



**Organisation territoriale  
des services  
de biologie médicale**





## Organisation territoriale des services de biologie médicale



DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE

DIRECTION DE L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX ET TECHNOLOGIQUES

JUIN 2005

# ÉQUIPE DE TRAVAIL DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE

## RÉDACTION

**Lina Sévigny**, responsable du Programme de biologie médicale, Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques

Laurent Delorme, M.D., médecin-conseil

## SECRETARIAT

**Louissette R. Labarre**, Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques

**L'équipe de travail tient à remercier les nombreuses personnes, tant au Ministère que dans le réseau de la santé et des services sociaux, qui ont collaboré aux travaux ayant mené à l'élaboration du présent document.**

Édition produite par :

**La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Ce document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique. Il peut être consulté à la section **documentation**, sous la rubrique **publications** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2005

Bibliothèque nationale du Canada, 2005

ISBN 2-550-45394-8 (version imprimée)

ISBN 2-550-45395-6 (PDF)

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

## TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION.....	5
2. ANALYSE DU CONTEXTE .....	6
3. VISION .....	6
4. DÉFIS .....	7
5. PRINCIPES D’ORGANISATION .....	7
5.1. TROIS NIVEAUX DE SERVICES .....	7
5.1.1. Première ligne .....	8
5.1.2. Deuxième ligne .....	9
5.1.3. Troisième ligne .....	9
6. ORIENTATIONS .....	10
6.1. AUTONOMIE RÉGIONALE.....	10
6.1.1. Hiérarchisation des services basée sur une approche populationnelle et géographique .....	11
7. HIÉRARCHISATION DES ANALYSES .....	14
7.1. ORGANISATION DES SERVICES .....	14
7.1.1. Répertoire provincial d’analyses .....	15
7.1.2. Définition des trois niveaux de services.....	20
7.1.2.1. Niveau local .....	20
7.1.2.2. Niveau régional .....	25
7.1.2.3. Niveau suprarégional .....	27
8. L’INDICATEUR DE TEMPS-RÉPONSE.....	28
8.1. DÉLAI DE TEMPS-RÉPONSE.....	28
8.2. UTILITÉ DU TEMPS-RÉPONSE .....	30
9. FACTURATION .....	31
9.1. FACTURATION INTRARÉGIONALE.....	32
9.2. FACTURATION EXTRARÉGIONALE .....	32
9.3. FACTURATION DES SERVICES AU SECTEUR PRIVÉ .....	32
BIBLIOGRAPHIE .....	35

## LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : PROPOSITION DE RÉGIONS REGROUPÉES DU QUÉBEC .....	12
TABLEAU 2 : NOMBRE D'ANALYSES DE LABORATOIRE SELON LE TYPE D'ANALYSE.....	15
TABLEAU 3 : HIÉRARCHISATION DES ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE SELON LE NIVEAU.....	16
TABLEAU 4 : DISTRIBUTION DES ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE PAR RÉGION .....	17
TABLEAU 5 : DISTRIBUTION DE LA CLIENTÈLE VERSUS LES ANALYSES LOCALES .....	18
TABLEAU 6 : HIÉRARCHISATION DES ANALYSES SELON LA DISCIPLINE DE BIOLOGIE MÉDICALE .....	19
TABLEAU 7 : DONNÉES POPULATIONNELLES SUR LES ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE SELON LA RÉGION D'ORIGINE DU PRÉLÈVEMENT .....	23
TABLEAU 8 : DÉLAIS DE TEMPS-RÉPONSE PAR TYPE DE CLIENTÈLE .....	31
TABLEAU 9 : LABORATOIRES DE PROFIL SUPRARÉGIONAL EN 2004 .....	33
TABLEAU 10 : LABORATOIRES DE PROFIL RÉGIONAL EN 2004.....	34

## 1. INTRODUCTION

En matière de santé, les besoins sont immenses et évolutifs. En tant que service diagnostique, le secteur de la biologie médicale suit cette évolution pour assurer les services à la population. L'informatisation, l'évolution technologique, la rareté des ressources humaines et financières ainsi que le maillage du domaine de la recherche et du domaine clinique requièrent une meilleure intégration des analyses de biologie médicale. Par ailleurs, les nouvelles réalités médicales, le développement des analyses hors laboratoires et la concurrence du secteur privé sont autant de facteurs qui influent sur la nécessité d'agir concrètement aux niveaux clinique et technique.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) désire recentrer le patient au cœur du système, en lui offrant un service public de biologie médicale qui répondra aux attentes exprimées. Pour ce faire, nous sollicitons la participation de tous les acteurs du réseau, du médecin spécialiste de laboratoire au technicien de laboratoire, en passant par les gestionnaires des agences de santé et de services sociaux et des établissements.

Dans le passé, l'action du MSSS était davantage axée sur l'atteinte d'un niveau de performance financière. Basée principalement sur la mesure d'un seul indicateur de performance financière, cette évaluation a suscité de nombreuses critiques au sein du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Par ailleurs, nous constatons une augmentation globale du budget provincial de fonctionnement associé au secteur de la biologie médicale d'environ 7 % par année, malgré une apparente amélioration de la performance financière individuelle des laboratoires de biologie médicale au Québec.

En vue de contrer les effets négatifs et pervers associés à la mesure d'un seul indicateur à deux variables, nous estimons important de concevoir de nouveaux indicateurs de mesure pour, d'une part, nous permettre de tracer un portrait plus réaliste de l'activité des laboratoires et, d'autre part, mettre au point des outils favorisant l'amélioration continue des services à la population. Nous prévoyons donc introduire des indicateurs permettant de vérifier précisément la performance technique et clinique et ainsi contribuer à l'amélioration de la qualité de la pratique médicale.

Le présent document propose un modèle d'organisation territoriale des services basé sur une approche populationnelle et géographique. Nous présentons également une hiérarchisation des analyses de biologie médicale selon les niveaux local, régional et suprarégional. Enfin, le délai de temps-réponse est introduit en tant qu'élément structurant et nouvel indicateur de mesure de la performance technique.

## 2. ANALYSE DU CONTEXTE

Il importe de bien saisir la conjoncture dans laquelle se trouve actuellement la biologie médicale pour évaluer l'importance à accorder à l'encadrement et à l'évolution de ce domaine. Cinq aspects sont ici en jeu :

- **ASPECT POLITIQUE** : La volonté gouvernementale de recentrer le réseau de la santé et des services sociaux sur la « personne » et de modifier les structures en place;
- **ASPECT HUMAIN** : En 2004, plus de 6 000 personnes travaillaient dans le réseau public de la biologie médicale au Québec. On constate actuellement une pénurie des effectifs médicaux. Nous prévoyons également un manque de personnel technique à compter de 2005;
- **ASPECT SOCIAL** : Le citoyen est aujourd'hui mieux informé sur son état de santé, ce qui modifie la relation entre le patient et son médecin. On remarque l'essor de la spécialisation en droit médical et la préoccupation grandissante de la population en ce qui a trait à la qualité et à la sécurité des soins qu'elle reçoit. À l'instar de la population, les professionnels travaillant dans le domaine de la biologie médicale recherchent une meilleure qualité de services;
- **ASPECT TECHNOLOGIQUE** : L'automatisation, le développement technologique et les technologies de l'information facilitent la hiérarchisation des analyses et la concentration de l'expertise, lesquelles permettent d'assurer la qualité et la sécurité des services;
- **ASPECT ÉCONOMIQUE** : Le Programme de biologie médicale coûte annuellement plus de 428 millions de dollars (coût direct net en 2003-2004) pour un volume d'environ 116 millions de procédures<sup>1</sup>. Nous constatons une augmentation moyenne du budget provincial d'environ 7 % par année. Si la tendance se maintient, le budget alloué à ce programme s'élèvera à un demi-milliard de dollars en 2005, et cela, sans tenir compte des investissements en informatique et en équipements.

## 3. VISION

L'adoption d'une vision de l'organisation des services basée sur les besoins de la population et sur une approche hiérarchique, systémique et clinique permettra la réduction des effets du corporatisme et des royaumes individuels de même que la création d'un véritable continuum de services basé sur la consolidation des missions, la complémentarité et l'autonomie régionale. Nous désirons renforcer les liens entre les administrateurs des services de biologie médicale, les médecins prestataires de services et les médecins prescripteurs d'analyses afin d'améliorer la pertinence relativement à la qualité des services. Une telle approche mènera à la responsabilisation de tous les acteurs visés par la nécessité de recentrer le système sur le patient en lui assurant la satisfaction attendue de services de qualité, le tout dans un contexte d'efficience.

---

<sup>1</sup> La procédure se définit comme une analyse, une manipulation, une préparation, un traitement de substances d'origine humaine conduisant à l'émission d'un rapport, d'un résultat ou à une thérapie. Il s'agit exclusivement d'activité clinique et non d'activité de recherche. (MSSS, Laboratoire de biologie médicale, Mesure de la production, Édition 2005-2006, p. 1)

#### 4. DÉFIS

Le défi réside dans l'évolution du système afin de protéger la pérennité de notre réseau public et universel de santé et de services sociaux.

(M. PHILIPPE COUILLARD, MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX)

Plus précisément, nous souhaitons :

- Assurer la qualité et la sécurité des services en agissant sur la pertinence et en instaurant des normes spécifiques de qualité aux laboratoires publics de biologie médicale;
- Faire face à la croissance des besoins, à la mise au point de nouvelles analyses et à l'évolution technologique, en contrôlant la masse monétaire afin de dégager des marges de manœuvre.

#### 5. PRINCIPES D'ORGANISATION

##### DÉFINITION DU LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE

Laboratoire destiné à réaliser, sur ordonnance médicale ou collective, des analyses biologiques, biochimiques, microbiologiques, immunologiques, immuno-hématologiques, hématologiques, biophysiques, cytologiques, sérologiques, pharmacologiques, toxicologiques, anatomopathologiques, génétiques ou autres analyses de substances d'origine humaine dont l'objet est d'apporter des renseignements utiles à la prévention, au dépistage, au diagnostic et au traitement des maladies de même qu'à l'évaluation de l'état de santé d'êtres humains.

Le laboratoire peut être destiné à effectuer la manipulation et la réalisation d'analyses de biologie médicale sur des cellules humaines dans un but thérapeutique.

Le laboratoire peut être destiné à faire la gestion de produits biologiques à usage humain et en assurer la traçabilité de même qu'à fournir les services-conseils appropriés à leur administration chez l'être humain.

Le laboratoire peut également être destiné à effectuer des prélèvements biologiques.

##### 5.1. TROIS NIVEAUX DE SERVICES

Trois niveaux de services sont offerts à la population :

- Première ligne : services généraux
- Deuxième ligne : services spécialisés
- Troisième ligne : services surspécialisés

De façon générale, en matière de services de santé, la première ligne (Centre de santé et de services sociaux – CSSS) offre des services généraux et parfois des services de base de deuxième ligne. La deuxième ligne (Centre hospitalier régional – CHR [ou avec fonction régionale]) offre des services spécialisés alors que la troisième ligne regroupe de façon suprarégionale et provinciale des services surspécialisés principalement localisés en institut universitaire, en centre hospitalier universitaire (CHU), en centre affilié universitaire (CAU) ou à l'intérieur d'un établissement à mission spécifique et suprarégionale.

Dans le contexte actuel, des services de biologie médicale existent dans des établissements ayant diverses missions mais tous ont un même objet : offrir des services sécuritaires et de qualité à la population. Il importe de respecter la complémentarité, la continuité, la qualité et l'efficacité, d'où l'importance de définir des profils qui caractériseront chacun des laboratoires et encadreront leurs activités. Dans le domaine de la biologie médicale, certains services sont complexes et nécessitent la présence d'une équipe clinique et d'une équipe technique possédant des compétences particulières de même que des équipements de haute technologie.

En matière d'organisation de services, les services de biologie médicale répondent à des besoins cliniques et doivent respecter les critères de qualité exigés par le MSSS.

Nous désirons consolider les services de biologie médicale en fonction des missions des établissements et nous assurer ainsi que ceux-ci jouent leur rôle de manière appropriée et sécuritaire.

Nous constatons la difficulté de développer des analyses de type régional ou suprarégional, la principale cause invoquée étant la non-disponibilité du financement. Les analyses de type local accaparent environ 88 % du budget provincial et nous croyons que l'évaluation et la surveillance de la pertinence des demandes d'analyses accompagnées d'actions concrètes exercées sur la non-pertinence permettront, d'une part, de dégager la marge de manœuvre nécessaire au développement des analyses de type régional et suprarégional et, d'autre part, d'investir dans la qualité des services.

Dans la suite logique des travaux ministériels sur la hiérarchisation des services et sur la mise en place des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), cinq profils sont retenus pour définir les laboratoires de biologie médicale : communautaire et local pour la première ligne; régional pour la deuxième ligne; suprarégional et provincial pour la troisième ligne.

Première ligne	Deuxième ligne	Troisième ligne
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Profil communautaire</li> <li>▪ Profil local</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Profil régional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Profil suprarégional</li> <li>▪ Profil provincial</li> </ul>

### 5.1.1. Première ligne

La première ligne comprend le profil communautaire et le profil local.

#### ➤ PROFIL COMMUNAUTAIRE

Le laboratoire de profil communautaire se situe dans un CSSS ne possédant pas une mission hospitalière. Le profil communautaire se définit par des services composés principalement d'une gamme d'analyses locales court délai (de nature urgente) adaptée aux besoins cliniques de l'établissement.

➤ PROFIL LOCAL

Le laboratoire de profil local se situe dans un centre possédant une mission hospitalière (CHSGS). Le profil local se définit par des services de biologie médicale composés majoritairement d'analyses locales. Exceptionnellement et souvent dans un contexte d'éloignement ou dans le cadre d'une mission spécifique, une agence de santé et de services sociaux pourra permettre à un laboratoire de profil local d'effectuer des analyses de type régional ou suprarégional. Ce laboratoire devra assurer le respect des critères de qualité associés aux services.

### 5.1.2. Deuxième ligne

La deuxième ligne comporte le profil régional.

➤ PROFIL RÉGIONAL

Le laboratoire de profil régional se situe dans un établissement possédant une mission hospitalière régionale. Le profil régional se définit par des services de biologie médicale composés d'un nombre et d'un volume élevés d'analyses spécialisées. Les laboratoires régionaux intègrent les profils local et régional. Exceptionnellement et souvent dans un contexte d'éloignement ou dans le contexte d'une mission spécifique, un laboratoire ayant un profil régional pourra effectuer des analyses de niveau régional ou suprarégional. Ce laboratoire devra assurer le respect des critères de qualité associés aux services.

### 5.1.3. Troisième ligne

La troisième ligne comprend le profil suprarégional et le profil provincial.

➤ PROFIL SUPRARÉGIONAL

Le laboratoire de profil suprarégional se situe dans un établissement possédant une mission hospitalière universitaire ou ayant une mission suprarégionale spécifique. Le profil suprarégional se caractérise par des services de biologie médicale composés d'un grand nombre d'analyses ultraspecialisées. Les laboratoires suprarégionaux intègrent les profils local, régional et suprarégional.

➤ PROFIL PROVINCIAL

Le réseau public de la santé au Québec compte deux laboratoires de profil provincial. Ces derniers sont formés de la fusion « virtuelle » des laboratoires du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) et du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHAUQ) pour la région de la Capitale nationale ainsi que du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) et du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) pour la région de Montréal.

En matière d'organisation de services, les laboratoires de biologie médicale du CHUM et du CUSM sont considérés comme un seul et même plateau technique, ce qui signifie que les services suprarégionaux qui y sont offerts doivent être complémentaires; idem pour le CHUQ et le CHA. La complémentarité devient ainsi l'élément structurant majeur dans l'organisation des services de niveau provincial.

L'attribution de ces deux profils provinciaux sera réévaluée en fonction du niveau de complémentarité obtenu et du niveau d'effort investi dans l'atteinte de l'objectif par ces établissements au cours des prochaines années.

Le profil provincial se caractérise par des services composés d'analyses ultraspécialisées qui doivent être concentrées dans une ou deux régions du Québec.

➤ PARTENAIRES PROVINCIAUX

Les organisations, tels Héma-Québec, le Laboratoire de santé publique du Québec et le Centre de toxicologie du Québec, sont des « partenaires provinciaux » puisqu'elles ne relèvent pas administrativement du MSSS. Néanmoins, nous les considérons comme des laboratoires de type provincial « hors réseau » puisque ce sont des centres de référence reconnus offrant des services de biologie médicale aux établissements du RSSS.

## 6. ORIENTATIONS

### 6.1. AUTONOMIE RÉGIONALE

Les laboratoires de biologie médicale sont reconnus en fonction des services qu'ils offrent et de la mission de leur établissement. Chacun se verra donc attribuer un profil communautaire, local, régional, suprarégional ou provincial.

Soulignons qu'aucun laboratoire de type régional n'est identifié dans les régions universitaires puisque les laboratoires de profils suprarégional et provincial possèdent également les profils local et régional. Dans les régions non universitaires, un seul laboratoire par région obtient le profil régional. Actuellement, la seule exception à la règle est la région de Lanaudière (14), où le laboratoire de biologie médicale de profil régional est formé de la fusion « virtuelle » des laboratoires du Centre hospitalier régional de Lanaudière (CSSS du Nord de Lanaudière) et du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur (CSSS du Sud de Lanaudière). En matière d'organisation de services, ces deux laboratoires sont désormais considérés comme un seul et même plateau technique, ce qui signifie que les services régionaux qui y sont offerts doivent être complémentaires. Cette complémentarité sera réévaluée en 2007.

Les équipes cliniques et techniques devront posséder certaines compétences, compte tenu du profil attribué à chaque laboratoire. Ces équipes devront assurer la responsabilité médicale dans la prise de décision, la supervision clinique des laboratoires, le contrôle de la qualité des analyses hors laboratoires (AHL), l'harmonisation des façons de faire et des règles d'expertise, la création d'algorithmes et l'élaboration de guides concernant l'utilisation des services de biologie médicale, la surveillance de la pertinence des analyses et l'utilisation efficiente des ressources.

Voici les spécialités biomédicales essentielles à un laboratoire de profil régional ou suprarégional :

- Anatomo-pathologie;
- Hématologie;
- Banque de sang;

- Biochimie;
- Microbiologie;
- Génétique médicale (exclusive au profil suprarégional et provincial).

#### 6.1.1. Hiérarchisation des services basée sur une approche populationnelle et géographique

La hiérarchisation des services s'appuie sur les prémisses suivantes :

- Une offre de services destinée à 300 000 habitants pour le profil régional;
- Une offre de services destinée à 1 million d'habitants pour le profil suprarégional;
- La présence d'une équipe composée de toutes les spécialités cliniques pour le profil régional et suprarégional;
- Le volume d'activité;
- Les activités du service de l'urgence;
- La catégorie de la banque de sang;
- Le facteur d'éloignement géographique :
  - Région du Nord-du-Québec, population de 17 000 habitants, à qui s'ajoutent 11 000 personnes vivant dans des zones limitrophes, nous proposons que le laboratoire du Centre de santé de Chibougamau (CRSSS de la Baie-James) soit considéré comme un laboratoire de profil local;
  - Région de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, population de 100 000 habitants, à qui s'ajoutent 68 000 personnes vivant dans les zones limitrophes, nous proposons deux laboratoires de profil local, soit le C. H. de Gaspé (CSSS de la Côte-de-Gaspé), population de 15 000 habitants et le C. H. Baie-des-Chaleurs (CSSS Baie-des-Chaleurs), situé à Maria;
  - Région du Nunavik, population de 10 000 habitants, nous proposons deux laboratoires de profil local, soit celui du Centre de santé Inuulitsivik, situé à Puvirnituq, et le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava, situé à Kuujuaq;
  - Région des Terres-Cries-de-la-Baie-James, population de 12 000 habitants, nous proposons le laboratoire de l'Hôpital de Chisasibi, administré par le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James.

TABLEAU 1 PROPOSITION DE RÉGIONS REGROUPÉES DU QUÉBEC

Groupe et profil	Régions	Population 2001 (n)	Offre de service à la population 2001-2002 (n)	Nombre de procédures 2002-2003 (M)	Budget 2002-2003 (M\$)	Budget M\$ total des régions regroupées
Groupe n° 1	Bas-Saint-Laurent Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (+Côte-Nord en partie)	204 000	177 043	3,3	14,0	21,3
		101 000	68 472	1,7	7,3	
CH régional	CHR de Rimouski			1,3	6,0	
Groupe n° 2	Saguenay-Lac-Saint-Jean Nord-du-Québec EST	287 000	286 862	3,9	15,2	15,95
		8 500	5 592	0,14	0,75	
CH régional	C.H. de la Sagamie (CSSS Chicoutimi)			1,5	6,3	
Groupe n° 3	Côte-Nord Québec	102 000	78 649	1,5	6,6	60,7
		649 000	858 128	13,3	54,1	
CH provincial	CHUQ/CHAUQ			5,7 4,1	25,5 16,8	
Groupe n° 4	Mauricie et Centre-du-Québec	487 000	410 344	6,6	21,5	21,5
CH régional	CHR Trois-Rivières			2,1	7,8	
Groupe n° 5	Estrie	291 000	307 613	4,8	18,0	18,0
CH suprarégional	CHUS			3,6	14,0	
Groupe n° 6	Montréal Abitibi-Témiscamingue	1 817 000	2 569 299	41,0	149,1	157,4
		154 000	141 794	2,1	8,3	
CH provincial	CUSM/CHUM			8,0 7,3	32,1 29,3	
CH suprarégionaux	Hôpital Ste-Justine Hôpital Maisonneuve-Rosemont Hôpital général juif Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal			1,6	15,3	
				4,4	15,7	
				4,3	13,0	
				2,9	9,6	
Groupe n° 7	Outaouais	323 000	243 203	3,2	11,5	11,5
CH régional	CHVO			2,3	8,2	
Groupe n° 8	Chaudière-Appalaches	392 000	271 317	4,6	14,6	14,6
CH régional	Hôtel-Dieu de Lévis			1,8	6,1	

Groupe et profil	Régions	Population 2001 (n)	Offre de service à la population 2001-2002 (n)	Nombre de procédures 2002-2003 (M)	Budget 2002-2003 (M\$)	Budget M\$ total des régions regroupées
Groupe n° 9	Laval	352 000	249 422	2,8	8,6	8,6
CH régional	Cité de la Santé de Laval			2,8	8,6	
Groupe n° 10	Lanaudière	402 000	252 838	3,4	9,7	9,7
CH régional	CHRDL/ CH Pierre-Le Gardeur *			1,8 1,6	5,5 4,2	
Groupe n° 11	Laurentides	475 000	384 811	6,1	18,2	18,2
CH régional	Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme			2,4	7,1	
Groupe n° 12	Montérégie	1 325 000	916 078	13,5	36,7	36,7
CH régional	Hôpital Charles LeMoyne			2,5	6,2	
Groupe n° 13	Nunavik	10 000	7 133	0,11	0,9	2,35
	Terres-Cries-de-la-Baie-James	13 000	3 582	0,11	0,7	
	Nord-du-Québec Ouest	8 500	5 592	0,14	0,75	
Hors Québec			160 306			
Québec		7 400 000	7 398 079	112,6**		396,5 *

\* La totale complémentarité des services régionaux de biologie médicale de ces deux centres hospitaliers pour l'obtention d'un statut régional sera validée en 2007.

\*\* Le total des procédures (112,6) incluent les procédures non répertoriées (PNR), les analyses hors laboratoires (AHL), les envois et les prélèvements.

\*\*\* Cela correspond à la somme des budgets régionaux. Source : tableaux de bord de gestion des laboratoires de biologie médicale de 2002-2003.

Note : Cette répartition peut être flexible et modifiée en fonction de la proximité géographique, de la cohérence des programmes cliniques et des ententes de services associées. Par exemple, la région de la Côte-Nord reçoit principalement des services régionaux de la région de Québec, mais également de la région du Bas-Saint-Laurent pour quelques analyses régionales.

## 7. HIÉRARCHISATION DES ANALYSES

Le Ministère donne une définition de la hiérarchisation des services :

« La hiérarchisation réfère au cheminement cliniquement souhaitable, prévu et effectif, des usagers dans un système donné de soins et services assurés publiquement. Dans les limites de sa responsabilité clinique et financière envers une population, éventuellement par l'intermédiaire d'une Agence ou d'un CH régional, une entité de soins primaires est dotée des conditions et moyens pour orienter ou canaliser la demande par un accès progressif fluide vers les divers niveaux de soins et services requis, aussi spécialisés soient-ils, et une planification des retours ou transferts. La gradation dans l'accès est fonction de trois considérations. Premièrement, celle des capacités de l'entité à fournir directement les services. Deuxièmement, celle des impératifs de contrôle de coûts et du rôle dévolu de « gatekeeping ». Troisièmement, celle des impératifs de qualité, dont surtout les masses critiques. Pour assumer sa responsabilité, l'entité a une latitude définie pour choisir un bassin spécifique de dispensateurs, privés ou publics, envers lesquels elle dispose des incitatifs économiques, reconnus appropriés, ainsi que de ceux dits non économiques. Ces derniers permettront l'instauration d'une confiance mutuelle, entre les dispensateurs et les niveaux de services, reposant en particulier sur le partage d'une continuité, informationnelle et d'approche, soutenue par des systèmes d'information standardisés.»

Dans le Programme de biologie médicale, nous avons opté pour une hiérarchisation des analyses conduisant à la reconnaissance d'un profil communautaire, local, régional, suprarégional ou provincial.

### 7.1. ORGANISATION DES SERVICES

Une organisation des services basée sur trois niveaux (première ligne, deuxième ligne et troisième ligne) et conçue selon des critères mesurables est l'élément clé permettant d'assurer la qualité et la continuité des services de même que l'autonomie régionale. L'approche clinique régionale a pour objet le développement structuré des analyses et l'amélioration continue de la qualité des services à la population.

En matière d'organisation de travail, certaines façons de faire doivent être modifiées. Par exemple, nous savons que, par souci d'économie de réactifs et de temps, certains laboratoires conservent des échantillons au congélateur pendant plusieurs semaines afin d'en accumuler un nombre suffisant avant d'ouvrir une trousse de réactifs. Cette pratique nuit à la qualité du service au patient en allongeant indûment le temps-réponse de l'analyse.

Quant au maintien du degré d'expertise professionnelle souhaitable, il peut être mis en question pour des volumes inférieurs à 500 analyses de laboratoire par année. En général, ces analyses de faible volume sont effectuées par un nombre très restreint de techniciens, ce qui peut entraîner des interruptions de service durant les périodes de vacances ou dans les cas d'absence imprévue. Ceci, sans tenir compte du patient qui doit obtenir l'ensemble de tous ces résultats avant de revoir son médecin traitant.

### 7.1.1. Répertoire provincial d'analyses

Le répertoire des procédures du MSSS recense 756 analyses différentes en 2002-2003.

TABLEAU 2 NOMBRE D'ANALYSES DE LABORATOIRE SELON LE TYPE D'ANALYSE

Type d'analyse	Nombre d'analyses	Volume total (%)
Local - court délai : 136 - délai régulier : 78	214	97,6
Régional	115	1,6
Suprarégional	427	0,8
Total	756	100,0

TABLEAU 3 HIÉRARCHISATION DES ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE SELON LE NIVEAU

Indicateurs	Niveau local <sup>(a)</sup>	Niveau régional <sup>(a)</sup>	Niveau suprarégional <sup>(a)</sup>	Total
Total des analyses (n)	214	115	427	756
Volume d'analyses (%) (approximatif)	97,6	1,6	0,8	100,0
Coût/analyse <sup>(b)</sup> (\$)	2,50	11,70	24,20	2,80
% du budget (approximatif)	90,0	4,7	5,2	100,0
Budget 2002-2003 (\$)	299 184 273	15 694 566	17 465 478	332 344 317 <sup>(c)</sup>

- (a). Au niveau local, les analyses courantes, à court délai, ont un volume provincial de plus de 50 000 procédures par an et ne nécessitent qu'un plateau technique simple. Au niveau régional, les analyses sont courantes mais plus complexes, ont un volume provincial de 10 000 à 50 000 procédures par an et nécessitent un plateau technique spécialisé. Au niveau suprarégional, les analyses sont non urgentes, très complexes et rares, ont un volume provincial de moins de 10 000 procédures par an et nécessitent un plateau technique de pointe.
- (b) Le coût/analyse est calculé en multipliant la valeur pondérée du code inscrit dans le *Manuel de mesure de la production – Laboratoires de biologie médicale* (édition 2002-2003) par le coût unitaire moyen provincial tiré du *Tableau de bord de gestion – Laboratoires de biologie médicale*. Pour l'année 2002-2003, le coût unitaire moyen est de 0,75 \$.
- (c) Le budget total inclut les activités de biochimie, d'hématologie, de banque de sang, de microbiologie, de cytologie et de pathologie. Il exclut les activités de prélèvements, les analyses hors laboratoire (AHL), les envois à l'extérieur et les procédures non répertoriées (PNR).

TABLEAU 4 DISTRIBUTION DES ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE PAR RÉGION

Région	Court délai (n)	Court délai (%)	Local (> 50 000) (n)	Local (%)	Court délai + local (%)	Régional 10 000 - 50 000 (n)	Régional (%)	Suprarégional (< 10 000) (n)	Suprarégional (%)	Volume annuel 2002-2003 (n)	Tableaux de bord 2002-2003 (n)
01	2 073 533	69,11	878 301	29,27	98,38	39 753	1,32	8 928	0,30	3 000 515	3 073 902
02	2 460 690	68,16	1 110 887	30,77	98,94	32 858	0,91	5 486	0,15	3 609 921	3 725 953
03	8 758 980	67,91	3 544 342	27,48	95,38	259 308	2,01	336 094	2,61	12 898 724	12 884 683
04	4 302 085	70,51	1 764 605	28,92	99,43	31 265	0,51	3 500	0,06	6 101 455	6 063 438
05	3 125 563	69,54	1 183 253	26,32	95,86	81 697	1,82	104 377	2,32	4 494 890	4 530 200
06	26 187 037	71,04	9 338 336	25,33	96,37	968 403	2,63	368 092	1,00	36 861 868	39 317 996
07	1 979 328	67,92	896 369	30,76	98,68	36 944	1,27	1 503	0,05	2 914 144	3 049 897
08	1 165 769	73,91	405 586	25,72	99,63	4 371	0,28	1 490	0,09	1 577 216	1 966 106
09	965 702	73,37	347 640	26,41	99,78	2 504	0,19	441	0,03	1 316 287	1 373 702
10	174 467	81,37	39 829	18,58	99,94	117	0,05	7	0,00	214 420	269 114
11	1 161 761	80,16	285 596	19,71	99,87	1 548	0,11	390	0,03	1 449 295	1 610 330
12	2 882 613	68,80	1 279 427	30,54	99,34	24 796	0,59	2 897	0,07	4 189 733	4 395 201
13	1 961 852	70,68	780 240	28,11	98,79	29 962	1,08	3 718	0,13	2 775 772	2 687 777
14	2 365 447	68,97	1 035 299	30,19	99,16	25 667	0,75	3 147	0,09	3 429 560	3 412 738
15	4 114 142	73,39	1 461 999	26,08	99,47	26 165	0,47	3 645	0,07	5 605 951	5 737 662
16	9 467 826	71,02	3 764 539	28,24	99,26	89 243	0,67	9 342	0,07	13 330 950	13 252 226
17	65 463	91,33	6 208	8,66	99,99	4	0,01	2	0,00	71 677	107 625
18	55 900	80,13	13 856	19,86	100,00	3	0,00	0	0,00	69 759	111 109
Total	73 268 158	70,51	28 136 312	27,08	97,59	1 654 608	1,59	853 059	0,82	103 912 137	107 569 659

TABLEAU 5 DISTRIBUTION DE LA CLIENTÈLE *VERSUS* LES ANALYSES LOCALES

Discipline de laboratoire <sup>(a)</sup>	Admis (n)	Inscrits (n)	Enregistrés (n)	Total des analyses <sup>(b)</sup> (n)
Biochimie	16 619 372	23 961 932	37 420 542	78 001 846
Hématologie	3 906 154	4 410 754	5 138 618	13 455 526
Banque de sang	1 498 945	427 552	134 303	2 060 800
Microbiologie <sup>(c)</sup>	1 230 344	1 636 844	2 668 764	5 535 952
Pathologie	1 940 873	2 958 077	2 305 076	7 204 026
<b>Total (n)</b>	<b>25 195 688</b>	<b>33 395 159</b>	<b>47 667 303</b>	<b>106 258 150</b>
<b>(approximatif) (%)</b>	<b>22,8</b>	<b>30,7</b>	<b>43,4</b>	<b>96,9</b>

(a) Ces disciplines de biologie médicale sont inscrites dans le *Manuel de mesure de la production – Laboratoires de biologie médicale*, édition 2002-2003, publié par le MSSS.

(b) Cela inclut les analyses classées dans les sections « Recherche », « Vente » et « Hygiène ».

(c) Les dosages antibiotiques et les sérologies antimicrobiennes sont classés en microbiologie.

TABLEAU 6 HIÉRARCHISATION DES ANALYSES SELON LA DISCIPLINE DE BIOLOGIE MÉDICALE

Discipline de laboratoire <sup>(a)</sup>	Type local <sup>(b)</sup>	Type régional <sup>(b)</sup>	Type suprarégional <sup>(b)</sup>	Total
Biochimie	87	29	139	255
Hématologie	22	36	158	216
Banque de sang	22	17	2	41
Microbiologie	59	29	58	146
Pathologie	24	4	14	42
Génétique <sup>(c)</sup>	0	0	56	56
Total	214	115	427	756 <sup>(d)</sup>

- (a) Ces disciplines de laboratoire sont inscrites dans le *Manuel de mesure de la production – Laboratoires de biologie médicale*, 2002-2003, publié par le MSSS. Dans la pratique, certaines analyses peuvent être supervisées par un spécialiste d'une autre discipline, selon les décisions médicales et les pratiques de gestion propres à chaque laboratoire.
- (b) De type local, les analyses sont courantes et leur volume provincial annuel est supérieur à 50 000. Les analyses de type régional sont courantes mais plus complexes et leur volume provincial annuel se situe entre 10 000 et 50 000. Les analyses de type suprarégional sont très complexes et leur volume provincial annuel est inférieur de 10 000.
- (c) Les analyses relatives à la génétique sont classées au niveau suprarégional.
- (d) Les données sur le nombre d'analyses datent de 2002-2003 car les données 2003-2004 n'étaient pas encore connues au moment de la rédaction du présent document. Les analyses non répertoriées (Code 9000) ne sont pas incluses dans le total.

### 7.1.2. Définition des trois niveaux de services

Il existe trois niveaux de services et cinq profils de laboratoire.

Niveau local – Première ligne :

- Profil communautaire;
- Profil local;

Niveau régional – Deuxième ligne :

- Profil régional;

Niveau suprarégional – Troisième ligne :

- Profil suprarégional;
- Profil provincial.

#### 7.1.2.1. Niveau local

Les services de première ligne constituent la porte d'entrée du système de santé et de services sociaux pour la population. De manière générale, la première ligne comprend l'ensemble des services de santé courants qui s'appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques permettant de répondre à la plupart des problèmes de santé de la population.

La prestation des services de première ligne n'est pas réservée exclusivement aux médecins depuis l'adoption de la Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé.

#### PRÉLÈVEMENTS BIOLOGIQUES

Afin d'éviter toute confusion avec le terme « ambulatoire » employé dans un centre hospitalier et appliqué à la clientèle inscrite aux consultations externes souvent qualifiée de services ambulatoires, nous précisons que la clientèle « enregistrée ou référée » sera qualifiée de clientèle *communautaire*.

Le service de prélèvements sanguins pour la clientèle communautaire est considéré comme un service de première ligne et, par conséquent, devrait être offert en première ligne par un CSSS. Celui-ci peut installer le centre de prélèvements dans les locaux appartenant à un autre établissement tout en conservant la responsabilité administrative du service si l'emplacement est jugé le meilleur endroit pour rendre un service efficace à la population.

Cette orientation ne signifie pas que tous les centres de prélèvements situés actuellement en deuxième ligne et en troisième ligne doivent fermer leurs portes. Un contexte régional particulier peut également justifier le maintien d'un tel service en deuxième ou troisième ligne, notamment lorsqu'un établissement doit remplir plus d'une mission sur un territoire donné. Nous recommandons toutefois que l'organisation de services en matière de prélèvements soit revue par l'agence de santé et de services sociaux à l'occasion d'un réaménagement immobilier ou d'un programme fonctionnel et technique (PFT). Le MSSS se préoccupera certainement de cet aspect lors de l'étude des projets.

Les services de prélèvements devraient, idéalement, être offerts avec un service « sans rendez-vous » sur des plages horaires convenant à une clientèle communautaire. Les agences de santé et de services sociaux devraient également revoir le réseau régional de centres de prélèvements et ouvrir de nouveaux services, au besoin, sur leur territoire. Des ententes de services pourraient également être conclues avec des cliniques médicales, des groupes de médecine familiale (GMF) ou des pharmacies. Nous constatons à cet égard l'expérience positive d'Héma-Québec qui a modifié son service de prélèvements en le rapprochant de sa clientèle. En effet, Héma-Québec a ouvert des succursales à l'intérieur de centres commerciaux afin d'assurer une meilleure accessibilité et un stationnement gratuit pour sa clientèle.

Dans le domaine de la biologie médicale, il existe deux types de clientèle : le patient qui a recours à un service de prélèvement (phase préanalytique) et le médecin prescripteur qui reçoit le résultat (phase postanalytique). Le patient désire recevoir un service de qualité offert par du personnel compétent, dans un lieu facilement accessible, situé à proximité de son lieu de vie ou de travail, dans un délai d'accès et à des heures d'ouverture qui répondent à ses attentes et à celles du professionnel prescripteur. Le délai de temps-réponse est important et constitue souvent la principale source d'insatisfaction pour le patient.

Le professionnel prescripteur désire recevoir le résultat dans un délai acceptable dans sa pratique médicale. Il souhaite également une procédure de requête d'analyse conviviale.

La localisation du laboratoire où est effectuée l'analyse a peu d'importance pour cette clientèle si les conditions préanalytiques et postanalytiques sont satisfaisantes.

Déjà, les analyses de type local représentent près de 98 % de la demande, alors que la clientèle communautaire (enregistrée) constitue près de 50 % du volume total d'activité des laboratoires publics de biologie médicale. Nous ne disposons pas présentement des données de production provenant du secteur privé, mais nous pouvons facilement supposer que le volume total de la clientèle communautaire, tous secteurs confondus, surpasse les activités attribuées à la clientèle admise et inscrite. Il importe donc de poser des actions concrètes en vue de l'amélioration continue des phases préanalytique et postanalytique pour accroître la satisfaction de la clientèle.

#### LABORATOIRE DE PROFIL COMMUNAUTAIRE

Les laboratoires de profil local et communautaire se trouvent essentiellement dans les CSSS. Un laboratoire n'offrant pas de services à une urgence *hospitalière* obtient un profil communautaire. Précisons que le laboratoire communautaire doit obligatoirement être rattaché cliniquement à un laboratoire hospitalier.

Un plateau technique de biologie médicale doit répondre à un *besoin clinique*. La pertinence de maintenir un plateau technique dans un CSSS est intimement reliée aux activités cliniques qui s'y déroulent et au statut du service d'urgence en place. Idéalement, un transfert administratif du laboratoire communautaire (fusion des activités et transfert de personnel) transformerait ce dernier en laboratoire *satellite* d'un laboratoire de profil local, régional, suprarégional ou provincial.

Soulignons que le simple fait qu'un laboratoire se trouvant en CSSS atteint une cible de performance financière ne justifie pas le maintien du plateau technique, car l'atteinte d'une cible de performance n'est pas une fin en soi. Le maintien d'un plateau technique exige un investissement important relativement aux ressources financières, humaines, technologiques et informationnelles.

Les ressources financières limitées, la pénurie annoncée des techniciens de laboratoires médicaux (2005) et celle qui est déjà en cours du côté des cliniciens de laboratoire ne permettent plus de conserver des plateaux techniques alors que les services peuvent être rendus de manière appropriée par des laboratoires serveurs.

Le maintien ou non des plateaux techniques se trouvant en CSSS doit donc être analysé en fonction de critères précis, dont les besoins cliniques, les options technologiques de remplacement (AHL) et la proximité d'un laboratoire hospitalier (local, régional, suprarégional ou provincial) susceptible de fournir un service approprié. En contexte de région éloignée, il est évidemment primordial de maintenir un service de biologie médicale afin d'en assurer l'accessibilité à la population.

Dans la suite logique de l'adoption du projet de loi 113 sur la prestation sécuritaire des services de santé et services sociaux, le MSSS exige, pour tous les laboratoires publics du Québec, un agrément spécifique en fonction de la norme internationale ISO 15189. De plus, des normes en matière de supervision clinique seront établies par le MSSS. Un tel processus exige un investissement important et récurrent en matière de ressources humaines et financières : c'est donc un élément à prendre en considération quant à la décision du maintien d'un plateau technique. Ceci dit, l'expérience démontre qu'une telle démarche d'agrément s'autofinance généralement par l'amélioration continue des processus.

Concernant les orientations en matière de qualité, le MSSS souhaite que l'équipe clinique de laboratoire (médecins spécialistes et biochimistes cliniques) s'engage activement dans la surveillance de la pertinence des analyses de biologie médicale. D'où l'importance, pour un laboratoire communautaire, d'être rattaché cliniquement ou administrativement à un laboratoire de profil local, régional ou suprarégional.

Les analyses hors laboratoires maintenues ou développées dans un CSSS doivent respecter les normes ministérielles (Directives québécoises sur les AHL). Rappelons que le contrôle de qualité doit être *obligatoirement* assuré par un laboratoire serveur.

TABLEAU 7 DONNÉES POPULATIONNELLES SUR LES ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE SELON LA RÉGION D'ORIGINE DU PRÉLÈVEMENT

Région n°	Volume total des analyses 2002-2003 (n)	Volume total (%)	Volume des analyses des cas « admis » (n)	Volume total des cas « admis » (%)	Volume des analyses des cas « inscrits » (n)	Volume total des cas « inscrits » (%)	Volume des analyses des cas « enregistrés » (n)	Volume total des cas « enregistrés » (%)	Volume des analyses des cas « autres » (n)	Volume total des cas « autres » (%)
01	3 098 588	2,9	646 674	20,9	690 935	22,3	1 596 003	51,5	164 976	5,32
02	3 745 931	3,5	771 854	20,6	950 101	25,4	1 907 019	50,9	116 957	3,12
03	13 310 729	12,5	3 412 964	25,6	3 853 341	28,9	5 635 065	42,3	409 359	3,08
04	6 228 942	5,8	1 182 619	19,0	1 609 488	25,8	3 389 379	54,4	47 756	0,76
05	4 623 560	4,3	1 098 111	23,8	1 271 264	27,5	2 076 920	44,9	177 265	3,83
06	37 711 162	35,3	10 438 446	27,7	14 822 558	39,3	10 814 567	28,7	1 635 590	4,34
07	3 017 151	2,8	575 407	19,1	688 935	22,8	1 679 371	55,7	73 438	2,43
08	1 642 247	1,5	347 831	21,2	500 887	30,5	757 127	46,1	36 402	2,22
09	1 370 086	1,3	241 525	17,6	475 860	34,7	642 019	46,9	10 682	0,78
10	222 274		31 967	14,4	143 465	64,5	11 641	5,2	35 201	15,84
11	1 499 969	1,4	303 379	20,2	417 347	27,8	754 251	50,3	24 992	1,67
12	4 338 482	4,1	709 662	16,4	914 497	21,1	2 621 589	60,4	92 734	2,14
13	2 855 916	2,7	514 775	18,0	712 237	24,9	1 394 560	48,8	234 344	8,21
14	3 540 153	3,3	648 040	18,3	840 402	23,7	2 033 890	57,5	17 821	0,50
15	5 784 697	5,4	1 141 545	19,7	1 233 773	21,3	3 322 782	57,4	85 597	1,50
16	13 688 050	12,8	2 246 065	16,4	3 652 271	26,7	7 657 517	55,9	132 197	0,97
17	76 052		17 909	23,5	6 058	8,0	50 765	66,8	1 320	1,74
18	41 421		5 271	7,4	31 849	44,6	34 301	48,0	0	0,00
Total	106 825 410	100,0	24 334 044	22,8	32 815 268	30,7	46 378 766	43,4	3 297 331	3,09

#### DÉFINITION DE L'ANALYSE DE TYPE LOCAL

Au niveau local, on trouve d'abord les analyses « stat », lesquelles sont effectuées au laboratoire immédiatement puisque la vie du patient est en jeu. À noter que les véritables analyses « stat » sont rares, ce terme signifie généralement que le médecin souhaite obtenir les résultats dans un délai de temps-réponse total inférieur à 60 minutes. Nous préférons nommer ces analyses de nature urgente des analyses « court délai ». Celles-ci sont divisées en deux catégories :

- les analyses court délai hospitalier (clientèle admise et inscrite);
- les analyses court délai communautaire (clientèle enregistrée).

Les analyses court délai sont effectuées en tout temps, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Le temps-réponse est  $\leq 60$  minutes. Une liste des analyses court délai doit être établie de manière consensuelle avec la direction du laboratoire et l'exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Celle-ci doit être révisée au minimum une fois par année.

En milieu hospitalier, le temps-réponse analytique des analyses court délai est en général inférieur à 60 minutes, tandis qu'en milieu communautaire (hors hospitalier) il est généralement de 24 heures. Toutefois, un délai équivalent au court délai hospitalier pourra être convenu, par entente, entre un médecin prescripteur et un laboratoire serveur, l'objet visé étant l'optimisation des services de première ligne et le désengorgement des services d'urgence.

Les analyses délai régulier (de routine) de type local sont effectuées sur une base périodique durant les heures normales d'ouverture du laboratoire. La fréquence à laquelle on recourt aux différentes techniques utilisées pour ces analyses est fonction d'une gestion efficace des ressources à l'intérieur d'un temps-réponse préétabli. Celui-ci est identique pour la clientèle hospitalière ou communautaire.

Plus précisément, l'analyse locale délai régulier :

- est courante et simple, qu'elle soit urgente ou non;
- nécessite un plateau technique simple;
- ne nécessite pas de compétences spécialisées pour l'interprétation des résultats;
- inclut les analyses à court délai;
- peut être effectuée dans les laboratoires locaux, régionaux ou suprarégionaux.

La supervision clinique des analyses doit être assurée par les cliniciens spécialistes de biologie médicale associés aux domaines d'expertise.

Les analyses de type local comptent environ 214 analyses qui représentent 97,6 % du volume et 88 % du budget provincial. Le volume annuel de chacune de ces analyses atteint plus de 50 000 procédures (exception faite des analyses locales court délai).

## OFFRE DE SERVICES

L'offre de services varie selon les besoins cliniques et les missions des établissements. À l'échelle communautaire, l'offre de services est composée principalement d'analyses de type local court délai communautaire, alors qu'à l'échelle locale elle comprend principalement des analyses de type local court délai et délai régulier. Toutefois, aucun laboratoire de profil local n'effectue toutes les analyses répertoriées.

Dans le cas d'une mission spécifique, d'un besoin clinique particulier, d'une situation géographique éloignée d'un centre serveur, le laboratoire de profil local ou communautaire peut effectuer des analyses de niveau supérieur, à condition que les normes soient respectées.

## COÛT DU MATÉRIEL ET DU TRANSPORT DES SPÉCIMENS VERS LE LABORATOIRE SERVEUR

Le coût du matériel et du transport des spécimens est déterminé selon les ententes établies entre les établissements et l'agence de santé et de services sociaux.

Si le volume annuel d'une analyse locale est inférieur à 10 % du volume régional total de cette analyse ou inférieur à 500 analyses/année, le laboratoire doit envoyer les spécimens à un laboratoire de niveau supérieur.

Si le temps-réponse attribué à une analyse ne peut être respecté, le laboratoire doit transférer cette analyse à un laboratoire de niveau régional.

*Ex. : 10 000 analyses/an/région : 10 % de 10 000 = 1 000 analyses/an ou 20 analyses/semaine, dans le respect du délai de trois jours de temps-réponse (test effectué deux fois par semaine).*

Le laboratoire doit obtenir l'autorisation préalable de l'Agence de santé et de services sociaux avant de confier des analyses à un laboratoire d'une autre région ou hors RUIS. Le recours exceptionnel à un laboratoire privé (sous-traitance ou partenariat public-privé) ne peut se faire qu'avec l'autorisation du ministre.

### 7.1.2.2. Niveau régional

De manière générale, la deuxième ligne comprend les services permettant de répondre aux problèmes de santé complexes. Ce sont les services d'assistance, de soutien ou d'hébergement et un ensemble de services de santé, surtout spécialisés, qui s'appuient sur une infrastructure adaptée ainsi que sur une technologie diagnostique et thérapeutique avancée mais répandue. Leurs principales caractéristiques sont leur accessibilité sur référence médicale, leur spécificité et leur caractère ponctuel. Les services de deuxième ligne sont offerts dans toutes les régions individuelles ou regroupées du Québec par un laboratoire de profil régional ou suprarégional.

La biologie médicale regroupe les spécialités de base suivantes au niveau régional : l'anatomo-pathologie, l'hématologie, la banque de sang, la biochimie et la microbiologie. La génétique médicale est exclusivement réservée au niveau suprarégional.

#### DÉFINITION DE L'ANALYSE DE TYPE RÉGIONAL

Les analyses régionales sont effectuées sur une base périodique, durant les heures normales d'ouverture du laboratoire. La fréquence à laquelle on recourt aux différentes techniques utilisées pour ces analyses est fonction d'une gestion efficiente des ressources à l'intérieur d'un temps-réponse préétabli.

Plus précisément, l'analyse régionale :

- est courante mais complexe et non urgente;
- nécessite un plateau technique spécialisé;
- est utilisée lors de soins spécialisés;
- est rattachée à des algorithmes permettant d'en améliorer l'interprétation;
- est soumise à des règles d'expertise favorisant son utilisation efficiente et la qualité diagnostique;
- est effectuée pour une desserte d'environ 300 000 personnes. Plusieurs régions ou secteurs de régions peuvent être jumelés selon le critère de proximité géographique afin de satisfaire à cette condition;
- nécessite une supervision clinique (spécialités de base) en permanence sur place;
- peut être effectuée dans les laboratoires régionaux ou suprarégionaux et, exceptionnellement, dans un laboratoire local.

Le laboratoire de profil régional peut offrir des services à une ou plusieurs régions. Le regroupement des analyses de type régional fait en sorte que le volume régional obtenu permet de respecter les standards de qualité, de temps-réponse et d'efficience.

Il existe environ 115 analyses de type régional et leur volume annuel varie de 10 000 à 50 000 procédures. Elles constituent 1,6 % du volume global des analyses biomédicales et représentent environ 5 % du budget provincial.

#### OFFRE DE SERVICES

L'offre de services varie selon les besoins cliniques du laboratoire de profil régional spécifique et la mission de l'établissement. Elle regroupe les niveaux local et régional. Toutefois, aucun laboratoire régional n'effectue toutes les analyses répertoriées.

Dans le cas d'une mission spécifique, d'un besoin clinique particulier, d'une situation géographique éloignée d'un centre serveur, le laboratoire de profil régional peut effectuer des analyses de niveau supérieur, à condition que les normes soient respectées.

#### COÛT DU MATÉRIEL ET DU TRANSPORT DES SPÉCIMENS VERS LE LABORATOIRE SERVEUR

Le coût du matériel et du transport des spécimens est déterminé selon les ententes établies entre un établissement et l'agence de santé et de services sociaux.

Si le volume d'une analyse régionale est inférieur à 500 analyses/année, le laboratoire doit envoyer les spécimens à un laboratoire de niveau suprarégional désigné à l'intérieur du réseau universitaire intégré de services (RUIS).

Si le délai de temps-réponse attribué à une analyse ne peut être respecté, le laboratoire doit orienter cette analyse vers le palier suprarégional.

*Ex. : 10 000 analyses/an/région : 10 % de 10 000 = 1 000 analyses/an ou 20 analyses/semaine dans le respect du délai de 2 semaines de temps-réponse.*

Le laboratoire régional doit obtenir l'autorisation préalable de l'Agence de santé et de services sociaux avant de confier des analyses à un laboratoire autre que celui du RUIS associé. Le recours exceptionnel à un laboratoire privé (sous-traitance ou partenariat public-privé) ne peut se faire qu'avec l'autorisation du ministre.

### 7.1.2.3. Niveau suprarégional

De manière générale, la troisième ligne correspond à la médecine ultraspécialisée s'adressant aux personnes qui présentent des problèmes de santé rares et complexes. Ces services exigent du personnel hautement qualifié et une infrastructure à la fine pointe de la technologie. Ils ne peuvent être fournis que sur référence médicale.

#### DÉFINITION DE L'ANALYSE DE TYPE SUPRARÉGIONAL

Ces analyses rares sont concentrées au sein de différents établissements tels les centres hospitaliers universitaires, les centres hospitaliers affiliés universitaires, le Laboratoire de santé publique du Québec, le Centre de toxicologie du Québec et Héma-Québec. Ces laboratoires offrent les services locaux, régionaux – pour une région définie – et suprarégionaux ou provinciaux au sein d'un réseau universitaire intégré de services (RUIS) ou non, selon le cas.

En général, les analyses suprarégionales ne sont pas urgentes, leur volume se situant à moins de 10 000 procédures par an. Elles constituent environ 0,8 % du volume global des analyses biomédicales et représentent environ 5 % du budget provincial.

Plus précisément, l'analyse suprarégionale :

- est très complexe, rare et non urgente;
- nécessite un plateau technique de haute technologie de pointe;
- est utilisée pour les soins spécialisés ou surspécialisés;
- est rattachée à des algorithmes permettant d'en améliorer l'interprétation;
- est soumise à des règles d'expertise favorisant son utilisation efficiente et la qualité diagnostique;
- est effectuée, pour une desserte d'environ un million de personnes;

- nécessite une supervision professionnelle médicale (spécialités de base) en permanence, sur place, ainsi qu'une expertise professionnelle médicale et technique pointue;
- est effectuée en respectant le principe de complémentarité des laboratoires de profils suprarégional et provincial.

#### OFFRE DE SERVICES

L'offre de services varie selon les besoins cliniques et la mission de l'établissement. Il existe environ 427 analyses de type suprarégional. L'offre de services du laboratoire de profil suprarégional regroupe les niveaux local, régional et suprarégional. Toutefois, aucun laboratoire suprarégional n'effectue toutes les analyses répertoriées.

#### COÛT DU MATÉRIEL ET DU TRANSPORT DES SPÉCIMENS VERS LE LABORATOIRE SERVEUR

Le coût du matériel et du transport des spécimens est déterminé selon les ententes établies entre les établissements.

Si le volume d'une analyse suprarégionale est inférieur à 2 % du volume provincial de cette analyse, le laboratoire doit confier celle-ci à un autre laboratoire suprarégional afin de concentrer l'expertise.

Si le temps-réponse attribué à une analyse ne peut être respecté, le laboratoire doit confier cette analyse à un autre laboratoire suprarégional en mesure de l'effectuer à l'intérieur du délai prescrit.

Le recours exceptionnel à un laboratoire privé (sous-traitance ou partenariat public-privé) ne peut se faire qu'avec l'autorisation du ministre.

## 8. L'INDICATEUR DE TEMPS-RÉPONSE

Nous avons retenu un indicateur de temps-réponse (*turn-around-time*) afin d'évaluer la qualité du service à la clientèle. Cette mesure peut facilement être extraite des systèmes d'information des laboratoires à l'aide d'un outil d'extraction. Chaque analyse sera catégorisée et un délai de temps-réponse sera établi pour chaque catégorie. L'indicateur de temps-réponse devient ainsi une norme ministérielle à respecter pour l'agrément des services de biologie médicale.

### 8.1. DÉLAI DE TEMPS-RÉPONSE

L'indicateur de temps-réponse doit être mis en perspective en fonction du mode de pratique. Le médecin exerçant dans une urgence hospitalière auprès d'une clientèle symptomatique aura recours à des indicateurs différents de ceux qu'utilisera le médecin exerçant en cabinet auprès d'une clientèle asymptomatique. Le médecin qui exerce tantôt à l'urgence et tantôt en cabinet doit connaître les indicateurs de temps-réponse rattachés à chaque type de pratique.

Dans un monde idéal, le temps-réponse devrait être mesuré du « patient-au-patient », c'est-à-dire à compter du moment de la rencontre médecin-patient jusqu'au moment du retour de l'information du médecin au patient. Certaines périodes de temps sont attribuables au patient et au médecin prescripteur (par exemple, le temps écoulé entre la prescription du médecin et le moment où le patient prend rendez-vous pour un prélèvement, le temps écoulé entre l'insertion du résultat écrit dans le dossier, la lecture de ce résultat par le médecin et la communication du résultat au patient).

Selon la littérature, le temps-réponse total peut être divisé en trois phases : la phase préanalytique, qui se situe entre le prélèvement et la réception du prélèvement au laboratoire; la phase analytique, qui débute à la réception du spécimen, englobe le temps technique nécessaire et se termine à la validation du résultat; la phase postanalytique, laquelle commence lors de la transmission du résultat écrit et se termine par l'insertion de ce résultat dans le dossier du patient.

L'espace-temps contrôlé par le laboratoire est la phase analytique et une partie de la phase postanalytique. Par conséquent, aux fins d'attribution d'une valeur au délai de temps-réponse, nous ne tiendrons compte que du temps compris entre la réception du prélèvement au laboratoire, la validation et la transmission du résultat de l'analyse.

Les solutions permettant l'amélioration du temps-réponse découlent de l'analyse des problèmes éprouvés à chaque phase.

La phase analytique peut être réduite par l'amélioration de l'inscription, la préparation du spécimen, la technique analytique choisie, la périodicité des analyses et les règles de validation des résultats. La fréquence de mise en route du processus analytique peut également devenir un facteur d'amélioration du temps-réponse. Notons que la phase analytique est déjà grandement améliorée grâce à l'évolution technologique et à l'informatisation des laboratoires. En effet, le temps-réponse analytique constitue très souvent moins de 30 minutes du temps-réponse total.

Les études portant sur le temps-réponse démontrent surtout un besoin d'amélioration sur les phases préanalytiques et postanalytiques. Ainsi, l'horaire des services de prélèvements peut être étendu sur des plages de fin de journée (par exemple de 16 heures à 19 heures), de fin de semaine et de jours fériés.

Par ailleurs, la phase préanalytique devrait également être mesurée par des observateurs extérieurs au laboratoire et devrait inclure des études de temps ponctuelles (par exemple, le temps écoulé entre l'heure du prélèvement et la réception du prélèvement au laboratoire.

La phase postanalytique peut être optimisée par l'utilisation de méthodes sécurisées de transmission des résultats.

De toute évidence, une amélioration du temps-réponse total pour la clientèle communautaire pourra éviter le recours aux services d'une urgence hospitalière. Le MSSS désire donc que des ententes soient convenues entre divers groupes de médecins et les laboratoires serveurs afin d'améliorer l'accès aux services de biologie médicale pour la clientèle communautaire ayant besoin des résultats d'analyses biomédicales court délai.

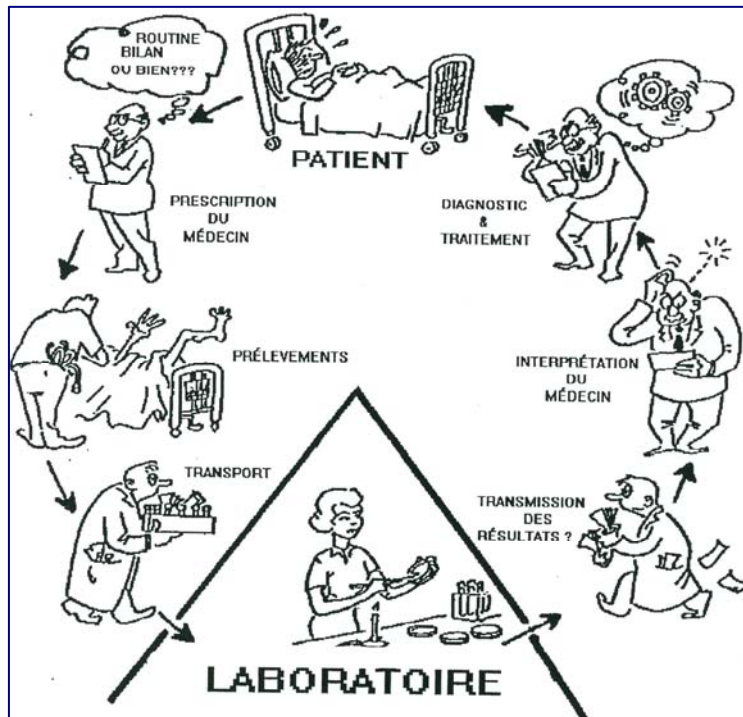


Figure 1 Temps-réponse

Source : R.C. BARTLETT, *Medical Microbiology : Quality, Cost and Clinical relevance*, New York, John Wiley & Sons Inc., 1974. Traduction adaptée.

## 8.2. UTILITÉ DU TEMPS-RÉPONSE

Les médecins prescripteurs se basent sur l'indicateur de temps-réponse analytique afin de choisir une analyse de biologie médicale convenant à la situation clinique et décider d'attendre le résultat avant d'entreprendre une investigation plus complexe ou d'amorcer une thérapie (ex. : antibiothérapie).

Soulignons ici que le temps-réponse varie selon le type de l'analyse.

Le tableau 8 illustre les délais de temps-réponse prévus pour les divers types d'analyses.

À noter que le temps-réponse communautaire pourra, par entente avec un laboratoire serveur, devenir identique au temps-réponse hospitalier. L'objectif étant d'éviter que le patient se trouve dans l'obligation de s'inscrire à un service d'urgence hospitalier afin d'obtenir un résultat rapide de laboratoire de biologie médicale.

TABLEAU 8 DÉLAIS DE TEMPS-RÉPONSE PAR TYPE DE CLIENTÈLE

Type d'analyse	Clientèle hospitalière Temps-réponse	Clientèle communautaire Temps-réponse
Locale court délai	1 heure	24 heures ou 1 heure avec entente entre le prescripteur et le laboratoire serveur
Locale délai régulier	3 jours	1 semaine
Régionale	1 semaine	2 semaines
Suprarégionale	6 semaines	6 semaines

## 9. FACTURATION

La facturation est une importante condition structurelle qui doit soutenir une organisation cohérente des services et non déterminer cette dernière.

La facturation des analyses de biologie médicale engendre une problématique complexe. La recherche de la performance financière incite les gestionnaires à réduire le coût par tous les moyens possibles. Par ailleurs, nous savons que la plus grande part du budget d'un laboratoire est consacrée aux ressources humaines ( $\pm 80\%$ ). Viennent ensuite, dans une plus faible proportion, les dépenses relatives aux équipements (réactifs, entretien, etc.). S'ajoutent enfin les achats de services, qui représentent un coût minime mais simple à circonscrire pour le gestionnaire qui choisit le laboratoire serveur offrant le plus bas prix sans tenir compte des corridors de services établis et du principe d'autonomie régionale. De plus, le climat de concurrence qui règne parfois entre les laboratoires d'une même région est mis en cause, car d'aucuns préfèrent acheter des services à l'extérieur de leur région plutôt que de consolider, dans un esprit de complémentarité, les activités d'un laboratoire voisin.

Ainsi, l'ensemble du processus de facturation accapare plusieurs personnes, de divers services et de diverses organisations, et ce, sans compter le temps consacré au traitement des plaintes provenant des laboratoires visés.

### 9.1. FACTURATION INTRARÉGIONALE

L'organisation des services intrarégionaux de première ligne et de deuxième ligne passe par des ententes de services, lesquelles peuvent contenir une clause d'abolition de la facturation.

Actuellement, la Loi sur les services de santé et les services sociaux (loi 120) permet à une agence de santé et de services sociaux d'abolir la facturation intrarégionale grâce à la régionalisation des budgets.



### 9.2. FACTURATION EXTRARÉGIONALE

Présentement, le MSSS souhaite conserver un mode de facturation interrégional. Par ailleurs, il y aura lieu de réévaluer la situation lorsque les corridors interrégionaux de services seront bien établis. Une normalisation de cette facturation semble toutefois nécessaire et cet aspect devra faire l'objet d'une réflexion au cours des prochains mois.

### 9.3. FACTURATION DES SERVICES AU SECTEUR PRIVÉ


La facturation des services au secteur privé revêt un caractère particulier et devra également être l'objet d'une réflexion au cours des prochains mois.

TABLEAU 9 LABORATOIRES DE PROFIL SUPRARÉGIONAL EN 2004

Région	Type de région	Laboratoires suprarégionaux	Statut
Sherbrooke	Universitaire	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	CHU
Montréal	Universitaire	Hôpital Sainte-Justine	CHU
Montréal	Universitaire	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	CAU
Montréal	Universitaire	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	CAU
Montréal	Universitaire	Hôpital général juif	
Région	Type de région	Laboratoires provinciaux	Statut
Montréal <sup>(1)</sup>	Universitaire	Centre universitaire de santé McGill	CHU
		Complémentarité  Centre hospitalier universitaire de Montréal	CHU
Québec <sup>(1)</sup>	Universitaire	Centre hospitalier universitaire de Québec	CHU
		Complémentarité  Centre hospitalier affilié universitaire de Québec	CAU
Région	Type de région	Partenaires provinciaux	
Québec	Provincial	Centre de toxicologie du Québec (Institut national de santé publique du Québec)	
Montréal	Provincial	Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) (Institut national de santé publique du Québec)	
Montréal	Provincial	Héma-Québec	
Québec	Provincial	Héma-Québec	

(1) Note : La totale complémentarité de la biologie médicale des deux centres pour l'obtention d'un statut provincial sera validée en 2008.

TABLEAU 10 LABORATOIRES DE PROFIL RÉGIONAL EN 2004

	Région	Laboratoires régionaux	Statut
1	01 : Bas-Saint-Laurent	Centre hospitalier régional de Rimouski	
2	02 : Saguenay-Lac-Saint-Jean	Complexe hospitalier de la Sagamie	CAU
4	04 : Mauricie et Centre-du-Québec	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières	
7	07 : Outaouais	Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais	
8	12 : Chaudière-Appalaches	Hôtel-Dieu de Lévis	CAU
9	13 : Laval	Cité de la Santé de Laval	
10	14 : Lanaudière <sup>(1)</sup>	Centre hospitalier régional de Lanaudière Complémentarité  Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur	
12	15 : Laurentides	Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme	
13	16 : Montérégie	Hôpital Charles-LeMoine	CAU

(1) Note : La totale complémentarité de la biologie médicale des deux centres pour l'obtention d'un statut régional sera validée en 2007.

**BIBLIOGRAPHIE**

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC. *RUIS : Réseau universitaire intégré de santé du MSSS*, présentation faite au 39<sup>e</sup> Congrès annuel de l'Association des hôpitaux du Québec, novembre 2003.

BAKERMAN, Seymour, Paul BAKERMAN et Paul STRAUSBAUCH. *Bakerman's ABC's of Interpretive Laboratory Data*, 4<sup>e</sup> éd., Phoenix (Arizona), Interpretative Laboratory Data Inc., 2002, 580 p.

BARTLETT R.C., *Medical Microbiology : Quality, Cost and Clinical Relevance*, New York, John Wiley & Sons Inc., 1974, Traduction adaptée.

CAMPOS, J.M. « Laboratory Consultation, Communication and Information Systems », dans P. MURRAY (dir.), *Manual of Clinical Microbiology*, 8<sup>e</sup> éd., t. 1, American Society for Microbiology, 2003, p. 31-43.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. Direction de l'amélioration de l'exercice. *Complémentarité des services d'urgence : prise en charge des patients*, série « Guide d'exercice », Montréal, Collège des médecins du Québec, 1998, 16 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Rapport du groupe de travail sur la transformation du système de santé et la qualité des services médicaux*, série « Documents de référence », Montréal, Collège des médecins du Québec, 1998, 20 p.

COMITÉ DIRECTEUR SUR LES LABORATOIRES. « Guide sur l'utilisation des analyses de laboratoire : évaluation de la fonction thyroïdienne chez l'adulte », *Clinilab*, vol. 1, n<sup>o</sup> 1, mars 2000, 4 p.

DELORME, Laurent. *Un laboratoire court délai ou 60 minutes pour le citoyen*, présentation faite au 29<sup>e</sup> Congrès annuel de l'Association des hôpitaux du Québec, 13 mai 1993.

HENRY, John Bernard. « Clinical Diagnosis and Management by Laboratory Methods », dans W. B. Saunders, 20<sup>e</sup> éd., 2001.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Coup d'œil sur les régions*, [En ligne], 2002, ([www.stat.gouv.qc.ca](http://www.stat.gouv.qc.ca)).

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Estimation de la population des municipalités du Québec au 1<sup>er</sup> juillet des années 1996 à 2002*, [En ligne], 2002, ([www.stat.gouv.qc.ca](http://www.stat.gouv.qc.ca)).

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Population par grand groupe d'âge des régions administratives et des régions métropolitaines de recensement au Québec, 1991 et 2002*, [En ligne], 2002, ([www.stat.gouv.qc.ca](http://www.stat.gouv.qc.ca)).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Accroissement de la population du Québec, selon la région sociosanitaire, au 1<sup>er</sup> juillet de 1986 à 2003, [En ligne], 2003. ([www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)).*

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Catégorisation des centres hospitaliers*, Direction générale des affaires médicales et universitaires, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Découpage territorial des régions*, [En ligne], 2001, ([www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide de gestion de l'unité d'urgence*, Comité d'experts du Centre de coordination nationale des urgences (CECCNU) et de l'Association des CLSC et CHSLD du Québec, 2000, 159 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Hiérarchisation des services médicaux de type hospitalier : énoncé de position ministérielle*, Québec, Direction générale des affaires médicales et universitaires, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Info-Bassins*, bulletin n° 6, Direction générale adjointe aux ententes de gestion, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2003, 20 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Info-Med-Écho*, bulletin n° 5, Québec, Service du développement de l'information, Direction générale adjointe aux ententes de gestion, ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2003, 35 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Info-Stats*, Québec, Service du développement de l'information, Direction générale adjointe aux ententes de gestion, ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2003.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'intégration des services de santé et des services sociaux : le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 19 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Le système de santé et des services sociaux québécois : vers une plus grande intégration des services*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Manuel de mesure de la production – Laboratoires de biologie médicale, addendum 2002-2003*, Québec, Groupe de soutien sur les services de laboratoire, 2002.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Manipulation et transport des spécimens biologiques – Normes et recommandations*, Québec, Groupe sectoriel d'expertise de laboratoire de biologie médicale, 1997, 183 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Nombre de médecins selon la catégorie de médecins, le groupe de spécialités, la spécialité, le mode de rémunération et la région sociosanitaire*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action 2004-2006, Programme de biologie médicale*, Québec, Direction générale des affaires médicales et universitaires, ministère de la Santé et des services sociaux, 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Répertoire des établissements de santé et de services sociaux*, Québec, 1999.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Tableaux de bord de gestion : exercice financier 2000-2001 – Tableaux comparatifs des données financières et statistiques sur la production des laboratoires de biologie médicale au Québec*, Québec, Groupe de soutien sur les services de laboratoire, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Tableaux de bord de gestion : exercice financier 2001-2002 – Tableaux comparatifs des données financières et statistiques sur la production des laboratoires de biologie médicale au Québec*, Québec, Groupe de soutien sur les services de laboratoire, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Tableaux de bord de gestion : exercice financier 2002-2003 – Tableaux comparatifs des données financières et statistiques sur la production des laboratoires de biologie médicale au Québec*, Québec, Programme de biologie médicale, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003.

ORGANISATION INTERNATIONALE DE NORMALISATION. *Laboratoires d'analyses de biologie médicale – Exigences particulières concernant la qualité et la compétence*, norme internationale ISO 15189 : 2003, 1<sup>re</sup> édition, Genève, Organisation internationale de normalisation, 2003, 39 p.

ROBERGE, Colette. *Imputabilité médicale et gouvernance clinique : bâtir sur la qualité et la performance des pratiques*, Québec, Conseil médical du Québec, 2003, 81 p.

SEWELL, D.L. et James D. MACLOWRY. « Laboratory Management », dans P. MURRAY (dir.) *Manual of Clinical Microbiology*, 8<sup>e</sup> éd., vol. 1, American Society for Microbiology, 2003, p. 4-21.

WALLACH, J. *Interpretation of Diagnostic Tests*, 7<sup>e</sup> éd., Lippincott Williams and Wilkins, 2000, 1 040 p.

[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)

