

# Rapport d'activités

1<sup>er</sup> avril 1994  
au  
31 mars 1995

Dépôt légal - 1995  
Bibliothèque nationale du Québec  
National Library of Canada

ISBN 2-550-24705-1

**Comment citer ce document :**

Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (CETS). Rapport d'activités: 1994-1995. Montréal : CETS, 1995, 40p.

Montréal, le 7 juillet 1995

D<sup>r</sup> Jean Rochon  
Ministre  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
1075, chemin Ste-Foy, 15<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1S 2M1

Monsieur le Ministre,

Au nom des membres du *Conseil d'évaluation des technologies de la santé*, je suis heureux de vous transmettre notre rapport d'activités pour l'exercice financier 1994-1995. Cette année en a été une de transition rapide au *Conseil* puisque la nouvelle structure du CETS a été mise en place en janvier 1994. Nos activités de recrutement nous ont permis de stabiliser le Secrétariat, d'abord avec l'engagement de personnel permanent, soit des agents de recherche, une adjointe administrative, une secrétaire de direction, une agente de secrétariat et, ensuite, avec le recours sur une base plus régulière à des chercheurs consultants. Ainsi, nous avons pu retrouver une masse critique de chercheurs. De plus, le D<sup>r</sup> Jean R. Joly, microbiologiste et épidémiologue de l'Hôpital du Saint-Sacrement à Québec, a été nommé membre du *Conseil*.

Cependant, ces changements majeurs au niveau de l'organisation du *Conseil* n'ont pas affecté sa capacité de production puisque quatre rapports d'évaluation et deux documents de suivi ont été complétés et diffusés. Huit autres projets sont en cours et devraient faire l'objet de publications en 1995-1996. D'autres projets d'études, d'enquêtes ou de suivis et plusieurs études exploratoires ont complété notre agenda de travail. Enfin, nous examinons d'autres sujets potentiels d'études dans les domaines suivants : la génétique, les services ambulatoires, l'utilisation des médicaments chez les personnes âgées, la santé mentale et les médecines douces.

Les activités de diffusion de l'information produite par le *Conseil* occupent une place de choix dans nos activités et nous nous proposons de les intensifier. A ce titre, le rayonnement du *Conseil* se traduit par les publications scientifiques qui en émanent et par la participation du Président et des membres du conseil ainsi que du directeur et des chercheurs à plusieurs conférences et séminaires sur la scène québécoise, canadienne et internationale.

De plus, le *Conseil* a intensifié ses démarches en vue de créer des liens de collaboration avec les milieux de recherche québécois et d'autres partenaires oeuvrant dans le système de santé. Ainsi, le *Conseil* a participé à la création d'un groupe de travail sur les guides de pratiques cliniques qui permet de rassembler à une même table les principaux organismes professionnels médicaux ainsi que les deux organismes conseils les plus concernés (*Conseil médical du Québec* et *Conseil d'évaluation des technologies de la santé*). Une autre initiative du *Conseil* a été d'amorcer une réflexion sur l'utilisation des banques de données et le problème de

la confidentialité en réunissant les représentants du Fonds de la recherche en santé du Québec, du Conseil québécois de la recherche sociale, du Conseil des Aînés, du Conseil de la santé et du bien-être, du Conseil des aides technologiques, du Conseil médical, du Conseil consultatif de pharmacologie et du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette réflexion nous a permis d'engager des démarches concrètes auprès de la Commission d'accès à l'information pour en arriver à des solutions adéquates.

Enfin, le *Conseil* est à élaborer un plan de communication qui visera à augmenter davantage la diffusion de ses rapports auprès des acteurs du système de santé et auprès du public. De plus, le *Conseil* est à mettre en place un mécanisme de suivi continu pour mesurer et baliser les diverses formes d'influence qu'exerce le *Conseil* dans le système de santé du Québec.

La culture de l'évaluation a pris beaucoup d'expansion depuis les dernières années et le Québec est certainement en tête de file sur la scène internationale. Des liens étroits de collaboration ont été établis avec l'Office canadien de coordination d'évaluation des technologies de la santé (OCCETS) et d'autres organismes d'évaluation des technologies de la santé oeuvrant dans différentes provinces canadiennes. Le *Conseil* est membre de l'International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) et possède une visibilité importante au sein de l'International Society of Technology Assessment in Health Care (ISTAHC). Des liens de collaboration ont également été établis avec des agences d'évaluation en France, en Catalogne, au Pays-Basque, en Italie et en Suède.

Enfin, le *Conseil* accueille régulièrement des visiteurs d'autres pays intéressés au modèle québécois d'évaluation des technologies de la santé.

Je puis vous assurer qu'un haut niveau d'enthousiasme et de détermination règnent parmi les membres du *Conseil* et le personnel de son Secrétariat. Tous sont convaincus du rôle que le *Conseil* doit jouer en cette période de choix difficiles.

J'apprécie grandement le support que vous nous avez toujours manifesté et vous prie, monsieur le Ministre, d'accepter l'expression de ma plus haute considération.

Le Président,

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

## TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Partie I	
<i>Le Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec</i>	
Le mandat	11
Le mode de fonctionnement	12
La procédure d'évaluation	13
Les membres du <i>Conseil</i>	15
Le Secrétariat	16
Partie II	
<i>Les activités du Conseil</i>	
Nouveau membre	17
Séances du <i>Conseil</i>	17
Production de rapports d'évaluation et de documents de suivi	17
Études en cours	23
Publications scientifiques	28
Conférences et séminaires	29
Activités de diffusion et de coopération	32
Activités de développement et de support	35
Les ressources de production du <i>Conseil</i>	37



## *INTRODUCTION*

Ce rapport, divisé en deux grandes parties, présente les faits saillants relatifs aux activités du *Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec* pour l'année 1994-1995.

La première partie donne de l'information générale sur le *Conseil*, son mandat, son mode de fonctionnement, ses membres et son Secrétariat.

La deuxième partie, intitulée *Les activités du Conseil en 1994-1995*, fait le bilan scientifique de cette période. Il fait, entre autres, état des travaux complétés ou de ceux qui sont en cours et présente un relevé des publications, conférences et séminaires qui ont assuré son rayonnement scientifique. De plus, on y retrouve quelques pages sur les activités de diffusion et de coopération sur la scène québécoise, canadienne et internationale. Enfin, quelques autres éléments d'informations sont donnés sur les ressources de production du *Conseil*.



## *Le Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec*

**L**e *Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec* a été créé par le Gouvernement du Québec afin de promouvoir et de supporter l'évaluation des technologies de la santé. Il est formé d'experts indépendants chargés de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux sur l'introduction, la diffusion et l'utilisation des technologies dans le système de santé québécois. Le *Conseil* se compose de 12 membres.

Le *Conseil* fut constitué par Décret en janvier 1988 pour une période de quatre ans. La prolongation de son mandat, au-delà de cette période, dépendait d'une appréciation positive de son rendement. Puisque celle-ci fut confirmée par une évaluation externe réalisée par la firme Price-Waterhouse, un nouveau décret en date du 15 janvier 1992 renouvelait le mandat du *Conseil* sans limite de temps. Il est appuyé par un Secrétariat ayant pour fonction d'offrir le soutien administratif, professionnel et technique requis pour la réalisation de ces travaux.

### LE MANDAT

**L**e mandat du *Conseil* a deux volets. Le premier volet 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, d'en diffuser les résultats et de favoriser leur utilisation dans les décisions de tous les intervenants impliqués dans la diffusion de ces technologies ».*

Un deuxième volet est plus spécifiquement tourné vers le ministre de la Santé et des Services sociaux en tant que responsable de la politique de la santé du Québec. Il consiste à :

*« Conseiller le 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, sécurité, coût, leurs impacts sur le système de santé ainsi que leurs implications économiques, éthiques et sociales ».*

« La technologie de la santé englobe non seulement l'ensemble des instruments, appareils, médicaments et procédures utilisés dans la prestation de services de santé, mais également les techniques de soutien assurant l'infrastructure de la production des soins, l'informatique et l'organisation des systèmes de santé »<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup>Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. 1988.

Le rôle du *Conseil* dans le système de santé québécois s'exerce en tant que producteur d'informations spécialisées sur les technologies médicales et en tant que promoteur d'une culture de l'évaluation. Les informations spécialisées sont des évaluations produites à la demande du ministre, de partenaires du réseau de la santé ou sous l'initiative du *Conseil* et s'adressent à des décideurs et des intervenants spécifiques. La promotion de l'évaluation se fait auprès de la population, des professionnels de la santé, des associations, des centres hospitaliers, des régies régionales, des autres organisations du secteur de la santé et du ministère de la Santé et des Services sociaux.

## MODE DE FONCTIONNEMENT

L'assemblée du *Conseil* a pour responsabilités de :

### 1) Définir les orientations

- Déterminer les technologies devant faire l'objet de travaux d'évaluation.
- Préciser les questions à aborder dans l'étude de ces technologies.
- Choisir l'approche évaluative à utiliser pour réaliser ces évaluations.

### 2) Statuer sur les contenus

- Garantir la rigueur scientifique, la pertinence et la qualité des travaux.
- Entériner le contenu final des rapports d'évaluation.

### 3) Diffuser les résultats des évaluations

- Approuver les stratégies de diffusion des rapports et autres documents du *Conseil*.
- S'assurer de l'utilisation des informations évaluatives par les décideurs et autres intervenants du réseau de la santé.

Le *Conseil* favorise la participation de divers intervenants externes. Cette approche permet de tirer profit d'une expertise importante et donne plus de flexibilité au *Conseil* dans l'accomplissement de son mandat.

## LA PROCÉDURE D'ÉVALUATION

Les études du *Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec* évoluent selon les étapes suivantes. L'importance de chaque étape dépendra de la technologie évaluée.

### Étape 1 - *La consultation*

En plus des évaluations demandées par le ministre de la Santé et des Services sociaux, le *Conseil* demande régulièrement à des administrateurs et à des professionnels de la santé ainsi qu'à d'autres intervenants, de proposer des sujets qui pourraient faire l'objet d'une évaluation. Le personnel de recherche du Secrétariat informe les membres du *Conseil* de toute demande d'évaluation d'une technologie, en présentant une analyse préliminaire de la question afin d'en déterminer la pertinence.

### Étape 2 - *La sélection des études*

Le *Conseil* accorde la priorité aux sujets d'étude possédant certaines caractéristiques, notamment :

- la possibilité d'un impact significatif sur la santé;
- une grande variation dans la fréquence d'utilisation;
- un doute raisonnable que cette technologie est surutilisée ou sous-utilisée;
- la probabilité que le résultat d'une évaluation influence le processus décisionnel au niveau du gouvernement, des régions régionales, des hôpitaux, des professionnels de la santé ou de la population en général;
- la probabilité qu'une évaluation reste pertinente pendant un certain temps;
- le coût élevé d'acquisition et d'utilisation de la technologie.

Dans les cas de technologie récente ou en pleine évolution, le *Conseil* peut autoriser la préparation d'un «Bulletin d'information». Ce document n'est pas une évaluation formelle mais plutôt une synthèse de l'information pertinente, préparée en réponse à une demande précise.

### Étape 3 - *La préparation d'un rapport*

Après avoir sélectionné les sujets de recherche, les membres du *Conseil* décident si l'étude sera menée par le personnel de recherche du Secrétariat, des chercheurs consultants ou par des intervenants externes. Un groupe de travail, composé de 2 à 4 membres du *Conseil*, est nommé afin de superviser l'étude et la production du rapport.

Les travaux de recherche s'appuient toujours sur le rassemblement exhaustif de la littérature scientifique pertinente ainsi que sur sa revue critique ou méta-analyse. Quelquefois, les carences d'information obligent à élaborer des modèles pour estimer les paramètres clés de la situation épidémiologique inhérente à la technologie étudiée ou son utilisation. Cette analyse est toujours complétée ou validée par un examen de la situation québécoise à l'aide des fichiers d'hospitalisation (Med-Écho), des services médicaux ou de tout autre fichier pertinent ainsi que des données de population. Enfin, ces travaux se terminent toujours par des conclusions rigoureuses ou par des recommandations.

#### **Étape 4 - Les lecteurs externes**

Une version préliminaire du document est soumise à des lecteurs externes, choisis pour leurs connaissances et leur expertise spécifiques. Ils s'assurent de la rigueur méthodologique et scientifique du rapport. Le groupe de travail reçoit les commentaires de ces lecteurs, modifie le rapport au besoin, et peut, le cas échéant, soumettre à nouveau le document aux lecteurs externes.

#### **Étape 5 - L'approbation officielle**

Avant l'approbation, les membres du *Conseil* consultent des experts afin de s'assurer de la grande qualité de tous les aspects du rapport et des évaluations des lecteurs externes. Lorsqu'ils sont convaincus de la qualité de tous les aspects, les membres du *Conseil* approuvent le rapport.

#### **Étape 6 - La diffusion**

Après son approbation officielle, le rapport est transmis au ministre de la Santé et des Services sociaux afin qu'il en prenne connaissance. Il est rendu public 45 jours plus tard par le *Conseil* et s'adresse surtout aux décideurs concernés par le sujet évalué.

Il est également transmis à l'Office Canadien de Coordination pour l'Évaluation des Technologies de la Santé (OCCETS) et à ses membres ainsi qu'à d'autres organismes qui évaluent des technologies ailleurs au Canada et à l'étranger. La diffusion d'un rapport est habituellement suivie de conférences, de rencontres professionnelles et de publications dans des revues scientifiques.

## LES MEMBRES DU CONSEIL

Le *Conseil* est constitué d'un maximum de douze membres et la durée de leur mandat est de deux ans avec une possibilité de renouvellement. Les membres sont nommés par décret sur la recommandation du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Puisque la composition du *Conseil* doit refléter les différentes perspectives de l'évaluation des technologies de la santé, les membres sont choisis sur la base de leur expertise dans leur champ de compétence respectif. Les aspects fondamentaux de l'évaluation des effets bénéfiques et indésirables de la technologie sont représentés par des cliniciens de différentes spécialités médicales et des chercheurs en épidémiologie clinique. Plusieurs évaluations abordent des aspects techniques ou infirmiers, auxquels des membres experts en génie biomédical, en biophysique, en sciences infirmières ou en d'autres disciplines appropriées apportent un éclairage déterminant. Enfin, des membres experts dans les questions économiques, sociales, bioéthiques ou légales contribuent à assurer que les évaluations soient les plus complètes possibles.

Au 31 mars 1995, les membres du Conseil étaient :

**Dr Renaldo N. Battista, Président**  
Médecin épidémiologue  
Université McGill

**Dr Martial Bourassa**  
Médecin spécialiste  
Institut de cardiologie de Montréal

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

**Dr Raymonde Chartrand**  
Médecin spécialiste en médecine nucléaire  
Hôpital Saint-Luc (Montréal)

**Dr J. Richard Clermont**  
Médecin spécialiste  
Hôtel-Dieu de Montréal

**Mme Denise Couture**  
Sociologue  
Université de Montréal

**Dr Luc Deschênes**  
Médecin spécialiste en chirurgie générale  
Hôpital du Saint-Sacrement (Québec)

**M. Claude Forget**  
Économiste  
l'Éléglobe Canada (Montréal)

**M. Roger Jacob**  
Ingénieur biomédical  
Hôpital du Sacré-Coeur (Montréal)

**Dr Jean Joly**  
Médecin spécialiste en microbiologie et épidémiologie  
Hôpital du Saint-Sacrement (Québec)

**Mme Suzanne Nootens**  
Juriste  
Faculté de droit, Université de Sherbrooke

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

## LE SECRÉTARIAT

Le *Conseil* s'appuie sur un Secrétariat formé de personnel régulier de la Fonction publique québécoise. Ce personnel contribue de façon importante à la préparation des rapports d'évaluation et autres documents du *Conseil* et, de façon générale, offre tout le soutien administratif, professionnel et technique nécessaire à la réalisation du mandat du *Conseil*. Un budget de recherche permet aussi au *Conseil* de bénéficier de l'apport de chercheurs consultants et de collaborateurs qui travaillent sur place à la réalisation de rapports et d'études.

Durant la période couverte par le présent rapport, les ressources humaines du Secrétariat se composaient de:

<b>Le personnel régulier au 31 mars:</b>	
<p><b>M. Jean-Marie R. Lance</b> Directeur du <i>Conseil</i> Économiste</p> <p><b>Mme Arlene Murray</b> Adjointe administrative</p> <p><b>Mme Suzanne Tremblay</b> Bibliothécaire</p>	<p><b>Mme Chantal Archer</b> <b>M. Guy Régnier</b> <b>Mme Irina Tsarevsky</b> Agents de recherche</p> <p><b>Mme Joanne Dubois</b> Secrétaire de direction <b>Mme Diane Mercier</b> Agente de secrétariat</p>
<b>Les chercheurs consultants et collaborateurs:</b>	
<p><b>Dr Jean-François Boivin</b> <b>Dr James Brophy</b> <b>M. James Hanley</b> <b>Mme Pascale Lehoux</b></p>	<p><b>M. Adrian Levy</b> <b>Dr Maurice McGregor</b> <b>Mme Pieternel Pasker-de-Jong</b> <b>M. George Tombs</b></p>
<b>Au cours de l'année, les personnes suivantes ont occupé l'un des postes réguliers durant une période limitée :</b>	
<p><b>M. Marco Caron</b> <b>Mme Jacqueline Fiola</b></p>	<p><b>Mme Chantal Merlet</b> <b>Mme Janine Ragi-Kreidi</b></p>

## Les activités du *Conseil* en 1994-1995

### NOUVEAU MEMBRE

Au cours de cette année, le *Conseil* a accueilli un nouveau membre en la personne du Docteur Jean R. Joly, microbiologiste et épidémiologue, directeur du Centre de recherche de l'Hôpital du Saint-Sacrement (Québec).

### 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 5 mai, 30 juin, 23 septembre, 11 novembre 1994, ainsi que les 3 février et 31 mars 1995. De plus, les membres des groupes de travail ont assisté à quelques réunions supplémentaires afin d'étudier de façon approfondie les différents projets de rapports élaborés par le *Conseil*.

### PRODUCTION DE RAPPORTS D'ÉVALUATION ET DE DOCUMENTS DE SUIVI

Le *Conseil* a publié et diffusé au cours de cette année quatre rapports d'évaluation. Ceux-ci ont été déposés au cabinet du ministre de la Santé et des Services sociaux et ont fait l'objet de la diffusion habituelle, tout en ciblant les intervenants les plus concernés par ces dossiers. Les titres de ces rapports sont:

- L'introduction de la cholécystectomie laparoscopique au Québec: effets sur les taux d'intervention et sur l'utilisation des ressources.
- Effets de la lithotritie à ondes de choc extracorporelles sur l'utilisation des ressources dans le système de santé du Québec.
- Impact du *Règlement sur les substances appauvrissant la couche d'ozone* sur la réutilisation des instruments à usage unique.
- Le dépistage du glaucome primitif à angle ouvert.

En outre, le *Conseil* a préparé deux documents de suivi qui ont permis d'apprécier l'impact de rapports précédents produits par le *Conseil*. Ces deux documents ont été diffusés auprès des décideurs concernés, soit les directeurs de services professionnels et les chefs en radiologie des centres hospitaliers.

- Examens radiographiques pulmonaires systématiques préopératoires: un suivi.
- Utilisation des opacifiants au Québec: un suivi.

Dans les pages qui suivent, chacun de ces rapports d'évaluation et documents de suivi fait l'objet d'une brève description des principaux objectifs poursuivis, de la méthodologie employée et des résultats et conclusions. En outre, on identifie les auteurs ayant oeuvré à la préparation de ces textes ainsi que les lecteurs externes consultés dans le cas des rapports d'évaluation.

*L'introduction de la cholécystectomie laparoscopique au Québec:  
effets sur les taux d'intervention et sur l'utilisation des ressources*

**Objectifs**

- Examiner les effets de l'introduction de la cholécystectomie laparoscopique sur les taux d'intervention au Québec.
- Documenter les effets de cette technologie sur les coûts des services de santé.

**Méthodologie**

- Revue de la littérature.
- Analyse des données sur le nombre annuel et les taux standardisés de cholécystectomies pratiquées au Québec extraites de la banque de données sur les hospitalisations (MED-ÉCHO).
- Utilisation des coûts estimés en 1993 pour la cholécystectomie conventionnelle (3195 \$) et la cholécystectomie laparoscopique (2889 \$) dans un rapport précédent du *Conseil*.

**Résultats et conclusions**

- Avant l'introduction de la cholécystectomie laparoscopique en 1989-1990, les taux de cholécystectomie diminuaient. Cependant, depuis cette année-là, les taux ont grimpé de manière constante. Le même phénomène a été observé pour l'ensemble du Canada, en Australie et dans différents États américains.
- La hausse des taux est tellement importante qu'il s'en est suivi une augmentation des coûts directs pour le système de santé québécois. Ainsi, l'introduction d'une technologie efficace possédant un coût unitaire moins élevé est en fait responsable d'une augmentation du fardeau financier.
- Il est important de démontrer qu'une telle augmentation dans les taux d'intervention s'accompagne d'une preuve d'avantages accrus pour la santé et, à cet égard, les spécialistes dans ce domaine devraient examiner si l'élargissement des indications est approprié.

**Lecteurs externes**

**Paul Belliveau**, Secrétaire, Association des chirurgiens généraux du Québec  
**A. Mark Fendrick**, Department of Internal Medicine, The University of Michigan Medical Center  
**Jonathan Meakins**, Département de chirurgie, Hôpital Royal Victoria, Montréal

**Auteurs**

**Adrian Levy**  
**Maurice McGregor**

*Effets de la lithotritie à ondes de choc extracorporelles sur l'utilisation des ressources dans le système de santé du Québec*

**Objectif** • Mesurer les effets de l'introduction (1985-1988) de la lithotritie extracorporelle (LEXC) sur l'utilisation des ressources du système de santé du Québec (coûts et jours d'hospitalisation).

**Méthodologie** • Extraction des données sur les interventions et les jours d'hospitalisation à partir des banques de données de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) et celle sur les hospitalisations du Québec (MED-ÉCHO).  
 • Estimation des nombres d'intervention pour traiter les lithiases biliaires par intervention chirurgicale par voie ouverte, par intervention percutanée, par cathétérisation rétrograde et par lithotritie à ondes de choc extracorporelles.  
 • Évaluation des tendances dans l'utilisation des ressources liées aux changements dans la fréquence et la répartition des interventions.

**Résultats et conclusions** • La LEXC a réduit considérablement les coûts de traitement des lithiases rénales par patient en raison de la diminution du séjour moyen d'hospitalisation et du fait que plusieurs patients ont été traités en chirurgie d'un jour.  
 • Par contre, il ne semble pas y avoir eu de réduction au niveau de l'ensemble des coûts de traitement des lithiases rénales au Québec. La principale raison en est que le nombre d'individus traités a augmenté considérablement durant la période analysée, soit de 58% entre 1984 et 1992.  
 • On ne sait pas si l'accroissement dans les taux d'interventions est bien justifié: il pourrait être approprié si la disponibilité de cette nouvelle technique non invasive permet de traiter avec moins de risques des patients qui ne pouvaient ou ne voulaient l'être auparavant, mais il pourrait être remis en question si l'on traite plus de personnes ne présentant aucun symptôme. Il est suggéré que les urologues revoient les lignes directrices à cet égard.  
 • Enfin, nous constatons un important transfert des clientèles pour le traitement des calculs rénaux et urétéraux des hôpitaux sans lithotriteur vers les hôpitaux ayant cet équipement. Toutefois, les ressources budgétaires de l'un ou l'autre groupe n'ont pas été modifiées en conséquence.

**Lecteurs externes** **Mostafa Elhilali**, Service d'urologie, Hôpital Royal Victoria, Montréal  
**Gordon Fox**, Service d'anesthésie, Hôpital Royal Victoria, Montréal  
**Gilles Gaudet**, Services financiers, Hôpital Royal Victoria, Montréal  
**John Oliver**, Département d'urologie, Hôpital Royal Victoria, Montréal  
**Gérard de Pouvourville**, Département d'urologie, Hôpital National de Saint-Maurice, France  
**Noralou Roos**, Department of Community Health Services, University of Manitoba, Winnipeg  
**Lee Soderstrom**, Département de sciences économiques, Université McGill Montréal  
**Luc Valiquette**, Département d'urologie, Hôpital Saint-Luc, Montréal

**Auteurs** **Adrian R. Levy**  
**Maurice McGregor**

**Impact du Règlement sur les substances appauvrissant la couche d'ozone sur la réutilisation des instruments à usage unique**

- Objectifs**
- Rendre compte des changements dans les méthodes de stérilisation, soit le remplacement nécessaire du stérilisant constitué d'un mélange d'oxyde d'éthylène (OE) et de chlorofluorocarbure (CFC), qu'entraîne la mise en vigueur au 1er avril 1995 du *Règlement sur les substances appauvrissant la couche d'ozone*.
  - Présenter l'état des connaissances actuelles sur l'efficacité des méthodes de stérilisation pour les instruments à usage unique, et plus spécifiquement, pour les cathéters cardiaques et les cardiostimulateurs.

- Méthodologie**
- Revue de la littérature.
  - Consultation d'experts.

- Résultats et conclusions**
- Les nouvelles technologies au plasma semblent prometteuses pour stériliser le matériel médical courant, mais sont inefficaces, pour l'instant, pour stériliser des cathéters-ballons à usage unique qui sont réutilisés. En revanche, ces mêmes tests ont produit des résultats encourageants avec de l'oxyde d'éthylène pur (OE).
  - Aucune donnée rigoureuse ne permet de statuer sur l'efficacité du mélange oxyde d'éthylène/dioxyde de carbone, oxyde d'éthylène/hydrochlorofluorocarbures (OE/CFC) ou du glutaraldéhyde pour stériliser les cathéters cardiaques. Il y aurait lieu de soumettre ces trois procédés aux mêmes genres d'épreuves que celles subies par les technologies au plasma et par l'OE pur.
  - Quant aux cardiostimulateurs, aucune des technologies envisagées actuellement pour remplacer l'OE/CFC dans les services de stérilisation des hôpitaux n'a encore été mise à l'essai pour vérifier leur efficacité à les stériliser pour des fins de réutilisation.
  - Les centres hospitaliers sont donc mis en garde contre les risques d'extrapoler les conclusions émises dans les rapports précédents du Conseil sur la réutilisation à toute pratique reposant sur une méthode de stérilisation autre que l'OE/CFC. Cette mise en garde s'applique aussi aux autres instruments à usage unique à géométrie complexe ou comportant une fine lumière intérieure.

**Lecteurs externes**

**Martial Bourassa**, Institut de cardiologie de Montréal  
**Raymond Carrier**, Hôpital Notre-Dame, Montréal  
**Ginette Hébert**, Institut thoracique de Montréal  
**Roger Jacob**, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal  
**Robert Jacob**, Ministère de la Santé et des Services sociaux  
**Louise P. Jetté**, Laboratoire de Santé Publique du Québec  
**Hélène Julien**, Ministère de la Santé et des Services sociaux  
**Maurice McGregor**, Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec

**Auteur** **Guy Régnier**

**Ressources contractuelles** **Laboratoire de santé publique du Québec**, *Évaluation microbiologique de la stérilisation à l'oxyde d'éthylène et au plasma*.  
**Dr L'Hocine Yahia**, Institut de génie biomédical, École Polytechnique de Montréal  
*Rapports d'expertise sur les méthodes alternatives de stérilisation au gaz.*

*Le dépistage du glaucome primitif à angle ouvert*

- Objectifs**
- Évaluer la pertinence d'un programme formel de dépistage pour la détection précoce et le traitement du glaucome et de la pression intra-oculaire élevée.
  - Évaluer les coûts et l'efficacité d'un tel programme.

- Méthodologie**
- Revue détaillée de la littérature sur l'épidémiologie du glaucome et de la pression intra-oculaire élevée, les tests diagnostiques requis et l'efficacité du traitement du glaucome.
  - Élaboration d'un modèle pour évaluer l'efficacité d'un programme de dépistage, incluant les activités de suivi et de traitement ainsi que les coûts.
  - Analyse de sensibilité des rapports coût-efficacité
  - Analyse du niveau actuel (résultats et coûts) des activités consacrées au diagnostic et traitement du glaucome au Québec.

- Résultats et conclusions**
- Comparé à d'autres bienfaits potentiels pour la santé qui pourraient être atteints avec les mêmes ressources, un programme de dépistage du glaucome primitif à angle ouvert représente une option coûteuse selon les rapports coût-efficacité estimés, même si elle se limite aux personnes de 65 à 79 ans. Ces rapports sont plus élevés pour une population cible élargie de 40 à 79 ans.
  - Au-delà de la considération des estimations de rapports coût-efficacité, la mise en oeuvre d'une politique de santé impliquant l'investissement de ressources publiques devrait être fondée sur un niveau de certitude élevé. À cause du niveau d'incertitude actuel quant à l'estimation de ses bienfaits et en raison de son coût élevé, les analyses ne soutiennent pas l'instauration d'un programme formel de dépistage au Québec.
  - Compte tenu qu'il existe un niveau important d'activités diagnostiques qui mènent à la détection précoce de la pression intra-oculaire élevée ou du glaucome, il semble inopportun de recommander la cessation de ces activités.
  - Cependant, il faut continuer à restreindre ces activités de dépistage au groupe des 65 ans et plus, tout en s'assurant de leur qualité; par ailleurs, les tests de dépistage ne devraient pas être administrés plus fréquemment qu'aux trois ans et ne pas inclure, dans les tests initiaux, la périmétrie.

- Arbitres**
- Marcel Amyot**, Département d'ophtalmologie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal
- Jean-Louis Anctil**, Département d'ophtalmologie, Université Laval, Québec
- Gordon Balaszi**, Département d'ophtalmologie, Hôpital Royal Victoria, Montréal
- Alain Béchettille**, Service d'ophtalmologie, Centre hospitalier universitaire d'Angers, France
- Hélène Boisjoly**, Département d'ophtalmologie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal
- Jaime Caro**, Caro Research, Lincoln, Massachusetts
- Gilles Côté**, Département d'ophtalmologie, Université Laval, Québec
- Jacques Gresset**, École d'optométrie, Université de Montréal
- Cristina Leske**, Department of Preventive Medicine, State University of New York at Stony Brook

- Auteurs**
- Jean-François Boivin**  
**Maurice McGregor**

*Examens radiographiques pulmonaires systématiques préopératoires: un suivi*

<b>Objectif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluer l'impact du rapport « Examens radiographiques pulmonaires systématiques préopératoires » produit par le <i>Conseil</i> en 1991 sur la pratique hospitalière.</li> </ul>
<b>Méthodologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un questionnaire a été distribué à 118 hôpitaux de soins de courte durée pratiquant la chirurgie générale (les établissements spécialisés en pneumologie et en cardiologie étaient exclus).</li> </ul>
<b>Résultats et conclusions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des 110 hôpitaux ayant répondu au questionnaire, 55 maintenaient toujours la politique de pratiquer une radiographie pulmonaire systématique préopératoire au moment du rapport du <i>Conseil</i> en 1991. Cinquante-deux d'entre eux ont abandonné cette politique entre 1991 et 1994 dont 41 (soit 79%) ont reconnu que le rapport du <i>Conseil</i> avait influencé leur changement de politique.</li> <li>Seulement trois des hôpitaux ayant répondu au questionnaire ont dit conserver une politique de pratique de radiographies pulmonaires systématiques préopératoires.</li> </ul>
<b>Auteurs</b>	<p>Chantal Archer Maurice McGregor</p>

*Utilisation des opacifiants au Québec: un suivi*

<b>Objectif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluer l'impact du rapport « Comparaison des opacifiants à basse osmolarité et à haute osmolarité » produit par le <i>Conseil</i> en 1992 sur l'utilisation des opacifiants au Québec.</li> </ul>
<b>Méthodologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un questionnaire fut envoyé à 102 hôpitaux au Québec à qui on demandait les volumes d'opacifiants à haute osmolarité et d'opacifiants à basse osmolarité utilisés en radiologie générale et cardiaque en 1990-1991 et 1992-1993.</li> </ul>
<b>Résultats et conclusions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les opacifiants à basse osmolarité représentent 35% des produits de contraste utilisés en radiologie et 46% de ceux utilisés en cardiologie. On note qu'à l'échelle de toute la province, cette utilisation est restée à peu près constante pour la période étudiée, alors qu'en Ontario, au Nouveau-Brunswick et en Alberta, le pourcentage des nouveaux opacifiants est passé à 100%. Les rapports du <i>Conseil</i> ont donc exercé une certaine influence pour restreindre l'étendue de la conversion aux nouvelles substances.</li> <li>Comme l'utilisation des opacifiants à basse osmolarité varie grandement d'un hôpital à l'autre, même dans les hôpitaux universitaires, des pourcentages d'utilisation de moins de 25% laissent supposer que les indications d'utilisation de ces nouveaux opacifiants devraient régulièrement être réexaminées.</li> </ul>
<b>Auteurs</b>	<p>Chantal Archer Maurice McGregor</p>

## ÉTUDES EN COURS

### Projets de rapports d'évaluation

Les rapports d'évaluation constituent les documents officiels du *Conseil* et, comme le stipule son mandat, ils sont remis comme avis au ministre de la Santé et des Services sociaux pour le conseiller sur l'introduction, la diffusion et l'utilisation des technologies de la santé. Les huit projets de rapports qui suivent sont les plus avancés et devraient chacun faire l'objet d'une publication en 1995-1996.

#### *Le dépistage du cancer de la prostate*

L'objectif est d'évaluer les avantages, les effets indésirables et les coûts associés au dépistage précoce du cancer de la prostate chez les hommes asymptomatiques, en examinant notamment l'efficacité d'une stratégie de dépistage fondée surtout sur le recours à l'antigène prostatique spécifique (APS), complété s'il y a lieu par des tests diagnostiques complémentaires et, d'autre part, en évaluant les effets favorables et défavorables de la prostatectomie radicale, qui est le traitement privilégié.

*La date de diffusion prévue est septembre 1995.*

#### *Variations géographiques dans les taux d'amygdalectomie, d'adénoïdectomie et de myringotomie*

Cette étude vise à examiner les tendances temporelles des variations géographiques, basées sur le lieu de résidence des patients, dans différentes interventions pratiquées en oto-rhino-laryngologie et à tenter d'expliquer ces variations par des différences dans l'état de santé ou la disponibilité des ressources.

*La date de diffusion prévue est septembre 1995.*

#### *La greffe de moelle osseuse au Québec : une analyse économique*

L'objectif poursuivi est d'évaluer les coûts et le rapport coût-efficacité de la greffe de moelle osseuse pour les applications cliniques reconnues à partir de données recueillies dans quelques hôpitaux, le suivi postopératoire, les complications et le prélèvement de moelle et en comparant ces résultats au meilleur traitement alternatif.

### *Le traitement non pharmacologique de l'angine stable*

Ce rapport constituera une synthèse critique des connaissances sur les approches thérapeutiques courantes, soit l'angioplastie transluminale coronarienne et le pontage aorto-coronarien, et nouvelles, notamment l'athérectomie, le stent coronarien et l'angioplastie par laser excimer.

### *Risques de l'exposition professionnelle aux gaz anesthésiques pour la femme enceinte et le fœtus*

Dans ce projet de rapport, l'objectif est de produire une synthèse critique des connaissances sur les dangers pour la femme enceinte et pour le fœtus de l'exposition aux gaz anesthésiques et de décrire la situation au Québec, notamment en faisant la revue des études environnementales sur les niveaux d'exposition dans les salles d'opération et de réveil de même que la revue des études animales et épidémiologiques sur les effets de l'exposition à ces gaz.

### *Les examens de pré-embauche et en cours d'emploi*

Cette étude a pour objectif d'évaluer la pertinence des examens de pré-embauche et des examens périodiques annuels effectués en vertu de la réglementation québécoise, en examinant l'efficacité des différents tests et activités diagnostiques qui en font partie, selon les différents secteurs d'activités économiques touchés par ces règlements et leur application.

### *Les implants cochléaires*

Ce projet de bulletin d'information vise à présenter l'état des connaissances quant à l'efficacité et la sécurité des implants cochléaires, à se prononcer sur le statut de cette technologie selon les différents groupes cibles en cause, à en estimer la demande potentielle au Québec et à évaluer les coûts et les rapports coût-efficacité de ces implants pour les enfants et les adultes.

### *Les bénéfices de la pratique de l'activité physique chez les personnes âgées*

L'objectif poursuivi dans ce dossier est d'évaluer l'efficacité et la sécurité de l'activité physique comme moyen d'intervention (prévention ou traitement) pour différents problèmes de santé touchant les personnes âgées, notamment l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, l'obésité, le diabète et les chutes, et d'apprécier le coût-efficacité des programmes de promotion en cause.

## Projets d'études d'enquête ou de suivi

Les études d'enquête et de suivi ont pour objectifs de documenter la situation québécoise de l'utilisation d'une technologie dans le cadre de la préparation d'un rapport d'évaluation, ou encore d'apprécier une partie de l'impact des rapports d'évaluation déjà diffusés. Ces études donnent lieu à la production de documents complémentaires, qui connaissent généralement une diffusion plus restreinte.

### *Enquête sur la réutilisation des instruments à usage unique en chirurgie laparoscopique*

L'objectif poursuivi, par le moyen d'un sondage mené auprès de 109 centres hospitaliers de soins de courte durée du Québec, est de documenter la nature, l'ampleur et l'encadrement de la pratique qui consiste à réutiliser des instruments dits à "usage unique" en chirurgie laparoscopique.

*La date de diffusion prévue est août 1995.*

### *Le potentiel d'épargne en ressources hospitalières de l'antibiothérapie intraveineuse ambulatoire ou à domicile*

Dans ce projet, les objectifs sont d'identifier l'éventail des maladies traitées par antibiothérapie intraveineuse et pouvant l'être à domicile ou dans les services ambulatoires hospitaliers, d'estimer le nombre de journées d'hospitalisation pouvant être épargnées et d'apprécier les éléments favorables et défavorables à la réalisation de ces économies.

### *La pertinence de l'utilisation systématique de certains examens diagnostiques en centre hospitalier*

Dans la première étape de ce projet, dont une partie du budget est assumée par le *Conseil*, réalisé par l'Association des hôpitaux du Québec et appuyé par le Collège des médecins du Québec, il s'agit de documenter les pratiques d'utilisation d'examens diagnostiques systématiques à faible utilité clinique au moyen d'une enquête auprès des hôpitaux de soins de courte durée. L'analyse des résultats permettra d'identifier les pratiques nécessitant une évaluation rigoureuse de leur pertinence et efficacité.

## Études exploratoires

Les études exploratoires visent d'abord et avant tout à recueillir des informations de base ou à faire une analyse préliminaire de l'état des connaissances relatives à une technologie pour éclairer le *Conseil* sur la nécessité de procéder à une évaluation

rigoureuse, pour le guider dans ses orientations ou, encore, pour le soutenir dans la promotion ou la défense d'un rapport parvenu à l'étape de diffusion.

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

Dans cette étude préliminaire, les objectifs poursuivis étaient d'évaluer les rapports coût-efficacité de différents scénarios de dépistage ayant recours à une approche de dépistage multifactoriel comparativement à l'approche actuelle basée sur l'amniocentèse limitée aux femmes de 35 ans et plus et de déterminer les conséquences économiques de ces alternatives pour le Québec. *Le Conseil a décidé de ne pas s'engager immédiatement dans une évaluation plus approfondie de ce sujet.*

### *L'échographie abdominale: utilisation, indications et coûts*

Dans cette étude, l'objectif consiste à documenter les augmentations observées dans l'utilisation de l'échographie abdominale au Québec, à préciser les indications actuelles et à faire état de l'efficacité diagnostique de ces utilisations et, enfin, à examiner les possibilités d'établir des rapports coût-efficacité.

### *Les médicaments utilisés par les personnes âgées*

Dans le cadre d'une stratégie québécoise d'utilisation rationnelle des médicaments par les personnes âgées, le *Conseil* s'est vu confier le mandat d'évaluer les médicaments controversés, aux coûts élevés, ayant une portée sociale et des effets indésirables importants. Compte tenu des nombreuses implications de ce nouveau dossier, le *Conseil* a procédé à plusieurs consultations et participé aux premières réunions du Comité stratégique d'implantation et de suivi animé par le Ministère afin de déterminer la nature précise de son engagement et de rechercher une personne ressource pour mettre en place la fonction "évaluation de médicaments" au *Conseil*.

### *Le potentiel de dépistage de l'examen ophtalmologique*

Cette étude exploratoire se situe dans le prolongement du rapport d'évaluation sur "Le dépistage du glaucome primitif à angle ouvert", et cherche essentiellement à documenter le contenu de l'examen ophtalmologique et à décrire les principales affections de l'oeil pouvant être dépistées et traitées de façon précoce. *Cette consultation est terminée et procure au Conseil les informations requises pour gérer l'impact de la diffusion du rapport sur le dépistage du glaucome.*

### *Étude sur la réutilisation d'instruments à usage unique en chirurgie laparoscopique*

L'objectif principal consiste à analyser et tirer des conclusions d'une expérience de réutilisation d'une quinzaine d'instruments en chirurgie laparoscopique comportant plus de 800 cas. L'étude documente la pratique de réutilisation, son efficacité, sa sécurité ainsi que les procédés applicables à chaque instrument et, d'autre part, rend compte des résultats d'une étude clinique sur les taux d'infection. L'étude analyse le rapport coût-efficacité pour chaque instrument réutilisé et conclut par des recommandations sur l'élaboration de protocoles de réutilisation d'instruments laparoscopiques. *Les changements actuels dans les méthodes de stérilisation rendent inappropriée la transformation de cette étude en rapport d'évaluation du Conseil.*

### *Impact de l'intensité du champ magnétique sur l'exactitude diagnostique en imagerie par résonance magnétique*

L'objectif de l'étude est d'évaluer, à partir d'un devis prospectif et comparatif, l'exactitude diagnostique de l'imagerie par résonance magnétique quand elle emploie des champs magnétiques d'intensité de 0,5T et 1,5T. L'étude sert aussi à identifier des applications cliniques définies liées aux deux modalités d'intensité de champ magnétique, et, enfin, à établir l'impact thérapeutique associé au processus de prise en charge des patients. *Cette étude est définitivement abandonnée en raison de problèmes majeurs dans sa réalisation.*

## Sujets potentiels d'étude

**L**e *Conseil* a examiné la possibilité d'aborder quelques autres sujets d'évaluation et certains d'entre eux feront l'objet de travaux au cours de la prochaine année. En voici la liste:

- L'efficacité et le coût-efficacité de l'acupuncture
- Les risques liés à la présence de mercure dans les amalgames dentaires
- L'efficacité et le coût-efficacité du dépistage du cancer colorectal
- Le dépistage génétique
- Les laboratoires de cathétérisme cardiaque: mise à jour d'un rapport précédent du *Conseil*
- Les défibrillateurs cardiaques implantables: mise à jour d'un rapport précédent du *Conseil*
- L'efficacité des implants avec collagène pour le traitement de l'incontinence urinaire
- La résonance magnétique d'intervention
- Les thérapies géniques

## PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Le Président, les membres ainsi que le personnel de recherche du *Conseil* ont publié les résultats de leurs travaux dans des périodiques et des monographies, contribuant du même coup à l'essor de l'évaluation des technologies de la santé dans les milieux scientifiques. Cette activité contribue aussi à faire connaître internationalement le *Conseil* et à assurer son rayonnement scientifique.

**Banta HD, Gelband H, Jonsson E, Battista RN, (ed.)** Health care technology and its assessment in eight countries: Australia, Canada, France, Germany, Netherlands, Sweden, United Kingdom, United State. *Health Policy* (special issue) 1994;30:1-423.

**Banta HD, Battista RN, Gelband H, Jonsson E. (ed.)** Health care technology and its assessment in eight countries, Washington, DC.: Office of Technology Assessment, United States Congress, 1995, 368p.

**Battista RN, Jacob R, Hodge MJ.** Health care technology in Canada (with special reference to Quebec). *Health Policy* 1994; 30: 73-122.

**Battista RN, Banta HD, Jonsson E, Hodge MJ, Gelband H.** Lessons from eight countries. *Health Policy* 1994; 30: 397-421.

**Battista RN, Jacob R.** Evaluation and regulation of the health care system: The inescapable challenge. *Annals of the Royal College of Physicians and Surgeons* 1994; 27(8): 464-8.

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

**Battista RN, Feeny DH, Hodge MJ.** Evaluation of the Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1995; 11(1): 102-116.

**Battista RN, Hodge MJ.** The development of health care technology assessment: an international perspective. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1995; 11(2): 287-300.

**Battista RN, Vineis P, Hodge MJ.** Medicine, practice and guidelines: The uneasy juncture of science and art. *Journal of Clinical Epidemiology* (Accepté).

**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.

**Battista RN, Jacob R.** Valutazione e regolazione dei sistemi sanitari: una sfida inevitabile. In: *Technologie Biomediche e Sanitarie: Sviluppo, Valutazione e Gestione*. Bressanone, 28 settembre - 1 ottobre 1994;13:169-174.

**Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec.** The reuse of single-use cardiac catheters: Safety, economical, ethical and legal issues. *Canadian Journal of Cardiology* 1994; 10(4): 413-421.

**Mackey A, Côté R, Battista RN.** Asymptomatic carotid disease in: The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination *The Canadian guide to clinical preventive health care.*, Health Canada, Ottawa: Canada Communication Group Publishing, 1994: 692-704.

**McGregor M.** Can our health services be saved? The role of technology evaluation in light of the Quebec experience. *Clinical and Investigative Medicine* 1994; 17;(4): 334-42.

**McGregor M.** Technology evaluation in Sub-Saharan Africa. Can the Canadian experience be of use? *South African Medical Journal* 1994; 84;(9): 585-86.

Poulin D, Landry R, Battista RN. Les technologies médicales et la production des soins de santé: le cas des équipements médicaux. in: *Le système de santé au Québec, organisation, acteurs et enjeux*. Les Presses de l'Université Laval, Sainte-Foy, 1994.

Woolf SH, Battista RN, Anderson GM, Logon AG, Wang ELL, Dingle JL. Methodology in: The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination *The Canadian guide to clinical preventive health care.*, Health Canada, Ottawa: Canada Communication Group Publishing, 1994: XXV-XXXVIII.

## CONFÉRENCES ET SÉMINAIRES

Dans un effort visant à promouvoir la notion d'évaluation des technologies de la santé auprès de la population, des professionnels de la santé, des associations, des hôpitaux et autres organisations du secteur de la santé et, surtout, à diffuser les résultats des évaluations, le Président, les membres et chercheurs du *Conseil* ont participé à de nombreuses conférences sur la scène québécoise, canadienne et internationale.

### *Renaldo N. Battista*

International Society for Quality in Health (ISQUA) and the Victorian Hospitals' Association Limited (VHA) Conference. **The influence of technology on outcome - The Canadian experience**, Melbourne, Australia, 14 avril 1994

Congrès annuel, Département de médecine, Hôpital du Sacré-Coeur. **L'évaluation des technologies de la santé: un outil pour les cliniciens**, Montréal, 11 mai 1994.

Séminaire de pharmaco-économie, Centre for the Analysis of Cost-Effective Care, Hôpital Général de Montréal. **Technology assessment: Linking science to policy-making**. 31 mai 1994.

Conseil scientifique, Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale. **Évaluation Technologique au Canada: Situation actuelle et perspectives**, Paris, France, 8 juillet 1994.

Colloque sur le plan de réforme sanitaire, Ministère de la santé (Ombrie). **La valutazione delle tecnologie: l'esperienza Canadese**, Perugia, Italie, 19 et 20 juillet 1994.

Swedish Agency for Health Technology Assessment (SBU). **Formulating guidelines in preventive care: the experience of the Canadian Task Force on the Periodic Health Examination**, Stockholm, 31 août 1995.

3e Séminaire International, Fédération Internationale des Hôpitaux. **L'évaluation des technologies: mythe ou réalité?**, Montréal et Québec, du 14 septembre au 20 septembre 1994.

Tecnologie biomediche e sanitarie: sviluppo, valutazione e gestione, Gruppo Nazionale di Bioingegneria del C.N.R., Università Degli Studi di Padova. **Valutazione delle Tecnologie Sanitarie: inquadramento e confronto dei diversi approcci**, Bressanone, 28 septembre-1<sup>er</sup> octobre 1994.

Tecnologie biomediche e sanitarie: sviluppo, valutazione e gestione, Gruppo Nazionale di Bioingegneria del C.N.R., Università Degli Studi di Padova.: **Valutazione delle Tecnologie Sanitarie: l'integrazione delle valutazioni**, Bressanone, 28 septembre - 1<sup>er</sup> octobre 1994.

4<sup>e</sup> Symposium régional, Office Canadien de Coordination de l'Évaluation des Technologies de la Santé (OCCETS) en collaboration avec le Conseil d'évaluation des Technologies de la Santé du Québec (CETS) et l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal. **Réutilisation des instruments médicaux jetables. Allocution d'ouverture et introduction**, Montréal, 7-8 octobre 1994.

Quatrième colloque, Réseau de recherche sociopolitique et organisationnelle en santé. **De la recherche à la prise de décision: le défi de l'évaluation des technologies**, Université Laval, Sainte-Foy, 14 octobre 1994.

Colloque sur les lignes directrices en pratique clinique. Association médicale canadienne. **L'établissement des priorités**. Ottawa, 30 octobre - 1<sup>er</sup> novembre 1994.

Conférence du Département de médecine, Hôtel-Dieu de Montréal. **L'évaluation des technologies de la santé et la pratique médicale**. Montréal, le 9 novembre 1994.

Congrès de l'Association québécoise des fabricants de l'industrie médicale (AQFIM). **Partenaires dans le changement - Le rôle du Conseil d'évaluation des technologies de la santé**, Montréal, les 9 et 10 novembre 1994.

Conférence sur l'évaluation des technologies en milieu hospitalier, Hôpital du Sacré-Coeur. **L'évaluation des technologies et l'hôpital**, Montréal, le 16 novembre 1994.

Congrès de la FMOQ. Les techniques médicales. Conférence d'ouverture. **L'évaluation des techniques médicales: nécessaire et utile?** Québec, le 8 décembre 1994.

The human genome project. **Health planning and economic perspectives**. Session III: Health policy, Montréal, 11 décembre, 1994.

Hôpital Saint-François d'Assise. **L'évaluation des technologies et la recherche: synergie ou compétition?** Québec, le 27 janvier 1995.

Conférence à l'Association des hôpitaux du Québec. **L'évaluation des technologies de la santé et l'hôpital**. Montréal, le 30 mars 1995.

### *Richard Clermont*

Conférence sur l'évaluation des technologies en milieu hospitalier, Hôpital du Sacré-Coeur. **Présentation d'un cas type: l'évaluation comparée de la cholécystectomie par chirurgie conventionnelle et par voie laparoscopique et de la lithotritie biliaire**. Montréal, 16 novembre 1994.

### *Robert Jacob*

10th annual meeting of International Society of Technology Assesment in Health Care. **The impact of the evaluations of the Quebec Health Technology Assesment Council (CETS): Preliminary results of 5-year review**. Baltimore, Maryland, 19-22 juin 1994.

### *Roger Jacob*

10th annual meeting of International Society of Technology Assesment in Health Care. **Should cardiac catheters designed for single use be reused?** Baltimore, Maryland, 19-22 juin 1994.

4<sup>e</sup> Symposium régional, Office Canadien de Coordination de l'Évaluation des Technologies de la Santé (OCCETS) en collaboration avec le Conseil d'évaluation des Technologies de la Santé du Québec (CETS) et l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal. **Réutilisation des instruments médicaux jetables. Ligne de conduite prototype pour la réutilisation**. Montréal, 7-8 octobre, 1994.

Conférence sur l'évaluation des technologies en milieu hospitalier, Hôpital du Sacré-Coeur. **Évolution des préoccupations vis-à-vis des technologies médicales et de leur évaluation**. Montréal, 16 novembre 1994.

*Jean-Marie R. Lance*

4<sup>e</sup> Symposium régional, Office Canadien de Coordination de l'Évaluation des Technologies de la Santé (OCCETS) en collaboration avec le Conseil d'évaluation des Technologies de la Santé du Québec (CETS) et l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal. **Réutilisation des instruments médicaux jetables. Un cadre économique pour l'étude de la réutilisation des instruments médicaux jetables dans les hôpitaux.** Montréal, les 6 et 7 octobre 1994.

Congrès de l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec. **Médecine et éthique: deux inséparables.** Atelier 1: Éthique et ressources, Montréal, 4 et 5 novembre 1994.

*Adrian Levy et Maurice McGregor*

10th annual meeting of International Society of Technology Assesment in Health Care. **The impact of renal lithotripsy on the use of resources in the Quebec health care system.** Baltimore, Maryland, 19-22 juin 1994.

*Maurice McGregor*

Colloque sur l'avenir du système de santé québécois. **Nos services de santé: peuvent-ils être sauvés?** Montréal, 13 mai 1994.

Royal Society of Medicine. **Technology use: who decides? Effects on practice?** Washington DC, 18-20 mai 1994.

Centennial Symposium of the Royal Victoria Hospital. **Technology evaluation.** Montréal, 11 juin 1994.

Potsdam Institute of Pharmacoepidemiology and Technology Assessment. **Technology evaluation.** 25-29 septembre 1994.

Third Utilization Research and Implementation Seminar. **Do HTA (Health technology Assessment) reports influence health policy?** Victoria BC, 24 mars 1995.

*Evelinda Trindade*

10th annual meeting of International Society of Technology Assesment in Health Care. **The costs of bone marrow transplantation.** Baltimore, Maryland, 19-22 juin 1994.

## ACTIVITÉS DE DIFFUSION ET DE COOPÉRATION

### Diffusion régulière

Le *Conseil* a diffusé environ 2500 de ses rapports au cours de l'année, dont 40 % en raison de sa stratégie de diffusion systématique et générale de ses nouvelles publications. Le *Conseil* a profité de la tenue du 4<sup>ème</sup> symposium régional de l'Office Canadien de Coordination en Évaluation des Technologies de la Santé tenu à Montréal en octobre 1994 pour distribuer environ 300 rapports portant sur la réutilisation des instruments médicaux à usage unique.

Cependant, il faut remarquer que la demande individuelle de rapports reste très importante, puisqu'environ 1200 documents ont été ainsi distribués. De plus, le *Conseil* a mis sur pied un meilleur mécanisme de distribution des tirés-à-part ou articles scientifiques écrits par les chercheurs ou membres du *Conseil* et certains d'entre eux ont fait l'objet d'une distribution systématique.

### Coopération avec des organismes québécois

En 1994-95, le *Conseil* a poursuivi ses démarches pour tisser des liens plus étroits avec les différents organismes et milieux concernés à différents niveaux par l'évaluation des technologies de la santé. Les objectifs sont l'identification des priorités d'évaluation et de recherche, l'amorce de collaborations avec d'autres organismes sur la réalisation de certains projets et, enfin, l'utilisation optimale des résultats d'évaluation, qui peuvent se traduire en guides de pratique ou en politiques internes dans des établissements hospitaliers.

Les rencontres amorcées en 1993-94 avec les principales équipes de recherche universitaires dans le domaine de l'épidémiologie et de l'évaluation des services de santé ont été complétées par la visite de groupes à l'Université McGill et à l'Université de Sherbrooke. Le *Conseil* a pu faire connaître son mandat, ses sujets d'évaluation actuels et potentiels et ses besoins de recherche en même temps qu'il découvrait les principaux champs de recherche de ces équipes. Ces rencontres furent fructueuses et ont ouvert la porte à des collaborations potentielles avec certains chercheurs.

D'autres rencontres avec quelques organismes du milieu de la santé ont concrétisé cette volonté de rapprochement et de meilleure connaissance réciproques. Les principaux organismes rencontrés ont été le Conseil de la santé et du bien-être, le Conseil des directions régionales de santé publique, le Conseil médical du Québec, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre, le Conseil des aides technologiques et le Conseil consultatif de pharmacologie.

Le *Conseil* a aussi pour mandat de promouvoir et de supporter l'évaluation des technologies de la santé. A cet effet, il a entrepris une réflexion sur l'arrimage avec la fonction d'évaluation des technologies confiée aux centres hospitaliers universitaires. Quelques rencontres préliminaires ont été tenues avec certains acteurs dans ces milieux. De plus, plusieurs personnes du *Conseil* ont participé à une journée de réflexion sur l'évaluation des technologies en milieu hospitalier à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal et certaines d'entre elles ont donné des conférences.

Enfin, il faut souligner deux initiatives majeures prises par le *Conseil* et qui impliquent une coopération active entre différents partenaires:

### *Table de concertation sur les guides de pratique clinique*

Après avoir discuté individuellement avec différents partenaires de l'importance de l'élaboration et de l'implantation de guides de pratique clinique, le *Conseil* a pris l'initiative d'organiser une première réunion rassemblant tous les organismes professionnels médicaux ainsi que le Conseil médical du Québec pour échanger sur ces questions. Le Collège des médecins du Québec, avec l'accord de tous les participants, a accepté de prendre le leadership d'une telle table de concertation dont le but est surtout d'élaborer une stratégie d'implantation des guides de pratique. Trois réunions ont eu lieu au cours de l'année. Mentionnons que le dossier du dépistage du cancer du sein, qui a fait l'objet de rapports du *Conseil*, est le premier à être abordé concrètement. Il ressort que le rôle du *Conseil* est de produire les informations scientifiques qui pourront conduire à l'élaboration de guides de pratique.

### *Utilisation des banques de données et le problème de la confidentialité*

Le *Conseil* ainsi que d'autres organismes québécois ont recours, lors de leurs travaux, à plusieurs banques de données. L'obligation de respecter la vie privée des citoyens québécois entraîne la révision du mode d'utilisation de ces banques de données et la définition des paramètres d'accès à ces informations afin de préserver la confidentialité. A cet effet, le *Conseil* a initié une réflexion sur ce sujet en conviant à une première rencontre tenue en janvier 1995 les représentants des organismes suivants: Fonds de la Recherche en Santé du Québec, Conseil québécois de la recherche sociale, Conseil médical du Québec, Conseil des Aînés, Conseil de la Santé et du Bien-être, Conseil des aides technologiques, Conseil consultatif de pharmacologie et le ministère de la Santé et des Services sociaux. D'autres rencontres sont prévues ainsi que des démarches concrètes auprès de la Commission d'accès à l'information pour en arriver à des solutions appropriées.

## Coopération et échanges avec des organismes canadiens

Le *Conseil* fait maintenant partie d'un réseau d'information avec les autres agences canadiennes d'évaluation des technologies de la santé. Dans ce contexte, il a eu de nombreux échanges avec des représentants de ces organismes par le biais de rencontres, de contacts téléphoniques et d'échanges de rapports ou de bulletins d'information; il a aussi contribué activement au Rapport trimestriel d'activités des agences canadiennes en évaluation des technologies de la santé. Ces échanges permettent de profiter de l'expérience de ces autres organismes, d'éviter les duplications et de susciter des collaborations.

Des liens plus étroits sont maintenus avec l'Office Canadien de Coordination en Évaluation des Technologies de la Santé (OCCETS). D'abord il faut mentionner que le Dr Renaldo N. Battista, président du *Conseil*, est le représentant du Québec au Conseil d'administration de l'OCCETS. Le *Conseil* a aussi collaboré activement avec l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal à la planification, à l'organisation et à la tenue du 4<sup>ème</sup> symposium régional de l'OCCETS tenu à Montréal en octobre 1994. Le sujet était la réutilisation des instruments médicaux à usage unique et des présentations ont été faites par des membres et du personnel du *Conseil*: le Dr Renaldo N. Battista, M. Roger Jacob et M. Jean-Marie R. Lance. Plus de 250 personnes ont assisté à ce symposium.

Il faut aussi mentionner la collaboration entre le *Conseil* et l'OCCETS lors de discussions avec le Cochrane Centre dont le but est de réaliser des méta-analyses ou synthèses critiques de la littérature sur des problématiques de santé ou des services de santé. Enfin, l'OCCETS a pu partager avec le *Conseil* son expérience récente dans l'évaluation des médicaments, notamment au niveau du processus d'appel d'offres pour la réalisation d'évaluations et du développement d'outils méthodologiques pour ces évaluations (lignes directrices pour l'évaluation économique des médicaments).

## Coopération et échanges avec des organismes internationaux

Le *Conseil* a continué tout au long de l'année à accroître sa visibilité au plan international, non seulement par son activité scientifique de publications d'articles ou de présentations de conférences dans des rencontres internationales, mais aussi par des participations ou échanges concrets avec différents organismes.

Le président du *Conseil*, le Dr Renaldo N. Battista, a assumé, au cours de l'année, la fonction de vice-président de l'International Society for Technology Assessment in Health Care (ISTAHC). De plus, le Conseil a été l'hôte de la réunion semi-annuelle du Conseil d'administration de l'ISTAHC en janvier 1995.

Le *Conseil* est devenu membre de l'International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), ce qui lui permet de partager de l'information, d'élaborer des méthodologies d'évaluation et d'explorer la possibilité d'engager des activités d'évaluation impliquant plusieurs agences.

Le *Conseil* a poursuivi des échanges concrets au cours de l'année avec l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) de la France, l'Agence d'évaluation des technologies de la santé de la Catalogne, le Bureau d'évaluation des technologies de la santé du Pays Basque, le Centre d'évaluation des technologies de la santé de Vénétie en Italie et SBU en Suède. En outre, il collabore à la formation d'un organisme d'évaluation des technologies de la santé en Ombrie, Italie, et d'autres collaborations à cet égard sont en émergence avec certains pays de l'Amérique latine. Le *Conseil* a pu accueillir au cours de l'année certains représentants de ces agences et différentes personnes d'autres pays qui s'intéressaient au mandat et au fonctionnement du *Conseil*.

### ACTIVITÉS DE DÉVELOPPEMENT ET DE SUPPORT

#### Communications et suivi de l'impact des activités du *Conseil*

L'évaluation externe du *Conseil* réalisée en 1991 par la firme Price-Waterhouse concluait en la nécessité pour l'organisme d'accentuer le développement de sa fonction de communication de façon à rejoindre plus efficacement les décideurs et les autres utilisateurs des informations produites par le *Conseil*. En même temps, il s'avérait essentiel pour le *Conseil* d'accroître l'utilisation de ses rapports et la promotion d'une culture de l'évaluation pour maximiser l'impact de ses activités sur le réseau de la santé au Québec. C'est pourquoi, le *Conseil* a démarré deux projets spéciaux pour répondre de façon concrète à ces besoins.

##### *Élaboration et application d'un plan de communication*

Avec l'aide de professionnels en communication, le *Conseil* a amorcé en fin d'année une démarche concrète pour mettre en place une fonction de communication, basée sur l'élaboration de stratégies de diffusion et la mise en place de ressources et outils pour son application. Ce plan vise autant des auditoires choisis que le grand public, ce qui implique l'accroissement d'activités de vulgarisation.

##### *Élaboration d'un cadre conceptuel et opérationnel de suivi des rapports et activités du Conseil*

Les objectifs poursuivis par ce projet sont doubles. D'abord, il s'agit d'élaborer un cadre conceptuel permettant de situer la portée des activités évaluatives du *Conseil* de même que les mécanismes de suivi susceptibles de baliser les diverses formes d'influence qu'il exerce. Ce premier volet a été complété en janvier 1995. Dans sa deuxième phase, le projet s'attardera davantage aux caractéristiques opérationnelles des mécanismes de suivi pour pouvoir les mettre en place mais aussi pour préciser

comment et dans quelles circonstances une stratégie de suivi semble pertinente pour documenter l'impact d'un rapport spécifique.

## Développement de l'expertise du personnel de recherche

Le *Conseil* a introduit au cours de la dernière année la pratique bimensuelle de réunions scientifiques pour permettre aux agents de recherche permanents et aux chercheurs consultants de discuter en profondeur des projets d'évaluation en cours et aussi d'acquérir de nouvelles connaissances présentées par des chercheurs de l'extérieur du Conseil, notamment sur des questions méthodologiques.

De plus, le *Conseil* a favorisé, dans la limite des moyens disponibles, la participation de son personnel de recherche à des conférences spécialisées et à des séminaires de formation, notamment sur la méta-analyse, sur la connaissance et l'exploitation des banques de données documentaires et statistiques et sur les développements récents pour la production d'un dossier spécifique d'évaluation.

Enfin, le *Conseil* a continué à encourager son personnel à produire des publications scientifiques sur la base de ses rapports d'évaluation et, dans la mesure des ressources disponibles, à les présenter dans des conférences et colloques scientifiques. Une liste de ces productions a été présentée dans une section précédente.

## Développement du Centre de documentation

Afin de répondre efficacement 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 documentation du *Conseil* s'est doté, au fil des ans, de multiples sources d'information, notamment:

- Banques de données bibliographiques (Medline, Pascal, Cancerlit, etc.)
- Outils documentaires spécialisés (répertoires, annuaires, etc.)
- Livres, thèses, lignes directrices, rapports de recherches.
- Revues et bulletins spécialisés.

La sélection des documents du Centre de documentation se fait au moyen de sources d'information diversifiées, afin d'enrichir sa collection et d'avoir une information à jour. La collection du Centre de documentation est accessible au public pour fins de consultation.

Le Centre de documentation est en liaison étroite avec les bibliothèques des autres organismes en évaluation des technologies de la santé (OCCETS, ANDEM, etc.), les bibliothèques des universités et des hôpitaux québécois. L'excellente collaboration avec celles-ci a permis d'améliorer le partage de l'information.

## LES RESSOURCES DE PRODUCTION DU CONSEIL

### Le personnel régulier

Au cours de l'année, le *Conseil* a pu concrétiser davantage son statut d'organisme permanent, puisqu'il a recruté deux agents de recherche permanents, soit madame Irina Tsarevsky et monsieur Guy Régnier, une adjointe administrative, madame Arlene Murray, une secrétaire de direction, madame Johanne Dubois et une agente de secrétariat, madame Diane Mercier. Bien que ce processus ait consommé du temps et de l'énergie, les activités de production du *Conseil* n'en ont pas été affectées.

### Ressources de chercheurs consultants

Le *Conseil*, grâce à son budget de recherche, a pu augmenter sa capacité de production en recourant, sur une base de temps partiel, aux services de sept chercheurs consultants qui ont oeuvré sur des projets spécifiques.

### Ressources contractuelles

Enfin, le *Conseil* a aussi utilisé son budget de recherche pour demander à des ressources externes de préparer des documents et analyses exploratoires, réaliser des études sur le terrain visant à combler des carences d'information, produire des synthèses de l'information scientifique sur un sujet spécifique ou pour produire la plus grande partie d'un rapport d'évaluation. La liste des contrats ainsi octroyés en 1994-95 se présente comme suit:

*Étude sur la réutilisation des instruments à usage unique en chirurgie laparoscopique*  
Dr Éric Poulin et collaborateurs, Hôpital du Saint-Sacrement, Québec

*Évaluation microbiologique de la stérilisation à l'oxyde d'éthylène et au plasma*  
Laboratoire de santé publique du Québec, Hôpital Saint-Luc, Montréal

*L'échographie abdominale: utilisation, indications et coûts*  
Mme Vivian Hamilton et M. Matthew Hodge, Institut de recherche de l'Hôpital général de Montréal

*Rapports d'expertise sur les méthodes alternatives de stérilisation au gaz*  
Dr L'Hocine Yahia, Institut de génie biomédical, École polytechnique de Montréal

*Diagnostic prénatal de la trisomie 21 au Québec: Situation actuelle et perspectives d'avenir*  
Dr Wilber Deck, Unité de santé publique, Hôpital général de Montréal

*Greffe de la moelle osseuse: une analyse économique*

Les consultants Jaime Caro inc., Lincoln, Massachusetts

*Potentiel de dépistage de l'examen ophtalmologique*

Dr Hélène Boisjoly, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal

*Utilisation systématique de certains examens diagnostiques en centre hospitalier*

M. Pierre Boyle, Association des hôpitaux du Québec

*Impact de l'intensité du champ magnétique sur l'exactitude diagnostique en imagerie par résonance magnétique*

Dr Donald Lee, University Hospital, London (Ontario)

### RAPPORTS PUBLIÉS PAR LE CONSEIL D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

- 1 Rapport d'activités (avril 1994 - mars 1995)
- 2 Distribution des laboratoires de cathétérisme cardiaque au Québec. 1989. 49 p.
- 3 L'oxygénothérapie à long terme à domicile pour les malades atteints d'insuffisance respiratoire chronique. 1990. 39 p.
- 4 Imagerie par résonance magnétique. 1990. 27 p.
- 5 Le traitement de l'apnée obstructive du sommeil par une pression positive continue par voies nasales. 1990. 23 p.
- 6 Comparaison des opacifiants à basse osmolarité et à haute osmolarité. 1990. 72 p.
- 7 Lithotritie extracorporelle rénale et biliaire. 1990. 40 p.
- 8 Dépistage du cancer du sein au Québec : estimations des coûts et des effets sur la santé (documents de référence 1 et 2). 1990. 78 p.
- 9 L'ECMO : son efficacité et sa rentabilité au Québec. 1990. 10 p.
- 10 L'accès aux opacifiants à basse osmolarité : considérations juridiques et morales. 1990. 23 p.
- 11 La réutilisation des hémodialyseurs : efficacité, sécurité, coûts. 1991. 65 p.
- 12 La transplantation au Québec. Rapport préliminaire sur l'efficacité, les coûts et les caractéristiques organisationnelles (documents d'appui 1 à 7). 1991. 175 p.
- 13 Examens radiographiques pulmonaires systématiques préopératoires. 1991. 27 p.
- 14 La réutilisation des cardiostimulateurs permanents. 1991. 25 p.
- 15 La transplantation cardiaque au Québec : le taux de survie, les coûts et le rapport coût-efficacité. 1992. 119 p.
- 16 Utilisation des chlorofluorocarbures [fréon, CFC] dans certaines procédures de stérilisation dans les hôpitaux québécois. Bulletin d'information. 1992. 10 p.
- 17 Greffe de moelle osseuse : état de la question. 1992. 35 p.
- 18 Comparaison des opacifiants à basse osmolalité et haute osmolalité: mise à jour 1992. 9 p.
- 19 Les coûts de la cholécystectomie conventionnelle, de la cholécystectomie laparoscopique et de la lithotritie biliaire. 1993. 30 p.
- 20 Les défibrillateurs cardiaques implantables (DCI) : bulletin d'information. 1992. 8 p.
- 21 Les traitements par diathermie et dilatation par ballonnet de l'hypertrophie bénigne de la prostate. 1993. 15 p.
- 22 Le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans. 1993. 98 p.
- 23 La réutilisation des cathéters à usage unique. 1993. 63 p.
- 24 Variations dans la fréquence des interventions chirurgicales par région du Québec. 1993. 43 p.
- 25 Traitement de l'hypertrophie prostatique bénigne par diathermie transurétrale : mise à jour. 1993. 15 p.
- 26 Effets de la lithotritie à ondes de choc extracorporelles sur l'utilisation des ressources dans le système de santé du Québec. 1994. 51 p.
- 27 L'introduction de la cholécystectomie laparoscopique au Québec: effets sur les taux d'intervention et sur l'utilisation des ressources. 1995. 16 p.
- 28 Impact du règlement sur les substances appauvrissant la couche d'ozone sur la réutilisation des instruments à usage unique. Bulletin d'information. 1995. vii-55 p.
- 29 Le dépistage du glaucome primitif à angle ouvert. 1995. 94p.