

Utilisation judicieuse des analyses
biomédicales
Méthodologie

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence des
modes d'intervention en santé

Utilisation judicieuse des analyses biomédicales

Méthodologie

Rédaction

Kevin Gonthier
Isabelle Labonté
Bertrand Neveu
Hubert Robitaille

Collaboration

Valérie Clavet-Fournier
Aurélie Corduan
Mario Méthot
Éric Potvin
Stéphanie Roberge
Éric Shink

Coordination scientifique

Véronique Provost

Direction

Catherine Truchon
Ann Lévesque

Le présent document contient la méthodologie générique des rapports associés au projet *Utilisation judicieuse des analyses biomédicales*.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteurs et auteure principaux

Kevin Gonthier, Ph. D.
Isabelle Labonté, Ph. D.
Bertrand Neveu, Ph. D.
Hubert Robitaille, Ph. D.

Collaborateurs et collaboratrices internes

Valérie Clavet-Fournier, Ph. D.
Aurélie Corduan, Ph. D.
Mario Méthot, Ph. D.
Éric Potvin, Ph. D.
Stéphanie Roberge, Ph. D.
Éric Shink, Ph. D.

Coordonnatrice scientifique

Véronique Provost, Ph. D.

Directrice adjointe

Ann Lévesque, Ph. D.

Directrice

Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm.

Repérage de l'information scientifique

Karine Bélanger, M.S.I.

Soutien documentaire

Bin Chen, techn. docum.

Transfert des connaissances

Caroline Plante, M. Ed. Adm. A.
Geneviève Corriveau, M. Sc.

Soutien administratif

Théodore Dubois
Laura Guiol

Équipe de l'édition

Jean Talbot
Nathalie Vanier

Sous la coordination de
Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de
Gilles Bordage, révision linguistique

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025
ISBN 978-2-555-02578-3 (PDF)

Tous droits réservés

© Gouvernement du Québec, 2025

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2025). *Utilisation judicieuse des analyses biomédicales – Méthodologie*. Québec, Qc : INESSS. 16 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité consultatif et lectrices et lecteurs externes

Les membres des comités d'experts et les lecteurs externes sont indiqués dans les rapports spécifiques à chaque analyse biomédicale.

Autres contributions

L'Institut tient à aussi à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à la préparation de ce document en fournissant soutien, information et conseils clés :

M^{me} Kim Aubin, conseillère en biologie médicale, Direction des laboratoires et de l'imagerie médicale, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)

M^{me} Jacynthe Blouin, technicienne principale en données biomédicales, Direction des laboratoires et de l'imagerie médicale, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)

Déclaration d'intérêts

Les auteurs et auteure des rapports et des fiches déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts et qu'aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ce document. Les membres du comité consultatif et les lecteurs externes qui ont déclaré des conflits d'intérêts sont mentionnés dans les rapports succincts associés à chacune des fiches.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions et les recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

SIGLES ET ACRONYMES	I
GLOSSAIRE	II
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE	2
1.1 Question clé d'évaluation.....	2
1.2 Recherche et synthèse de l'information et des recommandations cliniques	2
1.3 Recherche et synthèse des informations contextuelles et complémentaires	6
1.4 Collecte et synthèse des différentes perspectives recueillies à partir des consultations	8
1.5 Processus d'élaboration des indications cliniques	9
1.6 Confidentialité et considérations éthiques	10
1.7 Prévention, déclaration et gestion des conflits d'intérêts et de rôles.....	10
1.8 Transfert des connaissances, soutien à l'implantation et suivi des résultats.....	11
1.9 Procédure de mise à jour.....	14
RÉFÉRENCES.....	15

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Critères généraux d'inclusion et d'exclusion des documents communs à toutes les analyses biomédicales évaluées ¹	4
-----------	---	---

SIGLES ET ACRONYMES

ABIM	<i>American Board of Internal Medicine</i>
ACTMS	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé
AGREE	<i>Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation</i>
AMSTAR	<i>A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews</i>
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CUSM	Centre hospitalier universitaire de l'Université de Montréal
ÉTMIS	Évaluation des technologies et modes d'intervention en santé
ÉTS	Évaluation des technologies de la santé
GMF-U	Groupe de médecine de famille universitaire
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses</i>

GLOSSAIRE

Centralab

Données d'activité des laboratoires de biologie médicale du Réseau de la Santé et des Services sociaux - Banque de données provinciale ayant remplacé CDLAB et qui sert à compiler les renseignements sur les activités des laboratoires publics du Québec (volume des analyses réalisées, achetées ou externalisées, en fonction de la catégorie d'utilisateur) selon la liste des procédures, qui est révisée et publiée annuellement dans le Répertoire québécois et système de mesure des procédures de biologie médicale. La banque de données permet au ministère de la Santé et des Services sociaux, aux établissements et à d'autres intervenants du dossier des laboratoires de suivre la production des laboratoires, d'en évaluer périodiquement la performance et de déterminer le taux d'utilisation et le coût des services.

Empreinte carbone

Somme des émissions de gaz à effet de serre découlant des activités humaines.

INTRODUCTION

Problématique et objectifs

Les analyses biomédicales représenteraient entre 4 % et 5 % des coûts totaux de soins de santé pour les provinces et territoires du Canada (Naugler et Wyonch, 2019). Il est estimé qu'entre 14 et 20 analyses biomédicales seraient prescrites en moyenne annuellement à chaque personne au Canada (Naugler et Wyonch, 2019). Ces analyses seraient impliquées dans 70 % des décisions cliniques (Naugler et Wyonch, 2019). Une augmentation notable du nombre d'analyses biomédicales a d'ailleurs été rapportée dans les dernières décennies, tant au Canada que dans d'autres juridictions (Fryer et Hanna, 2009; IRIS, 2022; Naugler, 2014). Les données publiées dans un rapport de l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec révèlent que le volume annuel d'analyses biomédicales est passé d'environ 165 millions en 2011 à plus de 203,5 millions en 2020, soit une augmentation de 23 % sur une période de dix ans (OPTMQ, 2021). Toutefois, entre 20 % et 40 % de ces analyses biomédicales seraient potentiellement à faible valeur ajoutée, voire inappropriées (Lippi *et al.*, 2017; Zhi *et al.*, 2013). L'utilisation inappropriée des analyses biomédicales induit une pression financière dans le réseau de la santé, devient une source de gaspillage, alourdit inutilement la charge de travail des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux et du personnel technique, et cause plus d'effets néfastes que de bénéfices aux patients concernés (Naugler et Wyonch, 2019). De plus, une utilisation inappropriée peut affecter l'accès aux tests et augmenter les délais pour l'obtention des résultats nécessaires à la prise en charge de différentes conditions. Ces enjeux soulignent l'importance de bien identifier les analyses nécessaires et pertinentes en fonction du contexte clinique.

L'objectif de ces travaux est d'accroître la pertinence de l'utilisation des analyses biomédicales dans le but de réduire le volume d'actes à faible valeur ajoutée. Au terme des travaux effectués, des fiches et des rapports pour chaque analyse auront été élaborés pour aider les professionnels de la santé à appliquer les meilleures pratiques axées sur l'utilisation judicieuse des analyses biomédicales dans le réseau de la santé du Québec. Ces fiches présentent les non-indications et les indications pour une utilisation judicieuse, et des informations susceptibles de promouvoir leur utilisation rationnelle, notamment des enjeux de pertinence, ainsi que des coûts, la volumétrie et des enjeux environnementaux.

1 MÉTHODOLOGIE

Les indications pour chacune des analyses biomédicales examinées ont été formulées à l'aide d'une triangulation des données scientifiques, de l'information contextuelle et des savoirs expérientiels recueillis par une approche multidimensionnelle.

1.1 Question clé d'évaluation

La question d'évaluation qui a guidé les présents travaux est la suivante :

- Quelles sont les recommandations, les non-indications et les indications cliniques pour une utilisation judicieuse des analyses biomédicales?

1.2 Recherche et synthèse de l'information et des recommandations cliniques

Type de revue de littérature

Pour chaque analyse biomédicale évaluée, une revue rapide de la littérature a été effectuée selon la méthodologie de l'INESSS (INESSS, 2023).

Sources de données et stratégie de repérage de la littérature scientifique

La stratégie de repérage de l'information a été élaborée en collaboration avec une conseillère en information scientifique (bibliothécaire). Afin de diminuer les biais de divulgation, le repérage de l'information a été effectué dans plusieurs bases de données, soit Medline, Embase et certaines bases de données de la collection EBM Reviews, incluant Cochrane Database of Systematic Reviews. Le repérage documentaire a été limité aux documents publiés dans l'intervalle temporel mentionné dans le rapport en soutien à chacune des fiches. Le repérage s'est limité aux documents rédigés en français et en anglais, et correspondant à des guides de pratique, à des lignes directrices, à des documents d'orientation ou à des rapports d'évaluation des technologies de la santé. Les revues systématiques avec ou sans méta-analyses ont également été incluses si elles présentaient des recommandations et/ou des indications pour recourir ou non aux analyses biomédicales évaluées (la stratégie de recherche est disponible dans les annexes du rapport en soutien pour chacune des analyses évaluées).

De plus, le repérage de documents pertinents dans d'autres sources de littérature a été effectué manuellement par un professionnel scientifique en santé :

- 1) Les sites Internet d'organisations qui élaborent des guides de pratique clinique, des lignes directrices et des rapports d'évaluation des technologies de la santé provenant de pays dont le réseau de la santé et la pratique clinique présentent des similitudes

avec celui du Canada¹ ou une population similaire (p. ex. États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, Belgique, France, Royaume-Uni, Écosse) ont été consultés.

- 2) Les sites gouvernementaux provinciaux, nationaux et internationaux, de santé publique et d'organisations professionnelles qui ont publié des documents sur les analyses biomédicales qui sont recommandées ou indiquées ainsi que celles répertoriées comme des actes à faible valeur ajoutée, ont aussi été consultés. Les recommandations émises par la campagne *Choosing Wisely Canada*, une initiative de la ABIM Foundation (*Advancing Medical Professionalism to Improve Health Care*) aux États-Unis, ont été considérées.
- 3) Une recherche spécifique, en utilisant le moteur de recherche Google, a également été effectuée afin de répertorier les documents qui n'ont pas été publiés dans des périodiques consultés. Le moteur de recherche Google Scholar et celui de littérature grise de l'ACTMS GreyMatters ont aussi été interrogés. Les mots-clés suivants ont été utilisés : « overuse care », « low-value care », « care appropriateness », « unnecessary care », « recommended », « appropriate », « indicated » AND « test » « biomed* » AND « NOM DU TEST À ÉVALUER ». Les 200 premiers liens issus de la recherche ont été consultés et considérés pour la sélection.
- 4) Enfin, les bibliographies des publications retenues ont été parcourues afin de répertorier d'autres documents pertinents. Des ouvrages de référence en santé ont aussi été consultés au besoin.

Critères de sélection des documents

La recherche de la littérature a permis de retenir les guides de pratique, les lignes directrices, les documents d'organisations et les rapports d'évaluation des technologies de la santé qui proposent des recommandations et/ou des indications d'utilisation des analyses biomédicales dans les pays avec des systèmes de santé comparables à celui du Canada. Seuls les documents soutenus par des organisations reconnues et adoptant une méthodologie basée sur une synthèse de la littérature pertinente et/ou un consensus formalisé d'experts ont été inclus, sauf avis contraire dans les rapports spécifiques aux différentes analyses biomédicales. La méthodologie employée pour la recherche et la synthèse des données contextuelles sont présentées à la [section 1.3](#).

¹ Pays développés avec un système de santé ayant une composante de financement public et un accès à des soins de santé de qualité.

Tableau 1 Critères généraux d'inclusion et d'exclusion des documents communs à toutes les analyses biomédicales évaluées¹

ÉLÉMENTS PIPOH	CRITÈRES D'INCLUSION	CRITÈRES D'EXCLUSION
Population	Personnes pouvant potentiellement se voir prescrire une analyse biomédicale (test de laboratoire)	s. o.
Intervention	Analyses biomédicales potentiellement à faible valeur ajoutée*	s. o.
Professionnels	Professionnels de la santé impliqués dans les requêtes d'analyses biomédicales	Professionnels non impliqués dans les requêtes d'analyses biomédicales (p. ex. personnel technique, techniciens, technologues et technologistes)
Paramètres d'intérêt (outcomes)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pertinence clinique (utilité clinique) ou valeur ajoutée ▪ Recommandations et/ou indications d'utilisation des analyses biomédicales 	Considérations économiques ou organisationnelles (sans recommandations et/ou indications de pertinence clinique) [†]
Contexte d'intervention	Général (hospitalier, ambulatoire, urgence)	s. o.
Langue	Français et anglais	Langues autres que français et anglais
Types de documents	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Guides de pratique (guides de bon usage) ▪ Lignes directrices ▪ Documents d'orientation ou de discussion ▪ Rapports d'évaluation des technologies de la santé (ÉTS et ÉTMIS) ▪ Chapitres de livres ▪ Revues systématiques[‡] ▪ Méta-analyses[‡] 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Éditoriaux ▪ Lettres ou commentaires ▪ Études primaires[§] ▪ Revues narratives
Période de recherche	Selon les analyses biomédicales (voir le rapport spécifique de chaque test)	Selon les analyses biomédicales (voir le rapport spécifique de chaque test)

ÉTMIS : évaluation des technologies et modes d'intervention en santé; ÉTS : évaluation des technologies de la santé; s. o. : sans objet.

¹ Ces critères sont adaptés à chacune des analyses biomédicales et seront identifiés dans les rapports spécifiques à chaque fiche.

* Les analyses biomédicales peuvent regrouper divers types de tests, notamment des tests biochimiques, des tests hématologiques, des tests microbiologiques, des tests de dépistage (dépistage génétique, tests biochimiques génétiques, programmes de dépistage) et des tests génétiques.

[†] Les documents ne rapportant que des considérations économiques ou organisationnelles et ne répondant pas aux paramètres d'intérêt visés par la présente évaluation n'ont pas été inclus. Cependant, les informations pertinentes recueillies à partir des documents répondant aux critères d'inclusion pouvaient être récoltées si elles étaient jugées pertinentes à l'élaboration des fiches.

[‡] Les revues systématiques avec ou sans méta-analyses ont été retenues si elles présentaient des recommandations et/ou des indications sur les analyses biomédicales.

[§] Les études primaires ont été considérées si les guides de pratique, les lignes directrices, les documents d'orientation et les rapports d'évaluation des technologies ne permettaient pas de couvrir suffisamment certaines analyses biomédicales à évaluer.

Sélection des documents

Un professionnel scientifique a réalisé une première sélection sur la base des titres et résumés des documents repérés par la recherche bibliographique pour chacune des analyses biomédicales. Cette première sélection a été vérifiée par un deuxième professionnel sur un échantillon des documents repérés (10 % des titres). Puis, une seconde sélection, parmi les documents retenus lors du premier tour, a été effectuée de manière indépendante par deux professionnels scientifiques, selon les critères présentés au [tableau 1](#). Les divergences d'opinions ont été réglées par consensus et, si requis, le coordonnateur scientifique a résolu les discordances. Dans le cas de publications multiples, seule la version la plus récente a été retenue pour l'analyse, sauf dans le cas de mise à jour partielle impliquant qu'une version antérieure du document soit encore valide. Les raisons d'une inclusion ou d'une exclusion lors de la deuxième sélection ont été inscrites dans un fichier avec la qualification des références. Un diagramme de flux selon le modèle PRISMA, illustrant le processus de sélection des documents, a été présenté dans les annexes complémentaires de chacun des rapports en soutien aux différentes analyses biomédicales.

Gestion des références

La gestion des références a été effectuée à l'aide du logiciel bibliographique *EndNote*.

Évaluation de la qualité méthodologique des documents

La qualité des documents retenus a été évaluée de façon indépendante par deux professionnels scientifiques. Dans les cas où il y avait une divergence importante relativement à l'évaluation, un consensus a été recherché par une discussion sur les items clés.

La qualité méthodologique des guides et des rapports d'évaluation des technologies de la santé a été évaluée à l'aide de l'outil AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II*) (Brouwers *et al.*, 2010). La qualité méthodologique des revues systématiques a été évaluée à l'aide de l'outil AMSTAR-2 (Shea *et al.*, 2017).

Extraction des données des documents

L'identification et l'extraction des données à partir des documents retenus ont été effectuées par un professionnel scientifique à l'aide de formulaires d'extraction préétablis et préalablement testés sur quelques documents afin d'en assurer la validité. L'extraction d'au moins 25 % des documents a été vérifiée par un deuxième professionnel scientifique. Les désaccords ont été réglés par consensus et, si nécessaire, avec l'aide du coordonnateur scientifique.

Analyse et synthèse

Les données extraites ont été colligées et présentées dans des tableaux afin de repérer les similarités et les divergences entre les informations, les recommandations et les indications d'utilisation recensées pour chacune des analyses biomédicales. Ces

tableaux de synthèse sont présentés en annexe des rapports en soutien pour chaque analyse biomédicale. Une analyse descriptive a été effectuée par un professionnel scientifique et a été résumée textuellement sous la forme d'une synthèse narrative et vérifiée par un deuxième professionnel scientifique. Des constats généraux découlant de cette synthèse narrative ont été présentés au comité consultatif sous forme d'indications et de non-indications d'utilisation, en tenant compte de la qualité méthodologique des documents et en exposant les limites et incertitudes associées aux résultats.

1.3 Recherche et synthèse des informations contextuelles et complémentaires

Les informations contextuelles et complémentaires ont été recueillies afin de susciter une réflexion chez l'utilisateur quant à l'impact de la prescription d'analyses biomédicales sur les coûts, l'utilisation efficiente des ressources humaines et l'empreinte carbone du système de santé. Ces informations n'ont pas été utilisées pour orienter ou élaborer les non-indications et les indications d'utilisation des analyses évaluées.

Documents d'établissements

Des informateurs clés et les sites Web des établissements ont été consultés pour recenser des documents et des données de volumétrie concernant les requêtes des analyses biomédicales en vigueur dans le système de la santé au Québec et pour documenter les initiatives mises en place dans le réseau de la santé québécois, qui visent une utilisation judicieuse des analyses biomédicales.

Des documents de littérature dite grise ont aussi été repérés, et retenus lorsqu'ils étaient pertinents, notamment par la consultation de sites d'ordres professionnels du Québec et de sites d'organisations impliquées dans les initiatives favorisant la pertinence de l'utilisation des analyses biomédicales au Québec afin d'examiner, entre autres, la disponibilité de règles et d'initiatives promouvant la pertinence dans le réseau. Ces documents s'inscrivent dans les catégories suivantes :

- documents d'information destinés aux professionnels de la santé impliqués dans les analyses de laboratoire;
- directives reliées à la pertinence des analyses biomédicales ou règles d'utilisation des analyses biomédicales;
- formulaires de requêtes d'analyses de laboratoire;
- protocoles médicaux et ordonnances collectives;
- algorithmes, outils cliniques, questionnaires.

Les documents d'information destinés aux patients n'ont pas été considérés.

Données de coûts et de volumétrie

Des données de coûts (valeur pondérée²) et de volumétrie relatives à l'utilisation et à la production d'analyses biomédicales ont été obtenues à partir de l'outil de compilation des données de production des laboratoires des établissements du réseau (Centralab³). Les données collectées couvrent les années financières présentées dans les rapports en soutien à chacune des analyses biomédicales.

Les données de volumétrie de production des analyses biomédicales répertoriées ont été analysées à l'aide du logiciel R (version 4.2.2) en fonction des codes correspondants du *Répertoire québécois et système de mesure des procédures de biologie médicale* – de l'année en cours⁴. Pour chacun de ces codes, le nombre total d'examen a été calculé et présenté par année.

Enjeux environnementaux

Une recherche exploratoire dans la littérature scientifique a été menée pour obtenir des données sur l'empreinte carbone des analyses biomédicales. Lorsque ces données étaient disponibles, une estimation de l'empreinte carbone a été présentée pour chaque analyse et pour le nombre total d'analyses effectuées sur une période d'un an. Cette empreinte carbone a ensuite été convertie en litres d'essence consommés à l'aide du Calculateur des équivalences des émissions de gaz à effet de serre de Ressources naturelles Canada⁵. Selon le même site, la distance parcourue par une voiture à moteur thermique est estimée sur la base d'une consommation moyenne de 9,2 L/100 km⁶. Les estimations fournies dans les fiches sont approximatives, car les données recueillies dans la littérature peuvent ne pas correspondre à la réalité des analyses du réseau de

-
- ² La valeur pondérée (VP) se définit comme la valeur RELATIVE associée à chacune des procédures. Elle reflète les ressources nécessaires pour la réalisation d'une procédure. Le calcul de la VP tient compte des manipulations, des contrôles de qualité, des calibrations et des répétitions devant être effectués pour la réalisation de la procédure. Les éléments de calcul sont les suivants : le temps d'exécution d'une analyse (temps travaillé), en minutes; le temps de soutien à l'exécution d'une analyse (pourcentage du temps d'exécution, variable en fonction du secteur d'analyse); le temps rémunéré non travaillé (avantages sociaux et charges sociales) (53 % du temps d'exécution); le coût des réactifs et du matériel associé à la réalisation d'une procédure; les taxes. Les coûts suivants sont exclus du calcul de la VP (liste non exhaustive) : salaires du personnel de bureau, du personnel d'encadrement, des chargés techniques et cliniques de sécurité transfusionnelle, du personnel clinique, du personnel médical; contrats de service liés aux équipements; infrastructures et immobilisations; temps requis pour une analyse ou un traitement préalable à l'analyse.
- ³ Banque de données provinciale ayant remplacé CDLAB et qui sert à compiler les renseignements sur les activités des laboratoires de biologie médicale du Réseau de la Santé et des Services sociaux (volume des analyses réalisées, achetées ou externalisées, en fonction de la catégorie d'usager) selon la liste des procédures révisée et publiée annuellement dans le *Répertoire québécois et système de mesure des procédures de biologie médicale*. La banque de données permet au ministère de la Santé et des Services sociaux, aux établissements et à d'autres intervenants du dossier des laboratoires de suivre la production des laboratoires, d'en évaluer périodiquement la performance et de déterminer le taux d'utilisation et le coût des services (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Répertoire québécois et système de mesure des procédures de biologie médicale*. 2023-2024. Gouvernement du Québec, 2023).
- ⁴ Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2023). *Répertoire québécois et système de mesures des procédures de biologie médicale – Édition 2023-2024 - Annexes* [site Web]. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-922-02W.pdf> (consulté le 22 janvier 2024).
- ⁵ [Calculateur des équivalences des émissions de gaz à effet de serre | Ressources naturelles Canada](#) (consulté le 5 février 2025).
- ⁶ <https://oee.nrcan.gc.ca/organisme/statistiques/bnce/apd/calculateur/refs.cfm> (consulté le 5 février 2025).

santé du Québec. En effet, le matériel utilisé pour l'analyse peut différer de celui mentionné dans la littérature. En l'absence de données spécifiques sur l'empreinte carbone pour une analyse biomédicale donnée, un énoncé générique sur les considérations environnementales a été inclus dans la fiche.

1.4 Collecte et synthèse des différentes perspectives recueillies à partir des consultations

Différentes perspectives ont été recueillies afin de comparer les informations recensées dans la littérature à celles issues de la pratique clinique dans le réseau de la santé québécois, et ce, pour chaque analyse.

Informateurs clés

Des informateurs clés (p. ex. gestionnaires et professionnels de laboratoires cliniques, spécialistes en données sur les analyses biomédicales, professionnels de la santé ciblés par les éventuelles indications) ont été contactés, selon les besoins de chaque analyse, par l'équipe de projet pour la collecte des informations suivantes :

- analyses biomédicales potentiellement à faible valeur ajoutée;
- initiatives locales et nationales visant la pertinence des analyses biomédicales;
- processus de décision pour recourir ou non aux analyses biomédicales;
- stratégies de communication utilisées;
- outils développés dans les établissements.

Comité consultatif

Afin de documenter la perspective des cliniciens et de préciser les enjeux cliniques, professionnels et organisationnels en lien avec la thématique des travaux, un comité consultatif de professionnels de différentes disciplines pertinentes a été formé pour chacune des analyses biomédicales évaluées.

La composition du comité consultatif, représentative des différentes régions, est indiquée dans les rapports spécifiques à chaque analyse biomédicale évaluée.

Le comité consultatif avait comme mandat de contribuer à la crédibilité scientifique, à la pertinence de la pratique clinique et à l'acceptabilité des indications formulées et des livrables, et ce, en fournissant de l'information, de l'expertise, des opinions ou des perspectives essentielles à la réalisation des travaux.

Les consultations ont été dirigées afin de cerner les divers enjeux cliniques, logistiques et organisationnels entourant la pertinence des analyses biomédicales. Bien que les enjeux de mise en œuvre des indications ne fassent pas l'objet d'une évaluation, ils ont été recensés lors des consultations avec les parties prenantes afin d'identifier les facteurs facilitants et les obstacles relatifs à une appropriation optimale des indications par les utilisateurs et à l'implantation des fiches dans le réseau.

1.5 Processus d'élaboration des indications cliniques

Les non-indications et les indications présentées dans les fiches ont été élaborées en collaboration avec le comité consultatif.

Les fiches et les rapports en soutien ont été élaborés à partir de la triangulation de l'information recensée pour les questions d'évaluation, notamment :

- 1) l'information contextuelle;
- 2) l'information clinique ou les recommandations de bonnes pratiques cliniques et les indications issues de la recherche manuelle;
- 3) les perspectives des parties prenantes.

Plus précisément, l'équipe de projet a élaboré une première version des fiches incluant des propositions de non-indications, d'indications et d'informations cliniques, basées sur la triangulation des données scientifiques, expérientielles et contextuelles. Ces non-indications et indications ont été élaborées selon des critères qui associent le temps de verbe avec le niveau de confiance et l'interprétation des indications.

La qualité de la preuve, l'équilibre entre les avantages et les inconvénients de prescrire ou non une analyse, les valeurs et préférences des professionnels et des usagers, et l'applicabilité des directives et des indications dans le contexte de la pratique au Québec ont été considérés au long du processus d'élaboration des indications.

Dans un premier temps, lors de rencontres virtuelles structurées, les fiches ont été présentées aux membres du comité consultatif, qui ont été invités à échanger, dans un processus itératif informel, et à réagir sur les propositions formulées par l'équipe de projet. Des comptes rendus ont été rédigés par les professionnels scientifiques à partir des enregistrements des rencontres et ont servi de base pour adapter les fiches et les rapports associés avec les perspectives des professionnels de la santé. Par la suite, les fiches modifiées ont été retournées par courriel aux membres du comité consultatif pour obtenir leurs commentaires et faire les ajustements requis, le cas échéant. Le contenu a été retenu s'il obtenait l'approbation de la majorité des membres du comité. À défaut d'un consensus sur la portée d'une indication ou sur la pertinence de l'inclure, celle-ci a été retirée ou reformulée selon le cas. Les éléments de contenu retenus et approuvés par les membres du comité consultatif ont été intégrés aux fiches et aux rapports associés qui leur ont ensuite été soumis pour validation, si jugé nécessaire.

Ce processus d'élaboration des documents a aussi permis d'explorer, avec le comité consultatif, la portée de leur application sur la population cible, de même que les répercussions potentielles sur les pratiques et sur les ressources humaines, matérielles et organisationnelles.

Lecture externe

Des lecteurs externes ont été invités à évaluer la pertinence du contenu, la qualité scientifique globale des travaux, la clarté et la complétude de l'information présentée ainsi que l'applicabilité des indications dans leur milieu. Ils ont été choisis en fonction de leur expertise pour revoir les documents pour des groupes d'analyses biomédicales, de leur engagement dans le domaine concerné et de manière à pouvoir représenter différentes régions du Québec. Ces personnes ont été conviées à formuler des commentaires sur une version préliminaire des fiches et des rapports associés. Bien qu'ils aient révisé l'ensemble du contenu présenté dans les documents, les lecteurs externes n'ont pas révisé et n'ont pas approuvé les versions définitives. Les commentaires des lecteurs externes, invités aussi à participer à la validation des fiches à titre de futurs utilisateurs des produits, ont été analysés par l'équipe de projet, reproduits dans des tableaux récapitulatifs et consignés dans un espace de travail commun. Selon la nature des commentaires et la valeur ajoutée de la perspective clinique recueillie, les fiches et les rapports ont été ajustés en conséquence.

1.6 Confidentialité et considérations éthiques

Toute information de nature personnelle ou médicale fournie par les parties prenantes consultées a été rendue anonyme afin de protéger l'identité des participants. Les membres de l'équipe de projet ainsi que toutes les parties prenantes consultées étaient également tenus de respecter le devoir de réserve, de confidentialité, d'intégrité et de respect dicté par l'INESSS. Chaque membre de l'INESSS et chaque collaborateur participant aux travaux a pris connaissance du code d'éthique et s'est engagé à le respecter.

1.7 Prévention, déclaration et gestion des conflits d'intérêts et de rôles

La prévention, la déclaration et la gestion des conflits d'intérêts et de rôles font appel à différentes modalités, en accord avec les codes d'éthique applicables à l'INESSS, pour assurer l'intégrité des travaux d'évaluation menés et des indications formulées, et ainsi préserver la confiance du public envers l'INESSS, ses membres et ses collaborateurs.

Une première modalité de gestion mise en œuvre a été d'équilibrer les diverses perspectives représentées au sein des comités et groupes de travail formés afin que l'ensemble des positions soient prises en compte. Ainsi, les membres représentent les diverses parties prenantes relativement au thème du dossier, incluant une diversité de professionnels de la santé, d'expertises médicales et de champs d'activité pertinents pour le présent travail.

Toute personne appelée à collaborer à ce dossier, à l'exception des informateurs clés qui ont été interrogés de façon ponctuelle et de manière spécifique sur les aspects précités, a été invitée à déclarer les intérêts personnels la positionnant dans une situation propice au développement de conflits d'intérêts, qu'ils soient commerciaux, financiers, relatifs à la carrière, relationnels ou autres. Elle a également été invitée à déclarer les différentes activités professionnelles ou les rôles qui la placent dans une situation propice au développement de conflits de rôles. Une telle déclaration a été faite sur la base du formulaire standardisé applicable à l'INESSS. Les déclarations des collaborateurs au dossier ont fait l'objet d'une évaluation par l'équipe de projet, puis d'une validation selon les normes de l'INESSS⁷ afin de déterminer, lorsqu'applicables, les modalités de gestion à appliquer, selon les situations déclarées.

Par souci de transparence, les intérêts et les situations de conflits d'intérêts pour lesquels il a été jugé qu'ils ne constituaient pas un empêchement de participer aux travaux ont été systématiquement divulgués à tous les membres et ont permis à chacun de mesurer les propos des intervenants en fonctions de ces situations. Ces situations ont également été divulguées publiquement dans les pages liminaires des rapports pour les lecteurs et les utilisateurs des produits de connaissances.

1.8 Transfert des connaissances, soutien à l'implantation et suivi des résultats

Des fiches qui incorporent des indications cliniques et des algorithmes décisionnels, le cas échéant, ont été produites pour chacune des analyses biomédicales évaluées afin d'assister les professionnels de la santé dans leur décision de recourir ou non aux différentes analyses en fonction des populations et des situations cliniques concernées. Les modalités d'implantation et de suivi des retombées cliniques, organisationnelles et économiques des fiches et des outils développés au cours de ce mandat seront déterminées par le demandeur et par les principaux acteurs concernés au sein du réseau. Dans une visée informative, des suggestions de pistes d'action sont formulées dans les paragraphes qui suivent afin de soutenir les efforts d'implantation et de suivi des résultats par les instances concernées.

Utilisateurs cibles

Les fiches ont été élaborées afin de répondre aux besoins de tous les professionnels de la santé et fournisseurs de soins intervenant auprès des patients qui nécessitent des analyses biomédicales, notamment les professionnels de la santé de première ligne. Ces fiches peuvent également être d'intérêt pour les gestionnaires d'établissements ou de laboratoires cliniques et pour les décideurs au MSSS et à Santé Québec.

⁷ https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuAdmin/Lois_Politiques/Politique_INESSS_Conflits_interets_personnel-contractuels_2020.pdf

Stratégies d'implantation et évaluation de l'impact des recommandations

L'harmonisation des pratiques repose sur la diffusion et la promotion des recommandations, ainsi que sur l'adhésion et l'appropriation des fiches par les professionnels de santé et toute personne habilitée. Ces fiches ont donc été conçues de façon à permettre aux différents milieux cliniques d'adopter les recommandations en fonction de leur contexte spécifique, tout en favorisant une harmonisation des pratiques pertinentes à l'échelle provinciale. Des stratégies de mise en œuvre des indications présentées dans les fiches pourraient être considérées pour favoriser de manière optimale l'utilisation judicieuse des analyses biomédicales ciblées. Les étapes suivantes pourraient permettre de favoriser une mise en œuvre optimale des indications dans les milieux cliniques :

1. Planifier la démarche

- Identifier les personnes responsables de la mise en œuvre des recommandations.
- Identifier les personnes ciblées par les recommandations dans les établissements.

2. Identifier les facteurs facilitants, les obstacles potentiels et les pistes d'action

- Avec les personnes concernées par le changement de pratique :
 - explorer les éléments qui pourraient faciliter le changement ou représenter des obstacles à celui-ci;
 - identifier des pistes d'action appropriées.

3. Diffuser les fiches et planifier le transfert des connaissances

- Assurer la diffusion des fiches dans les établissements et aux professionnels concernés (p. ex. facultés et départements universitaires, milieux cliniques de première ligne, Réseau-1 Québec, établissements hospitaliers, grappes OPTILAB, fédérations médicales, notes de service des laboratoires du CISSS ou CIUSSS).
- Faciliter la diffusion et l'appropriation des recommandations par l'organisation d'activités telles que les webinaires, les rencontres d'équipe, les midis-conférences ou via la publication dans les médias spécialisés comme *Le Médecin du Québec*, *Profession Santé*.

4. Intégrer les recommandations dans les processus existants

- Mettre à jour les documents et outils utilisés dans les milieux de pratique (p. ex. algorithmes décisionnels, formulaires de requête, règles de pertinence, ordonnances collectives ou préimprimées) pour qu'ils s'arriment aux recommandations de l'INESSS.

- Émettre des directives et outiller les professionnels pour promouvoir l'intégration des recommandations dans la pratique.
- Mettre en place des interventions et des initiatives visant à faciliter l'appropriation et le suivi des recommandations. Pour ce faire, les établissements et les organisations pourraient notamment :
 - o adhérer à des initiatives comme Choisir avec soin et au projet collaboratif Utilisation judicieuse des laboratoires⁸ (*Using Labs Wisely*) pour faciliter l'adoption des meilleures pratiques en termes de pertinence des analyses biomédicales;
 - o mettre en place des activités d'audit et d'examen des pratiques de prescription sur les plans local, régional et provincial (INESSS, 2013);
 - o organiser des activités de rétroaction (INESSS, 2013; Rietbergen *et al.*, 2020; Soltys, 2016; Vugt *et al.*, 2021);
 - o mettre en place des règles de pertinence ou de restriction pour les requêtes d'analyses biomédicales et faciliter les liens vers les fiches et autres recommandations de l'INESSS à partir des formulaires de requête (INESSS, 2013; Rietbergen *et al.*, 2020; Soltys, 2016; Vugt *et al.*, 2021);
 - o retirer les analyses biomédicales obsolètes des catalogues et des systèmes de requêtes (Mrazek *et al.*, 2021);
 - o procéder à l'envoi de rappels informatisés à même les systèmes de requêtes ou le dossier de santé numérique et promouvoir l'échange entre les médecins prescripteurs et les laboratoires (Mrazek *et al.*, 2021);
 - o revoir la politique de remboursement des coûts notamment afin de rembourser des analyses biomédicales concernées par des situations cliniques particulières (INESSS, 2013);
 - o renforcer la contribution du biologiste médical en établissant notamment des mécanismes de surveillance impliquant sa participation (INESSS, 2013);
 - o développer et mettre à la disposition des professionnels des activités de formation et du matériel éducatif pour potentialiser l'impact des fiches (Takada *et al.*, 2020; Vugt *et al.*, 2021);
 - o mettre en place des indicateurs de suivi afin de renforcer la mobilisation et les efforts de changements de pratique, d'évaluer les processus et de procéder au suivi de la mise en œuvre des recommandations, mais également pour assurer une amélioration continue de la qualité des soins en matière d'analyses biomédicales (Chalmers *et al.*, 2018; Fouchard, 2015; Ingvarsson *et al.*, 2023). Ces indicateurs pourraient inclure la volumétrie annuelle des analyses biomédicales, les coûts

⁸ <https://choisiravecsoin.org/hopitaux/utilisation-judicieuse-des-laboratoires/> (consulté le 5 février 2025).

annualisés engendrés par l'utilisation des analyses pour lesquelles des fiches ont été produites et les délais d'attente moyens pour l'obtention des résultats des tests.

1.9 Procédure de mise à jour

L'équipe de projet demeurera à l'affût de toute information qui pourrait remettre en question la validité des indications de chaque fiche. Le cas échéant, en fonction de l'apport de nouvelles données, une mise à jour des fiches sera effectuée. La pertinence de mettre à jour toutes les indications sera également évaluée dans cinq ans à partir de la date de publication de la dernière version. Pour ce faire, une revue exploratoire des guides et des recommandations/indications issues de la littérature sera effectuée afin de vérifier si de nouvelles mises à jour ou de nouveaux documents non répertoriés sont disponibles. Au besoin, les parties prenantes ayant accompagné les travaux pourraient être consultées pour vérifier si elles jugent nécessaire d'effectuer une mise à jour des indications.

RÉFÉRENCES

- Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, I. D., Grimshaw, J., Hanna, S. E., Littlejohns, P., Makarski, J., Zitzelsberger, L. et Consortium, A. N. S. (2010). AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *J Clin Epidemiol*, 63(12), 1308-1311. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.07.001>
- Chalmers, K., Badgery-Parker, T., Pearson, S. A., Brett, J., Scott, I. A. et Elshaug, A. G. (2018). Developing indicators for measuring low-value care: mapping Choosing Wisely recommendations to hospital data. *BMC Res Notes*, 11(1), 163. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3270-4>
- Fouchard, A. (2015). *Des soins pertinents? Pertinence des soins et variations des pratiques médicales*. Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP). <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=149>
- Fryer, A. A. et Hanna, F. W. (2009). Managing demand for pathology tests: financial imperative or duty of care? *Ann Clin Biochem*, 46(Pt 6), 435-437. <https://doi.org/10.1258/acb.2009.009186>
- Ingvarsson, S., Sandaker, I., Nilsen, P., Hasson, H., Augustsson, H. et von Thiele Schwarz, U. (2023). Strategies to reduce low-value care - An applied behavior analysis using a single-case design. *Front Health Serv*, 3, 1099538. <https://doi.org/10.3389/frhs.2023.1099538>
- Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. (2022). *Les laboratoires d'analyse médicale. Le privé en santé*. www.iris-recherche.qc.ca
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2013). *Portrait des stratégies mises en place pour optimiser la pertinence de la prescription des analyses de laboratoire: expérience canadiennes et étrangères*. . <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/portrait-des-strategies-mises-en-place-pour-optimiser-la-pertinence-de-la-prescription-des-analyses-de-laboratoire-experiences-canadiennes-et-etrangeres.html>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2023). *Lignes directrices de revues rapides*. . https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Demarche/INESSS_Lignes_directrices_revues_rapides_2023.pdf
- Lippi, G., Bovo, C. et Ciaccio, M. (2017). Inappropriateness in laboratory medicine: an elephant in the room? *Ann Transl Med*, 5(4), 82. <https://doi.org/10.21037/atm.2017.02.04>
- Mrazek, C., Haschke-Becher, E., Felder, T. K., Keppel, M. H., Oberkofler, H. et Cadamuro, J. (2021). Laboratory Demand Management Strategies-An Overview. *Diagnostics (Basel)*, 11(7). <https://doi.org/10.3390/diagnostics11071141>

- Naugler, C. (2014). A perspective on laboratory utilization management from Canada. *Clinica chimica acta; international journal of clinical chemistry*, 427, 142-144. <https://doi.org/10.1016/j.cca.2013.09.022>
- Naugler, C. et Wyonch, R. (2019). What the Doctor Ordered: Improving the Use and Value of Laboratory Testing. *C.D. Howe Institute Commentary*, 533. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3338061>
- Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec. (2021). *La pénurie de main-d'oeuvre en laboratoire. Ensemble vers les pistes de solution pour le futur de nos laboratoires. États généraux 2021*. <https://www.optmq.org/DATA/TEXTEDOC/RAPPORT-EG2021-14-12-2021.pdf>
- Rietbergen, T., Spoon, D., Brunsveld-Reinders, A. H., Schoones, J. W., Huis, A., Heinen, M., Persoon, A., van Dijk, M., Vermeulen, H., Ista, E. et van Bodegom-Vos, L. (2020). Effects of de-implementation strategies aimed at reducing low-value nursing procedures: a systematic review and meta-analysis. *Implementation science* 15(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-00995-z>
- Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E. et Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*, 358, j4008. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>
- Soltys, J. (2016). Strategies for Reducing the Ordering of Unnecessary Laboratory Tests. *Canadian Journal of Medical Laboratory Science*, 78(1). https://csmls.org/wp-content/uploads/2023/09/CSMLS_Spring_Journal_2016.pdf
- Takada, T., Heus, P., van Doorn, S., Naaktgeboren, C. A., Weenink, J. W., van Dulmen, S. A. et Hooft, L. (2020). Strategies to reduce the use of low-value medical tests in primary care: a systematic review. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 70(701), e858-e865. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X713693>
- Vugt, S. V., de Schepper, E., van Delft, S., Zuithoff, N., de Wit, N. et Bindels, P. (2021). Effectiveness of professional and patient-oriented strategies in reducing vitamin D and B12 test ordering in primary care: a cluster randomised intervention study. *BJGP Open*, 5(6). <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2021.0113>
- Zhi, M., Ding, E. L., Theisen-Toupal, J., Whelan, J. et Arnaout, R. (2013). The landscape of inappropriate laboratory testing: a 15-year meta-analysis. *PLoS One*, 8(11), e78962. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0078962>

**Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux**

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

