

Critères de pertinence de l'imagerie

Pourquoi les médecins canadiens devraient s'en soucier

Benjamin Fine SM MD Deljit Dhanoa MD CCFP(EM) FRCPC

On reconnaît les médecins de famille comme étant les principaux gardiens du système public de santé canadien, qui évaluent avec diligence les problèmes des patients et décident ceux qui méritent des analyses supplémentaires¹. Entre 1996 et 2006, l'utilisation annuelle de la tomodensitométrie (TDM) et de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) a doublé et augmenté de 5,6 fois respectivement². Les médecins de famille prescrivent maintenant 20 % des études d'IMR au Canada³. Les médecins et les patients se fient de plus en plus au quotidien sur l'imagerie diagnostique, mais sa surutilisation a entraîné des problèmes: coûts à la hausse, rayonnement excessif pour les patients et prolongement des délais d'attente. Moins évidente mais plus inquiétante encore est la cascade, parfois inutile, d'imagerie additionnelle, de biopsies effractives ou de chirurgies qui découlent de cette surutilisation de l'imagerie⁴. Alors que la variété grandissante d'indications pour l'imagerie médicale fournit aux cliniciens une trousse d'outils diagnostiques toujours plus vaste pour aider leurs patients, les gouvernements provinciaux voient les dépenses exploser. Pour répondre à la situation, les décideurs dans certaines régions déterminent ce qui est médicalement nécessaire au lieu que ce soient les médecins qui le fassent et ce, en refusant le remboursement de certaines études par imagerie^{5,6}. Dans un effort pour aider les gardiens canadiens des soins primaires du système public, nous présentons le concept de la pertinence de l'imagerie médicale dans l'espoir que les lignes directrices existantes puissent être intégrées dans la pratique familiale.

Pertinence de l'imagerie

Le concept de la pertinence de l'imagerie a pour origine une constatation particulière: dans des régions ayant une population semblable, l'utilisation de l'imagerie diagnostique variait considérablement de l'une à l'autre⁷. Il était évident que l'imagerie était utilisée à l'excès dans certaines populations et sous-utilisée dans d'autres. C'est alors que l'American College of Radiologists (ACR) a réagi en étant le premier à former un groupe multidisciplinaire de médecins dans le but d'obtenir un consensus sur la pertinence de l'imagerie

au début des années 1990; les bienfaits escomptés pour le patient étaient évalués en contrepartie des risques dans divers scénarios cliniques⁷. Les critères de pertinence de l'ACR qui en ont découlé portent maintenant sur 180 sujets⁸. L'Association canadienne des radiologistes (ACanR) a emboîté le pas et a présenté aux cliniciens des lignes directrices relatives aux demandes d'examen en radiologie⁹. Ces 2 outils ont été conçus pour aider les médecins à prescrire dans leur pratique au quotidien les études d'imagerie médicale appropriées (**Tableau 1**)^{8,9}.

Prenons, par exemple, les maux de tête chroniques. Les neurologues, les neurochirurgiens et les radiologistes participant aux travaux du comité de l'ACR sur la pertinence ont examiné le faible rendement de l'imagerie diagnostique (<0,5 %) dans la céphalée stable et ont conclu que l'imagerie dans ce cas était de pertinence équivoque¹⁰. Pareillement, les lignes directrices de l'ACanR⁹ signalent que l'imagerie n'est généralement pas utile dans un tel scénario. En contrepartie, lorsque des caractéristiques laissent soupçonner une hémorragie sous-arachnoïdienne ou une méningite, ou si le patient est à risque d'une pathologie intracrânienne (p. ex. dans le contexte du VIH), les lignes directrices recommandent une TDM ou une étude par IRM appropriée. Lorsque des règles de décisions cliniques (p. ex. Canadian C-Spine Rule) sont bien établies, les lignes directrices de l'ACR et de l'ACanR intègrent ces données probantes dans les recommandations pour des scénarios cliniques spécifiques. Quoique les lignes directrices ne soient pas prescriptives (**Tableau 1**)^{8,9}, elles sont l'équivalent d'une consultation auprès d'un radiologiste ou d'un spécialiste. En définitive, la décision de demander une étude dépend ultimement du médecin traitant qui connaît le mieux le patient. Les critères de pertinence de l'ACR ainsi que les lignes directrices relatives aux demandes d'examen de l'ACanR sont mis à jour, facilement accessibles gratuitement en ligne et offrent des conseils en imagerie fondés sur des données probantes concernant divers scénarios cliniques.

Mise en application des critères de pertinence de l'imagerie

Le défi auquel les médecins et les décideurs sont confrontés se situe dans la mise en application efficace et en toute sécurité des critères de pertinence. L'élimination de l'imagerie médicale de la liste des services remboursés est l'un de moyens imposés selon une approche de haut

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.

Can Fam Physician 2014;60:e144-6

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the March 2014 issue on page 217.

Tableau 1. Suggestions des auteurs pour interpréter les critères de pertinence de l'ACR⁸ et les lignes directrices de l'ACanR⁹: Veuillez prendre note qu'aucune ligne directrice ne déclare quand une étude est nécessaire. Dans le doute, consultez un radiologiste.

CATÉGORIE DE L'ACanR	SCORE DE L'ACR DE 1 À 9	SUGGESTION DES AUTEURS
Indiquée	Habituellement appropriée (score de 7 à 9)	Prescrire en premier l'imagerie la plus appropriée. Toujours fournir au radiologiste l'anamnèse pertinente et la justification de la demande pour assurer que le protocole correct est suivi
Indiquée seulement dans des circonstances spécifiques	SO	Suivre les recommandations spécifiques ou envisager une demande de consultation spécialisée
Investigation spécialisée	Pourrait être appropriée (score de 4 à 6)	Éviter de prescrire; envisager une demande de consultation spécialisée ou en radiologie
Non indiquée	Habituellement inappropriée (score de 1 à 3)	Éviter de prescrire
ACR—American College of Radiology, ACanR—Association canadienne des radiologistes, SO—sans objet		

en bas par les payeurs. Par exemple, en Ontario, l'IRM n'est plus remboursée pour la douleur au bas du dos sans autres caractéristiques inquiétantes¹¹. Cette décision a pour intention de freiner l'utilisation d'un test coûteux qui montre souvent des résultats anormaux sans pour autant qu'ils soient corrélés avec la nécessité d'une chirurgie ou de meilleurs résultats¹². Malheureusement, une mise en vigueur stricte pourrait entraîner un scénario selon lequel il faudrait une assurance privée pour des patients souffrant de douleur lombaire chronique. Autrement, on pourrait prévoir le jour où, au Canada, les médecins devront négocier avec des assureurs tierces parties ou le gouvernement provincial pour obtenir une approbation préalable d'études d'imagerie, un peu comme les négociations qui ont lieu aux États-Unis avec les entreprises de gestion des bénéfices en radiologie¹³. Pour le monde

médical, ces «soins gérés» exacerbent les tensions entre les cliniciens et les bureaucrates à savoir qui devraient dicter ce qui est médicalement nécessaire⁶. Au Canada, l'effet de ces interventions sur l'utilisation de l'imagerie reste encore à mesurer.

À l'encontre de cette approche de haut en bas, certains professionnels de la santé ont mis en œuvre des systèmes de soutien à la décision clinique dans un effort pour réduire l'imagerie inappropriée. Ces systèmes électroniques donnent une rétroaction aux médecins prescripteurs en leur conseillant une imagerie adéquate ou en identifiant les demandes non pertinentes. Dans un établissement américain, le soutien à la décision clinique a été instauré dans le but d'encourager des protocoles d'imagerie fondés sur des données probantes pour l'IMR de la tête, l'IMR de la colonne lombaire et la TDM des sinus¹⁴. Au moyen d'une inscription électronique des ordonnances, les médecins demandeurs répondent à des questions cliniques obligatoires: une demande de consultation en physiothérapie (douleurs lombaires) ou en allergologie (maladie des sinus) est recommandée si les critères d'imagerie ne sont pas satisfaits. Le taux d'études d'imagerie demandées pour des patients ayant des maux de tête, une sinusite ou des douleurs au bas du dos a diminué d'environ 25 %¹⁴. Des systèmes semblables de soutien à la décision clinique ont été implantés à l'échelle d'hôpitaux et même d'États aux États-Unis¹⁴. Naturellement, l'effet sur l'utilisation des soutiens à la décision clinique dépend de l'adoption généralisée par les médecins, ce qui peut être difficile et long à réaliser¹³. Pour être efficaces, les systèmes de soutien à la décision clinique doivent s'accompagner d'un mécanisme de responsabilisation qui identifie les médecins traitants hors normes et leur donne de la rétroaction pour assurer des pratiques exemplaires. Le but de ces outils locaux est de permettre aux médecins traitants de maintenir le contrôle de la décision en se fondant sur leur évaluation clinique et de les soutenir par des lignes directrices fondées sur des données probantes.

Qu'importe le milieu de pratique, nous recommandons que la première étape pour veiller à la pertinence de l'imagerie soit d'intégrer des stratégies d'imagerie fondées sur des données probantes dans la pratique au quotidien des médecins. Compte tenu des progrès rapides de l'imagerie médicale, on ne peut pas s'attendre des médecins de famille qu'ils se rappellent la modalité d'imagerie optimale pour chaque scénario clinique; les facultés de médecine reconnaissent ce défi et intègrent dans leurs cursus la pertinence de l'imagerie¹⁵. À ce titre, nous suggérons que les critères de pertinence de l'ACR⁸ et les lignes directrices relatives aux demandes d'examen en radiologie de l'ACanR⁹ devraient se trouver sur le bureau des médecins, à côté du guide en pharmacologie (virtuellement ou physiquement), pour aider les médecins de famille à décider quelles études d'imagerie

prescrire, le cas échéant. Une consultation auprès d'un radiologiste local, quoique ce ne soit pas toujours pratique, admettons-le, peut aider à accélérer les soins aux patients en assurant que les médecins de famille demandent en premier l'étude la plus appropriée.

Conclusion

En tant qu'intendants de notre système de santé public, les médecins de famille canadiens jouent un rôle essentiel dans l'utilisation appropriée de l'imagerie médicale. La prévention des conséquences d'une imagerie inutile, notamment l'escalade des coûts, des temps d'attente, de l'exposition au rayonnement et des interventions effractives, ne devrait pas être laissée aux soins des décideurs seulement. Les médecins de famille et les radiologistes devraient plutôt prendre l'initiative de protéger les patients et notre système de santé et travailler en collaboration dans l'application de critères de pertinence. Les radiologistes devraient être plus accessibles pour une consultation, tandis que les médecins de famille devraient intégrer des critères de pertinence dans leur pratique au quotidien. Ces changements dans la pratique des soins primaires, qu'il s'agisse d'instaurer un logiciel de soutien décisionnel ou de simplement consulter les lignes directrices de l'ACR ou de l'ACanR aisément accessibles, sont essentiels à des soins centrés sur le patient. D'égale importance, le leadership de la part des médecins quant à la pertinence peut contribuer à assurer la viabilité de l'ensemble du système de santé.

D^r Fine est stagiaire en radiologie diagnostique au Département de l'imagerie médicale de la University of Toronto en Ontario. **D^r Dhanoa** a pratiqué la médecine familiale avant de suivre une formation additionnelle en tant que radiologiste; il est professeur adjoint à la University of British Columbia à Vancouver et travaille au Département d'imagerie médicale de la Fraser Health Authority.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^r Benjamin Fine, Department of Medical Imaging, Faculty of Medicine, University of Toronto, 263 McCaul St, 4th floor, Toronto, ON M5T 1W7; courriel ben.fine@utoronto.ca

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

Références

1. Conseil canadien de la santé. *Decisions, decisions: family doctors as gatekeepers to prescription drugs and diagnostic imaging in Canada*. Toronto, ON: Conseil canadien de la santé; 2010.
2. You JJ, Alter DA, Iron K, Slaughter PM, Kopp A, Przybysz R et collab. *Diagnostic services in Ontario: descriptive analysis and jurisdictional review*. Toronto, ON: Institut de recherche en services de santé; 2007.
3. Iron K, Przybysz R, Laupacis A. *Access to MRI in Ontario: addressing the information gap*. Toronto, ON: Institut de recherche en services de santé; 2003.
4. Lurie JD, Birkmeyer NJ, Weinstein JN. Rates of advanced spinal imaging and spine surgery. *Spine (Phila Pa 1976)* 2003;28(6):616-20.
5. Corbett R. Medical cuts out of the hands of doctors. *Ottawa Sun* du 10 juin 2012. Accessible à: www.ottawasun.com/2012/06/10/corbett-medical-cuts-out-of-the-hands-of-doctors. Accédé le 22 janvier 2014.
6. Collier R. Medically necessary: how to decide? *CMAJ* 2012;184(16):1771-2. Cyberpub. du 15 octobre 2012.
7. Sistrom CL. The appropriateness of imaging: a comprehensive conceptual framework. *Radiology* 2009;251(3):637-49.
8. American College of Radiology [site web]. *ACR appropriateness criteria*. Reston, VA: American College of Radiology; 2013. Accessible à: www.acr.org/ac. Accédé le 3 février 2014.
9. Association canadienne des radiologistes. *2012 CAR diagnostic imaging referral guidelines*. Saint-Laurent, QC: Association canadienne des radiologistes; 2012. Accessible à: www.car.ca/en/standards-guidelines/guidelines.aspx. Accédé le 22 janvier 2014.
10. American College of Radiology. *ACR appropriateness criteria. Clinical condition: headache*. Reston, VA: American College of Radiology; 2009. Accessible à: www.acr.org/~media/ACR/Documents/AppCriteria/Diagnostic/Headache.pdf. Accédé le 23 janvier 2014.
11. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Schedule of benefits for physician services under the Health Insurance Act*. Toronto, ON: Ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2012.
12. You JJ, Bederman SS, Symons S, Bell CM, Yun L, Laupacis A et collab. Patterns of care after magnetic resonance imaging of the spine in primary care. *Spine (Phila Pa 1976)* 2013;38(1):51-9.
13. Duszak R Jr, Berlin JW. Utilization management in radiology, part 1: rationale, history, and current status. *J Am Coll Radiol* 2012;9(10):694-9.
14. Blackmore CC, Mecklenburg RS, Kaplan GS. Effectiveness of clinical decision support in controlling inappropriate imaging. *J Am Coll Radiol* 2011;8(1):19-25.
15. Dillon JE, Slanetz PJ. Teaching evidence-based imaging in the radiology clerkship using the ACR appropriateness criteria. *Acad Radiol* 2010;17(7):912-6. Cyberpub. du 22 avril 2010.
