

RAPPORT d'ACTIVITÉS

**1^{er} avril 1993
au
31 mars 1994**

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec,
1994
Bibliothèque nationale du Canada

Comment citer ce document:

Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (CETS). Rapport d'activités: 1^{er} avril 1993 au 31 mars 1994. Montréal: CETS, 1994. 20 p.

Table des matières

PAGE

I- Le Conseil

A- Son mandat et son fonctionnement	1
B- Membres du <i>Conseil</i>	2
II- Bilan des activités	
A- Séances et réunions des groupes de travail	3
B- Activités de suivi	3
C- Bilan scientifique	5
D- Communications et conférences du Président	12
E- Publications scientifiques	13
III- Arbitres et consultants	14
IV- Activités à venir	16
V- Les ressources du <i>Conseil</i>	17
Annexe	
Les publications du <i>Conseil</i>	19

Montréal, 27 juillet 1994

Madame Lucienne Robillard
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Gouvernement du Québec

Madame la Ministre,

Au nom des membres du *Conseil*, j'ai l'honneur de vous transmettre le rapport d'activités du *Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec* pour l'exercice financier 1993-1994.

Cette année a été pour le *Conseil* une année de transition et de réorganisation. Le processus de changement se fait progressivement et en continuité avec les acquis et les standards d'excellence impartis au *Conseil* par le précédent président, le D^r McGregor. Comme vous le constaterez dans ce rapport, la productivité scientifique du *Conseil* n'a pas fléchi et nous envisageons d'augmenter la capacité scientifique du *Conseil* en établissant des liens de collaboration avec divers groupes de chercheurs québécois.

De plus, nous avons engagé un vaste processus de consultation des différents partenaires du système de santé afin d'établir un programme équilibré de travail qui nous permettra d'engager des actions sur un ensemble de thématiques couvrant tout le spectre des interventions dans le domaine de la santé. Enfin, nous examinons la possibilité de mettre sur pied un système de monitoring continu de l'impact des documents produits par le *Conseil* sur la prise de décision à tous les niveaux.

En ces temps de contraintes financières, nous sommes convaincus que la production et la dissémination large d'une information valide sur l'efficacité et l'efficacité des interventions dans le domaine de la santé constituent un élément essentiel pour maintenir les acquis de notre système tout en optimisant son fonctionnement.

Veuillez agréer, Madame la Ministre, l'expression de ma considération distinguée.

Le Président,

Renaldo N. Battista, M.D., Sc.D.

I - Le Conseil

A - Son mandat et son fonctionnement

Le mandat du *Conseil* a deux volets. Un premier est ouvert à tous les intervenants du système de santé, que ce soit la population en tant que bénéficiaire de soins, les dispensateurs de soins ou les gestionnaires des services de santé. Il consiste à :

"Promouvoir et supporter l'évaluation des technologies de la santé, en diffuser les résultats et favoriser leur utilisation dans les décisions de tous les intervenants impliqués dans la diffusion de ces

technologies."

Un deuxième volet est plus spécifiquement orienté vers la Ministre de la Santé et des Services sociaux à titre de responsable de la politique de la santé du Québec. Il consiste à :

"Conseiller la Ministre sur les questions concernant l'introduction, la diffusion et l'utilisation des technologies de la santé et, à cette fin, fournir des avis fondés sur l'évaluation de leur efficacité, leur sécurité, leurs coûts et leurs impacts sur le système de santé ainsi que leurs implications économiques, éthiques et sociales."

Pour les membres du *Conseil*, la fonction principale est sans contredit la synthèse des

connaissances. Des informations substantielles sur les bénéfices, les risques, les coûts et les impacts sociaux des technologies de la santé sont disponibles. Cependant, sous la forme où elles sont habituellement présentées, ces informations peuvent difficilement guider l'utilisation des technologies. La synthèse des résultats d'évaluation et leur adaptation au contexte de la réalité québécoise constituent une des préoccupations du *Conseil*.

Les membres du *Conseil* ont pour responsabilité de:

- Définir les orientations
 - Déterminer les technologies devant faire l'objet de travaux.
 - Préciser les questions à aborder dans l'étude de ces technologies.
 - Choisir l'approche évaluative à utiliser pour réaliser ces évaluations.
- Statuer sur les contenus
 - Garantir la rigueur scientifique et la qualité des travaux.
 - Entériner le contenu des rapports.
- Diffuser des connaissances
 - Produire des avis.
 - Rendre les rapports accessibles aux preneurs de décision et aux divers intervenants du réseau de la santé et des services sociaux.

Enfin, le Secrétariat a pour sa part la responsabilité d'appuyer et de soutenir les travaux

du *Conseil* et de ses groupes de travail. Il assure le cheminement et l'avancement des dossiers ainsi que la publication et la diffusion des différents rapports.

B - Membres du Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec au 31 mars 1994.

PRÉSIDENT

D^r Renaldo N. Battista
Médecin épidémiologue
Hôpital Général de Montréal
Université McGill

MEMBRES

D^r Martial Bourassa
Médecin spécialiste
Institut de Cardiologie de Montréal

Monsieur Raymond L. Carrier
Physicien médical
Hôpital Notre-Dame (Montréal)

D^r Raymonde Chartrand
Médecin spécialiste en médecine nucléaire
Hôpital St-Luc (Montréal)

D^r Richard J. Clermont
Médecin spécialiste
Hôpital Hôtel-Dieu de Montréal

Madame Denise Couture
Sociologue
Université de Montréal

D^r Luc Deschênes
Médecin spécialiste en chirurgie générale
Hôpital du Saint-Sacrement (Québec)

Monsieur Claude Forget
Économiste
Télé globe Canada (Montréal)

Monsieur Roger Jacob,
Ingénieur biomédical
Hôpital du Sacré-Coeur (Montréal)

Madame Suzanne Nootens
Juriste
Faculté de droit, Université de Sherbrooke

Madame Aline Lavoie-Poirier
Infirmière
Centre hospitalier de l'Université Laval
(Québec)

Directeur du Conseil
Monsieur Jean-Marie R. Lance
Économiste

N.B. Nous tenons à souligner la contribution du D^r McGregor, à titre de Président du *Conseil* (du 18 août 1988 au 7 janvier 1994), et de Mme Suzanne Couët, à titre de Secrétaire générale du *Conseil* (de 1988 à 1993).

II - Bilan des activités du *Conseil*

A - Séances du *Conseil* et réunions des groupes de travail

Les membres du *Conseil* ont tenu six réunions régulières au cours de l'année, soit les 29 avril, 17 juin, 2 septembre, 14 octobre et 2 décembre 1993, ainsi que le 18 février 1994. De plus, les membres des groupes de travail ont assisté à quelques réunions supplémentaires afin d'évaluer les divers rapports élaborés par le *Conseil*.

B - Activités régulières

Afin de répondre de façon efficace aux demandes des chercheurs du *Conseil*, l'identification des informations disponibles doit être la plus exhaustive et la plus pertinente possible. Pour ce faire, le centre de référence du *Conseil* s'est doté, au fil des ans, de multiples sources d'information. Ces sources d'information comprennent:

- Banques de données bibliographiques (Medline, Excerpta Medica, Pascal, Cancerlit, Toxline, ...).

- Current Contents (sommaire des revues médicales et mise à jour des dossiers de recherche).

- Outils documentaires spécialisés (annuaires, registres, répertoires, ...).

- Références bibliographiques citées dans les articles déjà possédés.

- Livres, thèses, lignes directrices, rapports de recherche canadiens et étrangers.

- Banques de données: Med-Écho (fichier des hospitalisations produit par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec), Fichier des actes médicaux rémunérés par la RAMQ (Régie de l'assurance-maladie du Québec), Écosanté OCDE, Indicateurs sur la santé (banque de données produite par Statistique Canada).

- Revues et bulletins spécialisés auxquels est abonné le *Conseil*.

- Règlements et textes de lois.

Bref, la sélection des documents du centre de référence se fait avec des sources d'information

diversifiées, afin d'enrichir sa collection (plus de 6 000 documents), et ainsi contribuer à faire avancer les recherches du *Conseil*. Enfin, la collection du centre de référence est également accessible au public en général pour fins de consultation. Nous avons reçu durant l'année plusieurs personnes provenant surtout du secteur de la santé (chercheurs, bibliothécaires d'hôpitaux, etc.).

Concernant la diffusion des documents produits par le *Conseil*, un total de 2 320 envois ont été effectués au cours de l'année. La liste d'envois régulière regroupe 1 574 professionnels, associations et organismes. Plus de 300 demandes particulières se sont ajoutées à cette liste, provenant de divers milieux oeuvrant dans les domaines de la santé et de l'éducation.

Les rapports du *Conseil* ont fait l'objet d'articles dans plusieurs revues et quotidiens québécois et étrangers, tels que: *Artère*, *Le Soleil*, *Bulletin* (de la Corporation professionnelle des médecins du Québec), *L'Union médicale du Canada*, *l'Actualité Médicale*, *Health TechNews* (bulletin australien), *The Medical Post*, *The Gazette*, *Tech-Wise* (Alberta) et *International Journal of Technology Assessment in Health Care*.

Parmi les sujets qui ont retenu l'attention de ces périodiques, mentionnons: le cancer du sein et le dépistage par mammographie, les variations géographiques dans la fréquence des interventions chirurgicales au Québec, la réutilisation des cathéters à usage unique, les coûts et l'efficacité des technologies de la santé.

De plus, le *Conseil* collabore étroitement à la mise sur pied avec l'Office Canadien de Coordination de l'Évaluation des Technologies de la Santé (OCCETS) d'un réseau d'information sur les activités et recherches réalisées par les organismes analogues au Canada. Le but est de favoriser les échanges d'information sur les travaux en cours, de façon à éviter les duplications et à susciter des collaborations.

Le *Conseil* a amorcé une tournée des principales équipes de recherche universitaires dans le domaine de l'épidémiologie et de l'évaluation des services de santé pour faire connaître son mandat,

ses sujets d'évaluation actuels et potentiels et ses besoins de recherche, et afin de mieux connaître les secteurs de recherche de ces équipes. Le but est d'en arriver à tisser des liens plus étroits avec cette communauté scientifique et à d'éventuelles collaborations.

En mars 1994, des groupes de recherche de l'Université Laval et de l'Université de Montréal ont été rencontrés, tandis que ceux de l'Université McGill et de l'Université de Sherbrooke le seront dans les deux prochains mois.

De plus, dans une perspective de meilleure connaissance réciproque et de rapprochement avec d'autres organismes majeurs du secteur de la santé, le *Conseil* a rencontré le Conseil médical du Québec et la Corporation professionnelle des médecins du Québec. Le *Conseil* poursuivra au cours des premiers mois de 1994-95 ces rencontres avec d'autres organismes, qui permettront de mieux identifier les priorités de recherche et d'amorcer des collaborations inter-organismes, tout en respectant les champs d'expertise et de responsabilité de chacun.

Enfin, des représentants d'organismes provenant de différents pays tels que: le Royaume-Uni, l'Italie, l'Espagne, l'Australie et les autres provinces du Canada ont rencontré le Président et le Directeur du *Conseil*, afin de mieux connaître l'organisation et le fonctionnement du CETS.

C - Bilan scientifique

Le *Conseil* a publié et diffusé au cours de cette année quatre rapports d'évaluation, qui ont été déposés au cabinet du Ministre de la Santé et des Services sociaux:

1. La réutilisation des cathéters à usage unique. (Juillet 1993)
2. Les coûts de la cholécystectomie conventionnelle, de la cholécystectomie laparoscopique et de la lithotritie biliaire. (Octobre 1993)
3. Variations dans la fréquence des interventions chirurgicales par région du Québec. (Février 1994)
4. Traitement de l'hypertrophie prostatique bénigne par diathermie transurétrale: mise à jour 1993. (Mars 1994)

1. Le rapport sur la **réutilisation des cathéters à usage unique**, qui a été déposé en juillet 1993, peut se résumer comme suit:

Aujourd'hui, la très grande majorité des cathéters utilisés en angioradiologie et en hémodynamie portent la mention à *usage unique* sur leur emballage d'origine. Pourtant, la réutilisation de cette catégorie de matériel se fait dans bon nombre d'hôpitaux canadiens, américains et européens, car cette pratique peut générer des économies importantes. Cependant, peu d'hôpitaux ont encadré la réutilisation des cathéters par une politique et des procédures formelles afin d'assurer la sécurité et l'efficacité des interventions faites avec des cathéters réutilisés.

Pour les malades qui subissent les procédures d'hémodynamie, d'angioradiologie et d'angioplastie, les risques de cette pratique sont

théoriquement les suivants: infection; réaction pyrogène; toxicité; contamination particulière; bris de cathéters et incompatibilité biologique. Ces risques ne sont pas nuls même si on utilise du matériel neuf.

Une revue de la littérature et des études entreprises à la demande du *Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec* à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal et à l'Hôtel-Dieu de Québec, ont mené à la conclusion que les risques d'infection ne sont pas significativement plus élevés avec des cathéters réutilisés plutôt que neufs, à la condition de suivre un protocole de nettoyage et de stérilisation adéquat.

Une bonne procédure de nettoyage et de rinçage avec de l'eau apyrogène peut également assurer qu'il n'y aura pas plus de pyrogènes ou de particules libérés par un cathéter réutilisé que par un cathéter neuf.

Quant à la possibilité d'une présence de substances toxiques suite au procédé de nettoyage et de stérilisation, on peut la réduire en évitant d'utiliser des substances toxiques pour le nettoyage ou en maintenant les concentrations résiduelles à un niveau sécuritaire par une pratique de réutilisation bien encadrée. D'autre part, une aération post-stérilisation adéquate va réduire, à un niveau sécuritaire pour les patients, la concentration d'oxyde d'éthylène absorbé par le matériau du cathéter durant la stérilisation. La littérature n'a pas mis en évidence une influence de la réutilisation sur la biocompatibilité des cathéters.

Quant aux risques de bris d'un cathéter durant une intervention, des tests mécaniques sur plusieurs types de cathéters diagnostiques, vendus pour usage unique, ont démontré qu'ils ne devenaient pas plus fragiles à la suite de réutilisations multiples. Sur cet aspect, il serait important d'établir la sécurité de ces procédures pour chaque nouveau type de cathéter introduit sur le marché.

Quant au personnel participant aux différentes étapes de la réutilisation, il n'encourt pas un risque plus grand que les médecins et le personnel

clinique effectuant les procédures angioradiologiques et hémodynamiques, si les précautions adéquates sont respectées.

Quant à l'efficacité clinique, de manière générale, si les procédures de nettoyage et de stérilisation sont bien suivies, un cathéter diagnostique réutilisé et non endommagé présentera les mêmes caractéristiques et la même efficacité qu'un cathéter neuf. En ce qui concerne les cathéters-ballons, la réutilisation peut modifier à l'occasion la forme du ballon mais ceci est sans conséquence majeure pour l'intervention. Un bon contrôle de qualité durant le processus de nettoyage et de stérilisation ainsi qu'au moment de l'intervention permettra d'éliminer les cathéters présentant des défaillances importantes.

Il est possible que la pratique de la réutilisation augmente de façon minimale le nombre moyen de cathéters utilisés pour chaque intervention diagnostique ou d'angioplastie ainsi que la durée moyenne des interventions, parce que l'on devra occasionnellement changer de cathéter.

Quant au nombre optimal de réutilisations, il est impossible de fixer une règle générale pour tous les cathéters. L'expérience, le coût du cathéter, ses caractéristiques physiques ainsi que le coût de la réutilisation serviront de guide à la décision. On peut toutefois penser que le risque peut éventuellement augmenter au-delà d'un certain nombre de réutilisations, notamment en regard du nombre de manipulations, du risque de plier le cathéter, du nombre de débris microscopiques, et aussi à cause du vieillissement normal des matériaux qui composent le cathéter (même si celui-ci n'est pas réutilisé). D'autre part, les économies annuelles réalisées pour un nombre fixe de cathéters utilisés diminuent de façon hyperbolique au fur et à mesure que le nombre de réutilisations augmente. En pratique on constate que les économies annuelles deviennent minimales au-delà de cinq réutilisations pour la majorité des cathéters diagnostiques. Dans le cas de cathéters-ballons, les économies diminuent sensiblement au-delà de trois utilisations.

Aux États-Unis, la *Joint Commission on the*

Accreditation of Hospitals ne s'oppose plus à la réutilisation ni la *Food and Drug Administration* qui, par contre, indique trois grands principes devant encadrer cette pratique. Du côté canadien, l'*Association canadienne de normalisation* se prononce seulement sur la restérilisation tandis que *Santé et Bien-être Canada* ne recommande la réutilisation que si elle est bien encadrée. Les fabricants, pour leur part, s'opposent à la réutilisation.

Selon la législation fédérale, peu précise à cet égard, il est possible qu'un établissement qui réutilise un cathéter à usage unique soit assimilable à un fabricant. Il doit donc être capable de fournir, à la demande de la Direction générale de la protection de la santé, des preuves concernant la sécurité et l'efficacité de ces instruments réutilisés. À cet effet, il doit évidemment pouvoir établir que les procédures nécessaires ont été mises en oeuvre et donnent des résultats adéquats.

Selon le droit civil québécois, dans le cadre de la responsabilité hospitalière, l'institution se voit imposer une obligation de résultat en ce qui concerne la fourniture d'instruments en bon état. La réutilisation des cathéters ne serait donc pas fautive en elle-même si ce résultat peut être atteint grâce à des procédures appropriées. Cependant, advenant un dommage suite à l'emploi d'un tel cathéter, le fardeau de la preuve de non-responsabilité sera plus lourd pour l'institution: elle devra prouver que le dommage provient en réalité d'une cause étrangère qui ne peut lui être imputée. Une faute commise par un membre du personnel n'est pas une cause étrangère, car l'hôpital doit en répondre.

Le médecin, tenu d'agir avec prudence, diligence et habileté dans les soins et traitements (obligation de moyens), répond seulement d'une mauvaise utilisation de l'instrument et non de sa qualité sauf en cas d'absence manifeste de celle-ci.

Le consentement spécifique du patient à l'emploi d'un cathéter réutilisé n'est pas nécessaire en l'absence d'augmentation du risque ou des inconvénients. Cependant, une réponse franche à d'éventuelles questions s'impose. L'existence, dans un hôpital, d'une politique de réutilisation des

cathéters ne devrait jamais être dissimulée.

Dans tous les cas, il est important de démontrer que toutes les opérations liées à l'acte de réutilisation, comme le nettoyage et la stérilisation, ont été officiellement approuvées par l'institution.

Au Québec, l'*Association des hôpitaux du Québec* protège par son programme d'assurance les hôpitaux qui réutilisent du matériel qui a déjà servi, et l'*Association canadienne de protection médicale* pour sa part, affirme que si une mésaventure attribuable à la réutilisation d'un cathéter soi-disant non réutilisable donnait lieu à une poursuite contre un médecin, son admissibilité à recevoir l'aide de l'association ne serait aucunement compromise.

La réutilisation des cathéters peut mener à des économies significatives. On estime qu'utiliser 5 fois les cathéters diagnostiques engendrera des économies nettes d'environ 50 000 \$ pour 1 000 cathétérismes. Les cathéters angioplastiques utilisés trois fois, produiront des économies d'environ 300 000 \$ pour 300 procédures d'angioplastie. Pour l'ensemble du Québec, la réutilisation de ces produits représente une économie potentielle d'environ 6,3 millions de dollars par année.

EN RÉSUMÉ, la pratique de réutilisation des cathéters diagnostiques et d'angioplastie, encadrée par une politique et des procédures strictes, claires et réalistes, couvrant tous les aspects de la réutilisation y compris le contrôle de qualité et la formation du personnel, ne présente pas de risques inacceptables et peut être considérée comme aussi efficace cliniquement que l'usage exclusif de cathéters neufs.

Peu d'hôpitaux ont des procédures formelles, systématiques et standardisées pour le nettoyage, la stérilisation et le contrôle de qualité relatives à la réutilisation des cathéters. Il devient urgent que des procédures claires et rigoureuses soient établies. Elles doivent être formellement et ouvertement approuvées par chaque institution où l'on réutilise des cathéters étiquetés à usage unique. Ces procédures doivent couvrir l'ensemble des aspects de la réutilisation; de plus, il faut

assurer une surveillance continue de l'évolution technologique du marché.

2. Le rapport sur les coûts de la cholécystectomie conventionnelle, de la cholécystectomie laparoscopique et de la lithotritie biliaire a été déposé en octobre 1993. En voici les grandes lignes:

Au Québec en 1992, environ 17 000 personnes ont subi une intervention chirurgicale comme traitement d'une cholélithiase (MedÉcho). Quoique la cholécystectomie conventionnelle (exérèse chirurgicale de la vésicule biliaire) ait été le traitement habituel depuis un siècle, les cinq dernières années ont vu apparaître de nouvelles méthodes de traitement tant chirurgicales que non chirurgicales.

La cholécystectomie laparoscopique permet d'extraire la vésicule biliaire, sans incision majeure, en insérant une caméra et les instruments nécessaires à l'intervention dans l'abdomen par de très petites incisions. La lithotritie extracorporelle biliaire brise les lithiases sans recourir à la chirurgie, concentrant sur celles-ci l'énergie d'ondes de choc générées à l'extérieur du corps. Ces nouvelles technologies ont été publicisées et peu critiquées, ce qui, en plus d'être les traitements de choix des patients, a entraîné leur diffusion rapide.

Vu le peu de données disponibles sur l'efficacité et les coûts de ces technologies, le *Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec*, en collaboration avec le *Fonds de la recherche en santé du Québec*, a lancé des appels d'offres pour deux essais contrôlés avec répartition aléatoire, visant à comparer: **a)** la cholécystectomie conventionnelle à la cholécystectomie laparoscopique; et **b)** la cholécystectomie laparoscopique à la lithotritie extracorporelle biliaire. Le but de ces études était

de déterminer les avantages, les effets indésirables et les coûts de ces traitements. Les deux études ont été effectuées par le Groupe de traitement des lithiases biliaires des hôpitaux universitaires de McGill. Ce rapport présente une partie des résultats de ces études qui sont toujours en cours.

En fait, on compare les **coûts directs** à court terme pour le système de santé québécois du traitement des cholélithiases non compliquées par cholécystectomie conventionnelle (CC), par cholécystectomie laparoscopique (CL) et par lithotritie extracorporelle biliaire (LEXC). Les coûts d'immobilisations, autres que ceux des équipements spéciaux de laparoscopie et de lithotritie extracorporelle, ne sont cependant pas inclus dans ces estimations. Le rapport ne tient pas compte non plus de l'efficacité et des effets secondaires de ces interventions.

Les coûts moyens et les valeurs limites de ces coûts pour les interventions sont les suivants:

- Cholécystectomie conventionnelle (CC)
3 195 \$ (2 133 \$ - 6 331 \$)
- Cholécystectomie laparoscopique (CL)
3 889 \$ (1 704 \$ - 5 830 \$)
- Lithotritie extracorporelle (LEXC)
3 936 \$ (2 367 \$ - 6 243 \$)

En termes de **coûts directs** pour le **système de santé**, la cholécystectomie laparoscopique comporte donc un léger avantage par rapport aux deux autres interventions.

Si l'on exclut les honoraires médicaux payés par la RAMQ, les coûts des deux interventions chirurgicales deviennent:

- Cholécystectomie conventionnelle (CC)
2 058 \$ (651 \$ - 4 419 \$)
- Cholécystectomie laparoscopique (CL)
1 902 \$ (927 \$ - 5 511 \$)

Ainsi, en termes de coûts supportés par le budget des hôpitaux, la CL n'est que légèrement moins chère. Les coûts plus bas de la CL étant largement

dus à une durée de séjour plus courte, un hôpital qui continue à utiliser les lits libérés par la conversion ajoutera un fardeau à son budget. Celui-ci est estimé à environ 464 \$ par patient.

Enfin, quelle que soit l'évaluation finale de l'efficacité de ces trois technologies, l'efficacité de la cholécystectomie laparoscopique est déjà très largement acceptée. En effet, un récent énoncé de consensus du NIH (National Institute of Health des États-Unis) accepte déjà que "la cholécystectomie laparoscopique offre un traitement sûr et efficace à la plupart des patients souffrant de lithiases biliaires. En fait, cette intervention semble maintenant être le traitement de choix pour beaucoup de ces patients". Au Canada, la cholécystectomie laparoscopique a déjà remplacé plus de 70% des interventions chirurgicales conventionnelles. Quant à la LEXC, son rôle est clairement limité à une minorité de patients que l'énoncé du NIH évalue à 7 à 16%. Les estimations actuelles des coûts sont donc rapportées ici pour fournir des données sur les effets économiques que ces changements pourraient avoir.

3. Le rapport concernant les variations dans la fréquence des interventions chirurgicales par région du Québec a été déposé en février 1994. En voici le résumé:

Ce rapport présente une étude des taux d'interventions chirurgicales (*i.e.* le nombre d'interventions divisé par la population) chez les populations des 32 territoires de DSC du Québec. L'un de ses aspects importants est que l'analyse est faite sur la base du DSC de résidence des patients et non de celui où l'intervention a été effectuée. L'étude porte sur neuf interventions et couvre une période de deux ans s'étendant du 1^{er} avril 1990 au 31 mars 1992. L'ampleur des variations dans les taux de chaque intervention chirurgicale a été étudiée et la part de cette variation pouvant être expliquée par certaines caractéristiques des DSC a été évaluée.

La conclusion principale est qu'il existe des variations importantes dans les taux

d'interventions chirurgicales que ni le hasard, ni plusieurs caractéristiques des DSC (revenu familial moyen, densité de lits d'hôpitaux de courte durée, concentration des chirurgiens généraux, concentration de tous les chirurgiens et concentration des médecins) ne peuvent expliquer. L'une des caractéristiques des DSC qui a pu être associée à une certaine partie des variations est le degré d'urbanisation. Pour trois des interventions les plus fréquentes (cholécystectomie, hystérectomie et appen-dicectomie) et pour le remplacement total de la hanche, l'étude a démontré que les taux d'interventions chirurgicales les plus bas étaient liés aux DSC les plus urbains. Ce résultat indique qu'un milieu rural ou une disponibilité plus faible de médecins ou d'hôpitaux ne limite pas pour ces interventions l'accès des patients au système de soins. En accord avec cette conclusion, l'étude a démontré qu'il n'y avait aucun lien entre la fréquence du pontage aorto-coronarien, une intervention effectuée dans les centres urbains et le degré d'urbanisation.

Une bonne partie des variations observées n'a pu être expliquée. Bien que le rôle des critères utilisés par les médecins pour décider d'effectuer ou non une intervention ne puisse être évalué directement par cette étude, ses résultats laissent présumer qu'une part importante des variations est précisément due à des différences dans ces critères.

Quelles qu'en soient les causes, les conséquences de différents taux d'interventions sont considérables et il est important de tenter de définir quels sont les taux qui donnent les meilleurs résultats pour la santé. Les effets sur les ressources sont également importants. Par exemple, si le taux moyen de chaque intervention au Québec était le même que le taux moyen des 4 DSC ayant les taux les plus bas, il y aurait environ 27 000 interventions de moins par année. Si le taux moyen du Québec était égal au taux moyen des DSC métropolitains, il y aurait environ 7 000 interventions de moins par année. La question des variations dans les taux d'interventions chirurgicales est donc importante et mérite une étude plus approfondie.

4. En mars 1994, le *Conseil* publiait une mise à jour sur le **traitement de l'hypertrophie prostatique bénigne par diathermie transurétrale**. Elle peut se résumer comme suit:

En 1993, le *Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec* a émis un Bulletin d'information sur certains traitements non chirurgicaux de l'hyper-trophie prostatique bénigne. Parmi les modalités thérapeutiques étudiées, la thermothérapie transurétrale employant l'appareil Prostatron™ semblait prometteuse. Néanmoins, la fréquence, l'ampleur et la durée de l'amélioration des symptômes apportées par cette intervention n'ayant pu être établies, le *Conseil* avait conclu que la thermothérapie transurétrale devait être considérée encore au stade *expérimental*.

Près de douze mois se sont écoulés depuis la préparation de ce Bulletin d'information. Depuis lors, l'expérience dans l'utilisation de ces traitements s'est grandement accrue et les périodes de suivi se sont prolongées. Suite à la publication du Bulletin d'information, il avait été demandé au *Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec* d'informer le ministre de tous les développements importants susceptibles de modifier le statut de ces techniques. Le *Conseil* a donc revu l'information pertinente publiée depuis le précédent rapport dans le but spécifique de décider si le statut de la diathermie transurétrale devait changer.

Si les résultats initiaux de cette technologie se confirmaient, la diathermie pourrait avoir une influence considérable sur l'utilisation des ressources. Dans la grande majorité des cas, les patients traités par diathermie ne sont pas hospitalisés. Il s'agit d'un traitement externe ne nécessitant pas d'anesthésie. La convalescence d'un patient traité par diathermie est aussi extrêmement réduite. On l'évalue de 7 à 10 jours au maximum, ce qui contraste avec un temps de récupération d'environ 5 à 6 semaines pour une chirurgie prostatique. Tout ceci représente un potentiel de gains considérables par rapport à la pratique actuelle.

De plus, s'il s'avérait que même la moitié des 7

708 patients actuellement traités par prostatectomie transurétrale pouvait être guérie ou soulagée pendant plusieurs années grâce à la diathermie, des gains de santé et économiques considérables pourraient en résulter: en effet, on présume que ces patients restent en moyenne sept jours à l'hôpital, ont un temps opératoire de deux heures et un taux de mortalité postopératoire de 0,3%. Cependant, il faut prévoir que la confirmation de l'efficacité de ce traitement comportant peu de risques entraînera fort probablement une augmentation du nombre de cas référés.

Les conclusions de ce rapport sont les suivantes:

Il reste à démontrer par des études randomisées plus grandes, avec des suivis plus longs, l'ampleur des bénéfices qui peuvent être attendus de ces interventions et à préciser leurs rôles thérapeutiques. Ceci devrait être établi séparément pour chaque type de traitement et d'instrument. De telles études sont actuellement en cours.

Il y a présentement assez de preuves pour conclure que cette technologie peut apporter un certain soulagement à quelques patients souffrant d'une hypertrophie prostatique bénigne. Cependant, de bons résultats ne sont pas toujours atteints, les améliorations sont limitées et leur persistance n'est pas prouvée. Le rôle de la diathermie en comparaison avec d'autres technologies disponibles n'est pas établi.

Le statut de cette technologie se rapproche davantage de la définition d'«*innovatrice*» que de celle d'«*expérimentale*». Selon cette définition, elle doit être employée seulement dans le cadre d'un protocole de recherche, dans un établissement universitaire spécifiquement désigné à cette fin. De plus, il faut souligner que la diathermie est toujours dans une phase d'évolution rapide. Tant que son rôle par rapport aux autres formes de traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate ne sera pas mieux établi, un investissement de ressources dans cette technologie devra être considéré avec prudence.

D- Communications et conférences du Président

D^r Maurice McGregor

Le 13 avril 1993:

The Role of Technology Assessment in Health Services

Kellogg Centre, Hôpital Général de Montréal, Canada.

Les 10-12 mai 1993:

Technology Assessment: Why this new Interest? What it is about? And how it is Used?

Alberta Heritage Foundation for Medical Research, and the Alberta Health, Edmonton et Calgary, Canada.

Le 18 mai 1993:

Technology Assessment: What it can do for me?

Montreal Med-Chi Society, Hôpital Royal Victoria, Montréal, Canada

Du 23 au 26 mai 1993:

Geographic Variations in Surgical Rates in the Province of Quebec.

9^e congrès annuel de l'International Society of Technology Assessment in Health Care (ISTAHC), Sorrento, Italie.

Le 8 juin 1993:

Cost-effectiveness: What's it all about?

Canadian Society of Industrial Pharmacists
Kirkland, Canada.

Le 15 juin 1993:

Interpreting Technology Assessment Reports.

The Canadian Institute, Toronto, Canada.

Le 9 septembre 1993:

Can our Health Care System be Saved? The Role of Technology Evaluation in Light of the Quebec Experience.

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada
Symposium on Health Care Delivery, Vancouver Trade and Convention Centre
Vancouver, Canada.

Le 24 septembre 1993:

Quality Assessment and Technology Assessment

3^e Symposium régional - Office Canadien de Coordination de l'Évaluation des Technologies de la santé (OCCETS)
Confederation Centre of the Arts, Charlottetown, Canada.

Les 21 et 22 octobre 1993:

Can our Health Services be Saved? The Role of Technology Evaluation in Light of the Quebec Experience.

The Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation
Health Sciences Campus, School of Medicine, Winnipeg, Canada.

D^r Renaldo N. Battista

Le 11 janvier 1994

The Impact of Technology Assessment on the Diffusion of Medical Technology: the Canadian Experience.

International Symposium on Technology Assessment in Health Care: From Theory to Practice, Jerusalem, Israel.

Le 15 février 1994

The Impact of the Quebec Health Care Reform on Physician Practice.

The Canadian Society of Industrial Pharmacists Meeting "The Health Care Reform in the Province of Quebec: How Does it Impact the Professional Practice?" Montréal, Canada.

qui s'est tenu à Sorrento (Italie) du 23 au 26 mai 1993, un rapport du *Conseil* concernant les variations géographiques des interventions chirurgicales au Québec a été présenté par le D^r Maurice McGregor, Président du *Conseil*.

E - Publications scientifiques

Archer C, Levy AR, McGregor M. Value of routine preoperative chest x-rays: a meta-analysis. *Can J Anaesth* 1993;40(11):1022-7.

Battista RN, Hodge MJ. Clinical practice guidelines: between science and art. *Can Med Assoc J* 1993;148(3):385-9.

Battista RN. Practice guidelines for preventive care: the Canadian experience. *Br J Gen Pract* 1993;301-4.

Fleurette F, Durieux P, Battista RN, et al. Assessment of screening tests for transfusion - associated non-A non-B hepatitis. *Int J Technol Assess Health Care* 1993;9(4):479-89.

Jacob R, Battista RN. Assessing technology assessment: early results of the Quebec experience. *Int J Technol Assess Health Care* 1993; 9(4):564-72.

Tamblyn RM, Battista RN. Changing clinical practice: which interventions work? *J Contin Educ Health Prof* 1993;13:273-88.

Battista RN. Scienze della salute, decisioni politiche e valutazione delle tecnologie: sta espandendosi il ruolo degli epidemiologi? *Epidemiol Prev* 1994;18:15-21.

Battista RN, Jacob R. Évaluation et régulation du système de santé au Québec. [chapitre 23]. In: Matillon Y, Durieux P. L'Évaluation médicale: du concept à la pratique. Paris: Médecine-Sciences Flammarion, 1994.

Résumé

Au 9^e congrès annuel de l'International Society of Technology Assessment in Health Care (ISTAHC)

McGregor M, Levy AR. **Geographic Variations in Surgical Rates in the Province of Quebec: Predictors and Economic Consequences.** Conférence ISTAHC, mai 1993. Sorrento, Naples, Italie.

III - Arbitres et consultants

Dans sa procédure d'évaluation, le *Conseil* fait appel à des consultants et à des arbitres externes afin d'accroître l'objectivité tant du point de vue scientifique que technique ainsi que la qualité des divers rapports entérinés par les membres du *Conseil*. Ce sont:

- La réutilisation des cathéters à usage unique.

Consultants:

M. Roger Jacob
Direction du génie biomédical
et hospitalier
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
Mme
Patricia Bentolila
Service de génie clinique
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal

Arbitres:

D^r Louis Langis
Hôpital Hôtel-Dieu de Québec

D^r Louis Roy
Hôpital Laval de Québec

D^r Martial Bourassa

Institut de cardiologie de Montréal

- Les coûts de la cholécystectomie conventionnelle, de la cholécystectomie laparoscopique et de la lithotritie biliaire.

Consultants:

D^r Alan N. Barkun
D^r Jeffrey S. Barkun
D^r Jaime J. Caro

Groupe de l'Université McGill pour le traitement des lithiases biliaires.

Arbitres:

D^r Pierre Allard
Centre de recherche
Hôpital du Saint-Sacrement
et Faculté de médecine,
Université Laval, Québec

D^r Hildo Bolley
Hospital Management Research Unit
et Faculté de médecine,
Toronto University

D^r Gérard De Pourville
Centre de Recherche en Gestion
École Polytechnique, Paris, France

D^r A. Mark Fendrick
Faculté de médecine
University of Michigan, U.S.A.

M. Hans Krueger
Clinical Resource Management Support Group,
Vancouver General Hospital et
University of British Columbia, Vancouver.

- Variations dans la fréquence des interventions chirurgicales par région du Québec.

Arbitres:

D^r Pierre Allard
Hôpital du Saint-Sacrement, Québec

D^r Régis Blais
Université de Montréal

D^r Gilles Dussault
Université de Montréal

D^r Mostafa Elhilali
Hôpital Royal Victoria, Montréal

D^r Jonathan Meakins
Hôpital Royal Victoria, Montréal

D^r Klim McPherson
Oxford University, Londres

D^r Noralou Roos
Université du Manitoba

D^r Douglas Tataryn
Université du Manitoba

D^r Eugene Vayda
Université de Toronto

- Traitement de l'hypertrophie prostatique bénigne par diathermie transurétrale: mise à jour 1993

Arbitres:

D^r Mustapha Elhilali
Directeur, Département d'urologie
Hôpital Royal Victoria

D^r Jacques Corcos
Chef, Département d'urologie
Hôpital Général Juif
Université McGill, Montréal

D^r Luc Valiquette
Département d'urologie
Hôpital St-Luc, Montréal

D^r Érik Schick
Directeur, Service d'urologie
Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal

D^r Claude Le May
Institut privé d'urologie de Québec Québec

myringotomie.

Prof. Jean-M. Dubernard
Service d'Urologie et de Chirurgie de la
Transplantation
Hôpital Édouard Herriot, Lyon, France

Prof. Guy Vallancien
Département d'Urologie
Centre Médico-Chirurgical de la Porte de
Choisy, Paris, France

IV - Activités à venir

Certaines études du *Conseil* sont présentement en cours. Elles seront complétées au cours de l'année 1994-1995. En voici la liste:

- Risques de l'exposition professionnelle aux gaz anesthésiques pour la femme enceinte et le foetus.
- Coût-efficacité de la transplantation de la moelle osseuse.
- Le dépistage du glaucome primitif à angle ouvert.
- L'influence de la lithotritie rénale sur l'utilisation des ressources dans le système de santé au Québec.
- Administration d'antibiotiques intra-veineux sur une base ambulatoire: potentiel dans les hôpitaux du Québec.
- Diagnostic prénatal de la trisomie 21 au Québec: situation actuelle et perspectives d'avenir.
- Dépistage du cancer de la prostate.
- La réutilisation des instruments jetables en chirurgie laparoscopique.
- Variations temporelles et géographiques dans les taux d'amygdalectomie, d'adé-noïdectomie et de

V - Les ressources du Conseil

Les ressources financières du *Conseil* pour l'année financière 1993-1994 se sont chiffrées à 800 000 \$.

Le personnel du Secrétariat ayant contribué au fonctionnement du *Conseil*, soit sur une base régulière (à temps complet ou partiel), soit sur une base contractuelle (périodes limitées ou à temps partiel), est le suivant:

Directeur:

M. Jean-Marie R. Lance, M.Sc.

Note: Cette fonction remplace celle de Secrétaire général occupée par:

- Mme Suzanne Couët, M.Sc.
(période de 6 mois)
- M. Robert Jacob, M.Sc.
(intérim)

Chercheurs consultants:

M. Jean-François Boivin, m.d.
M. James Hanley, m.d.
Mme Huguette Demers, m.d.
M. Maurice McGregor, m.d.

Agents de recherche:

Mme Chantal Archer, m.d.
M. Adrian Levy, M.Sc.
Mme Evelinda Trindade, m.d.
Mme Marie Valois, M.Sc.

Bibliothécaire:

Mme Suzanne Tremblay, M.B.S.I.

Agentes de secrétariat:

Mme Jacqueline Fiola
Mme Hélène Piché
Mme Janine Ragi-Kreidi

Stagiaires:

Lise de Courval et Sophie Paiement
Étudiantes en techniques de la documentation
(période d'un mois).

Contrats de recherche:

1) Hôpital St-Sacrement de Québec

Étude: Réutilisation des instruments à usa-ge unique en chirurgie laparos-copique.

2) London Hospital, Ontario

Étude: Imagerie de résonance magnétique: comparaison des images et des coûts en employant des instruments de 0,5T et 1,5T.

3) Centre de recherche clinique du Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke

Étude: Évaluation de l'impact de l'information des coûts sur les demandes de services diagnostiques.
(étude préliminaire)

4) D^r Jaime Caro
Caro Research
Lincoln, Massachusetts

Étude: Coût-efficacité de la greffe de moelle osseuse.

5) D^r Alaa Meshref
(Hôpital Royal Victoria)

Étude: Dépistage du cancer de la prostate.

6) D^r Wilber Deck
(Hôpital général de Montréal)

Étude: Diagnostic prénatal de la trisomie 21 au Québec: situation actuelle et perspectives d'avenir.

ANNEXE

Publications du Conseil:

1. Mandat et fonctionnement.
(disponible en anglais).
2. Distribution des laboratoires de cathétérisme cardiaque au Québec. 1989.
(résumé disponible en anglais).
3. L'oxygénothérapie à long terme à domicile pour les malades atteints d'insuffisance respiratoire chronique. 1989.

(résumé disponible en anglais).
4. Imagerie par résonance magnétique. 1989.
(résumé disponible en anglais).
5. Le traitement de l'apnée obstructive du sommeil par une pression positive continue par voies nasales. 1990.
(rapport disponible en anglais).

6. Comparaison des opacifiants à basse osmolarité et à haute osmolarité. 1990. (rapport disponible en anglais).
 7. Lithotritie extracorporelle rénale et biliaire. 1990. (résumé disponible en anglais).
 8. Dépistage du cancer du sein au Québec: estimations des coûts et des effets sur la santé et annexes (les documents de référence 1 et 2). 1990. (rapport disponible en anglais).
 9. L'ECMO: son efficacité et sa rentabilité au Québec. 1990. (rapport disponible en anglais).
 10. L'accès aux opacifiants à basse osmolarité: considérations juridiques et morales. 1990. (rapport disponible en anglais).
 11. La réutilisation des hémodialyseurs: efficacité, sécurité, coûts. 1991. (résumé disponible en anglais).
 12. La transplantation au Québec. Rapport préliminaire sur l'efficacité, les coûts et les caractéristiques organisationnelles et les documents d'appui 1 à 7. 1991. (rapport abrégé disponible en anglais).
 13. Examens radiographiques pulmonaires systématiques préopératoires. 1991. (rapport disponible en anglais).
 14. La réutilisation des cardiostimulateurs permanents. 1991. (rapport disponible en anglais).
 15. La transplantation cardiaque au Québec: le taux de survie, les coûts et le rapport coût-efficacité. 1992. (rapport disponible en anglais).
 16. Utilisation des chlorofluorohydrocarbures [fréon, CFC] dans certaines procédures de stérilisation dans les hôpitaux québécois. 1992. Bulletin d'information. (rapport disponible en anglais).
 17. Greffe de moelle osseuse: état de la question. 1992. (disponible en anglais).
 18. Comparaison des opacifiants à basse osmolalité et haute osmolalité. - Mise à jour 1992. (résumé disponible en anglais).
 19. Les coûts de la cholécystectomie conventionnelle, de la cholécystectomie laparoscopique et de la lithotritie biliaire. 1993 (rapport disponible en anglais)
 20. Les défibrillateurs cardiaques implan-tables (DCI): bulletin d'information. 1992 (rapport disponible en anglais).
 21. Le traitement par diathermie et dilatation par ballonnet de l'hypertrophie bénigne de la prostate. 1993. (rapport disponible en anglais).
 22. Le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans. 1993. (rapport disponible en anglais).
 23. La réutilisation des cathéters à usage unique. 1993. (rapport disponible en anglais).
 24. Variations dans la fréquence des interventions chirurgicales par région du Québec. 1993. (rapport disponible en anglais).
 25. Traitement de l'hypertrophie prostatique bénigne par diathermie transurétrale: mise à jour. 1993. (rapport disponible en anglais).
-

Toutes les publications du *Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec* sont disponibles au:

Secrétariat du *Conseil*,
800, Tour de la Place Victoria
Bureau 42.05 - Boîte postale 215
Montréal, Québec
H4Z 1E3

Téléphone: (514) 873-2563
Télécopieur: (514) 873-1369