Ajouter au panier?

Ilona Hale MD CCFP

Imaginez une épicerie où aucun produit ne porte d'étiquette de prix. Lorsque vous demandez les prix au caissier, il vous suggère de poser la question au gérant. Le gérant vous conseille d'écrire une lettre au siège social et l'on vous répond que le coût réel des produits est encore un peu incertain. À ce point, vous pourriez décider de magasiner ailleurs… sauf que c'est impossible, parce que c'est le seul commerce en ville. Si vous tentiez de gérer votre budget d'épicerie de manière responsable, vous trouveriez la situation plutôt difficile.

Une récente tentative de comparer les coûts de simples analyses de laboratoire s'est révélée tout aussi frustrante. Pour ne pas me laisser dissuader, j'ai décidé de compiler ma propre liste de référence des coûts des investigations souvent prescrites (**Tableaux 1** et **2**)[1]. J'ai délibéré sur la possibilité de les appeler les coûts « réels », mais l'exercice était plus compliqué qu'il en avait l'air initialement. Tout comme le prix des épiceries peut varier selon l'endroit où vous les achetez (p. ex. une pomme peut coûter beaucoup plus cher si vous l'achetez au Nunavut plutôt que dans le sud de l'Ontario), le coût d'une simple formule sanguine peut se situer entre 5 et 50 $ ou plus encore selon certaines variables comme la taille de l'établissement, la méthode d'analyse utilisée, le mode de financement (à l'acte ou global) et la distance du transport du spécimen. La prescription de 1 seule analyse à la fois coûte plus par test que si plusieurs sont prescrites, parce qu'il peut y avoir des frais distincts (15,62 $)[1] pour chaque prélèvement. Les guides provinciaux des honoraires, là où ils existent, représentent probablement la façon la plus simple pour les professionnels de s'informer sur les coûts relatifs; par ailleurs, même ces prix ne sont que des valeurs négociées plutôt que des coûts réels (Dr Chris Naugler, communication écrite, mars 2013).

Transparence et prise de conscience

Il importe que les coûts des investigations soient plus transparents, et que les professionnels et les patients s'en rendent compte davantage, si vous voulons être des protecteurs efficaces du système de santé. Les médecins savent qu'ils connaissent mal le coût des tests et signalent que s'ils étaient mieux renseignés, ils changeraient probablement leurs habitudes de prescription[2].

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.
Can Fam Physician 2015;61:941-4

This article is also in English on **page 937.**

Tableau 1. Exemples de coûts d'investigations en radiologie

INVESTIGATION	COÛT EN $ ASSURANCE PROVINCIALE	COÛT EN $ ASSURANCE PRIVÉE
Radiographies		
• Cliché sans préparation, angle unique	33,76	73,00
• Angles additionnels	17,02	36,75
• Colonne cervicale	40,42	89,20
• Colonne lombaire	51,07	110,00
• Autres angles de la colonne	31,80	68,50
• Crâne	51,07	110,00
• Côtes (bilatérales)	51,07	110,00
Mammographie (unilatérale)	95,71	117,00
Mammographie (bilatérale)	134,12	188,00
Hystérosalpingographie (excluant l'injection)	82,24	184,00
Densité osseuse (hanche et colonne)	111,47	137,70
Pyélographie intraveineuse avec cystographie à la miction	100,00	220,00
Tomodensitométrie (excluant l'interprétation et les frais des installations)		
• Tête (contraste)	61,81	159,00
• 1 région (contraste)	97,75	247,00
• 1 région (sans contraste)	88,44	225,00
• 2 régions	133,63	334,00
Imagerie par résonance magnétique (excluant l'interprétation et les frais des installations)		
• 2 plans standards	721,00	ND
• Autre séquence ou plan	299,00	ND
Écographie		
• Échocardiographie	99,90	230,00
• Sein (unilatérale)	66,05	117,00
• Côté additionnel	33,30	58,00
• Abdomen	105,24	228,00
• Rénale	82,86	212,00
• Obstétricale (≥ 14 semaines)	105,22	218,00
• Obstétricale (< 14 semaines)	78,95	177,00
• Localisation d'un dispositif intra-utérin	52,87	117,00
• Bassin	105,22	228,00
• Clarté nucale	121,38	288,00
• Extrémité	59,98	123,00
• Doppler de la carotide	116,99	230,00
• Cou	65,74	140,00

ND—non disponible.
Données sur les coûts tirées de *Doctors of BC Guide to Fees*[1].

Tableau 2. Exemples des coûts des analyses chimiques en microbiologie et en hématologie : *Chaque prélèvement de sang coûte 15,62 $ en plus du coût de l'analyse, qu'importe le nombre d'analyses effectuées.*

ANALYSE	COÛT EN $	ANALYSE	COÛT EN $	ANALYSE	COÛT EN $	ANALYSE	COÛT EN $
Analyses chimiques							
Rapport albumine-créatinine	11,41	Antigène du cancer 125	22,72	*Helicobacter pylori* (haleine)	36,50	Globuline de fixation de l'hormone sexuelle (SHBG)	13,56
Hormone adrénocorticotrope	36,57	Calcium (sérique)	1,55	Lipoprotéine de haute densité	7,85	Sodium	1,38
Hormone antidiurétique	113,81	Chlorure	1,49	Hémoglobine A_{1c}	12,69	Électrophorèse des protéines sériques	34,58
Albumine	1,55	Cholestérol (total)	6,87	Homocystéine	22,97	Testostérone	15,81
Alcool	20,79	Créatine kinase	1,88	Immunoglobuline E (par allergène)	16,13	Tétrahydrocannabinol	10,92
Aldostérone	170,92	Essai à médiation par complément	19,63	Lactate déshydrogénase	1,62	Pouvoir sidéropexique total	7,56
Phosphatase alcaline	1,57	Créatinine	1,52	Hormone lutéinisante	12,41	Triglycérides	6,59
α-1 antitrypsine	20,06	Protéine C-réactive	10,31	Lipase	6,62	Troponine	15,05
Alanine transaminase	1,47	Déhydroépiandrostérone	18,55	Métanéphrines (urine)	155,77	Thyréostimuline	9,90
Amylase	13,73	Dépistage de drogues	42,50	Oxycodone	12,82	Transglutaminase tissulaire	24,18
Anticorps antiendomysiaux	94,39	Œstradiol	22,46	Potassium	1,39	Acide urique	1,70
Anticorps de l'antigliadine	32,58	Ferritine	10,12	Grossesse (sérique)	14,74	Analyse urinaire (macro)	7,42
Apolipoprotéine B	16,60	Fibrinogène	28,68	Progestérone	14,86	Analyse urinaire (micro)	7,17
Aspartate transaminase	1,73	Triiodothyronine libre	9,35	Prolactine	13,49	Dépistage de drogues dans l'urine	39,00
Bicarbonate	2,37	Thyroxine libre	12,12	Hormone parathyroïdienne	17,52	Vitamine B12	14,38
Bilirubine (total)	1,61	Hormone folliculostimulante	13,13	Analyse quantitative de la β-gonadotrophine chorionique humaine	16,30	Vitamine D	61,32
Peptide B-natriurétique	42,56	Glucose	3,53	Spermogramme postvasectomie	26,98		
Azote uréique du sang	1,57	Test de tolérance au glucose (gestationnel)	15,84	Spermogramme (complet)	82,34		
Microbiologie							
Bacilles acidorésistants	24,13	Culture fongique	21,41	Antigène de surface de l'hépatite B	10,40	Antigène du trichomonase	18,75
Antistreptolysine O	11,73	Culture génitale	25,28	Hépatite C	ND	Culture d'urine	19,57
Hémoculture	36,08	Gonorrhée	4,76	Œufs d'oxyures	43,94	Frottis vaginal (premier)	11,63
Toxines du *Clostridium difficile*	16,64	Streptocoques du groupe B	15,40	Sensibilité (par organisme)	11,61	Sérologie virale	36,83
Chlamydia (urine)	25,18	Immunoglobulines de type M contre l'hépatite A	18,42	Œufs et parasites dans les selles	46,93		
Chlamydia (urogénital)	24,09	Anticorps anti-HBc	10,85	Test rapide de dépistage des streptocoques	13,02		
Champignons (hydroxyde de potassium)	13,76	Anticorps anti-HBs	11,08	Culture de gorge	18,18		
Hématologie							
Typage ABO	40,90	Hémogramme	10,96	Ratio international normalisé	12,07	Facteur rhumatoïde	8,41
Anticorps anticardiolipine	24,47	Peptide citrulliné cyclique	29,48	Paludisme	61,82	Cofacteur de la ristocétine	77,57
Anticorps antinucléaires	23,82	D-Dimer	23,27	Mononucléose	17,10	Test d'anémie falciforme	76,41
Dépistage des anticorps	81,80	Antigènes nucléaires extractibles	30,60	Culot globulaire (préparation/unité)	40,10	Facteur Von Willebrand	107,66
Anticorps antiphospholipidiques	23,82	Taux de sédimentation des érythrocytes	10,61	Protéine C	51,33	Jumelage transversal par unité	40,10
Temps de saignement	26,63	Facteur V Leiden	76,92	Protéine S	38,31		
Complément C3	9,61	Activité coagulante du facteur VIII	51,58	Temps de prothrombine	42,77		
Complément C4	9,87	Antigènes du leucocyte humain (par antigène)	40,58	Typage du Rh	34,22		

ND—non disponible.
Données sur les coûts tirées de *Doctors of BC Guide to Fees*[1].

Les coûts des investigations font l'objet d'une hausse hors de proportion par rapport aux autres coûts des soins de santé[3], en partie en raison du fait qu'environ de 30 à 40% de tous les tests (et de 20 à 95% de certains tests en particulier) sont prescrits inutilement[4]. Une étude a fait valoir que les ordonnances d'analyses inappropriées ont entraîné des coûts inutiles moyens (écart type) de 66,53$ (66,76$) par visite périodique de maintien de la santé[5]. On estime que 1 milliard £ sont dépensés annuellement pour des tests inutiles au Royaume-Uni[6].

Chaque jour, des médecins dépensent aveuglément sans compter et font grimper les dépenses en soins de santé sans se rendre compte des coûts imposés au système. La simple ordonnance d'un hémogramme de « routine » (10,96$+15,62$=26,58$) coûte presque autant que la consultation du médecin elle-même. Une simple analyse d'urine « R&M, C&S » [routine et microscopie, culture et sensibilité], mais souvent inutile, coûtera 61,39$. Un test sérique de grossesse coûte 30,36$. La détermination du groupe sanguin et le dépistage d'anticorps, souvent répétés plusieurs fois durant chaque grossesse, coûtent 138,32$[1].

Les médecins prescrivent souvent des analyses, des traitements et des interventions malgré les données convaincantes soutenant qu'ils n'aident pas les patients et pourraient même leur nuire[7]. Il est plus rapide et facile de prescrire des investigations que de faire une anamnèse rigoureuse et un examen physique complet. Cette pratique nous donne (et donne aux patients) l'impression que nous avons accompli quelque chose et laisse le temps à de nombreux problèmes résolutifs de se régler. Même si les études ne signalent pas de corrélation entre la quantité de tests prescrits et les poursuites pour faute professionnelle, de nombreux médecins continuent de croire qu'en prescrivant plus d'analyses, le risque de « manquer quelque chose » diminue[7]. Les milieux universitaires, où sont apprises les habitudes de pratique, peuvent subtilement renforcer les comportements de prescriptions inappropriées en récompensant les stagiaires perçus comme étant « rigoureux »[8]. Ces habitudes difficiles à modifier, combinées aux attentes des patients, font en sorte que de nombreux patients en très bonne santé, subissent annuellement une batterie de 20 tests de laboratoire ou plus, même si les guides de pratique sur le dépistage ne recommandent que peu ou pas d'investigations systématiques. De plus en plus, les lignes directrices sur des maladies précises recommandent un dépistage précoce, le diagnostic des signes avant-coureurs des maladies[8] et la « surveillance » systématique (pas nécessairement fondée sur des données probantes) de ceux qui ont été « diagnostiqués », et on offre même des incitatifs aux médecins qui s'y conforment, que les patients bénéficient réellement ou non des tests[7].

Améliorer les pratiques d'ordonnance

Il a été démontré qu'une indication du coût des tests sur les réquisitions de services de laboratoire ou dans les dossiers médicaux électroniques avait réduit les taux des investigations dans une proportion de 27 à 36%[9,10]. Les dossiers médicaux électroniques pourraient avoir une caractéristique « Ajouter au panier » permettant d'additionner les coûts au fur et à mesure que des tests sont prescrits durant une visite. Cette pratique pourrait être particulièrement efficace si on la combinait avec d'autres stratégies éprouvées comme efficaces pour aider les médecins à transposer les recommandations fondées sur des données probantes dans leurs habitudes de prescription. Parmi les stratégies les plus prometteuses à cet égard figurent les systèmes électroniques d'aide à la décision clinique qui peuvent réduire les ordonnances inappropriées d'environ 28 %[6,11]. Une autre approche serait d'imposer des directives restrictives régissant les moments et les indications appropriés pour de telles investigations, comme la mesure de la vitamine D (61,32$), de l'antigène prostatique spécifique (32,95$) et du taux de sédimentation des érythrocytes (10,61$). En Ontario, on prévoyait que la simple restriction des analyses du taux de vitamine D épargnerait 64 millions$ par année[12]. Quoique certains médecins n'aiment pas la réglementation parce qu'elle est perçue comme une menace à l'autonomie, d'autres croient qu'elle épargne aux médecins de famille bien des débats avec les patients à propos des services qui coûtent cher sans avoir de bienfaits cliniques[13]. Les programmes de vérification et de rétroaction ont aussi été assez efficaces[7], comme celui en Colombie-Britannique, où les médecins reçoivent un profil de leur pratique comparé à celui de leurs pairs sur le plan des investigations, des demandes de consultation et ainsi de suite. Le programme largement publicisé Choisir avec soin est une excellente ressource éducative pour les cliniciens et les patients. Aux médecins de famille, Choisir avec soin recommande

> ... d'éviter les radiographies thoraciques systématiques préopératoires, la tomodensitométrie de la tête pour des céphalées, l'imagerie pour des lombalgies sans drapeau rouge, des tests de Pap sauf dans les groupes d'âges ciblés de 21 à 65 ans, les inductions inutiles du travail, les électrocardiogrammes, les épreuves à l'effort et la surveillance quotidienne de l'hémogramme et des analyses chimiques en milieu hospitalier[8].

Immenses possibilités

Tandis que les Canadiens déplorent les coûts sans cesse croissants et apparemment insoutenables des soins de santé, les médecins devraient se rappeler que presque tous ces coûts, à part les consultations à l'initiative

du patient, ont les médecins pour origine. Cette réalité offre à chacun de nous d'immenses possibilités de contrôler les coûts sans nuire aux soins dispensés aux patients. En nous renseignant davantage à propos des investigations et de leurs implications financières, et en examinant soigneusement chaque clic, nous pouvons être plus confiants que chaque élément que nous « ajoutons au panier » sera approprié.

La **Dre Hale** est médecin de famille à Kimberley (Colombie-Britannique) et instructeur de clinique au Département de médecine familiale de l'Université de la Colombie-Britannique.

Intérêts concurrents
Aucun déclaré

Correspondance
Dre Ilona Hale; courriel : **ilonadavehale@hotmail.com**

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

1. *Doctors of BC guide to fees.* Vancouver, BC: Doctors of BC; 2013.
2. Allan GM, Innes GD. Do family physicians know the costs of medical care? Survey in British Columbia. *Can Fam Physician* 2004;50:263-70.
3. Sivananthan SN, Peterson S, Lavergne R, Barer ML, McGrail KM. Designation, diligence and drift: understanding laboratory expenditure increases in British Columbia, 1996/97 to 2005/06. *BMC Health Serv Res* 2012;12:472.
4. Larsson A. What can we learn from studies on regional differences in the utilization of laboratory tests? *Ups J Med Sci* 2011;116(4):225-6.
5. Fung D, Schabort I, MacLean CA, Asrar FM, Khory A, Vandermeer B et coll. Test ordering for preventive health care among family medicine residents. *Can Fam Physician* 2015;61:256-62.
6. Horvath AR. From evidence to best practice in laboratory medicine. *Clin Biochem Rev* 2013;34(2):47-60.
7. Robinson A. Rationale for cost-effective laboratory medicine. *Clin Microbiol Rev* 1994;7(2):185-99.
8. Levinson W, Huynh T. Engaging physicians and patients in conversations about unnecessary tests and procedures: Choosing Wisely Canada. *CMAJ* 2014;186(5):325-6. Publ. en ligne du 18 févr. 2014.
9. Ellemdin S, Rheeder P, Soma P. Providing clinicians with information on laboratory test costs leads to reduction in hospital expenditure. *S Afr Med J* 2011;101(10):746-8.
10. Feldman LS, Shihab HM, Thiemann D, Yeh HC, Ardolino M, Mandell S et coll. Impact of providing fee data on laboratory test ordering: a controlled clinical trial. *JAMA Intern Med* 2013;173(10):903-8.
11. Shojania KG, Jennings A, Mayhew A, Ramsay CR, Eccles MP, Grimshaw J. The effects of on-screen, point of care computer reminders on processes and outcomes of care. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD001096.
12. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Funding of laboratory testing in Canada. *CADTH Environ Scan* 2011;19:1-5.
13. Collier R. Considering cost in primary care. *CMAJ* 2013;185(1):18. Publ. en ligne du 19 nov. 2012.