

**AVIS
SUR LES
ÉTUDES DE PERTINENCE
DANS LA DISPENSATION DES PROCÉDURES
DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES**

DÉCEMBRE 1994

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC

(AVIS 94-04)

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 1994
ISBN 2-550-09779-X

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1 - ÉTUDES DE PERTINENCE DES PROCÉDURES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES	1
1.1 Commentaires sur la méthodologie des études de pertinence	2
1.2 Commentaires sur les domaines d'activités étudiés et le nombre d'études	6
1.3 Calcul d'un pourcentage global d'actes qualifiés de pertinents ou non pertinents	9
1.4 Opinion du Conseil sur la présence d'actes médicaux non pertinents	9
2 - CONCLUSIONS	10
3 - RECOMMANDATIONS	11
4 - POURSUITE DES TRAVAUX DU CONSEIL	12
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	13

N.B. Le genre masculin utilisé dans ce texte désigne, lorsque le contexte s'y prête, aussi bien les femmes que les hommes

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1

Principales étapes des études de pertinence des procédures diagnostiques ou thérapeutiques (méthodologie RAND-UCLA)	3
--	---

TABLEAU 2

Résultats d'études de pertinence	8
--	---

INTRODUCTION

À la suite des préoccupations de ses membres, le Conseil médical du Québec a pris l'initiative de faire le point sur la question des études de pertinence qui, à certains moments, concluent qu'une part appréciable des procédures diagnostiques et thérapeutiques dispensées seraient non pertinentes. Le Conseil médical du Québec a formé en novembre 1993 un comité sur la pertinence et l'efficience dans la dispensation des services médicaux.

Les objectifs sont de vérifier les fondements de ces conclusions, de se prononcer sur l'interprétation qu'on doit en faire, particulièrement dans le contexte québécois, et d'identifier les pistes d'action possibles.

À la suite de ce travail, cet avis du Conseil donne, d'une part, son appréciation de ces études et de leur utilité, et, d'autre part, vise à identifier les moyens les plus susceptibles d'encourager une recherche sur ces questions au Québec, cette recherche visant autant à identifier les causes de la présence de non-pertinence, si elle est vérifiable au Québec, que les moyens de la prévenir.

1- ÉTUDES DE PERTINENCE DES PROCÉDURES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Une revue de littérature a été entreprise par le Conseil pour faire le point sur la question de la pertinence dans la dispensation des services médicaux. Le Conseil a centré son attention sur les procédures diagnostiques et thérapeutiques, comme, par exemple, l'angioplastie ou l'hystérectomie.

La revue de littérature est détaillée dans un document technique qui accompagne cet avis. Lors de celle-ci, le Conseil s'est intéressé en particulier aux méthodes utilisées pour mesurer la pertinence. Le Conseil s'est aussi préoccupé de la généralisation possible des résultats de ces études de pertinence et des possibilités de calcul d'un pourcentage global d'actes non pertinents.

1.1 Commentaires sur la méthodologie des études de pertinence des procédures diagnostiques et thérapeutiques

La revue de littérature a permis de prendre connaissance de plusieurs études de pertinence de procédures diagnostiques et thérapeutiques. Pour la plupart d'entre elles, la détermination de la pertinence des procédures se fait sur une base de consensus d'experts. Cette méthode a été développée par un groupe de chercheurs américains associés à RAND-UCLA.

Méthodologie des études de pertinence basées sur un consensus d'experts

De manière générale, ces études font d'abord le point, par revue de littérature, sur l'efficacité de la procédure étudiée, sur les risques associés et sur toutes les indications cliniques possibles. Par après, un panel de médecins assigne à chacune des indications une note de pertinence variant de 1 à 9. Les membres du panel utilisent alors un critère explicite de pertinence qui se formule typiquement ainsi:

«Appropriateness was defined to mean that the expected health benefit (quality of life and/or longevity) exceeded the expected negative consequences (pain, disability, and risk of death) by a sufficient margin that the procedure was worth performing. Cost of the procedure was not considered in the appropriateness rating.»¹

En parallèle, les dossiers médicaux des patients échantillonnés sont résumés par du personnel formé à cet effet. Selon le dossier analysé, chaque patient est apparié à l'indication clinique qui lui correspond le plus et on lui associe alors la note de pertinence déjà déterminée par le panel pour cette indication.

Le tableau 1 présente les principales étapes des études de pertinence de procédures diagnostiques et thérapeutiques utilisant la méthode basée sur un consensus d'experts

¹ *The Appropriateness of Use of Coronary Artery Bypass Graft Surgery in New York State*, Leape et al., JAMA, Feb 93, p. 755

développée par les chercheurs de RAND-UCLA.

TABLEAU 1
PRINCIPALES ÉTAPES DES ÉTUDES DE PERTINENCE DES
PROCÉDURES DIAGNOSTIQUES OU THÉRAPEUTIQUES
(MÉTHODOLOGIE RAND-UCLA)

- | | |
|---|--|
| 1 | CHOIX DE LA PROCÉDURE À ÉTUDIER. |
| 2 | REVUE DE LITTÉRATURE; RELEVÉ DES INDICATIONS CLINIQUES. |
| 3 | FORMATION D'UN PANEL D'EXPERTS; ÉCHELLE D'ÉVALUATION;
DÉFINITION DE PERTINENCE À UTILISER. |
| 4 | ÉVALUATION PAR LE PANEL DE CHACUNE DES INDICATIONS CLINIQUES.
DÉTERMINATION D'UNE NOTE INDIQUANT LA PERTINENCE DE CHAQUE
INDICATION CLINIQUE (1=NON PERTINENT); NOTATION INDIVIDUELLE
(MÉTHODE DELPHI); DISCUSSION DES NOTATIONS EN GROUPE. |
| 5 | DÉTERMINATION D'UN ÉCHANTILLON ET OBTENTION DE L'ACCÈS AU DOSSIER
MÉDICAL. |
| 6 | FORMATION DE PERSONNEL POUR ANALYSER CHAQUE DOSSIER ET EN FAIRE UN
RÉSUMÉ ; IDENTIFICATION DE L'INDICATION CLINIQUE QUI EST LA PLUS
APPROPRIÉE; ASSIGNATION DE LA NOTE CORRESPONDANTE DÉJÀ DÉTERMINÉE
PAR LE PANEL PAR LES AUTEURS DE L'ÉTUDE;
VALIDATION DE LA PROCÉDURE DE RÉSUMÉ. |
| 7 | COMPILATION DES RÉSULTATS: DÉTERMINATION D'UN POURCENTAGE DE
PROCÉDURES PERTINENTES, INCERTAINES OU NON PERTINENTES. |
| 8 | ANALYSE DES RÉSULTATS. |

Le Conseil est d'avis que ces études sont menées de manière rigoureuse et qu'il s'agit d'un type de recherche évaluative de qualité. Cependant, compte tenu du *design* de

ces études, elles présentent de manière inhérente des limites qu'il faut souligner. Ces limites sont reliées à deux caractéristiques de ces études.

Premièrement, elles ont un caractère rétrospectif et s'appuient sur l'information contenue dans le dossier médical. Cet aspect est souligné par plusieurs des auteurs des études mais il leur apparaît peu possible de procéder autrement.

Une limite en découlant est que ces études ne peuvent aider à déterminer que le taux de surutilisation (les cas où une procédure est dispensée en l'absence d'indications cliniques) et ne renseignent pas sur le taux de sous-utilisation (les cas où une procédure aurait dû être dispensée).

Deuxièmement, une autre caractéristique de ces études est qu'il s'agit d'un exercice basé sur un consensus d'experts (panel). Il y a un risque de subjectivité malgré les différentes techniques utilisées pour la minimiser.

Une limite inhérente qui s'ajoute ici est qu'un autre panel pourrait donner une notation différente. Les questions de formation médicale, de milieu de dispensation ou tout simplement d'approche peuvent alors devenir importantes.

Les résultats de ces études doivent donc être abordés en sachant qu'il s'agit d'un exercice évaluatif et que les résultats sont en partie dépendants du panel utilisé. Pour le Conseil, les résultats de ces études sont valables à l'intérieur du contexte étudié. Par exemple, les résultats d'une étude sur l'angiographie coronarienne dans l'État de New-York en 1990 sont valides pour cette seule procédure, ce seul État et cette seule année.

Conclure, à partir d'une étude sur l'angiographie dans une région, que le résultat serait le même pour l'ensemble des angiographies au pays ne semble pas juste. Il en est de même si on voulait présumer du degré de pertinence de tous les types d'actes

de cette région sur la base que l'angiographie y est ou non pertinente. De plus, compte tenu de la méthode employée, il est incertain que ces résultats soient reproductibles.

Autres méthodologies possibles

Les études de pertinence basées sur un consensus d'experts ne font pas l'unanimité du fait de leur méthodologie et des limites déjà mentionnées².

En regard de ces limites, ce qui est le plus souvent proposé est de baser les études de pertinence sur les résultats de santé («outcomes»)³. Le tout suppose une approche très différente.

Les auteurs de plusieurs études de pertinence basées sur un consensus d'experts ont déjà rappelé que l'étude de la pertinence en se basant sur les résultats de santé subséquents serait l'idéal. Cependant, il ne leur apparaît pas possible de procéder autrement qu'avec la méthodologie qu'ils ont développée⁴. Ils avancent notamment trois raisons:

- il y a un trop grand nombre d'indications pour lesquelles les mesures de résultats de santé ne seraient pas documentées;
- lorsque les conclusions des études de résultats de santé sont connues, la procédure a déjà évolué;
- les études de résultats de santé sont très différentes quant aux

² *The Methodologic Foundations of Studies of the Appropriateness of Medical Care*, Phelps C., NEJM, Nov 1993

³ Les études basées sur les résultats de santé étudient la condition du bénéficiaire, avant la dispensation d'une procédure et après celle-ci, pour vérifier l'amélioration attendue.

⁴ *The Appropriateness of Use of Coronary Artery Bypass Graft Surgery in New York State*, Leape et al., JAMA, Feb 1993

méthodes employées et ne sont pas nécessairement généralisables.

Sauf pour une étude⁵ dont les résultats sont très partiels, il n'y a pas actuellement d'exemple de recherches utilisant une telle méthodologie dans la littérature consultée par le Conseil et il est donc en pratique impossible de faire une comparaison entre ces deux méthodes. Le Conseil note que si une méthodologie basée sur l'étude des résultats de santé apparaît intéressante à développer, elle ne peut s'appliquer que dans le cadre de vastes études prospectives du type essais cliniques contrôlés, avec les coûts, les délais et les difficultés inhérentes que cela implique. Il ne semble pas y avoir de méthode simple et rapide en ce domaine.

D'autre part, que l'on utilise telle ou telle méthode, il faut tenir compte que le développement rapide de certaines technologies et des connaissances scientifiques intervient constamment pour modifier soit le contexte d'étude, soit l'utilisation possible des résultats.

1.2 Commentaires sur les domaines d'activités étudiés et le nombre d'études

La revue de littérature indique que l'éventail des procédures étudiées avec la méthode précédemment résumée au tableau 1 est finalement limité, les études portant souvent sur les procédures reliées à la maladie coronarienne. Le nombre d'études publiées depuis une dizaine d'années commence à être important mais peut apparaître insuffisant quand on regarde l'étendue du champ de pratique à couvrir et l'absence de possibilités de généralisation.

Des secteurs comme les examens en cabinet, les traitements psychiatriques ou la chirurgie mineure sont très peu documentés. On n'a pas retracé d'études québécoises ni même canadiennes utilisant la méthode-type des études de pertinence américaines

⁵ *Appropriateness of Care, A Comparison of Global and Outcome Methods to Set Standards*, McLellan M., Brook R.H., Medical Care, July 1992

et on doit souligner l'absence de telles données. Le bloc d'études le plus intéressant est un ensemble de trois études demandées par l'État de New-York pour des procédures reliées à la maladie coronarienne et rendues en 1990. Autrement, les études sont disséminées sur le territoire américain et certaines d'entre elles donnent des résultats qui valent pour 1981.

Le document technique présentant la revue de littérature donne plus de détails sur les résultats, notamment sur les résultats par établissement où il a été observé à l'occasion des pourcentages très élevés de procédures qualifiées de non pertinentes.

On y retrouvera aussi une présentation des explications ou hypothèses reliées à ces résultats que l'on retrouve dans la littérature. On peut cependant résumer ainsi: il n'y a pas de facteur permettant de prédire des secteurs de non-pertinence. L'opinion courante est que le tout se joue au niveau des cas individuels et n'est pas relié, par exemple, à des facteurs comme le type d'hôpital ou à des clientèles en particulier.

Notamment, le lien entre le degré de pertinence dans la dispensation et les variations géographiques n'a pas été établi dans les quelques articles traitant de ce point⁶. Notons cependant qu'il n'y a pas unanimité sur cette conclusion⁷. Si un tel lien était établi, les variations géographiques pourraient éventuellement servir de facteur d'identification des domaines à regarder en premier lieu. On doit noter cependant qu'il y a dans la littérature un consensus à utiliser les variations géographiques comme indicateur indirect des secteurs à étudier. Compte tenu qu'il est plus facile de mettre en lumière des variations géographiques, cet indicateur serait facilement utilisable.

Un autre élément est que le manque de consensus scientifique sur l'efficacité de

⁶ *Does Inappropriate Use Explain Small-Area Variations in the Use of Health Care Services?*, Leape L.L. et al, JAMA, Feb 1990 et *Elective Surgical Rates: do high rates mean lower standards?*, Roos NP et al, NEJM, 1977

⁷ «*Does Inappropriate Use Explain Small-Areas Variations in the Use of Health Care Services?*» A Critique, Davidson G., Health Services Research, October 1993

certaines procédures fait en sorte que l'appréciation de la pertinence de leur dispensation est problématique. Il sera alors difficile d'établir un consensus à l'intérieur d'un panel de médecins et bien souvent, on qualifiera d'incertaines ces procédures.

Le tableau 2 donne quelques exemples de résultats des études de pertinence.

TABLEAU 2

Résultats d'études de pertinence			
Procédure	Lieu et année	Pourcentage d'actes qualifiés de non pertinents	Pourcentage d'actes qualifiés d'incertains
Pontage coronarien	État de New-York, 1990	2,4 %	7,0 %
Pontage coronarien	Ouest américain, 1979-82	14 %	30 %
Angiographie	État de New-York, 1990	4 %	20 %
Hystérectomie	Lieux variés, HMO, 1989-90	16 %	25 %
Stimulateur cardiaque	Philadelphie, 1983	20 %	36 %
Endartérectomie	Ouest américain, 1981	32,4 %	32,3 %
Endoscopie	Ouest américain, 1981	17,2 %	10,8 %

1.3 Calcul d'un pourcentage global d'actes qualifiés de pertinents ou non pertinents

Le Conseil est d'avis qu'il n'est pas possible d'avancer un pourcentage global de

services non pertinents comme on en retrouve à l'occasion dans la littérature.

D'une part, la généralisation de ces résultats n'est pas possible pour les raisons précédemment données et d'autre part, même s'il y avait une certaine possibilité de généraliser, on ne pourrait le faire que sur les quelques procédures étudiées qui sont loin de représenter la majorité des activités.

Le problème serait encore plus grand lorsqu'on voudrait estimer au Québec un tel pourcentage sur la base d'études américaines qui ne sont même pas généralisables pour les États-Unis.

1.4 Opinion du Conseil sur la présence d'actes médicaux non pertinents

Les études de pertinence consultées par le Conseil indiquent toutes la présence d'actes qualifiés de non pertinents, dans des proportions variables. Bien que ces résultats ne puissent être généralisables, ils sont quand même des indicateurs sérieux de la présence d'actes non pertinents. Le Conseil est d'avis que si le calcul d'un pourcentage global d'actes non pertinents à partir des études de pertinence n'est pas possible, ces études démontrent néanmoins la présence de tels actes pour les secteurs d'activité, les régions et les années qu'elles ont couvertes. Le Conseil en déduit que si des études de pertinence étaient menées au Québec, elles démontreraient qu'il existe des actes médicaux non pertinents.

Le Conseil note que la mesure de la pertinence est peu développée au Québec, au point qu'on ne peut établir aucun résultat qui lui soit spécifique au moment où on y généralise souvent les conclusions d'études américaines, malgré d'importantes différences entre les deux systèmes de santé. Il importe donc de privilégier au Québec ce champ de recherche.

2 - CONCLUSIONS

Les conclusions du Conseil se résument de la façon suivante.

2.1 Les études de pertinence consultées lors de la revue de littérature

correspondent le plus souvent à un exercice rigoureux de recherche évaluative et utilisent presque toutes une méthode à caractère rétrospectif et basée sur un consensus d'experts.

- 2.2 Ces études concluent qu'il existe effectivement des actes et des services non pertinents dans plusieurs domaines de pratique médicale. Par contre, ces études ne peuvent prendre en compte les cas où la décision de ne pas dispenser une procédure a été la bonne décision.
- 2.3 Malgré la qualité des études et le fait que leurs résultats apparaissent valables dans le contexte de recherche qui leur est propre, le Conseil est d'avis que les limites méthodologiques inhérentes à la méthode employée empêchent de quantifier un pourcentage global d'actes non pertinents, comme il est quelquefois avancé.
- 2.4 Les limites de ces études empêchent également de généraliser ces pourcentages d'une région à l'autre et, en particulier, au Québec.
- 2.5 La revue de littérature ne permet pas de dégager des indicateurs ou des facteurs qui aideraient à cibler les domaines d'actes et de services médicaux qui devraient être étudiés en premier lieu. L'indicateur le plus souvent mentionné est la présence de variations géographiques qui doit, cependant, être considéré comme un indicateur indirect.
- 2.6 En pratique, ces études sont finalement peu utiles pour dégager de manière précise un constat immédiat de la situation au Québec ou des pistes d'action. Pour les études de pertinence, il n'y a cependant pas de méthode actuellement utilisée qui serait une alternative à la méthode basée sur un consensus d'experts.
- 2.7 Compte tenu que toutes les études consultées lors de la revue de littérature indiquent la présence d'actes médicaux non pertinents, le Conseil en déduit que si de telles études étaient menées au Québec, elles démontreraient qu'il existe des actes non pertinents.

3 - RECOMMANDATIONS:

À ce moment-ci de ses travaux, le Conseil recommande:

- 3.1 D'étudier la présence d'actes médicaux non pertinents au Québec, puisqu'on ne peut transposer au Québec les résultats des études américaines, et de cibler, par consensus, cette recherche sur des secteurs précis.
- 3.2 D'éviter de fonder cette étude uniquement sur le genre d'études américaines qui, de par leurs limites, donnent des résultats trop ponctuels et non généralisables et qui n'identifient pas les causes de la non-pertinence de certains actes médicaux.
- 3.3 De privilégier plutôt les méthodes de recherche mettant en évidence les causes de la présence d'actes médicaux non pertinents de manière à identifier les éléments et les moyens qui permettraient de modifier éventuellement des comportements et de contribuer ainsi à une amélioration de la qualité des soins dispensés à la population.

4 - POURSUITE DES TRAVAUX DU CONSEIL

- 4.1 Mettre en marche un processus de consultation auprès de diverses instances québécoises, afin de documenter la situation quant à la présence d'actes et de services médicaux non pertinents au Québec.

- 4.2 Identifier les critères à utiliser pour cibler les secteurs prioritaires devant faire l'objet de recherches.
- 4.3 Procéder à une concertation avec les divers intervenants quant à la meilleure méthode de recherche, aux mesures à utiliser pour déterminer, lors de leur dispensation, la pertinence des actes médicaux et des secteurs et domaines de recherche à mettre en priorité.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Davidson G., «*Does Inappropriate Use Explain Small-Areas Variations in the Use of Health Care Services?*» A Critique, Health Services Research, October 1993

Leape L.L. et al., *The Appropriateness of Use of Coronary Artery Bypass Graft Surgery in New York State*, JAMA, Feb 1993

Leape L.L. et al., *Does Inappropriate Use Explain Small-Area Variations in the Use of Health Care Services?* JAMA, Feb 1990

McLellan M., Brook R.H., *Appropriateness of Care, A Comparison of Global and Outcome Methods to Set Standards*, Medical Care, July 1992

Phelps C., *The Methodologic Foundations of Studies of the Appropriateness of Medical Care*, NEJM, Nov 1993

Roos NP et al, *Elective Surgical Rates: do high rates mean lower standards?* NEJM, 1977

