *Is colchicine an effective alternative to NSAIDs for the treatment of acute gout?* Edmonton, AB: Tools for Practice, Collège des médecins de famille de l'Alberta; 2014. Accessible à: www.acfp.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/1427230627_57updated-colchicinetfp.pdf. Réf. du 12 janv. 2016.
- Allan GM, Levy M. *Antidepressants for preventing headaches: which work and how well?* Edmonton, AB: Tools for Practice, Collège des médecins de famille de l'Alberta; 2015. Accessible à: www.acfp.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/1433184684_updatedtfp51antidepressantsheadaches.pdf. Réf. du 12 janv. 2016.
- Kapusta MJ, Allan GM. *Are antihypertensive medications effective for migraine prophylaxis?* Edmonton, AB: Tools for Practice, Collège des médecins de famille de l'Alberta; 2015. Accessible à: www.acfp.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/1433184708_updatedtfp52antihypertensivemigraineprophylaxis.pdf. Réf. du 12 janv. 2016.
- Berger JS, Roncaglioni MC, Avanzini F, Pangrazzi I, Tognoni G, Brown DL. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events in women and men: a sex-specific meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 2006;295(3):306-13. Erratum dans: *JAMA* 2006;295(17):2002.
- Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V et coll. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med* 2009;360(13):1320-8. Publ. en ligne du 18 mars 2009.
- Roobol MJ, Kranse R, Bangma CH, van Leenders AG, Blijenberg BG, van Schaik RH et coll. Screening for prostate cancer: results of the Rotterdam section of the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer. *Eur Urol* 2013;64(4):530-9. Publ. en ligne du 25 mai 2013.
- Hugosson J, Carlsson S, Aus G, Bergdahl S, Khatami A, Lodding P et coll. Mortality results from the Göteborg randomised population-based prostate-cancer screening trial. *Lancet Oncol* 2010;11(8):725-32. Publ. en ligne du 2 juill. 2010.
- O'Doherty LJ, Taft A, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2014;348:g2913. Publ. en ligne du 12 mai 2014.
- Braschi E, Ross D, Korownyk C. Evaluating the Epley maneuver. *Can Fam Physician* 2015;61:878.
- Allan GM, Levy M, Kolber MR. *Polyethylene glycol (PEG) for paediatric and adult chronic constipation*. Edmonton, AB: Tools for Practice, Collège des médecins de famille de l'Alberta; 2015. Accessible à: www.acfp.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/1429563797_updatedtfp45pegandchronicconstipationfv.pdf. Réf. du 12 janv. 2016.
- SHEP Cooperative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older patients with isolated systolic hypertension. Final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). *JAMA* 1991;265(24):3255-64.
- Staessen JA, Thijs L, Fagard R, O'Brien EG, Clement D, de Leeuw PW et coll. Predicting cardiovascular risk using conventional vs ambulatory blood pressure in older patients with systolic hypertension. *JAMA* 1999;282(6):539-46.
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; Dickinson J, Tsakonias E, Conner Gorber S, Lewin G, Shaw E et coll. Recommendations on screening for cervical cancer. *CMAJ* 2013;185(1):35-45. Publ. en ligne du 2013 Jan 7.
- Peirson L, Fitzpatrick-Lewis D, Ciliska D, Warren R. Screening for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev* 2013;2:35.
- Leblanc ES, O'Connor E, Whitlock EP, Patnode CD, Kapka T. Effectiveness of primary care-relevant treatments for obesity in adults: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2011;155(7):434-47.
- Wadden TA, Butryn ML, Hong PS, Tsai AG. Behavioral treatment of obesity in patients encountered in primary care settings: a systematic review. *JAMA* 2014;312(17):1779-91.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Sources of potentially avoidable emergency department visits*. Ottawa, ON: Institut canadien d'information sur la santé; 2014. Accessible à: https://www.cih.ca/free_products/ED_Report_ForWeb_EN_Final.pdf. Réf. du 25 janv. 2016.
- IMS Brogan. *Top 10 reasons for physician visits in Canada, 2014*. IMS Brogan; 2015. Accessible à: www.imshlth.com/files/imshlth/Global/North%20America/Canada/Home%20Page%20Content/Pharma%20Trends/Top10Reasons_EN_14.pdf. Réf. du 25 janv. 2016.
- Si S, Moss JR, Sullivan TR, Newton SS, Stocks NP. Effectiveness of general practice-based health checks: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2014;64(618):e47-53.
- Krogshøj LT, Jørgensen KJ, Grønhoj Larsen C, Gotzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(10):CD009009.
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years. *CMAJ* 2011;183(17):1991-2001. Erratum dans: *CMAJ* 2011;183(18):2147.

53. Brodersen J, Siersma VD. Long-term psychosocial consequences of false-positive screening mammography. *Ann Fam Med* 2013;11(2):106-15.
54. Allan GM, Kolber M. *Bell's palsy: what to do and what not to do?* Edmonton, AB: Tools for Practice, Collège des médecins de famille de l'Alberta; 2016. Accessible à : www.acfp.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/1478717038_2016updatedfp4treatmentofbellsalsy.pdf. Réf. du 18 juill. 2017.
55. Walters JA, Tan DJ, White CJ, Gibson PG, Wood-Baker R, Walters EH. Systemic corticosteroids for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(9):CD001288.
56. Randell E, Pickles T, Simpson SA, Spanou C, McCambridge J, Hood K et coll. Eligibility for interventions, co-occurrence and risk factors for unhealthy behaviours in patients consulting for routine primary care: results from the Pre-Empt study. *BMC Fam Pract* 2015;16:133.
57. Norris SL, Burda BU, Holmer HK, Ogden LA, Fu R, Bero L et coll. Author's specialty and conflicts of interest contribute to conflicting guidelines for screening mammography. *J Clin Epidemiol* 2012;65(7):725-33. Publ. en ligne du 11 avr. 2012.
58. Wang AT, McCoy CP, Murad MH, Montori VM. Association between industry affiliation and position on cardiovascular risk with rosiglitazone: cross sectional systematic review. *BMJ* 2010;340:c1344.
59. Allan GM, Kraut R, Crawshaw A, Korownyk C, Vandermeer B, Kolber MR. Contributors to primary care guidelines. What are their professions and how many of them have conflicts of interest? *Can Fam Physician* 2015;61:52-8 (ang), e50-7 (fr).
60. Mavriplis C, Thériault G. The periodic health examination. A comparison of United States and Canadian recommendations [article en français]. *Can Fam Physician* 2006;52:58-63. Erratum dans : *Can Fam Physician* 2006;52:304.
61. Thomas K, Krevers B, Bendtsen P. Long-term impact of a real-world coordinated lifestyle promotion initiative in primary care: a quasi-experimental cross-sectional study. *BMC Fam Pract* 2014;15:201. 62. Greiver M, Barnsley J, Glazier RH, Moineddin R, Harvey BJ. Implementation of electronic medical records. Effect on the provision of preventive services in a pay-for-performance environment. *Can Fam Physician* 2011;57:e381-9. Accessible à : www.cfp.ca/content/cfp/57/10/e381.full.pdf. Réf. du 21 juill. 2017.
63. Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J et coll. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(9):CD008451.
64. Gillam SJ, Siriwardena AN, Steel N. Pay-for-performance in the United Kingdom: impact of the quality and outcomes framework: a systematic review. *Ann Fam Med* 2012;10(5):461-8.
65. Houle SK, McAlister FA, Jackevicius CA, Chuck AW, Tsuyuki RT. Does performance-based remuneration for individual health care practitioners affect patient care?: a systematic review. *Ann Intern Med* 2012;157(12):889-99.
66. Langdown C, Peckham S. The use of financial incentives to help improve health outcomes: is the quality and outcomes framework fit for purpose? A systematic review. *J Public Health (Oxf)* 2014;36(2):251-8. Publ. en ligne du 8 août 2013.
67. McDonald R, Roland M. Pay for performance in primary care in England and California: comparison of unintended consequences. *Ann Fam Med* 2009;7(2):121-7.
68. Esposito ML, Selker HP, Salem DN. Quantity over quality: how the rise in quality measures is not producing quality results. *J Gen Intern Med* 2015;30(8):1204-7. Publ. en ligne du 24 mars 2015.
69. De Bruin SR, Baan CA, Struijs JN. Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res* 2011;11:272.

