

**AVIS  
SUR LA PERTINENCE DES SERVICES  
MÉDICAUX AU QUÉBEC**

---

**Conseil  
médical  
du Québec**

---

**Québec** 

**AVIS  
SUR LA PERTINENCE  
DES SERVICES MÉDICAUX AU QUÉBEC**

**CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC**

**SEPTEMBRE 1997**

**(AVIS 97-02)**

Dépôt légal  
Bibliothèque nationale du Québec, 1997  
ISBN 2-550-32261-4

Les bureaux du Conseil médical du  
Québec sont situés au :  
1005, chemin Sainte-Foy, R.-C.  
Québec (Québec) G1S 4N4  
Téléphone : (418) 646-4379  
Télécopieur : (418) 646-9895  
Internet :  
<http://www.msss.gouv.qc.ca/cmq/cmq.htm>  
E-mail : [cmq@msss.gouv.qc.ca](mailto:cmq@msss.gouv.qc.ca)

Le Conseil médical du Québec a été officiellement constitué par la Loi sur le Conseil médical du Québec, adoptée par l'Assemblée nationale, le 10 décembre 1991. Ses premiers membres ont été nommés par le Gouvernement le 13 avril 1993. Au moment de l'adoption de ce document, les membres du Conseil étaient les suivants :

**Dr Juan Roberto Iglesias, Président**

Vice-doyen  
Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke

**Dr Luc Deschênes, vice-président**

Chirurgien  
Hôpital du Saint-Sacrement

**Dr Jean-Marie Albert**

Psychiatre  
Centre hospitalier régional de Lanaudière

**Dr Brigitte Bernard\***

Direction générale de la Planification et de l'Évaluation  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

**Dr Marc A. Bois**

Cardiologue  
Institut de cardiologie de Montréal

**Dr André Bonin**

Pathologiste  
Cité de la Santé de Laval

**Monsieur Michel Brunet\***

Direction Enseignement et Recherche universitaires  
Ministère de l'Éducation

**Madame Isabelle Cataphard**

Étudiante en médecine  
Université de Montréal

**Dr Yves Dugré**

Oto-rhino-laryngologiste  
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

**Dr Martin Gamache\***

Direction générale des Finances, du Développement  
et de la Coordination  
Régie de l'assurance-maladie du Québec

**Dr Marie Girard\***

Omnipraticienne  
Hôpital du Saint-Sacrement  
Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux

**Dr David Hehlen**

Résident en médecine familiale  
Université Laval

**Dr Joëlle Lescop**

Secrétaire générale  
Collège des médecins du Québec

**Monsieur Jean-Marc Maloney**

Directeur général  
CLSC-Centre de santé des Sept Rivières

**Dr Jonathan L. Meakins**

Chirurgien  
Hôpital Royal Victoria

**Dr André Munger**

Omnipraticien  
CLSC SOC de Sherbrooke

**Madame Marie Pineau**

Pharmacienne  
Berlex Canada Inc.

**Monsieur Robert Tremblay\***

Direction générale des Relations professionnelles  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

**Madame Micheline Ulrich**

Directrice des soins infirmiers  
Hôpital Charles-Lemoyne

**Dr Raymonde Vaillancourt**

Clinique médicale Vimy  
Sherbrooke

**\* Membres sans droit de vote**

Le présent avis du Conseil découle d'un rapport du Comité sur la pertinence et l'efficacité dans la dispensation des services médicaux. Le comité est composé des personnes suivantes: Dr André Bonin (Président), Dr Luc Deschênes, Dr Martin Gamache, Dr Michel Maziade (membre du Conseil jusqu'en avril 1997) et Mme Marie Pineau. Le comité s'est aussi adjoint comme membre invité Dr Denis Bourbeau. Ont aussi participé aux travaux du comité Dr Yvan Asselin et M. Benoit Turmel de la Permanence du Conseil.

## REMERCIEMENTS

Le Conseil médical du Québec désire remercier toutes les personnes consultées en vue de cet avis pour leur collaboration et leur intérêt.

Bernard Denis md	CHUM
Bolduc Yves md	Comité directeur sur les laboratoires
Boucher Marcel md	Hôpital Brôme-Missisquoi-Perkins
Brassard Normand md	Hôpital St-Mary's
Brien Gilles md	Réseau santé Richelieu-Yamaska
Deschamps Pierre	Centre de recherche en droit privé et comparé du Québec
Gagné Richard md	Université Laval
Jacques André md	Collège des médecins du Québec
L'Heureux Bruno md	Centre hospitalier Fleury
Laberge Denis md	Collège des médecins du Québec
Landry Paul md	Association des hôpitaux du Québec
Lavoie Guy	Centre de santé publique 03
Leblanc Guy md	Centre hospitalier Sainte-Marie
Legros Guy md	Collège des médecins du Québec
Lepage Denis md	Université de Sherbrooke
McLellan Anne-Marie md	Université McGill
Morin Claude md	Université de Montréal
Nadeau Daniel md	Association des hôpitaux du Québec
Perreault Jean-Paul md	Université de Montréal
Perrier Alban md	Cité de la Santé
Plante André md	Université de Sherbrooke
Roux René md	Association des internistes, des rhumatologues et des gériatres du Québec
Roy Denis md	Hôpital Royal Victoria
Samson Laurier	Régie de l'assurance-maladie du Québec
St-Laurent Renaud md	Association des Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDP)

Le Conseil désire également remercier M. François Allard et tout le personnel du centre de documentation du Ministère de la Santé et des Services sociaux pour leur aide lors de la revue de littérature.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE 1</b>	<b>3</b>
<b>1. DOCUMENTATION DE LA SITUATION QUÉBÉCOISE</b>	<b>3</b>
1.1 Résultats	4
1.1.1 Examens diagnostiques	4
1.1.2 Interventions thérapeutiques	10
1.1.3 Autres exemples	13
<b>CHAPITRE 2</b>	<b>15</b>
<b>2. CAUSES STRUCTURELLES DE NON-PERTINENCE</b>	<b>15</b>
2.1 Formation de base	16
2.2 Éducation médicale continue	16
2.3 Législation et réglementation désuètes	17
2.4 Environnement légal	18
2.5 Modes de rémunération	21
2.6 Organisation des services	22
2.7 Disponibilité de l'offre	23
2.8 Difficulté du CMDP à jouer son rôle	23
2.9 Manque d'incitatif à la pertinence	24
2.10 Modèle du formulaire de demandes d'examens de laboratoire	24

<b>CHAPITRE 3</b>	<b>26</b>
<b>3. MÉCANISMES EN PLACE AU QUÉBEC POUR ASSURER LA PERTINENCE DES SERVICES MÉDICAUX</b>	<b>26</b>
3.1 Mécanismes de contrôle de la pertinence	26
3.2 Mécanismes d'aide pour assurer la pertinence	31
<b>CHAPITRE 4</b>	<b>36</b>
<b>4. PROPOSITIONS D' ACTIONS</b>	<b>36</b>
4.1 Comportement des médecins	36
4.1.1 Modèle d'analyse du comité	36
4.1.2 Stratégies d'intervention	38
4.1.2.1 Données de la science médicale	39
4.1.2.2 Données sur l'utilisation des services médicaux	45
4.2 Entraves à la pertinence	55
4.2.1 Législation et réglementation désuètes	55
4.2.2 Environnement légal	56
<b>CONCLUSION</b>	<b>60</b>
<b>LISTE DES RECOMMANDATIONS</b>	<b>64</b>
<b>ANNEXES</b>	
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	

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

## Introduction

Dans son avis de décembre 1994 sur les études de pertinence dans la dispensation des procédures diagnostiques et thérapeutiques, le Conseil médical du Québec concluait qu'en pratique, ces études ne permettent pas de dégager de manière précise un constat immédiat sur la situation au Québec ni de déterminer des pistes d'action.

Par contre, il concluait également que, compte tenu que toutes les études consultées lors de sa revue de littérature indiquent la présence d'actes médicaux non pertinents, si de telles études étaient menées au Québec, elles démontreraient qu'il y existe des actes non pertinents.

Puisqu'on ne pouvait transposer au Québec les résultats des études américaines, le Conseil recommandait donc d'étudier la présence d'actes médicaux non pertinents au Québec. Il recommandait également d'éviter de fonder cette étude uniquement sur le genre d'études américaines qui, de par leurs limites, donnent des résultats trop ponctuels, non généralisables et qui n'indiquent pas les causes de la non-pertinence de certains actes médicaux.

En conséquence, le Conseil annonçait notamment que, dans la poursuite de ses travaux, il mettrait en marche un processus de consultation auprès de diverses instances québécoises afin de documenter la situation quant à la présence d'actes médicaux non pertinents au Québec. En outre, l'objectif du Conseil était de mettre en évidence les causes de la présence d'actes médicaux non pertinents de manière à connaître les éléments et les moyens qui permettraient de modifier éventuellement des comportements.

Le présent avis est donc présenté en complément à celui cité plus haut. Le premier chapitre documente la situation québécoise de la non-pertinence; le second traite des causes structurelles de cette non-pertinence alors que le troisième fait état des mécanismes actuellement en place au Québec pour assurer la pertinence des services médicaux. Enfin, le quatrième et dernier chapitre présente des stratégies d'intervention pour contrer la non-pertinence et identifier les intervenants concernés.



## Chapitre 1

### 1. Documentation de la situation québécoise

Compte tenu que l'objectif du Conseil médical du Québec est d'agir sur les causes de la non-pertinence d'actes médicaux à un niveau global par des mécanismes généraux s'adressant à l'ensemble des médecins et des établissements et non auprès d'un individu, d'un établissement ou d'une région, il a jugé préférable de ne pas chercher à quantifier cette non-pertinence, mais de s'en tenir à une documentation qualitative lui permettant d'identifier les principaux secteurs où elle se manifeste.

À cette fin, le Conseil a choisi d'utiliser différentes approches : des rencontres ont eu lieu, notamment avec des membres du Service d'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec, le président de l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec, un groupe de directeurs des services professionnels, des permanents de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ), dont certains sont impliqués dans les projets OPTIMAH, et, à sa demande, le président de l'Association des internistes, des rhumatologues et des gériatres du Québec. Ces rencontres, en plus de contribuer à documenter la situation de non-pertinence d'actes médicaux au Québec, ont permis de réfléchir sur les causes de cette non-pertinence et sur des moyens de la réduire ou de l'éliminer.

Outre ces rencontres, une lettre a été adressée au président de chacune des associations de médecins spécialistes du Québec et à celui de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec afin de documenter la situation de la non-pertinence et d'obtenir des suggestions pouvant améliorer la situation. Le Conseil a également utilisé les rapports des programmes OPTIMAH de l'AHQ, en particulier celui sur l'utilisation systématique de certains examens diagnostiques en centre hospitalier, de même que ceux du Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (CETS) sur les examens radiographiques pulmonaires systématiques préopératoires, sur les variations dans la fréquence des interventions chirurgicales par région du Québec, sur les variations dans les taux d'amygdalectomies, d'adénoïdectomies et de myringotomies pratiquées au Québec et sur les effets de l'introduction de la cholécystectomie laparoscopique au Québec sur les taux d'intervention et sur l'utilisation des ressources.

Enfin, le Conseil a pu bénéficier d'informations diverses provenant de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), en particulier des informations qu'elle obtient suite aux mécanismes de contrôle qu'elle a mis sur pied, et de quelques données quantitatives disponibles dans ses banques de données.

Si les lettres adressées aux différents présidents de groupements de médecins n'ont pas permis d'obtenir d'information pour documenter la situation de non-pertinence d'actes médicaux au Québec, les autres approches ont été très utiles.

## **1.1 Résultats**

Les résultats de la démarche du Conseil médical seront présentés par secteur d'activités. Le secteur des examens diagnostiques est de loin celui qui est le plus documenté; il concerne principalement la biologie médicale, l'imagerie médicale et l'endoscopie. Quant aux interventions thérapeutiques, les activités chirurgicales et la prescription de médicaments constituent des préoccupations importantes bien que non exclusives.

### **1.1.1 Examens diagnostiques**

À la lumière des rencontres réalisées, il ressort très nettement que les examens de laboratoire de biologie médicale et les examens en imagerie médicale sont ceux où les problèmes de non-pertinence seraient les plus apparents. Bien que non quantifié, le volume d'examens non pertinents dans ces deux secteurs pourrait être important.

Cette non-pertinence peut prendre plusieurs formes :

- prescription systématique d'examens sans égard à la condition du patient, soit par habitude du médecin, soit suite à des politiques d'établissement ou à des protocoles d'unités de soins, à des obligations légales ou réglementaires. Des exemples sont la radiographie pulmonaire préopératoire de routine, la radiographie du rachis systématique dans certains examens pré-emploi, le bilan lipidique quel que soit l'âge du patient ;
- dédoublement d'examens par défaut de transmission de l'information ;
- chevauchement d'examens par prescription simultanée de tests qui devraient se faire en séquence et en fonction des résultats des tests précédents (exemples : investigation thyroïdienne par prescription simultanée de TSH-T3-T4, investigation cardiaque ou hépatique par prescription simultanée d'une scintigraphie, d'une échographie et d'une tomodensitométrie) ; les raisons invoquées pour une telle prescription sont souvent la limitation des délais dans l'investigation et la disponibilité des résultats de tous les examens lors de la visite subséquente du patient;
- prescription d'examens en remplacement d'un examen clinique parce que le médecin veut se protéger (exemples : échographie pour remplacer l'examen gynécologique) ;

- prescription d'examens par mesure défensive compte tenu du contexte médico-légal (exemple : radiographies du crâne ou de la colonne dans les cas de traumatisme).

Enfin, la non-pertinence se manifeste aussi par le fait que les résultats des examens demandés n'influencent pas toujours la conduite clinique du médecin, soit parce que les décisions thérapeutiques sont prises avant l'arrivée des résultats, soit simplement parce que le médecin n'a pas pris connaissance des résultats.

Des études récentes faites au Québec viennent corroborer les informations reçues lors des rencontres ci-haut mentionnées. Une étude réalisée pendant l'hiver 1994-1995 par l'Association des hôpitaux du Québec en collaboration avec le Collège des médecins du Québec et le Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec et publiée en novembre 1995 est intéressante à ce sujet. Il s'agit d'une enquête postale, par questionnaire autoadministré, auprès des directeurs des services professionnels (DSP), des chefs de département clinique et des chefs de service clinique de 118 centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés. L'étude visait à « faire l'inventaire des examens diagnostiques dont la pertinence de l'utilisation systématique est questionnée dans la littérature scientifique et par les groupes de professionnels, et à décrire les pratiques d'utilisation actuelle de ces examens dans les centres hospitaliers québécois<sup>1</sup> ». 109 centres ont répondu pour un taux de réponse de 92 %.

La première partie du questionnaire, s'adressant aux DSP, s'intéresse aux politiques ayant cours dans le centre hospitalier relativement à l'acceptation des examens faits à l'extérieur du centre préalablement à l'admission, à la prescription ou à l'exclusion systématique d'examens diagnostiques à l'admission et en préopératoire.

Selon l'étude, « au Québec, 53 centres hospitaliers (56%) acceptent les examens faits à l'extérieur du centre hospitalier dans tous les cas, alors que 33 (35%) les acceptent à condition qu'ils aient été faits dans une période allant de quinze jours à six mois avant l'admission. Dans la moitié de ces cas, la période limite mentionnée pour accepter les examens faits à l'extérieur est de trois mois. Par ailleurs, dans huit centres hospitaliers (9%), dont trois sont des centres hospitaliers universitaires, les examens faits à l'extérieur ne sont acceptés dans aucun cas<sup>2</sup> ».

En ce qui concerne les examens à l'admission et en préopératoire, « la littérature scientifique indique que la prescription systématique des examens diagnostiques à l'admission de tous les patients au centre hospitalier ou en préopératoire constitue une pratique onéreuse et que sa contribution au diagnostic et au traitement des patients reste faible. Les études sont nombreuses à suggérer l'abandon de la prescription systématique

---

<sup>1</sup> Association des hôpitaux du Québec. Utilisation systématique de certains examens diagnostiques en centre hospitalier. Collection : Rapports et bilan. No 8, Novembre 1995, p. 16

<sup>2</sup> Idem p. 29

des examens diagnostiques en préopératoire ou, pour certains examens, sa restriction à des catégories de patients<sup>3</sup> ».

Au Québec, selon l'étude, même si « dans 44 (43 %) établissements aucun examen systématique n'est prescrit à l'admission au centre hospitalier ou à des départements spécifiques<sup>4</sup> », un ou plusieurs examens diagnostiques sont prescrits à tous les patients à l'admission dans 24 centres hospitaliers (23 %). La formule sanguine complète avec différentiel des leucocytes et la glycémie semblent être les examens diagnostiques les plus fréquemment prescrits à tous les patients à l'admission dans ces centres<sup>5</sup> ». En outre, « au total, dans 37 centres hospitaliers québécois (35 %), au moins un des examens ciblés est prescrit de façon systématique à l'admission de tous les patients à un ou plusieurs départements (en excluant le préopératoire)<sup>6</sup> ».

Pour ce qui est des examens préopératoires, selon l'étude, la pratique systématique semble plus répandue que pour les examens diagnostiques à l'admission. Même si dans 30 centres hospitaliers, aucun examen systématique ne serait prescrit en préopératoire, il n'en demeure pas moins que, « dans 41 des 98 centres hospitaliers répondant à cette partie du questionnaire (42 %), un ou plusieurs examens diagnostiques sont prescrits à tous les patients en préopératoire<sup>7</sup> ». Les examens pratiqués alors sont principalement la formule sanguine complète avec différentiel des leucocytes (34 % des centres hospitaliers), la glycémie (22 %), les dosages d'urée (18 %) et des électrolytes (14 %).

De plus, la prescription systématique d'examens diagnostiques en préopératoire se fait dans 84 % des centres hospitaliers quand elle est reliée à une catégorie de patients. Cependant, même si cette pratique est fortement reliée à la prescription de l'ECG aux patients de 40 ans et plus, ce qui est conforme à la norme de 1993 émise par le Collège des médecins du Québec, la pratique touche plusieurs autres examens non compris dans cette norme. Outre l'ECG, les trois examens les plus concernés par cette pratique sont la radiographie pulmonaire dans 22 % des centres hospitaliers, la glycémie dans 14 % des centres et le dosage de la créatinine dans 10 % des centres.

En ce qui concerne les parties du questionnaire conçues pour connaître le recours systématique à des examens diagnostiques autres que les examens à l'admission et préopératoires, les répondants furent les chefs de département et de service cliniques et les DSP. Le pourcentage de chacun variait selon les départements ou les unités de soins. Le questionnaire visait les départements de médecine, de psychiatrie, de pédiatrie et de chirurgie de même que l'unité des soins intensifs médicaux non coronariens, médicaux coronariens et chirurgicaux. Pour le secteur de la médecine, les services investigués furent

---

<sup>3</sup> Idem p. 46

<sup>4</sup> Idem p. 34

<sup>5</sup> Idem p. 32

<sup>6</sup> Idem p. 32

<sup>7</sup> Idem p. 38

la médecine générale, la cardiologie, l'endocrinologie, la gastro-entérologie, la néphrologie, la neurologie et la salle d'urgence. Les répondants devaient indiquer si la pratique décrite dans l'énoncé correspondait ou non à la pratique de la plupart des médecins du département ou du service. Compte tenu de l'approche retenue dans l'étude, il faut tenir compte dans les réponses de la subjectivité du répondant.

Dans la synthèse de l'étude publiée le 6 décembre 1995 par les trois organismes impliqués dans l'étude, les résultats ont été classés en identifiant cinq groupes d'examens établis en fonction de la fréquence de leur prescription systématique et du degré de consensus quant à l'opportunité d'abandonner cette pratique. Les résultats sont les suivants :

« **Groupe 1** : *Consensus large et établi, pratique peu répandue*

Un premier groupe est constitué de huit examens qui ont fait l'objet de plusieurs études, ou dont l'abandon de l'utilisation systématique fait l'objet d'un consensus par des groupes professionnels. Il s'agit principalement, mais non exclusivement, d'examens pratiqués dans les services de médecine des centres hospitaliers. Il s'agit de :

- culture de la gorge pour tous les diagnostics de pharyngite;
- recherche de sang occulte dans les selles de tous les patients admis pour gastro-entérite;
- scintigraphie hépatique systématique lors de la recherche de métastases hépatiques;
- calcémie pour tous les diagnostics d'ostéoporose;
- électrocardiogramme pour tous les patients admis en médecine à partir de la salle d'urgence;
- tests de conduction nerveuse dans le suivi de tous les patients sous hémodialyse rénale;
- électroencéphalogramme dans le diagnostic d'ischémie cérébrale transitoire et d'accident vasculaire cérébral;
- radiographie de la colonne chez tous les patients se présentant à l'urgence pour maux de dos aigus.

La prescription systématique de ces examens n'est plus observée dans au moins 75 % des centres hospitaliers du Québec<sup>8</sup> », ce qui laisse encore environ 25 % des centres où cette pratique existe.

« **Groupe 2** : *Consensus récent, pratique peu répandue*

Un deuxième groupe est formé d'examens qui ont fait l'objet d'études et de prises de position récentes de la part du milieu scientifique et de groupes professionnels, mais qui ne sont déjà plus prescrits de façon systématique dans la majorité des centres hospitaliers<sup>9</sup> ».

Il s'agit des examens suivants :

- prescription d'un dosage simultané d'hormones thyroïdiennes dans les cas de dysfonction de la glande thyroïde;
- « radiographie systématique de la cheville et du pied à la suite d'un traumatisme;
- radiographie systématique de l'abdomen dans les cas de douleur abdominale aiguë (cette pratique est presque totalement absente des centres hospitaliers universitaires);
- échographie cardiaque systématique dans le diagnostic d'infarctus du myocarde;
- angiographie pour le pronostic post-infarctus;
- certains tests prescrits avant l'initiation d'un traitement pour ulcère d'estomac;
- tests de fonction respiratoire pour le diagnostic de maladie pulmonaire obstructive chronique;
- certains examens (formule sanguine complète, glycémie, BUN, créatinine), dont on remet en question la prescription quotidienne systématique en soins intensifs médicaux, ne sont pas prescrits tous les jours dans la grande majorité des centres hospitaliers, sauf en milieu universitaire;
- l'analyse systématique des gaz artériels à l'admission des patients aux soins intensifs, pratique coûteuse, peu utile mais répandue aux États-Unis, semble presque totalement absente des centres hospitaliers du Québec.

---

<sup>8</sup> Association des hôpitaux du Québec, Collège des médecins du Québec et Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec. Utilisation systématique de certains examens diagnostiques en centre hospitalier. Synthèse. 6 décembre 1995, p. 5

<sup>9</sup> Idem p. 6

**Groupe 3 : Consensus moindre, pratique limitée à une minorité d'hôpitaux**

Pour un troisième groupe d'examens, le consensus professionnel quant à l'utilité d'une prescription systématique n'apparaît pas aussi clairement; aussi leur utilisation systématique persiste dans 30 % à 50 % des centres hospitaliers.

Ainsi en est-il :

- du recours systématique à une seconde échographie obstétricale en cours de grossesse (observé dans 30 % des centres hospitaliers); cette pratique a été jugée non pertinente par certaines études récentes, dont les implications quant aux changements de pratique ne font toutefois pas l'unanimité;
- de la prescription systématique d'analyse des antigènes antibactériens dans l'établissement d'un diagnostic de méningite (29 % des centres hospitaliers);
- de l'utilisation systématique de la tomodensitométrie chez tous les patients vus initialement pour ischémie cérébrale transitoire (41% de l'ensemble des centres hospitaliers, 71 % des centres hospitaliers universitaires);
- de l'utilisation systématique de l'échocardiogramme dans le suivi des patients ayant subi un infarctus du myocarde (36 % des centres hospitaliers).

**Groupe 4 : Consensus faible, pratique répandue**

Un quatrième groupe est constitué d'examens dont l'utilisation systématique a été remise en cause, sans pour autant que se dégage un consensus sur l'opportunité d'abandonner leur utilisation systématique - celle-ci est encore pratiquée par une majorité de centres hospitaliers.

Il s'agit des examens suivants :

- dosage systématique des enzymes cardiaques (AST et LDH) dans le diagnostic d'infarctus du myocarde (76% des centres hospitaliers);
- radiographie systématique de la colonne dans les cas de traumatisme cervical (57 % des centres hospitaliers);
- dosage de lithémie dans le suivi des patients souffrant de psychose maniaco-dépressive et traités au lithium (la fréquence est très variable selon les milieux).

**Groupe 5 : Consensus large, pratique répandue**

Un cinquième et dernier groupe comprend quatre examens dont l'utilisation systématique a été remise en question par plusieurs études, supportant un consensus assez large, mais qui continuent de faire l'objet d'un recours systématique dans une proportion importante de centres hospitaliers.

Ce groupe comporte les examens suivants :

- analyse systématique de la vitesse de sédimentation dans le diagnostic d'arthrite (45 % des centres hospitaliers);
- prescription simultanée de plusieurs tests dans le diagnostic d'anémie (45 % des centres hospitaliers);
- analyse systématique de la glycémie dans le suivi de tous les patients diabétiques (pratiquée dans 67 % des centres hospitaliers);
- application systématique de tests de dépistage du diabète gestationnel (68 % des centres hospitaliers)<sup>10</sup> ».

Outre les examens de laboratoire de biologie médicale et de radiologie, des examens endoscopiques, en particulier comme modalité de contrôle d'un épisode pathologique, seraient en partie utilisés de façon non pertinente. Il s'agit ici principalement de l'utilisation de la colposcopie, par exemple avec des cytologies normales, et de la cystoscopie.

### 1.1.2 Interventions thérapeutiques

Pour ce qui est des interventions thérapeutiques, la documentation de la situation québécoise vient principalement de publications d'études.

En 1994, Statistique Canada publiait dans Rapports sur la santé, une étude de Jane F. Gentleman et al. sur les taux élevés et faibles des interventions chirurgicales dans différentes divisions de recensement au Canada. Les auteurs ont analysé, à partir des données d'avril 1988 à mars 1990, les taux de 39 interventions chirurgicales. Ces taux avaient été standardisés pour l'âge et le sexe puis normalisés pour tenir compte des différences dans la taille de la population habitant les divisions de recensement.

Le Québec avait le taux le plus faible pour 10 interventions, soit pour l'appendicectomie, la césarienne, la colectomie, l'implantation de pacemaker, la mastectomie radicale modifiée, la résection de l'aorte avec remplacement, la thyroïdectomie, l'amygdalectomie avec adénoïdectomie, l'amygdalectomie sans adénoïdectomie et la transplantation rénale. Pour

---

<sup>10</sup> Idem pp .6 à 8

4 interventions, soit la mastectomie radicale, les autres excisions de l'aorte, la ligature des veines variqueuses et l'endartérectomie carotidienne, le Québec avait le taux le plus élevé.

En outre, le Québec comptait 82 taux aberrants<sup>11</sup> (402 pour le Canada) dont 8 très élevés (48), 38 élevés (254), 26 faibles (79) et 10 très faibles (21). Dans les divisions de recensement du Québec, on retrouve une forte proportion des taux élevés et très élevés d'endartérectomie carotidienne et une forte proportion de taux faibles et très faibles d'amygdalectomie avec adénoïdectomie, d'amygdalectomie sans adénoïdectomie et de remplacement total de la hanche.

Le CETS publiait en juin 1993 une étude sur les variations dans la fréquence des interventions chirurgicales par région du Québec. Cette étude, à partir des données de 1990 et 1991, portait sur les taux d'interventions chirurgicales pour 9 opérations dans chacun des 32 DSC du Québec selon le DSC de résidence du patient.

L'étude a démontré qu'il existait des variations importantes dans les taux d'interventions chirurgicales. Pour 8 des 9 opérations, le taux le plus élevé était d'environ 2 à 3 fois supérieur au taux le plus faible. Pour l'amygdalectomie, une variation de 5 pour 1 a été observée. Le hasard ne pouvait expliquer qu'une faible partie des variations observées. Aucune corrélation significative entre les taux d'opérations et les indicateurs de santé disponibles dans cette étude n'a pu être démontrée. Le résultat le plus systématique était le lien entre la fréquence de la chirurgie et l'indice d'urbanisation. Pour le CETS, un facteur, dont l'importance n'a pu être estimée dans l'étude que par l'exclusion d'autres variables, est que la majeure partie des variations observées reflète des différences dans les indications de chirurgie auxquelles ont recours les différents médecins. Aucune autre cause ne semble pouvoir expliquer les grandes différences de taux indiqués.

Dans une autre étude publiée en février 1996 sur les variations dans les taux d'amygdalectomies, d'adénoïdectomies et de myringotomies pratiquées au Québec et qui porte sur les données de 1993, le CETS observe que les variations importantes dans les taux d'amygdalectomies (avec ou sans adénoïdectomies) rapportées en 1990-1991 sont toujours présentes en 1993, que les variations du taux de myringotomies sont encore plus considérables, que le coefficient de variation pour les trois interventions varie de 26.4 % à

---

<sup>11</sup>Dans l'étude, «pour chaque intervention chirurgicale, les valeurs aberrantes ont été identifiées dans les taux de DR (division de recensement) normalisés à l'aide des méthodes robustes de détection des valeurs aberrantes de Tukey<sup>51,52</sup>. En l'occurrence, un taux normalisé a été qualifié d'*aberrant* s'il équivalait à plus de 1.5 fois l'intervalle interquartile au-dessus du 75<sup>e</sup> percentile ou au-dessous du 25<sup>e</sup> percentile (L'intervalle interquartile est l'écart qui sépare le 75<sup>e</sup> percentile du 25<sup>e</sup> percentile). Une valeur aberrante qui était par plus de trois intervalles interquartiles supérieure au 75<sup>e</sup> percentile ou inférieure au 25<sup>e</sup> percentile était considérée comme un *taux très élevé* ou un *taux très faible*, respectivement. Un taux aberrant compris entre 1.5 et trois intervalles interquartiles au-dessus du 75<sup>e</sup> ou au-dessous du 25<sup>e</sup> percentile était considéré comme un *taux élevé* ou un *taux faible*, respectivement» (P. 407).

41.4 %, que le ratio du taux le plus élevé/le plus faible varie de 3.0 à 6.8 et que les DSC avec un taux élevé pour n'importe quelle de ces interventions ont tendance à présenter également un taux élevé pour les autres. Le CETS en arrive aux mêmes conclusions que dans sa précédente étude sur les variations dans les taux d'interventions chirurgicales pour expliquer ces variations. Aucune des variables qu'il a examinées ne peut expliquer plus qu'une faible partie des variations observées et des différences dans l'appréciation clinique des médecins concernés dans chaque DSC est l'hypothèse explicative la plus probable.

Les études sur les variations géographiques, auxquelles appartiennent ces trois études de Statistique Canada et du CETS, ne permettent pas de déterminer des taux adéquats d'interventions ni en conséquence de quantifier un pourcentage d'actes non pertinents. Cependant, la présence de telles variations constitue un indicateur indirect de non-pertinence.

Enfin, en février 1995, le CETS publiait une étude sur les effets au Québec de l'introduction de la cholécystectomie laparoscopique sur les taux d'intervention et sur l'utilisation des ressources. L'étude révèle qu'entre 1984-1985 et 1989-1990, le nombre de cholécystectomies pratiquées au Québec a diminué et que les taux de cette dernière année, standardisés pour l'âge, étaient de 349.5 par 100,000 femmes et de 166.5 pour 100,000 hommes âgés de 10 ans et plus. La cholécystectomie laparoscopique a été introduite au Québec à l'automne 1990. L'étude montre que, tout de suite après, le nombre des cholécystectomies a commencé à augmenter donnant des taux standardisés pour l'âge de 413.8 par 100,000 femmes et de 195.6 par 100,000 hommes en 1992-1993. L'augmentation des taux a été observée dans les deux sexes et dans tous les groupes d'âge. Depuis l'introduction de cette technologie, l'augmentation annuelle des cholécystectomies a été de 24 %.

Le CETS, devant cette croissance importante des taux de cholécystectomies depuis l'introduction de cette chirurgie par laparoscopie, ne conclut pas explicitement à la non-pertinence d'une partie de ces interventions. Car, « la décision à savoir si une cholécystectomie devrait ou ne devrait pas être pratiquée chez un patient est complexe, dépend des circonstances du cas en question, des attentes du patient et du jugement clinique du médecin concerné. Toutefois, malgré une formation médicale scientifique commune et malgré le partage subséquent d'informations cliniques par le biais des congrès et des revues scientifiques, différents médecins tendent à développer des critères qui leur sont propres, mais qui sont souvent divergents en ce qui concerne les interventions chirurgicales. Que ces critères varient considérablement est suggéré par les résultats d'une étude<sup>12</sup> indiquant que le nombre moyen de cholécystectomies conventionnelles pratiquées

---

<sup>12</sup>Il s'agit ici de l'étude du CETS citée précédemment sur les variations dans la fréquence des interventions chirurgicales par région du Québec.

en 1990-1991 et 1991-1992 sur les territoires des différents Départements de santé communautaire (DSC) du Québec variait presque du simple au double<sup>13</sup> ».

Donc, si les variations géographiques des taux de certaines chirurgies s'expliquent en partie par des différences de critères ou d'indications auxquels ont recours différents médecins, elles constituent vraiment un indicateur indirect de non-pertinence.

### 1.1.3 Autres exemples

Les informations obtenues de la RAMQ grâce aux outils de contrôle de la facturation des services médicaux qu'elle a mis en place et qui seront expliqués au chapitre 3, permettent de détecter des cas où des services non pertinents ont été rendus. Les exemples concernent ici surtout les services diagnostiques mais aussi quelques services thérapeutiques et ces services peuvent avoir été rendus tant par des médecins omnipraticiens que par des médecins spécialistes. Voici quelques exemples :

- fréquence abusive de visites à domicile pour un même bénéficiaire ou de visites, qui sont parfois quotidiennes pendant plusieurs mois, à un bénéficiaire hébergé en centre d'hébergement et de soins de longue durée;
- thérapies psychiatriques de soutien à raison de plusieurs séances par semaine et cela, parfois pendant plusieurs années;
- fréquence abusive d'association d'un électrocardiogramme à l'effort avec un examen complet majeur en cabinet sans égard à l'âge du bénéficiaire, à la présence de facteurs de risque ou de problème cardiaque;
- fréquence abusive d'association de l'examen au Doppler et de l'angiographie par cathétérisme dans l'investigation de problèmes vasculaires périphériques;
- fréquence de l'utilisation de l'électromyographie extensive, du bilan orthoptique, de la rhinomanométrie, de la laryngoscopie et de l'endoscopie naso-sinusienne par certains médecins;
- fréquence abusive de l'impédancemétrie;
- fréquence abusive des blocages nerveux dans le traitement de la douleur chronique;

---

<sup>13</sup>Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec. L'introduction de la cholécystectomie laparoscopique au Québec : effets sur les taux d'intervention et sur l'utilisation des ressources, Février 1995, p.5

- fréquence abusive des infiltrations dans les pathologies du système musculo-squelettique;
- fréquence abusive des traitements physiatriques;
- fréquence abusive de dispensation de stimulation électrique nerveuse transcutanée (T.E.N.S.).

## Chapitre 2

### 2. Causes structurelles de non-pertinence

À la lumière de la documentation de la non-pertinence d'actes médicaux au Québec présentée au chapitre précédent et des principaux secteurs où elle se manifeste, le Conseil médical du Québec a cherché à en identifier les causes structurelles et cela, par les mêmes approches qui ont servi à la documenter. Il s'est également appuyé sur la littérature pour compléter cette démarche.

Klim McPherson, dans un essai sur les variations entre pays des pratiques médicales fait en 1990 pour l'Organisation de Coopération et de Développement économiques (OCDE), mentionne qu'« en médecine, la prise de décision est souvent complexe et dépend à la fois de considérations scientifiques, de souhaits du malade, de préférences du médecin et d'influences extérieures de natures diverses, dont certaines n'ont aucune relation avec la décision à prendre. Les décisions cliniques ne reposent que jusqu'à un certain point sur des acquis scientifiques<sup>14</sup> » Il ajoutait que « dans beaucoup de cas, l'opinion de médecins, tous aussi qualifiés les uns que les autres, diverge sur la nature du meilleur traitement. L'exercice d'une bonne partie de la médecine ne s'appuie pas toujours sur une assise scientifique. De nombreuses théories sur le traitement des malades n'ont fait l'objet que d'évaluations insuffisantes; un accord unanime sur les résultats d'un traitement envisagé est l'exception plutôt que la règle<sup>15</sup> ».

En conséquence, pour reprendre les termes de McPherson, « pour évaluer honnêtement et mettre en cause la pratique médicale... il est indispensable d'admettre l'importance de l'incertitude qui existe<sup>16</sup> ». Car si l'on s'appuie sur les études du CETS sur les variations géographiques de certaines interventions chirurgicales au Québec, cette incertitude constitue vraisemblablement la principale cause de ces variations. On reste cependant dans l'inconnu quant à savoir si les taux plus élevés ou moins élevés sont associés à de meilleurs résultats pour la santé. C'est pourquoi des médecins, face à un même malade et avec un diagnostic identique, peuvent administrer un traitement différent et aussi porter un jugement différent quant à sa pertinence. L'incertitude scientifique, qui est due à un manque de connaissance, ne constitue donc pas une cause de non-pertinence. Elle devrait par contre servir à déterminer dans quels domaines la recherche et l'évaluation devraient s'orienter et risqueraient d'être fructueuses.

---

<sup>14</sup>OCDE, Les systèmes de santé. À la recherche d'efficacité. Études de politiques sociales No 7. 1990, p.18.

<sup>15</sup>Idem p. 17

<sup>16</sup>Idem p. 18

Cependant, même lorsque la littérature scientifique converge par rapport au diagnostic ou au traitement de certaines conditions, on observe des variations de pratique et de la non-pertinence pour laquelle les causes sont multiples.

## **2.1 Formation de base**

Pour le Conseil médical, la formation de base en médecine peut être mise en cause dans la non-pertinence et cela, à plusieurs niveaux. D'abord, le Conseil note qu'en général, la préoccupation de la pertinence des actes posés n'est pas enseignée durant le cours de médecine de même que les conséquences négatives possibles de la non-pertinence sur la santé des patients et sur les ressources limitées. Cela tient probablement au fait, du moins en partie, que l'on prend pour acquis que les connaissances transmises aux étudiants seront appliquées adéquatement le moment venu.

À cet élément s'ajoute le fait que les cliniciens professeurs, qui servent de modèles aux étudiants durant leurs stages cliniques, posent dans leur pratique des actes non pertinents entraînant ainsi les stagiaires à adopter le même comportement. Cela est d'ailleurs confirmé dans la littérature. Salem-Schatz et al., dans une étude sur l'utilisation inappropriée des produits sanguins, révèlent que 61 % des résidents impliqués dans l'étude ont indiqué qu'ils ont prescrit au moins une fois par mois des transfusions qu'ils jugeaient non nécessaires parce qu'un médecin senior le leur suggérait.

## **2.2 Éducation médicale continue**

Le code de déontologie des médecins prescrit que le médecin doit tenir à jour et perfectionner ses connaissances. Afin d'aider les médecins dans leur éducation continue, le Conseil de l'éducation médicale continue du Québec a été mis sur pied. Par le biais de ce conseil, les médecins ont accès à des moyens individuels de formation et à des activités de groupe offertes par ou avec le concours des groupements qui constituent le Conseil. Ces groupements sont le Collège des médecins du Québec, les quatre universités qui ont une faculté de médecine, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, l'Association des médecins de langue française du Canada, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada.

Bien que la pertinence des actes médicaux puisse être abordée à l'occasion de certaines activités, la préoccupation par rapport à la pertinence des actes ne peut être largement diffusée dans le cadre de ces activités du fait d'une participation proportionnellement faible des médecins à ces activités.

### 2.3 Législation et réglementation désuètes

Il existe plusieurs exemples de législation et surtout de réglementation désuètes au Québec.

Même si elle vient d'être modifiée par un décret du gouvernement en date du 24 avril 1996, citons la disposition du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements concernant la détermination des examens diagnostics de routine (examens de dépistage) exigés lors de l'admission des bénéficiaires en centre hospitalier. Selon cette disposition, ces examens devaient être conformes à la « norme adoptée par le Bureau de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, le 16 juin 1982 » et cette norme devait continuer d'être appliquée même si de nouvelles normes relatives aux examens de dépistage chez certains patients hospitalisés avaient été adoptées en 1993 par le Bureau du Collège des médecins du Québec.

Ainsi, même si les nouvelles normes ne recommandaient pas de tels examens, l'hémoglobine, le groupe sanguin et la détermination du facteur Rh devaient être faits chez les nouveau-nés tout comme l'hémoglobine ou l'hématocrite et l'analyse des urines sans microscopie (pH, glucose, albumine et corps cétoniques) chez les malades devant subir une anesthésie générale, épidurale, rachidienne ou caudale. Une réglementation désuète par rapport à l'état des connaissances aura donc continué de s'appliquer pendant au moins 3 ans entraînant ainsi la demande d'examens de laboratoire non pertinents.

De plus, selon un relevé non publié réalisé par le CETS en 1995, il existe au Québec au moins 18 règlements ou lois qui prescrivent des examens médicaux liés à l'emploi, soit à l'embauche, soit en cours d'emploi.

En 1994, l'Association des Médecins du Réseau Public en Santé au Travail du Québec (AMRPSTQ), par la voix de son président, notait que les examens pré-embauche prescrits par les règlements provinciaux, étant « hérités d'une époque où l'évaluation rigoureuse de tests médicaux était rare, sinon inexistante, sont, le plus souvent, sans aucun rapport avec les risques à la santé présents dans le milieu de travail et sont donc tout à fait inadéquats pour contribuer à prévenir l'apparition de problèmes de santé associés au travail<sup>17</sup> ». En outre, cette réglementation impose parfois une surveillance médicale en cours d'emploi à des travailleurs qui ne sont pas exposés à des risques la justifiant. Les mêmes préoccupations avaient déjà été formulées par le docteur Fernand Turcotte dans un mémoire présenté à la Commission parlementaire des affaires sociales en février 1992.

---

<sup>17</sup>Bhérier, Luc : Lettre du 22 juin 1994 à la ministre de la Santé et des Services sociaux, madame Lucienne Robillard.

## 2.4 Environnement légal

Pour le Conseil médical, l'environnement légal actuel peut très bien être reflété par les conclusions du rapport Prichard sur la responsabilité et l'indemnisation dans les soins de santé publié en 1990.

Avant la fin des années 1970, les poursuites en responsabilité médicale ne semblaient pas poser un problème grave aux médecins canadiens. Cependant, « entre 1971 et 1987, la fréquence des poursuites en responsabilité civile intentées contre des médecins par rapport au nombre d'habitants a presque triplé au Canada (taux de croissance annuel composé de 9 p.cent)<sup>18</sup> », « la fréquence des poursuites en responsabilité civile (y compris les transactions) par rapport au nombre d'habitants ayant entraîné le paiement des dommages-intérêts par les médecins a doublé (taux de croissance annuel composé moyen de 6,6 p.cent)<sup>19</sup> » et « le montant moyen des dommages-intérêts (y compris les transactions) payés par des médecins a quadruplé en chiffres réels au Canada <sup>19</sup> ».

L'augmentation des poursuites en responsabilité médicale au cours de ces années s'est produite sans que le critère pour qu'un patient obtienne gain de cause contre un médecin ait changé. Ce critère consiste en l'obligation du patient de démontrer que, d'après la prépondérance des probabilités, le préjudice corporel qu'il a subi résulte d'un comportement négligent de la part du médecin. Ce critère constitue le principe fondamental dans ce domaine au Canada.

L'augmentation du nombre des poursuites en responsabilité médicale s'est accompagnée d'une augmentation encore plus rapide des primes d'assurance pour les médecins et cela, pour trois raisons : le nombre absolu des poursuites a augmenté; au début des années 1980, « l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) a décidé d'évaluer les risques inhérents aux différentes spécialités et d'en tenir compte pour le calcul des cotisations... ce qui a entraîné une augmentation beaucoup plus forte du coût de l'assurance-responsabilité des médecins exerçant les spécialités à haut risque par rapport aux autres médecins<sup>20</sup> »; et dans le même temps, l'ACPM « a décidé de constituer un fonds de réserve en prévision des poursuites futures, ce qui a fortement contribué à l'augmentation du coût moyen de l'assurance-responsabilité, et ce, à un rythme beaucoup plus élevé que ne l'exigeait le nombre réel de poursuites intentées<sup>21</sup> ». De 220 millions de dollars lors de la publication du rapport Prichard, cette réserve excède le 1.25 milliard de dollars à la fin de 1996 selon le Rapport annuel de 1996 de l'ACPM. En outre, en 1996,

---

<sup>18</sup>Prichard, J. Robert S. La responsabilité et l'indemnisation dans les soins de santé. Rapport à la Conférence des sous-ministres de la Santé de l'Étude fédérale-provinciale-territoriale sur les problèmes de la responsabilité et de l'indemnisation dans le secteur des soins de santé, 1990, p.16

<sup>19</sup> Idem p. 19

<sup>20</sup> Idem p. 21

<sup>21</sup> Idem p.19

selon la FMSQ, les primes d'assurance-responsabilité professionnelle de l'ACPM ont connu une hausse atteignant jusqu'à 20 %. Comme le signale Prichard, bien des médecins ont vu dans cette augmentation de leurs cotisations une preuve qu'il existait une situation de crise accélérée pour ce qui est des poursuites en responsabilité professionnelle intentées contre eux.

Le rapport annuel de 1996 de l'ACPM ne fera qu'accroître ce sentiment de crise de la part des médecins. En effet, en 1996, l'ACPM aura versé plus de 100 000 000 \$ en indemnités à des victimes d'erreur médicale et il en aura coûté plus de 60 000 000 \$ en frais juridiques. Dans la Préface du Président, il souligne que l'année 1996 aura été éprouvante, que les indemnités et les règlements pour faute professionnelle atteignent de nouveaux sommets et que le coût de la protection des médecins pour responsabilité civile monte en flèche.

Les cotisations à l'ACPM ont atteint 216 290 000 \$ en 1996, soit près de 36 000 000 \$ de plus qu'en 1995. Le Président souligne que ce coût est désormais au-delà de la capacité de payer de nombreux médecins.

La seule solution, dit-il, « c'est de mettre à la disposition des médecins davantage d'argent pour leur permettre de respecter leurs obligations en matière de protection contre les poursuites pour faute professionnelle, soit en modifiant le barème des cotisations, soit en continuant à verser des subventions toujours plus considérables. Par ailleurs, les gouvernements doivent procéder à un examen critique des moyens qui permettraient de réduire le montant des poursuites et des règlements<sup>22</sup> ».

Bien que pour plusieurs, dont Prichard, les allégations à l'effet que les poursuites en responsabilité civile incitent les médecins à pratiquer une médecine défensive soient exagérées, le Conseil médical y voit une cause de non-pertinence et craint que l'évolution de la situation accentue ce phénomène.

Un autre aspect de l'environnement légal que le Conseil a examiné est la doctrine du droit portant sur l'intensité de l'obligation de moyens du médecin, de même que la jurisprudence appropriée. À cet effet, il a fait appel à M<sup>e</sup> Pierre Deschamps du Centre de recherche en droit privé et comparé du Québec. Dans un premier temps, M<sup>e</sup> Deschamps a produit un rapport intitulé « Pratique médicale et responsabilité médicale ». Par la suite, dans un document complémentaire, il a fait part des commentaires suivants sur cet aspect de l'environnement légal.

« En ce qui concerne la doctrine, je me suis surtout attardé à relever comment les auteurs Lesage-Jarjoura, Lessard et Philips-Noorens (Éléments de responsabilité civile médicale. Le droit dans le quotidien de la médecine, 1995) abordent cette question.

---

<sup>22</sup> Association canadienne de protection médicale. Rapport annuel pour l'année 1996, p.i

Pour ces auteurs, le médecin, dès lors qu'il accepte de soigner une personne, doit « tout mettre en oeuvre afin de remplir son devoir », p. 199 (emphase mise); il doit, dans les soins qu'il prodigue aux patients, « user de toutes les méthodes raisonnables mises à sa disposition », pp. 200-201 (emphase mise); il a l'obligation « d'employer les meilleurs moyens possibles » pour atteindre un résultat, p. 201 (emphase mise). En outre, suivant ces auteurs, « le médecin doit s'efforcer de parvenir au bon diagnostic en prenant tous les moyens raisonnables à sa disposition » p. 211 (emphase mise). Ainsi, le médecin a « droit à l'erreur, pour autant qu'il ait usé de tous les moyens raisonnables mis à sa disposition afin de trouver la vérité », p. 216 (emphase mise). Ces mêmes auteurs écrivent, par ailleurs, que, dans le cadre de sa pratique, « le médecin devra souvent adapter ses interventions thérapeutiques et prendre uniquement des moyens raisonnables », p. 202 (emphase mise), qu'il « n'a pas à recourir d'emblée à tous les examens et traitements, si ceux-ci ne sont pas couramment utilisés », p. 204 (emphase mise).

À la lumière de ces propos et de ceux que vous trouvez dans le texte intitulé « Pratique médicale et responsabilité médicales », on peut affirmer que l'obligation pour un médecin de tout faire ce qui est possible de faire doit s'interpréter « à l'intérieur des limites du raisonnable ». La question est alors de savoir ce qui est raisonnable de faire dans un cas particulier.

Dans plusieurs cas, un examen clinique adéquat pourra s'avérer suffisant en autant que l'anamnèse et l'examen clinique auront été complets et que la condition du patient, de même que les problèmes dont il se plaint ou les symptômes qu'il présente, ne laisseront pas soupçonner des problèmes de santé possiblement plus graves<sup>23</sup> ».

L'étude de la jurisprudence faite par M<sup>e</sup> Deschamps, « laisse voir que les tribunaux ont récemment fait reproche à des médecins de ne pas avoir, à la lumière des symptômes que présentait leur patient, entrepris des investigations plus poussées. Il semble toutefois que, dans les cas cités, le médecin aurait dû, compte tenu de l'état instable de son patient ou de la persistance d'un état morbide, chercher plus énergiquement la cause de son problème de santé. Le médecin qui ne réussit pas à clairement identifier la source d'un problème de santé se doit de consulter un confrère ou de recourir à d'autres moyens diagnostiques que ceux utilisés jusque-là. De même, le médecin qui entretient des doutes sur l'exactitude de son diagnostic ou qui, suivant ses pairs, devrait en entretenir ne peut délaisser son patient. Il se doit de rechercher la cause exacte de son problème de santé, le suivre de près<sup>24</sup> ».

---

<sup>23</sup> Lettre de M<sup>e</sup> Pierre Deschamps au docteur André Bonin, président du Comité sur la pertinence et l'efficience dans la dispensation des services médicaux. Le 27 juillet 1997. (Voir annexe 1).

<sup>24</sup> Lettre de M<sup>e</sup> Pierre Deschamps au docteur André Bonin, président du Comité sur la pertinence et l'efficience dans la dispensation des services médicaux. Le 27 juillet 1997. (Voir annexe 1).

« De cette analyse des sept cas de jurisprudence recensés au cours de la période 1990-1996 et mettant en évidence une faute d'omission quant à l'établissement du diagnostic, on constate que les tribunaux sont relativement exigeants quant aux moyens qui doivent être pris pour établir un bon diagnostic. Dès lors que des doutes raisonnables subsistent à la suite d'un examen clinique adéquat quant à la nature du problème de santé que présente une personne, le médecin est tenu de dissiper ces doutes. Ne pas le faire, comme l'illustrent les cas cités précédemment, peut avoir des conséquences tragiques pour le patient <sup>24</sup> ».

En conclusion, le Conseil médical croit que l'environnement légal constitué par l'importance des indemnités et des frais juridiques pour faute professionnelle, par la doctrine du droit et la jurisprudence portant sur l'intensité de l'obligation de moyens du médecin, engendre une certaine médecine défensive et est une cause de non-pertinence de services médicaux même s'il ne lui est pas possible d'en quantifier l'importance.

## **2.5 Modes de rémunération**

On peut classer les modes de rémunération des médecins en trois grandes catégories selon le point de référence qui sert à calculer la rémunération, soit le service rendu (rémunération à l'acte), le temps fourni (salarial, vacation, per diem, tarif horaire et la demi-journée) et la population à desservir (capitation).

Au Québec, la rémunération selon le mode de la capitation n'existe pas actuellement pour les médecins. Bien que les modes basés sur le temps fourni aient beaucoup progressé depuis leur introduction, la rémunération à l'acte demeure le principal mode de rémunération des médecins. En 1994, selon les données de la RAMQ, 91,7 % des médecins tiraient la totalité ou une partie de leur revenu de la rémunération à l'acte; ce pourcentage s'élevait à 88,5 % pour les omnipraticiens et à 94,9 % pour les spécialistes. La rémunération à l'acte représentait 87,5 % des coûts de l'ensemble des modes de rémunération.

La proportion des médecins utilisant le salariat, la vacation, le per diem, le tarif horaire ou la demi-journée était de 35,6 %. Cette proportion était de 47,2 % chez les omnipraticiens et de 24,8 % chez les spécialistes. Le salariat est surtout le lot des omnipraticiens avec 94,6 % des heures totales rémunérées selon ce mode. Quant aux heures rémunérées selon les autres modes alternatifs à l'acte, les omnipraticiens en accaparent 52,17 % et les spécialistes 47,5 %.

La psychiatrie est la spécialité qui accapare la plus forte proportion de la masse des spécialistes consacrée aux modes alternatifs à l'acte avec 52,3 % des coûts. Cependant, en pourcentage de la masse totale d'une spécialité, c'est la santé communautaire qui se classe première avec 93,9 % de sa masse qui est versée selon ces modes alternatifs.

Trahan, dans une évaluation comparée de la rémunération à l'acte avec d'autres modes de rémunération (salarial, vacation, capitation) à partir d'une revue de la littérature internationale, canadienne et québécoise, concluait que, malgré certaines limites, « il ressort clairement que le mode de rémunération a une influence sur le comportement des médecins. De façon générale, le salariat, la rémunération basée sur un tarif quotidien (vacation) et la capitation, telle qu'appliquée dans d'autres pays, sont associés à la prestation de services plus conformes à ce qui est attendu et favorisent la prévention...La rémunération à l'acte induit une activité médicale plus intense (nombre de visites, nombre d'exams, de traitements), laquelle n'est pas toujours nécessaire ni appropriée, sauf que dans certaines situations, la décision d'intervenir est prise plus rapidement par les médecins rémunérés à l'acte que par ceux payés à salaire et à capitation, ce qui évite des complications dans certains cas<sup>25</sup> ». Elle ajoutait : « Toutefois le mode de rémunération n'est pas le seul facteur qui affecte la pratique médicale. Les caractéristiques des clients, des médecins et des organisations jouent un rôle important<sup>26</sup> ».

## 2.6 Organisation des services

Au Québec, les médecins sont des professionnels autonomes qui assurent à la population un large éventail de services médicaux assurés par le régime public. Pour dispenser ces services, les médecins ont accès à un vaste réseau d'établissements diversifiés dont la grande majorité est publique ou ils peuvent oeuvrer en cabinet privé, incluant des polycliniques.

La population a la liberté de choisir son médecin et l'établissement ou le cabinet privé où elle obtiendra ses services. Le médecin, sauf en cas d'urgence, peut ou non accepter de traiter une personne. La population peut avoir accès à plusieurs médecins pour un même épisode de soins; elle peut aussi avoir accès directement au médecin spécialiste qui, quant à lui, peut assurer le suivi d'un malade qui pourrait être retourné à un omnipraticien. De plus, une portion importante de la population utilise les salles d'urgence des centres hospitaliers comme premier contact. Il y a également une tendance de la part des médecins à faire de la médecine de type « fast food » en cabinet privé. Ces comportements favorisent peu la prise en charge globale des patients et la continuité des services; ils incitent plutôt à une approche parcellisée des soins. À cela s'ajoute le fait que la continuité entre les services de première ligne des secteurs privé et public et la liaison entre les services des divers établissements et avec la première ligne n'est pas toujours réalisée<sup>27</sup>.

---

<sup>25</sup>Rhéault S., Pronovost L., et Trahan L. Synthèse des études réalisées sur la rémunération des médecins, plus particulièrement au Québec et au Canada et suggestion de certaines pistes de recherche. Février 1996, p. 12

<sup>26</sup>Idem p. 13

<sup>27</sup>Pour une description plus détaillée de l'organisation des services au Québec, le lecteur peut consulter l'Avis 95-03 du Conseil médical du Québec sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter - La hiérarchisation des services médicaux.

À ces dérives du système de soins, il y a aussi les demandes des patients et des familles pour certains services, comme pour des examens complémentaires, auxquels le médecin peut consentir même si ces services ne sont pas toujours nécessaires.

Tout cela peut engendrer une surconsommation de services non appropriée, possibilité qui est accrue lorsque les ressources sont disponibles.

En outre, les médecins oeuvrant en cabinet privé prescrivent des examens de laboratoire de biologie et d'imagerie médicales à leurs patients qui reçoivent ces examens dans les établissements du réseau. Or, ces établissements n'ont aucun contrôle sur ces prescriptions et ils ne peuvent intervenir auprès de ces médecins si leur profil de prescription est problématique.

## **2.7 Disponibilité de l'offre**

Il existe une propension naturelle à utiliser les ressources disponibles, surtout si elles sont excédentaires, et ainsi permettre une dispensation plus intense de services à des clientèles qui, si ce n'était de cette disponibilité, auraient été traitées d'une autre façon. Cette propension concerne autant les équipements, les lits que les surplus d'effectifs médicaux.

Cette propension due à l'accessibilité des ressources est illustrée par une étude sur la consommation d'analyses reliée au fonctionnement d'un multianalyseur faite à l'hôpital Saint-Luc en 1980. Cette étude comprenait deux phases : la première, qui consista en la cessation complète pendant une semaine du fonctionnement du multianalyseur, a entraîné une diminution du nombre d'analyses de 6 % à 95 % pour une moyenne de 67,8 %; la deuxième, qui consista en la fermeture permanente des sept canaux du multianalyseur les plus onéreux à opérer et au transfert de ces analyses sur deux autres analyseurs, a permis d'enregistrer une baisse de la consommation des analyses de 7 % à 75 %, pour une moyenne de 41 %.

## **2.8 Difficulté du CMDP à jouer son rôle**

La Loi sur les services de santé et les services sociaux prescrit que le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) a la responsabilité « de contrôler et d'apprécier la qualité, y compris la pertinence des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans le centre » exploité par l'établissement. Le CMDP est aidé en cela par les chefs de département clinique qui, toujours selon la loi, sont responsables, sous l'autorité du CMDP, « de surveiller la façon dont s'exerce la médecine, l'art dentaire et la pharmacie » dans leur département.

Cependant, le contrôle et l'appréciation de ce volet de la qualité qu'est la pertinence sont inégaux selon les milieux et ces responsabilités ne sont pas assumées de façon optimale selon les observations reçues par le Conseil lors des rencontres précitées avec différents intervenants. Divers facteurs peuvent expliquer cet état de chose : manque d'outils et de

ressources, absence de rémunération des chefs de département clinique et lacunes dans la circulation de l'information, comme les règles de soins ou d'utilisation des ressources, entre les CMDP.

## **2.9 Manque d'incitatif à la pertinence**

Outre l'absence de rémunération des activités médico-administratives, le système actuel n'incite pas à un bon fonctionnement. Il n'y a pas de gratification pour les gens ou les établissements qui osent innover et mettre sur pied de meilleures façons de faire. Au contraire, ils sont quelquefois pénalisés pour leur bonne gestion. On se rappellera la situation des années 80 où certains centres hospitaliers ont respecté leur budget pour voir d'autres établissements se développer à même un déficit qui, plus tard, a été épongé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

De la même façon, selon le fonctionnement actuel dans le cadre de la rémunération à l'acte, des médecins qui réaliseraient des économies en améliorant la pertinence de leur pratique pourraient voir leurs collègues moins préoccupés de pertinence en récolter les fruits. Cette situation pourrait également se transposer au niveau des associations en ce qui concerne les médecins spécialistes, une association voyant sa masse monétaire diminuée au profit d'une autre.

## **2.10 Modèle du formulaire de demandes d'examens de laboratoire**

Dans plusieurs établissements, les formulaires de demandes d'examens de laboratoire en biologie médicale sont conçus pour permettre au médecin de n'avoir qu'à cocher une case ou d'encercler un numéro pour obtenir un examen; il n'a donc pas à écrire chacun des examens. La littérature a démontré que tout formulaire conçu de façon à faciliter la tâche du prescripteur est un incitatif à demander plus d'examens que nécessaires, donc des examens non pertinents. À ce sujet, même si l'expérience date du début des années 1980, il est intéressant de citer l'étude de Lepage et al. à l'hôpital Saint-Luc de Montréal où une baisse significative de dosages a suivi le retrait du formulaire « Multianalyseur » de la case « Toutes les analyses<sup>28</sup> ».

---

<sup>28</sup> Lepage et al., Surconsommation d'analyses : la responsabilité du laboratoire. L'Union médicale du Canada. 1984 : 113: 526-532.



## Chapitre 3

### 3. Mécanismes en place au Québec pour assurer la pertinence des services médicaux

Plusieurs mécanismes sont en place au Québec pour assurer la pertinence des services médicaux. Certains visent le contrôle de la pertinence, en général par le biais de la surveillance de l'exercice de la médecine et de la qualité des soins et leur fondement est le plus souvent légal. D'autres visent à aider les médecins afin d'assurer la pertinence et ils peuvent originer de lois ou de règlements, de décisions gouvernementales ou d'initiatives d'organismes ou de groupes d'individus.

#### 3.1 Mécanismes de contrôle de la pertinence

Au Québec, le Collège des médecins a comme mandat le contrôle de l'exercice professionnel, y compris la pertinence. En effet, selon le Code des professions, qui constitue une loi cadre pour l'ensemble des professions reconnues, la principale fonction d'un ordre professionnel est d'assurer la protection du public et, à cette fin, il doit notamment contrôler l'exercice professionnel de ses membres. Parmi les différents volets que comporte le contrôle de l'exercice professionnel, il y a celui de la qualité des actes posés par les médecins.

Comme le mentionne le Collège dans son document sur la gestion de la qualité de l'exercice professionnel en établissement publié en 1994, « les programmes de gestion de la qualité ont évolué au cours des années. Ils sont passés de l'identification des erreurs et des comportements erratiques à la recherche de la qualité totale ou amélioration constante de la qualité. Ainsi, on en est venu à rechercher une meilleure qualité de l'exercice professionnel plutôt que l'identification des auteurs de défaillances<sup>29</sup> ». Dans le contexte québécois de distribution des soins, le Collège identifie six attributs à la qualité, dont celui de la pertinence.

Pour s'assurer qu'un ordre professionnel s'acquitte de son mandat de surveiller l'exercice professionnel de ses membres, le Code des professions prescrit à chaque ordre l'obligation d'instituer un comité d'inspection professionnelle pour assumer cette fonction. Et l'Office des professions s'assure que chaque ordre possède un tel comité. Cette surveillance, le Collège la fait de façon systématique partout où des actes médicaux sont posés, que ce soit dans les établissements du réseau de la santé (centres hospitaliers, centres locaux de services communautaires, centres d'hébergement et de soins de longue durée, centres de réadaptation) ou dans les cabinets privés (centres médicaux, polycliniques).

---

<sup>29</sup>Corporation professionnelle des médecins du Québec, La gestion de la qualité de l'exercice professionnel en établissement, Février 1994, p. 32.

Pour supporter cette fonction du comité d'inspection professionnelle, le Collège a constitué la Direction de l'amélioration de l'exercice composée de médecins enquêteurs-inspecteurs qui procèdent aux visites d'inspection. Ces visites permettent :

dans les établissements :

- « d'évaluer la qualité de l'exercice médical des membres;
- de s'assurer du bon fonctionnement du Comité de l'évaluation de l'acte médical, du Comité des titres et du Comité de pharmacologie;
- de s'assurer du bon fonctionnement du Comité exécutif et des autres comités du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP);
- de vérifier les règlements adoptés par l'établissement et leur conformité avec les règlements du Collège et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux en vigueur<sup>30</sup> ».

dans les cabinets privés :

- « d'évaluer la qualité de l'exercice des médecins qui y travaillent;
- de vérifier la tenue des dossiers médicaux et du cabinet et leur conformité avec les règlements du Collège.

L'objectif de ces visites est d'améliorer la qualité de l'exercice et la compétence des médecins pour assurer des services adéquats en matière de prévention, de diagnostic et de traitement<sup>30</sup> ».

« Une visite d'inspection professionnelle donne toujours lieu à des recommandations concernant les correctifs à apporter. Dans certains cas particuliers, un ou des médecins seront invités à participer à des activités de perfectionnement<sup>30</sup>... ». « La recommandation peut parfois aller jusqu'à l'imposition d'un stage obligatoire, assorti ou non d'une limitation d'exercice. C'est le Comité administratif du Collège qui prendra alors la décision, après avoir entendu le médecin concerné.

Dans des cas exceptionnels, le Comité d'inspection professionnelle décidera de transmettre le dossier d'un professionnel au Bureau du syndic du Collège<sup>30</sup> ».

Le Collège possède un programme de visites systématiques des centres hospitaliers et de quelques autres établissements où il se pose des actes médicaux. Dans le cadre de ce programme, environ 70 établissements sont visités à chaque année de sorte que l'ensemble des établissements visés sont visités sur un cycle de 3 à 4 ans. En plus, le Collège procède à une évaluation particulière d'environ 200 à 250 médecins par année, que ceux-ci exercent en établissement ou en cabinet privé.

---

<sup>30</sup>Collège des médecins du Québec, Aspects législatifs, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec, Juillet 1995, p. 29-30.

Si le Collège exerce un contrôle externe de la qualité de l'exercice dans les cabinets privés et dans les établissements du réseau de la santé, ces derniers sont également soumis à un contrôle interne exercé par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) sous l'autorité du conseil d'administration s'ils exploitent un ou plusieurs centres où exercent au moins cinq médecins, dentistes ou pharmaciens. Dans les centres locaux de services communautaires (CLSC), les centres de réadaptation et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) où il n'y a pas de CMDP et où exerce au moins un médecin, c'est le chef du service médical ou, en l'absence d'un tel service, le médecin responsable des soins médicaux qui assure le contrôle interne de la qualité de l'exercice sous l'autorité du conseil d'administration.

C'est la Loi sur les services de santé et les services sociaux et le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements qui définissent le cadre organisationnel et le mandat de chaque instance.

En plus des CMDP qui ont la responsabilité de contrôler et d'apprécier la qualité, y compris la pertinence, des actes médicaux posés dans le centre, la loi prévoit également la formation obligatoire de départements cliniques dans les centres hospitaliers et la formation facultative d'un département clinique de médecine générale dans les CHSLD où un CMDP a été institué. Le chef de département clinique est notamment responsable envers le CMDP de surveiller la façon dont s'exerce la médecine dans son département et d'élaborer, pour son département, des règles de soins médicaux. En outre, ce chef est également responsable, sous l'autorité du directeur des services professionnels (DSP), notamment d'élaborer, pour son département, des règles d'utilisation des ressources.

De plus, la loi prévoit la nomination d'un DSP médecin dans tout centre hospitalier et dans tout établissement désigné centre de santé qui exploite à la fois un CLSC et un centre hospitalier. Le DSP doit, entre autres, surveiller le fonctionnement des comités du CMDP et s'assurer que ce conseil contrôle et apprécie adéquatement les actes médicaux posés dans le centre.

Enfin, la loi prévoit que, bien que les dossiers et procès-verbaux du CMDP et de ses comités soient confidentiels, le Collège peut en prendre connaissance dans l'exercice des fonctions qui lui sont attribuées par la loi.

Comme le médecin est un professionnel autonome, les ententes entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la FMOQ et la FMSQ l'assurent du respect de ses libertés professionnelles, notamment sa liberté thérapeutique. Dans l'entente de la FMOQ, on y précise que « la liberté thérapeutique signifie qu'il appartient au médecin de déterminer les soins médicaux requis, de prescrire les traitements appropriés et leurs modes de

dispensation<sup>31</sup> ». On y ajoute que, « dans l'exercice de sa liberté thérapeutique, un médecin doit rechercher l'intérêt de son patient et se conformer aux normes d'exercice reconnues par la profession médicale<sup>32</sup> ». La même entente reconnaît également que l'appréciation et le contrôle de l'acte médical relèvent du CMDP pour l'exercice en établissement.

Un autre mécanisme de contrôle qui peut contribuer à assurer la pertinence des services médicaux est la mise sur pied, par le gouvernement du Québec, d'un comité de révision pour les services médicaux assurés rendus par les médecins omnipraticiens et d'un autre pour les médecins spécialistes. Le mandat de ce comité, défini dans la Loi sur l'assurance-maladie, consiste à faire des recommandations à la RAMQ concernant les affaires qu'elle lui soumet. Cela se produit lorsque la RAMQ est d'avis que les services assurés ou une partie des services assurés dont le paiement est réclamé ou a été reçu par un médecin à l'intérieur d'une période de temps donnée n'étaient pas requis au point de vue médical et que par conséquent ils ont été fournis plus fréquemment que nécessaire ou encore qu'ils ont été dispensés de façon abusive.

À cette fin, la RAMQ a développé différents outils de monitoring de la facturation effectuée pour des services médicaux. Ces outils sont les profils médicaux, les tableaux de bord et les grilles de répartition.

Les profils médicaux d'un médecin contiennent des données sous les sept éléments suivants :

- coût total des services rendus,
- coût moyen par bénéficiaire,
- nombre moyen d'actes par bénéficiaire,
- fréquence de certains actes spécifiques,
- coût moyen des actes,
- coût par bénéficiaire selon l'âge et le sexe,
- pourcentage des examens majeurs.

---

<sup>31</sup>Entente relative à l'assurance-maladie et à l'assurance-hospitalisation entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, p.6, article 7.04.

<sup>32</sup>Entente relative à l'assurance-maladie et à l'assurance-hospitalisation entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, p.6, article 7.05.

À la fin de chaque trimestre et de chaque année sont produites des listes de médecins identifiant ceux qui présentent les écarts statistiques les plus grands par rapport à chacun de ces éléments.

Les tableaux de bord, quant à eux, sont faits pour chaque discipline médicale. Les principales informations qu'ils contiennent sont :

- le coût mensuel et le coût cumulé selon le mode de rémunération avec les écarts par rapport aux deux années précédentes;
- pour la rémunération à l'acte, le coût mensuel et le coût cumulé des regroupements d'actes avec les écarts par rapport aux deux années précédentes;
- pour chacun des codes d'actes, le coût mensuel et le coût cumulé avec les écarts par rapport aux deux années précédentes;
- pour chaque regroupement de codes et pour chacun des codes, une liste des 25 plus grands utilisateurs en fonction
  - a) du coût et
  - b) du nombre d'actes par patient;
- pour chaque médecin de la discipline, le total des revenus
  - a) par localisation
  - b) par code d'acte.

Donc, les tableaux de bord fournissent des informations générales qui servent notamment à faire l'analyse de la facturation d'un médecin en particulier et à identifier les grands utilisateurs d'un code déterminé.

Les grilles de répartition présentent des données comparatives sur chaque code d'acte facturé par les médecins d'un groupe. Les comparaisons sont faites principalement sur le nombre d'actes, le coût, le nombre d'actes par patient concerné et le pourcentage de la clientèle totale concernée par un acte.

Les grilles de répartition permettent aussi d'étudier l'ensemble de la facturation d'un ou de plusieurs professionnels en identifiant pour chaque professionnel les actes qu'il a facturés et les endroits où il les a posés.

Ces outils permettent donc à la RAMQ de suivre et d'analyser l'évolution de la facturation des médecins dans le temps, de déceler des cas où des services présumément non requis au point de vue médical lui auraient été facturés et de les référer à un comité de révision.

Le comité de révision peut, le cas échéant, fonder sa recommandation sur le fait que, notamment à partir des données fournies par ces outils, un écart appréciable dans la dispensation d'un service assuré est constaté en comparant, au cours d'une période donnée, le profil de pratique d'un médecin et les profils de pratique des médecins d'une même discipline ou exerçant les mêmes activités dans des conditions ou des régions socio-sanitaires semblables.

En outre, le comité de révision peut, sur demande, ou de sa propre initiative, communiquer au comité d'inspection professionnelle du Collège des informations qu'il croit utiles à l'exercice des fonctions de ce dernier et vice versa. La RAMQ doit, entre autres, aviser le Collège des décisions qu'elle prend suite aux recommandations que lui fait le comité de révision.

### **3.2 Mécanismes d'aide pour assurer la pertinence**

Les mécanismes d'aide concernent la genèse de l'information et sa diffusion, la fabrication d'outils tels les guides de pratique clinique, les protocoles de soins, les règles de soins et les règles d'utilisation des ressources. Plusieurs organismes sont impliqués, directement ou indirectement, de par leur mandat. À cela s'ajoutent plusieurs exemples d'initiatives régionales ou locales.

Comme nous l'avons vu précédemment, le CETS est un organisme qui contribue à générer et à diffuser de l'information, ce qui constitue un volet important de son mandat. En effet,

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

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

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

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

« La technologie de la santé englobe non seulement l'ensemble des instruments, appareils, médicaments et procédures utilisés dans la prestation de services de santé, mais également les techniques de soutien assurant l'infrastructure de la production des soins, l'informatique et l'organisation des systèmes de santé<sup>33</sup> ».

Le rôle du CETS dans le système de santé québécois s'exerce en tant que producteur d'informations spécialisées sur les technologies médicales et en tant que promoteur d'une culture de l'évaluation. Les informations spécialisées sont des évaluations produites à la demande du ministre, de partenaires du réseau de la santé ou sous l'initiative du CETS et s'adressent à des décideurs et des intervenants spécifiques.

Dans le cadre de son mandat, le CETS a publié plusieurs études dont certaines sont plus directement en lien avec la pertinence des services médicaux. Parmi ces dernières, il y en a qui ont contribué à diffuser de l'information; citons à cet effet l'étude sur les examens radiographiques pulmonaires systématiques préopératoires publiée en 1991, celle sur les variations dans la fréquence des interventions chirurgicales par région du Québec (1993), celle sur les variations dans les taux d'amygdalectomies, d'adénoïdectomies et de myringotomies pratiquées au Québec (1995) et celle sur l'introduction de la cholécystectomie laparoscopique au Québec et ses effets sur les taux d'intervention et sur l'utilisation des ressources (1995).

D'autres études du CETS, en plus de fournir de l'information spécialisée pouvant être utilisée par les praticiens, ont aidé à élaborer ou ont été à la base de la production d'outils comme des guides de pratique clinique ou des règles de soins ou d'utilisation de ressources. Mentionnons l'étude sur la comparaison des opacifiants à basse osmolarité et à haute osmolarité publiée en 1990 et les études sur le dépistage du cancer du sein en 1990 et 1993.

Un autre organisme qui a contribué à générer et diffuser de l'information pour améliorer la pertinence des services médicaux est l'Association des hôpitaux du Québec avec les études produites par les programmes OPTIMAH, en particulier celle que nous avons

---

<sup>33</sup>Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec, Rapport d'activités 1<sup>er</sup> avril 1994 au 31 mars 1995, p. 11-12.

abondamment utilisée dans le premier chapitre du présent document et qui traite de l'utilisation systématique de certains examens diagnostiques en centre hospitalier.

Comme nous l'avons vu précédemment, le Collège des médecins, dans le cadre de sa mission, cherche à promouvoir une médecine de qualité. Et la pertinence des services médicaux en est un des attributs. À cette fin, en plus de diffuser de l'information dans son bulletin, le Collège utilise comme outil la publication de guides de pratique clinique. Parmi ceux-ci, qu'il suffise de mentionner celui sur l'utilisation des substances de faible osmolarité comme agent de contraste publié en 1988 et mis à jour en 1991, et ceux sur la réadaptation fonctionnelle (1986), la neurolepanalgésie (1990), l'anesthésie (1992) et l'exercice de la mammographie (1993).

Toujours dans le domaine des guides de pratique clinique, le Collège préside un groupe de travail sur l'implantation des lignes directrices en pratique clinique au Québec. Ce groupe de travail, mis sur pied en octobre 1994 suite à l'initiative conjointe du Conseil médical du Québec et du Conseil d'évaluation des technologies en santé du Québec, est composé de représentants de tous les organismes médicaux du Québec concernés par cette question et de quelques autres organismes ayant un rôle à jouer dans ce domaine<sup>34</sup>.

En plus du Collège des médecins, d'autres organismes ou groupes québécois ont publié des guides de pratique clinique en rapport avec leur expertise spécifique. Un des plus actifs dans ce domaine ces dernières années est le Conseil consultatif de pharmacologie (CCP) dont le mandat, défini dans la Loi sur l'assurance-maladie (article 40), est d'assister le ministre dans la mise à jour de la liste des médicaments dont la RAMQ assume le coût et, à cette fin, de lui donner son avis sur la valeur thérapeutique de chaque médicament et la justesse des prix exigés. Parmi les guides que le CCP a publiés, mentionnons celui sur le traitement thrombolytique de l'infarctus du myocarde publié en 1988 et mis à jour en 1995, de même que ceux sur le traitement du travail prématuré (1994), le traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate (1994) et sur l'utilisation des antibiotiques chez l'enfant (1995).

D'autres ont également mis à contribution leur expertise pour produire des guides pour améliorer la qualité des soins en améliorant la pertinence. Pensons au travail conjoint de l'Association des médecins biochimistes du Québec et de l'Association des médecins endocrinologues du Québec qui ont produit des lignes directrices pour une utilisation rationnelle des tests de la fonction thyroïdienne.

---

<sup>34</sup>Les membres du groupe de travail sur l'implantation de lignes directrices en pratique clinique au Québec sont : l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec, le Collège des médecins du Québec, la Conférence des doyens des facultés de médecine du Québec, le Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec, le Conseil des directeurs régionaux de santé publique, le Conseil médical du Québec, la Fédération des associations d'étudiants en médecine du Québec, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Fédération des médecins résidents du Québec et la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

Si les mécanismes d'aide dont nous avons parlé jusqu'à maintenant se situaient à un niveau central, il en existe également aux niveaux régional et local. C'est dans ce sillage que des régions, en rapport avec leurs problèmes et leurs besoins qu'elles ont identifiés, ont produit des outils comme le guide d'utilisation des analyses de laboratoire en Montérégie.

Quant au niveau local, depuis longtemps des centres se sont dotés de protocoles d'investigation et de traitement de certaines entités pathologiques en vue d'améliorer la qualité de l'exercice de la médecine dont certains ont des impacts sur la pertinence. Ces protocoles constituent des guides auxquels sont invités à se référer les médecins dans leur exercice.

Cependant, dans les centres hospitaliers et pour la médecine générale en CHSLD, depuis l'adoption du projet de loi 27 en 1981, peuvent s'ajouter aux protocoles, des règles de soins et des règles d'utilisation des ressources. Ces règles, devant être adoptées par le conseil d'administration de l'établissement pour entrer en vigueur, ont pour but de réglementer les situations qui n'ont pas trouvé solution autrement ou parce qu'il a été jugé nécessaire d'adopter d'emblée la voie réglementaire compte tenu de l'importance de la situation.

Plusieurs centres hospitaliers ont adopté de tels protocoles ou de telles règles. Par exemple, l'Institut de cardiologie de Montréal a adopté les protocoles suivants : protocole de nitroglycérine intraveineuse; ordonnances post-opératoires; ordonnances post-transplantation cardiaque; protocole d'insuline sous-cutanée; ordonnances de transfert à l'étage; électrophysiologie; administration de l'héparine; angine instable; infarctus du myocarde. En 1991, l'Hôpital Laval a adopté un protocole d'utilisation des substances thrombolytiques auquel tous les médecins ont adhéré de sorte qu'il n'a pas été nécessaire d'en faire une règle de soins. Par contre, la même année, compte tenu de la situation particulière prévalant à ce moment dans cet établissement, le conseil d'administration de l'Hôpital Laval a adopté des règles de soins sur l'utilisation des substances de contraste à basse osmolarité.

Un autre exemple est celui du centre hospitalier Cité de la Santé de Laval qui avait adopté, en date du 15 mars 1996, 36 règles d'utilisation des ressources. Outre les 27 règles ayant trait au secteur des analyses de laboratoire, les autres règles concernent les prélèvements vaginaux et urétraux au centre de prélèvements, les consultations préopératoires, l'électroencéphalographie pour certaines conditions cliniques, l'administration des bronchodilatateurs, les ordonnances de certains médicaments et la préparation en vue d'examen radiologiques et endoscopiques.



## Chapitre 4

### 4. Propositions d'actions

Nous avons vu dans les chapitres précédents que, malgré les mécanismes en place au Québec pour assurer la pertinence des services médicaux, ces derniers pouvaient être dispensés de façon non pertinente. Nous avons également mis en évidence un certain nombre de causes structurelles pouvant expliquer ce phénomène.

Ces causes peuvent se diviser en deux grandes catégories : celles qui se rapportent au comportement des médecins et donc au processus qui détermine ce comportement, et celles qui constituent une entrave à la pertinence en imposant des contraintes aux médecins, comme des lois ou des règlements désuets. Le présent chapitre propose donc un certain nombre d'avenues pour, sinon éliminer, du moins diminuer les causes de non-pertinence de services médicaux tout en cherchant prioritairement à améliorer les structures en place et leur fonctionnement plutôt que d'en créer de nouvelles.

Dans un premier temps, le Conseil médical du Québec formule un certain nombre de stratégies d'intervention visant à modifier de façon durable le comportement des médecins en faveur de la pertinence pour terminer dans un deuxième temps par des stratégies visant à lever les entraves à la pertinence qui contraignent les médecins.

#### 4.1 Comportement des médecins

##### 4.1.1 Modèle d'analyse du comité

Le Conseil médical veut d'abord présenter le modèle sur lequel il s'est appuyé pour élaborer et analyser les propositions de stratégies visant à modifier le comportement des médecins par rapport à la non-pertinence de services médicaux.

Ce modèle a été construit à partir du mécanisme d'action des guides de pratique clinique de Steven Woolf par lequel les soins des patients sont améliorés et de la classification des stratégies d'intervention de Paul Valenstein pour réduire la demande de tests de laboratoire.

#### Mécanisme d'action

Selon le mécanisme d'action retenu, l'objectif recherché, qui est ici l'élimination ou du moins la diminution de la non-pertinence de services médicaux, sera atteint en autant que les médecins auront les connaissances nécessaires, des attitudes et un comportement adéquats par rapport à la pertinence.

Si les connaissances sont une condition essentielle pour contrer la non-pertinence, elles ne sont pas suffisantes en soi. Pour qu'elles conduisent à un changement de comportement, elles doivent modifier les attitudes des médecins par rapport à la non-pertinence de services médicaux.

Cette modification des attitudes se traduit dans l'acceptation par les médecins de l'importance de la pertinence et des inconvénients, voire même des dangers, de la non-pertinence pour les patients et pour la société. En effet, les médecins doivent reconnaître que la non-pertinence de services médicaux peut avoir des impacts négatifs sur la santé des individus et de la population, sur les coûts, tant pour les patients que pour la société, et sur les ressources pouvant occasionner des délais et même la privation de services pour certains patients. La modification des attitudes se traduit également dans l'acceptation par le médecin que sa pratique comporte de la non-pertinence, soit par des actes non nécessaires qu'il pose, soit par des actes pertinents qu'il ne pose pas.

Enfin, les connaissances adéquates et les attitudes appropriées auront un impact sur la non-pertinence de services médicaux en autant que les médecins passeront aux actes et changeront de façon durable leur comportement à ce sujet.

Les difficultés rencontrées par un médecin peuvent se situer à n'importe quelle phase du mécanisme. Selon le problème, les stratégies d'intervention devront être différentes. De plus, plusieurs stratégies pourront être utilisées simultanément. C'est pourquoi un ensemble de stratégies complémentaires sont nécessaires.

### **Classification des stratégies**

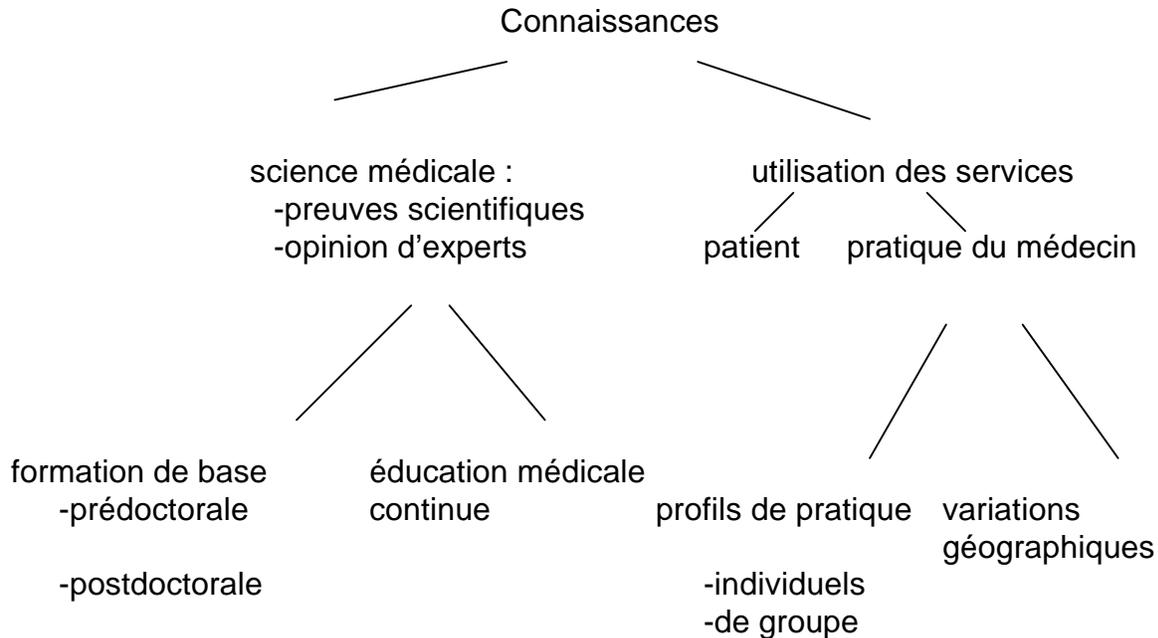
La classification de ces stratégies constitue donc la deuxième partie du modèle utilisé par le Conseil pour élaborer et analyser les propositions qu'il fait pour contrer la non-pertinence de services médicaux. Cette classification comprend quatre types d'intervention :

- les interventions éducatives pour diffuser les connaissances,
- la rétroaction auprès des médecins pris individuellement ou en groupe,

- les incitatifs financiers,
- les interventions administratives comme, par exemple, les règles de soins ou les règles d'utilisation de ressources<sup>35</sup>.

#### 4.1.2 Stratégies d'intervention

Pour contrer la dispensation non pertinente de services médicaux, les médecins doivent avoir les connaissances requises. Ces connaissances sont ici de deux ordres : d'abord celles en rapport avec les données de la science médicale que l'on retrouve dans la littérature, qui sont fondées sur des preuves scientifiques ou sur l'opinion d'experts et qui sont acquises lors de la formation de base prédoctorale et postdoctorale ou lors de la formation médicale continue; puis celles concernant les données sur l'utilisation des services. Celles-ci se divisent également en deux catégories : celles qui concernent chaque patient qui consulte le médecin et celles qui concernent la pratique du médecin lui-même, lesquelles peuvent être présentées sous forme de profils de pratique individuels ou de groupe ou sous forme de variations géographiques.



<sup>35</sup> Une application de cette classification aux examens de laboratoire est donnée à l'annexe 2. Le choix des examens de laboratoire ne signifie pas que c'est le seul secteur où il y a de la non-pertinence. En outre, ces examens ne sont pas prescrits par les membres des laboratoires.

#### **4.1.2.1 Données de la science médicale**

Un premier groupe d'interventions en rapport avec les données de la science médicale cherche à améliorer la pertinence de services médicaux en agissant au niveau de la formation de base, prédoctorale et postdoctorale, et au niveau de l'éducation médicale continue.

##### **Formation de base**

La formation de base en médecine vise à former des médecins compétents au niveau des connaissances et ayant les habilités et le jugement nécessaires pour dispenser des services de qualité à la population. Et pour être de qualité, ces services doivent être pertinents.

Cependant, suite aux rencontres avec le directeur adjoint à la Direction des études médicales du Collège des médecins et avec des responsables de la formation prédoctorale et postdoctorale des quatre facultés de médecine du Québec, il est ressorti que la préoccupation de la pertinence des services médicaux dans les programmes de formation est loin d'occuper la place que lui confère son importance. Même si les organismes concernés par la formation des médecins au Québec que sont le Collège des médecins du Québec, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada ont des énoncés de principe clairs sur cette question, ces derniers ne se transposent pas dans les faits. Et cela constituerait une des causes de la non-pertinence de services médicaux.

Pour le Conseil médical, la formation de base doit s'appuyer sur une approche visant à transmettre une habitude de la pertinence en renforçant l'idée qu'un exercice de qualité repose d'abord et avant tout sur un bon questionnaire et un bon examen clinique plutôt que sur des examens complémentaires en biologie et en imagerie médicales, en les formant à bien gérer la complexité des problèmes et l'incertitude, en leur inculquant la nécessité d'analyser leur pratique et de se remettre en question et en les sensibilisant au fait que la non-pertinence a un prix, non seulement par rapport à l'utilisation des ressources mais surtout pour la santé de leurs patients et de la population.

En outre, pour le Conseil, l'habitude de la pertinence s'acquiert sur une base quotidienne, tout au long de la formation de base et non seulement de façon ponctuelle à un moment donné dans le programme. Il est de plus préoccupé par l'influence des professeurs cliniciens durant les stages cliniques compte tenu de l'importance du modèle de rôle dans l'apprentissage, préoccupation d'autant plus grande que le milieu universitaire ne donne pas toujours le meilleur exemple comme en fait foi le premier chapitre.

En conséquence, le Conseil médical du Québec formule les recommandations suivantes pour améliorer la formation des médecins par rapport à la pertinence des services médicaux :

**Que la pertinence constitue une valeur de base dans la formation et un objectif essentiel du curriculum de formation prédoctorale et de chaque programme de formation postdoctorale, tant en médecine familiale qu'en spécialité, et que les organismes d'agrément concernés en fassent un critère d'agrément du curriculum ou du programme;**

**Que chaque curriculum et chaque programme de formation comprennent des objectifs explicites par rapport à la pertinence et que leur atteinte soit évaluée lors de l'évaluation théorique et pratique des étudiants tout au long de leur formation;**

**Que le curriculum de formation comprenne des mesures spécifiques pour favoriser la compréhension des questions relatives à la pertinence, comme par exemple un cours de biostatistique;**

**Que, tout au long de la formation en médecine, on inculque aux futurs médecins la nécessité et l'habitude d'analyser leur pratique et de se remettre en question, et que dans ce processus, la pertinence occupe une place importante;**

**Que les médecins soient formés de façon à pouvoir faire une analyse critique de la littérature scientifique pour qu'ils soient en mesure d'utiliser judicieusement les nouvelles connaissances une fois en pratique;**

**Qu'un arrimage se fasse entre le prédoctoral et le postdoctoral pour que l'habitude de la pertinence s'acquière de façon continue et cohérente tout au long de la formation des médecins;**

**Que le CMDP, dans l'évaluation de la compétence d'un professeur clinicien et dans les recommandations qu'il fait sur ses qualifications et sa compétence lors de son renouvellement de nomination, tienne compte de la pertinence des actes posés et du modèle de rôle que le professeur clinicien exerce auprès des étudiants compte tenu de l'importance de ce modèle dans l'apprentissage;**

## Éducation médicale continue

Compte tenu du développement continu de la science médicale, les médecins doivent tenir à jour leurs connaissances et faire en sorte qu'elles se traduisent en une pratique améliorée. L'éducation médicale continue (EMC) s'avère donc essentielle.

Actuellement, l'auto-apprentissage par le biais d'activités non structurées, telles les lectures, les échanges entre pairs, a la faveur des médecins et constitue l'approche la plus répandue dans le maintien de la compétence. Les recommandations formulées précédemment pour que, dans le cadre de la formation de base, on inculque aux médecins une culture et une préoccupation constante de la pertinence devraient faire en sorte que ces derniers continuent d'avoir cette préoccupation dans leur auto-apprentissage.

Cependant, compte tenu de l'évolution de plus en plus rapide des connaissances, de la quantité phénoménale et de la qualité inégale des articles publiés dans les revues médicales, du développement des nouvelles technologies de l'information et des exigences croissantes de la société pour que les médecins fassent état du maintien de leur compétence, les activités structurées d'EMC sont appelées à jouer un rôle encore plus important dans l'avenir.

Au Québec actuellement, bien qu'il y ait une multiplicité d'intervenants dans ce domaine, le Conseil de l'éducation médicale continue joue un rôle prépondérant de même que les membres qui le constituent. Parmi eux, le Collège des médecins du Québec, qui n'est pas un pourvoyeur d'activités d'EMC sauf de façon marginale lorsqu'il est nécessaire de combler un vide, a un rôle particulier car il a la responsabilité d'agréer les organismes (unités d'éducation médicale continue) qui dispensent des activités d'EMC. Pour cet agrément, le Collège utilise 15 critères (voir annexe 3) dont certains font référence aux objectifs d'apprentissage des activités de formation et à l'identification des besoins éducatifs.

Comme ces critères sont des énoncés généraux, le Conseil médical recommande :

**Que le Collège des médecins, dans son processus d'agrément et dans l'application des critères, s'assure que la pertinence des services médicaux constitue une préoccupation constante de l'unité d'EMC dans l'identification des besoins des médecins et dans la formation des objectifs d'apprentissage.**

**Que la pertinence des services médicaux constitue une valeur de base pour les organismes qui dispensent des activités d'EMC afin qu'elle constitue une préoccupation constante dans le système**

**d'identification et d'analyse des besoins éducatifs qu'ils doivent mettre en place et dans les activités d'apprentissage qui doivent en découler.**

Pour le Conseil, si les interventions éducatives décrites précédemment constituent la base de l'amélioration de la pertinence des services médicaux, elles ne sont cependant pas suffisantes. Pour les mêmes raisons que celles invoquées pour les activités structurées d'EMC, les médecins auront de plus en plus besoin d'aide pour suivre et appliquer les données de la science médicale. À cet effet, le Conseil croit que le jumelage de l'informatique et des guides de pratique clinique (GPC) peut représenter un moyen très efficace pour améliorer les connaissances et modifier de façon durable le comportement des médecins par rapport à la non-pertinence de services médicaux.

Les GPC sont des énoncés développés de façon systématique, c'est-à-dire suite à une démarche rigoureuse et structurée, pour aider le médecin et le patient dans leur décision quant aux soins appropriés pour des conditions cliniques spécifiques (voir annexe 4).

Les GPC (et assimilés tels les algorithmes et les protocoles) rendent accessibles la connaissance sur un sujet donné de même que la qualité scientifique de cette connaissance en synthétisant et en diffusant l'information disponible qui doit être fondée sur des preuves scientifiques à partir de la recherche clinique et sur l'opinion d'experts. Ils ne constituent pas des normes ni des règles de soins, mais ils aident le médecin qui s'en inspire dans sa démarche avec le patient. Ils ne restreignent pas l'autonomie du médecin quant à sa liberté thérapeutique car ils reconnaissent la possibilité de cas exceptionnels et l'importance de traiter chaque patient comme un individu ayant une histoire et des besoins particuliers. Ils ne se substituent pas au jugement individuel.

Compte tenu que le développement d'un GPC est un processus complexe et qu'il nécessite différentes expertises, il est probable que plusieurs organismes doivent être mis à contribution à chaque fois qu'un GPC sera développé ou révisé. Il est donc essentiel qu'un organisme en assure la coordination. De plus, compte tenu que les GPC doivent s'appuyer sur des données scientifiques et sur l'opinion d'experts, qu'ils doivent être de haute qualité, qu'ils doivent s'appliquer à tous les médecins concernés, que leur développement exige beaucoup de ressources, le Conseil croit que le développement des GPC doit se faire au niveau provincial plutôt que local. En outre, comme l'objectif poursuivi est d'améliorer la qualité des soins dont la pertinence, cette responsabilité ne doit pas être assumée par une agence gouvernementale ni par un organisme qui pourrait être en conflit d'intérêt. La crédibilité de l'organisme revêt une grande importance pour assurer une acceptation des recommandations par les cliniciens et pour qu'ils s'y conforment.

Au Québec, les organismes les plus impliqués dans le développement des GPC sont le Collège des médecins et, depuis quelques années, le Conseil consultatif de pharmacologie. Ils en ont produits plusieurs et certains ont déjà fait l'objet de mise à jour. Par contre, les médecins peuvent aussi compter sur les GPC faits par d'autres organismes au Québec, ailleurs au Canada et même aux États-Unis. D'ailleurs, des répertoires de ces GPC sont publiés et certains de ces GPC sont accessibles par le réseau Internet.

Cependant, conformément à ce qu'on retrouve dans la littérature, le problème principal semble se situer plus au niveau des stratégies d'implantation que du développement de GPC. En outre, comme le développement de GPC demande beaucoup d'argent, d'énergie et de temps, le Conseil médical croit que les actions devraient prioritairement se concentrer sur la recherche de stratégies pour implanter les GPC existants. À cet effet, le développement des nouvelles technologies de l'information représente une avenue intéressante, en particulier l'informatique et la carte à microprocesseur. En effet, l'informatique permet d'emmagasiner une quantité phénoménale d'informations, d'y avoir accès rapidement et de faire toute sorte de relations.

C'est ainsi qu'une banque de données comprenant les recommandations de la littérature, comme par exemple celles du Guide canadien de médecine clinique préventive du Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, peut être constituée. Avec une carte à microprocesseur, le médecin peut alors avoir accès à cette banque et, compte tenu des données cliniques d'un patient (ses antécédents médicaux, sa condition clinique actuelle, son âge et son sexe), connaître quelles sont les recommandations sur les mesures préventives ou thérapeutiques pertinentes pour ce patient. Dans le prolongement du projet de Rimouski, une telle application est déjà expérimentée au Québec. Cette application devrait s'étendre à une banque de données regroupant les GPC.

Cependant, avant d'être incorporé dans une telle banque de données, un GPC devrait avoir fait l'objet d'une validation par un groupe d'experts. C'est pourquoi le Conseil croit qu'un organisme dédié à cette fin devrait être constitué, un peu selon le modèle du Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique.

Cet organisme devrait être permanent compte tenu du nombre important de GPC actuellement disponibles, de l'arrivée continuelle de nouveaux GPC et de la nécessité de réviser et mettre à jour les GPC déjà validés pour tenir compte de l'évolution des connaissances.

Selon le Conseil médical, un tel organisme devrait être constitué d'un noyau dur de médecins experts provenant des milieux de la clinique et de la recherche, tant omnipraticiens que spécialistes, et de spécialistes de la santé communautaire. Les membres de cet organisme devraient compter sur un personnel de soutien et pouvoir s'adjoindre d'autres experts de façon ad hoc selon les besoins. Pour permettre à cet

organisme d'accomplir adéquatement son mandat, il devra bénéficier d'un financement approprié. Tous les experts, tant les membres réguliers que les membres invités, devraient être rémunérés compte tenu qu'ils devront consacrer beaucoup de temps à ce travail.

Enfin, le Conseil estime que, même en l'absence d'une banque de données accessibles par une carte à microprocesseur, cet organisme de validation devrait être mis sur pied le plus rapidement possible compte tenu de l'importance grandissante que les GPC sont appelés à jouer dans la pratique clinique et dans l'amélioration de la pertinence des services médicaux.

Comme déjà beaucoup de médecins sont équipés d'ordinateur, que l'évolution rapide des technologies de l'information forcera tous les médecins à s'équiper d'ordinateur et à se familiariser avec l'informatique, que plusieurs GPC et assimilés sont disponibles notamment sur le réseau Internet, le Conseil y voit là l'opportunité d'utiliser l'informatique et la carte à microprocesseur pour améliorer la pertinence des services médicaux. En conséquence, il recommande :

**Que la priorité soit donnée à l'implantation de GPC existants plutôt qu'à la confection de nouveaux GPC;**

**Qu'à cette fin, une banque de GPC validés soit créée et accessible aux médecins et que cette banque puisse, au besoin, être jumelée au dossier-patient par une carte à microprocesseur;**

**Que les GPC faisant partie d'une telle banque soient mis à jour périodiquement;**

**Qu'à ces fins, un organisme soit mandaté pour valider les GPC avant de les inclure dans la banque de données;**

**Que, même en l'absence d'une banque de GPC accessible par une carte à microprocesseur, cet organisme de validation des GPC soit mis sur pied le plus rapidement possible étant donné la nature, les objectifs et le nombre important de GPC de même que l'importance grandissante qu'ils sont appelés à prendre dans la pratique clinique et l'amélioration de la pertinence des services médicaux;**

**Qu'un financement approprié soit prévu pour permettre à cet organisme d'accomplir adéquatement son mandat;**

**Que d'autres informations scientifiques puissent être incorporées dans cette banque comme les interactions médicamenteuses et des**

**algorithmes d'investigation, tels ceux sur des examens complémentaires en biologie et en imagerie médicales ou ceux sur le diagnostic différentiel de certaines conditions cliniques.**

Pour le Conseil médical, l'application de ces recommandations permettrait aux médecins de mieux se conformer aux données de la littérature scientifique et pourrait diminuer les cas de non-pertinence de services médicaux, tant ceux qui ne sont pas dispensés alors qu'ils le devraient que ceux qui le sont trop fréquemment ou à un moment non approprié.

#### **4.1.2.2 Données sur l'utilisation des services médicaux**

Les données sur l'utilisation des services médicaux comprennent celles qui concernent chaque patient qui consulte le médecin, comme par exemple les résultats de tests de laboratoire ou la médication, et celles qui regardent la pratique du médecin lui-même. Dans le premier cas, l'informatique et la carte à microprocesseur peuvent là aussi jouer un rôle majeur dans l'amélioration de la pertinence comme l'a démontré l'expérience de Rimouski. La carte à microprocesseur permet « d'améliorer la circulation et le traitement de l'information et, ainsi, rendre la prise de décision clinique plus efficace que dans la situation existant avant son introduction<sup>36</sup> » selon l'évaluation qui a été faite du projet.

Dans le développement qui a suivi cette expérience, la carte à microprocesseur, plutôt que de servir à emmagasiner les données cliniques d'un patient, serait une carte d'accès à un réseau de type Intranet où se retrouveraient ces données. L'accès à ce réseau serait sévèrement contrôlé selon le type de professionnel de la santé et selon le type de consultation ou d'inscription. La généralisation d'un tel système pourrait apporter de nombreux bénéfices, dont celui d'une meilleure pertinence des services médicaux.

En effet, un accès rapide aux données cliniques relatives à un patient, permettrait de diminuer la duplication de tests ou leur reprise trop hâtive, les prescriptions médicamenteuses inadéquates et leurs conséquences néfastes et de mieux gérer le suivi des patients, ce qui constituerait un bienfait pour ces derniers. Ce bénéfice serait accru si cette application de la carte à microprocesseur était jumelée à celle de l'accès à une banque sur les données de la littérature scientifique comme recommandée précédemment.

---

<sup>36</sup> Régie de l'assurance-maladie du Québec. Évaluation du projet québécois d'expérimentation de la carte santé à microprocesseur. Rapport final, 1996, p.6.

Cependant, l'utilisation de technologies qui permettraient l'accès et la consultation de l'ensemble des données significatives d'un patient soulève des craintes légitimes de protection du dossier médical et de la vie privée des patients. C'est pourquoi un certain nombre de conditions relatives à la confidentialité sont essentielles au succès d'un tel système. Elles sont en rapport avec le contenu du dossier médical et ses modifications ultérieures de même qu'avec son accessibilité.

En ce qui concerne le contenu comme tel du dossier, on peut prévoir que les règles qui s'appliquent actuellement pour le dossier-papier pourront prévaloir pour le dossier informatisé quant à l'opportunité d'inscrire certaines informations.

Pour ce qui est de l'accessibilité au dossier informatisé pour le modifier ou simplement le consulter, le Conseil médical du Québec fait sienne la position de la Commission d'accès à l'information qui a étudié de près l'expérience de Rimouski. La conclusion qu'elle a tirée de cette expérience est que, si bien utilisée, la carte à microprocesseur est compatible avec la confidentialité requise et le respect de la vie privée et peut même devenir un instrument de protection des renseignements personnels.

À cet effet, la Commission détaille dans son rapport toute une série d'exigences minimales relatives à la sécurité. Ces exigences ont rapport, entre autres, à la nécessité d'identification et d'authentification des utilisateurs, à la journalisation des accès qui permet de retracer les personnes ayant consulté les données et s'il y a lieu les ayant modifiées, à la sécurité des locaux et des installations permettant une telle consultation, et à la définition de profils d'accès qui pourraient être différents selon le type de professionnel de la santé.

Pour améliorer le volet pertinence de la qualité des services médicaux lors de la consultation des patients, le Conseil médical recommande donc :

**Que soit implanté progressivement un système d'accès différencié selon les professionnels de la santé à un réseau de données cliniques par le biais d'une carte à microprocesseur;**

**Que cet accès soit sévèrement contrôlé selon le type de professionnel de la santé et selon le type de consultation ou d'inscription;**

**Qu'à cet effet, les exigences de la Commission d'accès à l'information pour assurer la protection du dossier médical et de la vie privée des patients soient respectées intégralement;**

**Qu'il y ait une coordination avec les autres projets d'informatisation du dossier médical en cours dans le réseau si le système de carte à microprocesseur recommandé était implanté.**

Au regard de la pratique du médecin lui-même, les données sur l'utilisation des services médicaux peuvent servir à diminuer et, idéalement, éliminer la non-pertinence.

Au Québec, quelques organismes produisent des données qui peuvent être utilisées pour mettre en évidence des problèmes potentiels par rapport à la pertinence. On peut mentionner les données de la RAMQ et de MED-ECHO<sup>37</sup>. Ces systèmes d'information fournissent d'excellentes données sur les volumes d'activité ou les évolutions historiques, au niveau provincial, régional ou local.

Il faut cependant noter que certains de ces systèmes d'information sont d'abord conçus en vue d'activités de gestion des régimes. Ils ne sont donc pas parfaitement compatibles avec une analyse directe de la pertinence. Dans l'éventualité d'une généralisation de la carte à microprocesseur et de la redéfinition des systèmes d'information qui s'en suivrait, l'objectif de configurer les systèmes d'information en vue de permettre une analyse par les pairs plus précise des problèmes de non-pertinence devrait être intégré au développement du projet selon le Conseil médical.

En outre, actuellement, les statistiques de la RAMQ relatives aux modes de rémunération à honoraires fixes et à honoraires forfaitaires fournissent entre autres les informations relatives aux effectifs utilisant ces modes, leurs heures de travail et les montants correspondants et, dans certains cas, les codes de programme et d'activités. Elles ne permettent pas de connaître les volumes d'activités ni leur évolution. Compte tenu de l'importance de ces modes de rémunération, ces informations sont insuffisantes. C'est pourquoi, pour le Conseil médical, les statistiques doivent couvrir les modes de rémunération à honoraires forfaitaires et à honoraires fixes avec un niveau de détail comparable à ce que l'on a déjà pour le mode de rémunération à l'acte.

De plus, dans l'éventualité de l'instauration d'un mode mixte de rémunération, le Conseil rappelle qu'il a déjà recommandé de conserver, à tout le moins, le même niveau de détail quant à l'information statistique que pour la rémunération à l'acte<sup>38</sup>. Il reprend ici cette recommandation.

---

<sup>37</sup> Maintien et Exploitation des Données pour l'Étude de la Clientèle HOspitalière (Maintenant, le fichier MED-ECHO s'appelle : Données sur la clientèle hospitalière).

<sup>38</sup> Conseil médical du Québec. Pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1<sup>re</sup> ligne lié à l'inscription de la population. Avis 96-02, Septembre 1996, p.37.

Enfin, pour éviter que des situations de non-pertinence prennent trop d'ampleur, le Conseil croit que les systèmes d'information devraient être capables de fournir l'information en temps réel.

Malgré tout, les données d'utilisation actuellement disponibles permettent d'identifier des situations potentiellement problématiques par rapport à la pertinence des services médicaux. Cette identification peut se faire à l'aide d'études sur les variations géographiques de services comme celles du CETS et de Statistique Canada citées dans le premier chapitre ou, de manière privilégiée par le Conseil médical, sous forme de profils de pratique.

Selon Tucker et al., « Profiling involves a comparison of the practice patterns of providers, either as individuals or as part of a group, with some norm derived from the practice of comparable providers or an empirically established guideline<sup>39</sup> ». Les profils de pratique mettent donc en évidence un modèle de pratique plutôt que des décisions cliniques spécifiques. Ils peuvent concerner un médecin en particulier ou des groupes de médecins, que ce soit les médecins d'un service, d'un département, d'un établissement ou d'un territoire.

Du point de vue technique, à partir de banques de données, les profils de pratique permettent de manière assez simple un balayage des données pour retenir les cas les plus intéressants. Il existe des règles de préparation de profils de pratique pour qu'ils soient statistiquement valides et qu'ils permettent que le médecin s'identifie à ce groupe, ce qui élimine notamment des regroupements trop petits ou trop gros. Les profils doivent être préparés avec un souci d'impartialité et éviter tout biais.

Il faut aussi être clair que les variations de pratique ont des causes multiples et qu'il est normal d'observer, à l'intérieur de certaines limites, des variations. La moyenne observée elle-même, qui est le point de départ de la discussion, ne doit pas être vue comme une référence absolue et ne constitue pas un standard.

Le potentiel des profils de pratique pour contrer la non-pertinence de services médicaux vient du fait qu'ils permettent une rétroaction auprès des médecins quant à leur pratique. Cette rétroaction peut être passive si elle ne consiste qu'à transmettre à un médecin ou à un groupe de médecins le profil de pratique par rapport à l'état des connaissances sur des conditions cliniques spécifiques ou par rapport au comportement de pairs. Elle est dite active si, à la transmission du profil, s'ajoute une évaluation du comportement observé, ce qui peut se faire dans le cadre de rencontres. En outre, un suivi plus ou moins long dans le temps est possible. Tous ces éléments font que les profils de pratique sont un outil important pour améliorer les connaissances scientifiques des médecins, identifier certains besoins d'EMC, modifier leur attitude par

---

<sup>39</sup> Tucker A. M. et al. : Profiling primary care physician resource use : examining the application of case mix adjustment, *J. Ambulatory Care Manage*, 1996; Vol.19, No 1, p.61.

rapport à la non-pertinence de certains actes et changer de façon durable leur comportement. Et les probabilités d'avoir une rétroaction efficace sont d'autant plus grandes que la rétroaction est active, individualisée, s'appuie sur l'état des connaissances et est continue dans le temps.

En outre, le fait que les profils de pratique ne s'appuient pas sur des règles rigides et laissent place à des exceptions dans les décisions cliniques contribuerait à l'efficacité de cet outil pour changer le comportement des médecins.

Un autre élément important pour que la rétroaction à partir des données d'utilisation de services médicaux soit efficace pour contrer la non-pertinence est la crédibilité des intervenants et l'implication des leaders du milieu dans l'utilisation de cette stratégie.

Dans le contexte québécois, pour les actes posés en établissement, l'organisme le plus crédible parce qu'il est constitué de pairs, qu'il est le plus près des médecins et qu'il a la légitimité voulue est le CMDP. Pour ce qui est des leaders, ce sont les chefs de département et de service cliniques, les DSP, les présidents de CMDP et certains cliniciens. Et la Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit déjà des responsabilités au CMDP et à la plupart de ces leaders quant à la pertinence des services médicaux.

En effet, comme mentionné au chapitre 3 dans la section sur les mécanismes de contrôle de la pertinence en place au Québec, le CMDP est responsable envers le conseil d'administration de l'établissement de contrôler et d'apprécier la qualité, y compris la pertinence, des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans le centre. Pour s'acquitter de cette responsabilité, le CMDP s'appuie sur le comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique et sur les chefs de département clinique.

Ces derniers sont notamment responsables envers le CMDP de surveiller la façon dont s'exerce la médecine, l'art dentaire et la pharmacie dans leur département et d'élaborer des règles de soins médicaux, dentaires et des règles d'utilisation des médicaments. Selon M<sup>e</sup> Molinari, « le pouvoir de surveillance de la pratique professionnelle peut porter sur la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens du département, sur la qualité et la pertinence des services qu'ils dispensent ou sur l'observance des normes poursuivant ces finalités<sup>40</sup> ». Quant aux règles de soins, il note « qu'elles concernent la manière même de dispenser les soins et peuvent être associées à la notion de protocole. Ces règles peuvent viser l'indication médicale ou dentaire et baliser l'autonomie du médecin ou du dentiste<sup>41</sup> ».

---

<sup>40</sup> Services de santé et services sociaux. Collection Lois et Règlements. Judico. 1993-94, 8<sup>e</sup> édition, p.142.

<sup>41</sup> Idem p. 143.

Enfin, le DSP doit surveiller le fonctionnement des comités du CMDP et s'assurer que le CMDP contrôle et apprécie adéquatement les actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans tout centre exploité par un établissement.

Selon le Conseil, pour améliorer la pertinence des services dispensés en établissement, il n'est pas nécessaire de modifier ces structures et ces mécanismes ni d'en modifier les lignes d'autorité.

Cependant, comme le DSP et les chefs de département clinique sont plus immédiatement concernés par la pratique professionnelle et la manière de dispenser les services, il est proposé d'en faire les pivots, en particulier les chefs de département clinique, de l'amélioration de la pertinence des services médicaux en établissement. À cette fin, il faut les doter des outils appropriés pour qu'ils puissent assumer efficacement cette responsabilité. Et ces outils concernent principalement l'information et les conditions de travail.

En ce qui concerne l'information, rappelons que les chefs de département clinique peuvent utiliser plusieurs sources. Si un CMDP ne peut recevoir de la RAMQ que le profil collectif des professionnels de la santé d'un établissement ou de ceux qui exercent un même genre d'activité dans une installation maintenue par cet établissement, les chefs de département clinique d'un centre hospitalier peuvent recevoir, sur demande, le profil de pratique individuel en établissement des professionnels de la santé qui exercent leur profession dans leur département. Cependant, ils utilisent peu cette source d'information.

En outre, une commission médicale régionale peut recevoir de la RAMQ sur demande, sous forme non nominative et sous réserve des règles de confidentialité usuelles, les profils de pratique individuels ou collectifs des professionnels de la santé qui exercent leurs activités dans la région concernée. Nul doute qu'un chef de département clinique pourrait, sinon devrait avoir accès à ces données, ce qui lui permettrait de les comparer avec les activités des professionnels de son département.

Cependant, le gouvernement a déterminé par règlement les renseignements qui doivent être mentionnés dans ces profils de pratique. Ces renseignements, en plus d'être différents selon qu'il s'agit de profils de pratique en établissement ou régionaux, sont peu utiles pour une analyse de la pertinence. Le Conseil recommande donc que le règlement soit modifié pour permettre la transmission d'informations pouvant servir, en particulier au chef de département clinique, à une analyse de la pertinence des services rendus dans son département.

Les chefs de département clinique ont également accès à des études comme celle que le CETS a publiée sur les variations dans la fréquence des interventions chirurgicales par région du Québec ou celle de Statistique Canada sur les taux élevés et faibles des

interventions chirurgicales dans différentes divisions de recensement au Canada, deux études mentionnées dans le premier chapitre.

D'autres sources de données, comme celles disponibles à partir du système MED-ECHO, pourraient être utilisées par les chefs de département clinique afin d'évaluer la pertinence des services dispensés par les membres de son département comme par exemple, des données sur les durées de séjour, les taux d'admission par pathologie, les complications et la mortalité.

Le Conseil médical est d'avis que la RAMQ et le MSSS doivent faire en sorte de rendre disponibles aux organismes ou personnes ayant un mandat sur cette question, les données qui leur sont nécessaires pour une analyse de la pertinence, sur demande de ces derniers et sous réserve des règles de confidentialité usuelles.

Enfin, des analyses pourraient être faites à partir des dossiers des patients traités dans leur département afin de juger de la pertinence des actes posés en se référant aux guides de pratique clinique, aux règles de soins ou aux données de la science médicale actuelle pour les soins dispensés par le biais de procédures acceptées.

Cependant, dans le contexte actuel, les chefs de département clinique n'ont pas toujours les outils pour obtenir ou utiliser ces informations ou ces sources d'information ou faire de telles analyses. C'est pourquoi, les propositions suivantes pourraient constituer des outils essentiels dont il faudrait doter les chefs de département clinique :

- un support par l'établissement en terme de ressources humaines, comme des archivistes, ou matérielles, comme des ordinateurs;
- de la formation sur les outils pour détecter les problèmes de pertinence des services, les prioriser, les analyser et sur les stratégies pour implanter des correctifs.

Ces outils devraient également être disponibles aux DSP qui, compte tenu de leurs responsabilités, pourraient agir comme catalyseurs auprès des chefs de département clinique.

Quant aux conditions de travail, la principale recommandation est que les chefs de département clinique doivent être rémunérés adéquatement pour cette tâche étant donné l'importance du temps qu'ils devraient y consacrer pour s'en acquitter adéquatement et ainsi obtenir les résultats recherchés par rapport à l'amélioration de la pertinence des services. Le Conseil est conscient que les dernières ententes entre le MSSS et les fédérations médicales ont créé une ouverture intéressante à ce sujet. Mais d'autres pas devront être franchis pour assurer cette rémunération adéquate aux chefs de département clinique pour ce rôle pivot qui exigerait beaucoup d'énergie et de disponibilité.

En outre, compte tenu de l'importance des responsabilités qu'assureraient les chefs de départements clinique, il devient essentiel que leur nomination se fasse en fonction d'une description plus précise de ces responsabilités que ce qu'il y a actuellement dans la loi et d'exigences de compétence et d'expérience appropriées. Dotés d'outils et de conditions de travail adéquats, les chefs de département clinique devraient être imputables envers le CMDP et le conseil d'administration de l'établissement.

Dans les milieux où les chefs de service clinique devront assumer des responsabilités similaires à celles des chefs de département clinique, comme en CLSC, le Conseil croit que les mêmes propositions, mais adaptées, devraient s'appliquer.

Enfin, les CMDP, les DSP et les chefs de département et de service cliniques devront s'appuyer sur des cliniciens qui sont des leaders locaux. De plus, tout comme elle le permet pour les CMDP, la Loi sur les services de santé et les services sociaux devrait permettre aux chefs de département clinique, avec l'autorisation du CMDP et du conseil d'administration, le recours à des experts externes dans l'exercice de leur responsabilité de surveiller la façon dont s'exerce la médecine dans leur département. Ces experts devraient au besoin avoir accès au dossier du patient dans le respect des règles de la confidentialité.

Outre la rétroaction, certaines interventions administratives peuvent être utilisées pour améliorer la pertinence des services médicaux. Ces interventions peuvent prendre plusieurs formes. Il peut s'agir par exemple de protocoles, de règles de soins ou d'utilisation de ressources, d'une justification verbale ou écrite pour certains tests. Bien que ce type d'interventions soit perçu comme une contrainte non nécessaire et comme l'approche la moins acceptable par les médecins, la littérature rapporte que c'est le moyen le plus efficace, en particulier pour diminuer sans effet néfaste la surutilisation des tests de laboratoire. Dans la préparation et la mise en oeuvre de ces interventions, les chefs de département devraient jouer un rôle de leader en collaboration avec le comité exécutif du CMDP et le DSP. En outre, comme toute approche qui cherche à changer un comportement, il doit y avoir une continuité dans le processus pour obtenir un effet durable.

Bien que la littérature considère que les incitatifs financiers sont peu prometteurs, ils sont souvent préconisés pour améliorer la pertinence des services médicaux. Le Conseil ne favorise pas leur utilisation. S'ils devaient être quand-même utilisés, le Conseil médical considère qu'ils ne doivent pas conférer un avantage direct au médecin pour éviter une influence indue sur sa décision.

Pour les actes posés en cabinet privé, le contexte légal et réglementaire ne permet pas d'appliquer de la même façon les stratégies d'intervention précitées au regard de la pratique du médecin pour contrer la non-pertinence de services médicaux. De plus, le

Collège des médecins ne peut visiter tous les cabinets privés sur une période de 3 à 4 ans comme c'est le cas pour les établissements.

En outre, il se pose déjà beaucoup d'actes médicaux en cabinet privé. Et avec l'accentuation du virage ambulatoire et la réorganisation du système de soins en cours, il s'en posera de plus en plus.

Pour toutes ces raisons, le Conseil estime que de nouvelles façons de faire doivent voir le jour pour contrôler la qualité des services médicaux, en particulier la pertinence, en cabinet privé.

Dans le cadre de la responsabilité que le Code des professions confère à un ordre professionnel par rapport à la surveillance de l'exercice de ses membres, le Collège des médecins a accès aux dossiers médicaux pour en faire la vérification. Dans l'éventualité où la carte à microprocesseur deviendrait une carte d'accès à un réseau de type Intranet où se retrouveraient les données de ces dossiers comme mentionné plus tôt dans ce chapitre, le Collège aurait donc accès à ce réseau.

Cet accès à une information en temps réel devrait inciter le Collège, grâce à l'informatique, à développer des outils, comme des profils de pratique individuels, pour monitorer tous les médecins exerçant en cabinet privé. En comparant les données ainsi obtenues avec l'exercice d'autres médecins ou avec les données de la littérature scientifique, il serait en mesure de détecter chez un médecin des problèmes de qualité de sa pratique, en particulier en ce qui concerne la non-pertinence, et d'intervenir rapidement et plus efficacement qu'à l'heure actuelle pour que le médecin remédie à ses lacunes en termes de connaissances, d'attitude ou de comportement.

Cette approche, du fait qu'elle permet une rétroaction, qu'elle peut être continue dans le temps et qu'elle est moins onéreuse que des visites systématiques d'inspection professionnelle en cabinet privé, serait un excellent moyen de contrer la non-pertinence de services médicaux.

En conclusion, en ce qui concerne l'utilisation des données cliniques au regard de la pratique du médecin pour contrer la non-pertinence de services médicaux, le Conseil médical recommande :

**Que, dans l'éventualité d'une généralisation de la carte à microprocesseur, la redéfinition des systèmes d'information qui s'en suivrait permette une analyse plus précise des problèmes de pertinence;**

**Que, compte tenu de l'importance grandissante des modes de rémunération autres que l'acte, les mesures soient prises pour que**

**les statistiques de la RAMQ concernant ces modes fournissent un niveau de détails comparable à celui de la rémunération à l'acte;**

**Que, dans l'éventualité de l'instauration d'un mode mixte de rémunération, soit conservé au minimum le même niveau de détails que celui de la rémunération à l'acte;**

**Que les systèmes d'information fournissent l'information en temps réel pour éviter que les situations de non-pertinence prennent trop de retard;**

**Que les profils de pratique soient utilisés dans les stratégies pour contrer la non-pertinence de services médicaux et, qu'à cette fin, les organismes qui les fournissent s'assurent de leur validité;**

**Que soit modifié le règlement de la Loi sur l'assurance-maladie qui détermine les renseignements qui doivent être mentionnés dans les profils de pratique que la RAMQ peut transmettre afin que ces renseignements puissent servir à une analyse de la pertinence des services médicaux;**

**Que les chefs de département clinique soient les pivots de l'amélioration de la pertinence pour les actes posés en établissement et qu'en conséquence, on les dote des outils et des conditions de travail adéquats tels que définis précédemment;**

**Que la Loi sur les services de santé et les services sociaux soit modifiée si nécessaire pour permettre aux chefs de département clinique de recourir à des experts externes dans l'exercice de leur responsabilité de surveiller la façon dont s'exerce la médecine dans leur département et que ces experts puissent, au besoin, avoir accès au dossier du patient dans le respect des règles de confidentialité;**

**Qu'advenant l'utilisation d'interventions administratives pour améliorer la pertinence, les chefs de département clinique jouent un rôle de leader en collaboration avec l'exécutif du CMDP et le DSP;**

**Qu'advenant l'utilisation d'incitatifs financiers pour contrer la non-pertinence de services médicaux, ces incitatifs ne procurent pas d'avantage direct au médecin pour éviter les influences indues sur sa décision.**

**Que, dans l'éventualité d'une généralisation de la carte à microprocesseur, le Collège des médecins se dote d'outils pour monitorer la pratique de tous les médecins exerçant en cabinet privé afin de détecter rapidement les problèmes de qualité, dont ceux de la non-pertinence des services médicaux, et de pouvoir intervenir de façon sélective par des visites d'inspection professionnelle ou par une autre forme de rétroaction pour modifier le comportement du médecin.**

## **4.2 Entraves à la pertinence**

Par entraves à la pertinence, le Conseil médical fait référence à un environnement ou à des obligations, en général d'ordre légal ou réglementaire, qui contraignent le médecin à poser des actes médicaux qui ne sont pas conformes à l'état des connaissances de la science médicale actuelle dans le cadre d'une pratique régulière.

### **4.2.1 Législation et réglementation désuètes**

Dans le chapitre 2, la législation et la réglementation désuètes ont été identifiées comme une cause structurelle de la non-pertinence de services médicaux. Comme le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements concernant la détermination des examens diagnostics de routine exigés lors de l'admission des bénéficiaires en centre hospitalier a été modifié en 1996, les examens pré-embauche et la surveillance médicale en cours d'emploi constituent les principales cibles de la législation et de la réglementation désuètes.

Cette désuétude vient de l'évolution des connaissances car plusieurs de ces lois et règlements datent d'une période où l'évaluation de l'efficacité des examens médicaux liés à l'emploi par rapport à la protection de la santé n'existait à peu près pas. Cela se manifeste soit par une absence d'objectif de santé pour les travailleurs ou la population pour justifier ces examens, soit par leur contenu qui ne permet pas d'atteindre la protection recherchée ou soit les deux. C'est pourquoi le Conseil médical croit que ces lois et ces règlements doivent être réévalués en fonction de ces paramètres.

En outre, pour éviter les mêmes problèmes dans l'avenir, le Conseil voudrait également que toute nouvelle loi ou tout nouveau règlement portant sur la prescription d'examen médicaux soit évalué avant son adoption par un organisme compétent en cette matière. Il serait également impérieux, selon lui, que cet organisme réévalue périodiquement ces lois ou ces règlements pour s'assurer qu'ils sont toujours conformes à l'état des connaissances qui ne cessent d'évoluer. Et le Conseil estime que ce mandat pourrait très bien être confié à l'organisme proposé précédemment pour la validation des GPC. Cet organisme pourrait alors s'adjoindre quelques autres experts selon les besoins.

En conséquence, le Conseil médical recommande :

**Que l'organisme proposé pour valider les GPC ait également le mandat d'évaluer les lois et les règlements actuels qui prescrivent des examens médicaux, en particulier les examens de pré-emploi et en cours d'emploi, pour s'assurer que les objectifs de santé pour les travailleurs et la population sont clairs et qu'ils peuvent être atteints par ces examens conformément à l'état des connaissances médicales;**

**Que cet organisme, pour ce volet de son mandat, fasse les recommandations appropriées à cet effet au ministre de la Santé et des Services sociaux;**

**Qu'obligatoirement toute nouvelle loi ou tout nouveau règlement prescrivant des examens médicaux soit évalué par ce même organisme avant son adoption;**

**Que chaque loi ou chaque règlement prescrivant des examens médicaux soit évalué périodiquement par cet organisme afin de s'assurer de sa conformité avec l'évolution des connaissances médicales;**

**Qu'une clause crépusculaire prévoit la fin d'application des règlements prescrivant des examens médicaux qui n'auraient pas été révisés selon une échéance raisonnable pour tenir compte de l'évolution des connaissances.**

#### **4.2.2 Environnement légal**

L'environnement légal fait ici référence à la doctrine du droit et à la jurisprudence portant sur l'intensité de l'obligation de moyens du médecin de même qu'au système d'indemnisation pour faute professionnelle. Ce pourquoi cet environnement engendre une certaine médecine défensive et est donc une cause de non-pertinence de services médicaux, c'est que les médecins croient qu'ils n'ont pas droit à l'erreur et que la moindre erreur peut les confronter à une poursuite pour faute professionnelle. Le système est ainsi fait qu'en présence d'une erreur, l'approche est de trouver le coupable et non le pourquoi.

Si pour le Conseil il ne fait pas de doute que les victimes d'une erreur doivent être adéquatement indemnisées, il faut également comprendre pourquoi l'erreur a été

commise afin d'éviter qu'elle ne se reproduise et même, lorsque possible, qu'une erreur dans le processus de dispensation des soins n'atteigne le patient. Afin de diminuer les erreurs dans le système de soins et ainsi améliorer la qualité des soins et la protection du public, le Conseil croit qu'une approche de résolution de problème serait nettement préférable à l'approche actuelle de recherche d'un coupable et de blâme qui ne se préoccupe pas de trouver la cause de l'erreur afin de la prévenir dans l'avenir.

L'approche de résolution de problème implique qu'on admet que le système de soins ne sera jamais parfait et qu'une erreur est toujours possible, que lorsqu'une erreur est commise, elle est rapportée et évaluée afin de déterminer pourquoi elle s'est produite et de prendre les actions pour en corriger la cause. Cette approche doit être systémique et nécessite donc la collaboration de tous les intervenants impliqués dans la dispensation des soins. L'implantation d'une telle approche ne sera possible que si un environnement où on ne cherche pas à blâmer les intervenants, dont les médecins, est créé. Et à cette fin, le Conseil médical croit qu'un système de responsabilité civile sans égard à la faute à la suite d'un accident iatrogénique pourrait s'avérer nécessaire. Cependant, il n'a pu étudier à fond cette avenue et il se propose de confier ce mandat à un comité qui sera mis sur pied dans le cadre des préoccupations et des fonctions du Conseil médical.

Outre la révision du système d'indemnisation, le Conseil estime que l'implantation de l'approche de résolution de problème pour diminuer les fautes professionnelles de la part des médecins nécessite, non seulement l'engagement des établissements et des CMDP dans cette voie, mais également l'adhésion et l'engagement d'organismes extérieurs aux milieux de pratique qui ont des responsabilités dans la recherche de la qualité des services médicaux, en particulier le Collège des médecins. Pour ce dernier, cette approche est cohérente avec l'évolution de sa façon de voir la gestion de la qualité de l'exercice professionnel comme mentionnée à la section portant sur les mécanismes de contrôle au chapitre 3. En effet, le Collège « en est venu à rechercher une meilleure qualité de l'exercice professionnel plutôt que l'identification des auteurs de défaillances<sup>42</sup> ».

C'est ainsi que le Collège, lors de ses visites d'inspection professionnelle dans les établissements, pourrait s'assurer qu'une telle approche est implantée et fonctionne, comme il s'assure actuellement du bon fonctionnement du CMDP et de ses comités. Il pourrait également en faire une condition d'agrément des milieux de formation postdoctorale.

Le Conseil médical est conscient que les avenues proposées pour modifier l'environnement légal auront des impacts qui vont au-delà de la diminution de la non-

---

<sup>42</sup> Corporation professionnelle des médecins du Québec, La gestion de la qualité de l'exercice professionnel en établissement, Février 1994, p.32.

pertinence de services médicaux. Cependant, ces impacts lui semblent positifs et c'est pourquoi il recommande :

**Que l'approche de résolution de problème soit privilégiée pour diminuer la médecine défensive et la non-pertinence de services médicaux qu'elle entraîne et améliorer la qualité des services et la protection du public;**

**Qu'afin de créer un environnement propice à l'implantation d'une telle approche, soit évaluée la mise sur pied d'un système de responsabilité civile sans égard à la faute à la suite d'un accident iatrogénique;**

**Que les établissements, les CMDP et le Collège des médecins adhèrent à l'approche de résolution de problème et qu'ils prennent les mesures, dans le cadre de leurs responsabilités respectives, pour favoriser son implantation.**



## Conclusion

Comme le prévoyait le Conseil médical dans son avis de décembre 1994 sur les études de pertinence dans la dispensation des procédures diagnostiques et thérapeutiques, la documentation de la situation québécoise a démontré qu'il existe de la non-pertinence de services médicaux au Québec. Cette non-pertinence, bien que mieux documentée pour les examens diagnostiques, existe aussi pour les actes thérapeutiques.

Même si le Conseil n'a pas cherché à quantifier cette non-pertinence, elle lui a paru suffisamment importante pour en rechercher les causes structurelles. Une dizaine de causes qui lui ont semblé les plus importantes ont été retenues, parmi lesquelles la formation, l'environnement légal, certaines lois et réglementations désuètes et la difficulté des CMDP à jouer leur rôle par rapport à la pertinence des services médicaux.

Après avoir revu les mécanismes en place au Québec pour assurer la pertinence des services médicaux, le Conseil en est venu à la conclusion qu'en général, on pouvait compter sur ces mécanismes si on améliorait leur fonctionnement plutôt que d'ajouter de nouvelles structures.

Laissant de côté les causes se rapportant aux mandats d'autres comités du Conseil et qui seront examinées par ces derniers, comme les modes de rémunération, l'organisation des services et la disponibilité de la main-d'oeuvre médicale, le Conseil médical propose des stratégies d'intervention pour modifier le comportement des médecins par rapport à la non-pertinence et pour soulager ces derniers des entraves à un exercice adéquat.

En ce qui concerne le comportement des médecins, les stratégies proposées interviennent dans la formation de base et la formation continue des médecins de même que dans leur exercice professionnel.

Au regard de la formation, elles cherchent à faire de la pertinence des services médicaux une valeur de base et une préoccupation constante, ce qui devrait se traduire par des mesures spécifiques comme :

- faire de la pertinence un critère d'agrément du curriculum de formation prédoctorale et des programmes postdoctoraux;
- dispenser au prédoctoral des cours pour permettre de mieux comprendre les questions relatives à la pertinence;
- former les étudiants à une analyse critique de la littérature scientifique;

- évaluer les professeurs cliniciens en tenant compte de la pertinence des actes qu'ils posent et de leur modèle de rôle auprès des étudiants;
- prendre en compte la préoccupation de la pertinence dans l'agrément des unités d'éducation médicale continue.

En ce qui concerne l'exercice professionnel des médecins, les stratégies proposées veulent mettre à profit les possibilités de l'informatique via la carte à microprocesseur. Le Conseil propose donc notamment :

- un système d'accès différencié selon les professionnels de la santé à un réseau de données cliniques lors de la consultation des patients;
- l'accès pour les médecins à une banque de GPC validés et d'autres informations scientifiques;
- des outils pour monitorer la pratique des médecins en établissement et en cabinet privé, comme les profils de pratique.

Outre l'utilisation de l'informatique, le Conseil propose :

- que les chefs de département clinique (et au besoin les chefs de service clinique) soient les pivots de l'amélioration de la pertinence des services médicaux pour les actes posés en établissement en leur fournissant les outils et les conditions de travail nécessaires tout en les laissant imputables envers le CMDP;
- que les DSP agissent comme catalyseurs auprès des chefs de département clinique;
- que le Collège des médecins améliore ses outils pour monitorer la pratique de tous les médecins exerçant en cabinet privé.

Pour l'implantation des stratégies visant à modifier le comportement des médecins, le Conseil médical interpelle donc plusieurs intervenants ayant déjà des responsabilités, soit directement, soit indirectement, au regard de la pertinence des services médicaux. Le Conseil veut donc mettre à contribution, selon leurs responsabilités respectives et selon le niveau d'intervention :

- les universités pour les volets de la formation de base et de l'éducation médicale continue;
- les autres organismes qui prodiguent de l'éducation médicale continue et qui sont membres du Conseil de l'éducation médicale continue du Québec;

- le Collège des médecins pour ses responsabilités tant au regard de la formation des médecins que de la surveillance de l'exercice professionnel;
- les leaders médicaux, en particulier les chefs de département et de service cliniques, les DSP et les membres du comité exécutif du CMDP.

En plus de compter sur les intervenants précités, le Conseil propose la création d'un organisme ayant comme mandat de valider les GPC avant de les inclure dans une banque de données informatisées.

En ce qui concerne les entraves à un exercice adéquat de la part des médecins, les stratégies proposées concernent les lois et les règlements qui prescrivent des examens médicaux de même que l'environnement légal. Ces stratégies sont :

- de faire évaluer les lois et les règlements actuels et futurs qui prescrivent des examens médicaux par l'organisme proposé précédemment pour valider les GPC;
- d'implanter l'approche de résolution de problème pour diminuer les erreurs dans le système de soins et améliorer la qualité des soins, dont la pertinence, et la protection du public;
- et, à cette fin, d'évaluer, dans le cadre de ses responsabilités, la pertinence de la mise sur pied d'un système de responsabilité civile sans égard à la faute à la suite d'un accident iatrogénique.

Le Conseil médical croit que l'implantation de l'ensemble des stratégies proposées va contribuer à améliorer la pertinence des services médicaux, tant en ce qui concerne les services nécessaires qui ne sont pas rendus que les services non nécessaires qui sont dispensés.

Enfin, le Conseil a misé sur une approche de responsabilisation et d'aide des médecins plutôt que sur une approche coercitive dans le choix de ses stratégies d'intervention, convaincu qu'il s'agit là de la meilleure approche à court et à long termes pour obtenir les résultats recherchés.



## Liste des recommandations

### **Le Conseil médical du Québec recommande :**

Pour la formation de base en médecine,

- 1. Que la pertinence constitue une valeur de base dans la formation et un objectif essentiel du curriculum de formation prédoctorale et de chaque programme de formation postdoctorale, tant en médecine familiale qu'en spécialité, et que les organismes d'agrément concernés en fassent un critère d'agrément du curriculum ou du programme;**
- 2. Que chaque curriculum et chaque programme de formation comprennent des objectifs explicites par rapport à la pertinence et que leur atteinte soit évaluée lors de l'évaluation théorique et pratique des étudiants tout au long de leur formation;**
- 3. Que le curriculum de formation comprenne des mesures spécifiques pour favoriser la compréhension des questions relatives à la pertinence, comme par exemple un cours de biostatistique;**
- 4. Que, tout au long de la formation en médecine, on inculque aux futurs médecins la nécessité et l'habitude d'analyser leur pratique et de se remettre en question, et que dans ce processus, la pertinence occupe une place importante;**
- 5. Que les médecins soient formés de façon à pouvoir faire une analyse critique de la littérature scientifique pour qu'ils soient en mesure d'utiliser judicieusement les nouvelles connaissances une fois en pratique;**
- 6. Qu'un arrimage se fasse entre le prédoctoral et le postdoctoral pour que l'habitude de la pertinence s'acquière de façon continue et cohérente tout au long de la formation des médecins;**
- 7. Que le CMDP, dans l'évaluation de la compétence d'un professeur clinicien et dans les recommandations qu'il fait sur ses qualifications et sa compétence lors de son renouvellement de nomination, tienne compte de la pertinence des actes posés et du modèle de rôle que le**

**professeur clinicien exerce auprès des étudiants compte tenu de l'importance de ce modèle dans l'apprentissage;**

Pour l'éducation médicale continue,

- 8. Que le Collège des médecins, dans son processus d'agrément et dans l'application des critères, s'assure que la pertinence des services médicaux constitue une préoccupation constante de l'unité d'EMC dans l'identification des besoins des médecins et dans la formation des objectifs d'apprentissage.**
- 9. Que la pertinence des services médicaux constitue une valeur de base pour les organismes qui dispensent des activités d'EMC afin qu'elle constitue une préoccupation constante dans le système d'identification et d'analyse des besoins éducatifs qu'ils doivent mettre en place et dans les activités d'apprentissage qui doivent en découler.**

Pour aider à l'application des données de la science médicale,

- 10. Que la priorité soit donnée à l'implantation de GPC existants plutôt qu'à la confection de nouveaux GPC;**
- 11. Qu'à cette fin, une banque de GPC validés soit créée et accessible aux médecins et que cette banque puisse, au besoin, être jumelée au dossier-patient par une carte à microprocesseur;**
- 12. Que les GPC faisant partie d'une telle banque soient mis à jour périodiquement;**
- 13. Qu'à ces fins, un organisme soit mandaté pour valider les GPC avant de les inclure dans la banque de données;**
- 14. Que, même en l'absence d'une banque de GPC accessible par une carte à microprocesseur, cet organisme de validation des GPC soit mis sur pied le plus rapidement possible étant donné la nature, les objectifs et le nombre important de GPC de même que l'importance grandissante qu'ils sont appelés à prendre dans la pratique clinique et l'amélioration de la pertinence des services médicaux;**
- 15. Qu'un financement approprié soit prévu pour permettre à cet organisme d'accomplir adéquatement son mandat;**

16. **Que d'autres informations scientifiques puissent être incorporées dans cette banque comme les interactions médicamenteuses et des algorithmes d'investigation, tels ceux sur des examens complémentaires en biologie et en imagerie médicales ou ceux sur le diagnostic différentiel de certaines conditions cliniques.**

Pour l'utilisation des données cliniques,

17. **Que soit implanté progressivement un système d'accès différencié selon les professionnels de la santé à un réseau de données cliniques par le biais d'une carte à microprocesseur;**
18. **Que cet accès soit sévèrement contrôlé selon le type de professionnel de la santé et selon le type de consultation ou d'inscription;**
19. **Qu'à cet effet, les exigences de la Commission d'accès à l'information pour assurer la protection du dossier médical et de la vie privée des patients soient respectées intégralement;**
20. **Qu'il y ait une coordination avec les autres projets d'informatisation du dossier médical en cours dans le réseau si le système de carte à microprocesseur recommandé était implanté.**
21. **Que, dans l'éventualité d'une généralisation de la carte à microprocesseur, la redéfinition des systèmes d'information qui s'en suivrait permette une analyse plus précise des problèmes de pertinence;**
22. **Que, compte tenu de l'importance grandissante des modes de rémunération autres que l'acte, les mesures soient prises pour que les statistiques de la RAMQ concernant ces modes fournissent un niveau de détails comparable à celui de la rémunération à l'acte;**
23. **Que, dans l'éventualité de l'instauration d'un mode mixte de rémunération, soit conservé au minimum le même niveau de détails que celui de la rémunération à l'acte;**
24. **Que les systèmes d'information fournissent l'information en temps réel pour éviter que les situations de non-pertinence prennent trop de retard;**

25. **Que les profils de pratique soient utilisés dans les stratégies pour contrer la non-pertinence de services médicaux et, qu'à cette fin, les organismes qui les fournissent s'assurent de leur validité;**
26. **Que soit modifié le règlement de la Loi sur l'assurance-maladie qui détermine les renseignements qui doivent être mentionnés dans les profils de pratique que la RAMQ peut transmettre afin que ces renseignements puissent servir à une analyse de la pertinence des services médicaux.**
27. **Que les chefs de département clinique soient les pivots de l'amélioration de la pertinence pour les actes posés en établissement et qu'en conséquence, on les dote des outils et des conditions de travail adéquats tels que définis précédemment;**
28. **Que la Loi sur les services de santé et les services sociaux soit modifiée si nécessaire pour permettre aux chefs de département clinique de recourir à des experts externes dans l'exercice de leur responsabilité de surveiller la façon dont s'exerce la médecine dans leur département et que ces experts puissent, au besoin, avoir accès au dossier du patient dans le respect des règles de confidentialité;**
29. **Qu'advenant l'utilisation d'interventions administratives pour améliorer la pertinence, les chefs de département clinique jouent un rôle de leader en collaboration avec l'exécutif du CMDP et le DSP;**
30. **Qu'advenant l'utilisation d'incitatifs financiers pour contrer la non-pertinence de services médicaux, ces incitatifs ne procurent pas d'avantage direct au médecin pour éviter les influences indues sur sa décision.**
31. **Que, dans l'éventualité d'une généralisation de la carte à microprocesseur, le Collège des médecins se dote d'outils pour monitorer la pratique de tous les médecins exerçant en cabinet privé afin de détecter rapidement les problèmes de qualité, dont ceux de la non-pertinence des services médicaux, et de pouvoir intervenir de façon sélective par des visites d'inspection professionnelle ou par une autre forme de rétroaction pour modifier le comportement du médecin.**

Pour éliminer les entraves à la pertinence,

- 32. Que l'organisme proposé pour valider les GPC ait également le mandat d'évaluer les lois et les règlements actuels qui prescrivent des examens médicaux, en particulier les examens de pré-embauche et en cours d'emploi, pour s'assurer que les objectifs de santé pour les travailleurs et la population sont clairs et qu'ils peuvent être atteints par ces examens conformément à l'état des connaissances médicales;**
- 33. Que cet organisme, pour ce volet de son mandat, fasse les recommandations appropriées à cet effet au ministre de la Santé et des Services sociaux;**
- 34. Qu'obligatoirement toute nouvelle loi ou tout nouveau règlement prescrivant des examens médicaux soit évalué par ce même organisme avant son adoption;**
- 35. Que chaque loi ou chaque règlement prescrivant des examens médicaux soit évalué périodiquement par cet organisme afin de s'assurer de sa conformité avec l'évolution des connaissances médicales;**
- 36. Qu'une clause crépusculaire prévoit la fin d'application des règlements prescrivant des examens médicaux qui n'auraient pas été révisés selon une échéance raisonnable pour tenir compte de l'évolution des connaissances.**
- 37. Que l'approche de résolution de problème soit privilégiée pour diminuer la médecine défensive et la non-pertinence de services médicaux qu'elle entraîne et améliorer la qualité des services et la protection du public;**
- 38. Qu'afin de créer un environnement propice à l'implantation d'une telle approche, le Conseil médical évalue, dans le cadre de ses responsabilités, la mise sur pied d'un système de responsabilité civile sans égard à la faute à la suite d'un accident iatrogénique;**
- 39. Que les établissements, les CMDP et le Collège des médecins adhèrent à l'approche de résolution de problème et qu'ils prennent les mesures, dans le cadre de leurs responsabilités respectives, pour favoriser son implantation.**





## **ANNEXES**

CENTRE DE RECHERCHE EN DROIT PRIVÉ & COMPARÉ DU QUÉBEC  
QUEBEC RESEARCH CENTRE OF PRIVATE & COMPARATIVE LAW

---

Le 27 juillet 1997

Docteur André Bonin  
Président  
Comité sur la pertinence et l'efficience  
dans la dispensation des services médicaux  
Conseil médical du Québec  
1005 chemin Sainte-Foy  
Québec (Qc)  
G1S 4N4

Cher docteur Bonin,

En réponse à votre lettre du 8 juillet courant, il me fait plaisir de vous faire part des commentaires suivants.

J'ai étudié à nouveau la question de l'examen clinique adéquat à la lumière des différents textes de doctrine portant sur l'intensité de l'obligation de moyens du médecin, de même que de la jurisprudence appropriée.

En ce qui concerne la doctrine, je me suis surtout attardé à relever comment les auteurs Lesage-Jarjoura, Lessard et Philips-Nootens (*Éléments de responsabilité civile médicale. Le droit dans le quotidien de la médecine, 1995*) aborde cette question.

Pour ces auteurs, le médecin, dès lors qu'il accepte de soigner une personne, doit «**tout mettre en oeuvre afin de remplir son devoir**», p.199 (emphase mise); il doit, dans les soins qu'il prodigue aux patients, «**user de toutes les méthodes raisonnables mises à sa disposition**», pp. 200-201 (emphase mise); il a l'obligation «**d'employer les meilleurs moyens possibles**» pour atteindre un résultat, p. 201 (emphase mise). En outre, suivant ces auteurs, «**(l)e médecin doit s'efforcer de parvenir au bon diagnostic en prenant tous les moyens raisonnables à sa disposition**», p. 211 (emphase mise). Ainsi, le médecin a «**droit à l'erreur, pour autant qu'il ait usé de tous les moyens raisonnables mis à sa disposition afin de trouver la vérité**», p. 216 (emphase mise). Ces mêmes auteurs écrivent, par ailleurs, que, dans le cadre de sa pratique, «**le médecin devra souvent adapter ses interventions thérapeutiques et prendre uniquement des moyens raisonnables**», p. 202 (emphase mise), qu'il «**n'a pas à recourir d'emblée à tous les examens et traitements, si ceux-ci ne sont pas couramment utilisés**», p. 204 (emphase mise).

À la lumière de ces propos et de ceux que vous trouvez dans le texte intitulé «*Pratique médicale et responsabilité médicale*», on peut affirmer que l'obligation pour un médecin de tout faire ce qui est possible de faire doit s'interpréter «*à l'intérieur des limites du raisonnable*». La question est alors de savoir ce qui est raisonnable de faire dans un cas particulier.

Dans plusieurs cas, un examen clinique adéquat pourra s'avérer suffisant en autant que l'anamnèse et l'examen clinique auront été complets et que la condition du patient, de même que les problèmes dont il se plaint ou les symptômes qu'il présente, ne laisseront pas soupçonner des problèmes de santé possiblement plus graves.

L'étude de la jurisprudence qui suit immédiatement laisse voir que les tribunaux ont récemment fait reproche à des médecins de ne pas avoir, à la lumière des symptômes que présentait leur patient, entrepris des investigations plus poussées. Il semble toutefois que, dans les cas cités, le médecin aurait dû, compte tenu de l'état instable de son patient ou de la persistance d'un état morbide, chercher plus énergiquement la cause de son problème de santé. Le médecin qui ne réussit pas à clairement identifier la source d'un problème de santé se doit de consulter un confrère ou de recourir à d'autres moyens diagnostiques que ceux utilisés jusque-là. De même, le médecin qui entretient des doutes sur l'exactitude de son diagnostic ou qui, suivant ses pairs, devrait en entretenir ne peut délaissé son patient. Il se doit de rechercher la cause exacte de son problème de santé, le suivre de près.

Les cas de jurisprudence qui suivent portent précisément sur les fautes récemment retenus par les tribunaux québécois quant à l'établissement d'un bon diagnostic et à la suffisance des moyens utilisés dans les circonstances pour ce faire.

**1. Garcia c. Soucy (1990):** Dans cette affaire, un jeune enfant décéda des suites d'une épiglottite non diagnostiquée. Le tribunal devait considérer le pédiatre qui avait examiné l'enfant comme fautif. Le tribunal devait conclure, en l'espèce, que l'erreur de diagnostic faite par le pédiatre résultait d'un examen très hâtif, ainsi que de son défaut de faire une radiographie de l'enfant ou de le garder à l'hôpital sous observation afin d'exclure, d'une façon certaine, la possibilité évidente d'une épiglottite.

**2. Lauzon c. Taillefer (1991):** Le tribunal fut d'avis que l'examen clinique fait par l'ophtalmologiste poursuivi dans cette affaire n'avait pas été minutieux. Le tribunal s'est déclaré peu impressionné par l'examen du médecin; il émit l'opinion que si ce dernier avait pris quelques minutes pour expliquer à sa patiente qu'une cataracte ne cause aucune douleur et que, si ses douleurs persistaient ou s'aggravaient, elle ne devait pas hésiter à consulter à nouveau, le glaucome aurait probablement pu être décelé à temps et contrôlé. Le tribunal devait ajouter que le médecin a un devoir de conseil vis-à-vis son patient et ne peut se contenter de procéder à un examen technique.

**3. Kiley-Nikkel c. Danais (1992):** Dans cette affaire, un anatomo-pathologiste fit erreur quant à la nature cancéreuse d'un prélèvement. La victime subit une mastectomie alors qu'elle ne présentait qu'une mastite granulomateuse, non maligne. Le tribunal devait souligner, en l'espèce, que le pathologiste n'aurait pas dû poser un diagnostic de cancer, qu'il aurait dû être plus prudent dans sa lecture des lames. S'il l'avait été, il aurait hésité avant de conclure comme il l'a fait et aurait recouru à une technique plus fiable, celle des coupes à la paraffine.

**4. Roy c. Julien (1992):** Dans cette affaire, le médecin défendeur, un O.R.L., procéda à l'exérèse de polypes situés dans les cloisons nasales du demandeur. À la suite de l'intervention, le demandeur présenta une incarceration du droit interne gauche dans l'ethmoïde. Le tribunal devait souligner, en l'espèce, que l'entrevue au cours de laquelle le défendeur avait décidé de procéder à l'exérèse des polypes n'avait duré que 10 à 15 minutes. De l'avis du tribunal, considérant les informations transmises par le demandeur, le médecin aurait dû demander avant de procéder à l'opération une nouvelle radiographie qui aurait dû être lu par un expert. Selon le tribunal, l'O.R.L. aurait dû aussi demander une tomographie qui

aurait permis d'avoir une image radiographique en coupe de la lame papyracée et qui aurait permis de déceler ainsi les faiblesses de cette dernière.

**5. Perron c. Gagné (1993):** Cette affaire met en cause une femme de 40 ans à qui son médecin prescrit du Coumadin sans s'assurer qu'elle n'était pas enceinte. Malgré le fait qu'elle ait passé un test de grossesse qui s'était avéré négatif, la demanderesse demeurait convaincu qu'elle était enceinte à cause de son retard menstruel. Son médecin demeurait convaincu du contraire. Il lui prescrit donc simultanément un test de grossesse pour la rassurer et du Coumadin en raison de problèmes de circulation sanguine non reliés à sa grossesse. Malheureusement, le second test de grossesse devait s'avérer positif. Le tribunal devait relier à la prise de Coumadin l'avortement de l'enfant.

**6. Harewood c. Spanier (1995):** Dans cette affaire, la demanderesse subit une perforation de l'oesophage lors d'une intubation d'urgence. Malheureusement, le mauvais diagnostic fut posé à la suite de l'intubation. Si le tribunal ne reproche pas au médecin poursuivi de s'être trompé initialement sur l'état de la demanderesse, il lui reproche, toutefois, devant la détérioration de l'état de santé de sa patiente, de ne pas avoir consulté pour connaître les causes de cette détérioration. De l'avis du tribunal, il aurait dû y avoir une nouvelle investigation complète et approfondie du cas de la demanderesse pour trouver ce dont elle souffrait.

Le tribunal souligne ici que «nous sommes dans un hôpital universitaire avec tout l'équipement d'investigation nécessaire. Un hôpital où travaillent et circulent des médecins de toutes les spécialités». De l'avis du tribunal, on aurait dû consulter davantage pour identifier la cause de la détérioration de la demanderesse. Le tribunal ajoute, de plus, «qu'un diagnostic, c'est une hypothèse émise à un moment donné par un médecin. Si l'hypothèse s'avère inexacte, le diagnostic devra être repensé, refait. Il s'agit là d'une action positive de la part du médecin et non pas d'un geste passif. Comme on le sait, il faut parfois plus d'un diagnostic pour trouver le mal véritable. Il faudra toujours que le médecin recourt à tous les procédés d'investigation disponibles et poursuive son examen des symptômes de son patient. Et, comme dans le cas présent, nous avons affaire à de grands spécialistes travaillant dans un hôpital universitaire de pointe, l'exigence est plus grande pour eux. Non seulement sommes-nous dans un grand hôpital, mais tous les appareils de détection radiologiques sont là, les autres confrères spécialistes sont présents». Le tribunal conclut en exprimant l'opinion que le médecin a un rôle actif à jouer pour poser son ou ses diagnostics.

**7. Massinon c. Ghys (1996):** Dans cette affaire, la demanderesse consulta le défendeur à trois reprises en 1987 sans que celui-ci ne pose un diagnostic de cancer du sein. Lors de la deuxième consultation, le médecin traitant procéda à un examen clinique, à une thermoscopie, à une diaphanoscopie qui révéla une différence de densité entre le sein droit et le sein gauche qui est plus opaque, à une mammographie du sein gauche seulement, le sein droit étant oublié, à une ponction à l'aiguille, qui ne ramène aucun liquide, à une kystographie. Suite à tous ces examens, le médecin annonce à sa patiente que tout est normal. Elle revient le voir quelques mois plus tard, en catastrophe, après avoir constaté un renforcement à son sein gauche. Le médecin traitant procède alors à une nouvelle série d'examens: palpation qui révèle un nodule très dur, une diaphanoscopie qui révèle que la différence de transparence entre les deux seins s'est accrue, une thermographie qui révèle une hyperthermie significative dans une zone bien délimitée du sein gauche, une mammographie bilatérale qui révèle au sein gauche une image radiologiquement suspecte de malignité, une biopsie à l'aiguille qui révèle des lésions bénignes importantes. La demanderesse s'adresse finalement à un chirurgien qui fera une biopsie chirurgicale. On diagnostiquera alors une tumeur de 5 cm et deux ganglions d'affecter.

Appelé à juger de la conduite du médecin défendeur dans cette affaire, le tribunal devait conclure qu'en présence d'une masse palpable présentant des signes indirects de malignité, un médecin spécialiste, placé dans les mêmes circonstances, n'aurait pas retourné sa patiente chez elle en lui disant que tout était normal. Au contraire, il aurait poursuivi les examens nécessaires à l'établissement de son diagnostic. Ces examens existaient et étaient largement disponibles (autres radiographies, biopsie chirurgicale, consultation de pairs). En outre, au-delà de ce qui aurait pu être fait et ne l'a pas été, le tribunal fut d'avis que le médecin traitant avait fait preuve d'incompétence ou de manque de connaissance dans ce qu'il a fait, soit une mammographie incomplète, une mauvaise interprétation des résultats, des notes au dossier médical incomplètes, un échec technique de la kystographie, un examen clinique du sein en position debout. En outre, le tribunal exprima l'opinion que les moyens de défense sur les difficultés associées à l'examen clinique et radiographique du sein chez une femme préménopausée au sein plus dense et atteinte de dysplasie renforcent plutôt l'obligation faite au médecin prudent et diligent de recourir aux moyens techniques disponibles (biopsie) pour écarter la possibilité d'un cancer. Sur la base des résultats obtenus, il se devait de poursuivre l'investigation.

De cette analyse des sept cas de jurisprudence recensés au cours de la période 1990-1996 et mettant en évidence une faute d'omission quant à l'établissement du diagnostic, on constate que les tribunaux sont relativement exigeants quant aux moyens qui doivent être pris pour établir un bon diagnostic. Dès lors que des doutes raisonnables subsistent à la suite d'un examen clinique adéquat quant à la nature du problème de santé que présente une personne, le médecin est tenu de dissiper ces doutes. Ne pas le faire, comme l'illustrent les cas cités précédemment, peut avoir des conséquences tragiques pour le patient.

Par ailleurs, j'aimerais porter à votre attention deux éléments nouveaux, soit d'un part, la publication du rapport annuel de l'ACPM pour l'année 1996 et, d'autre part, la publication d'un article fort intéressant dans The New York Times Magazine qui définit les nouvelles orientations que l'on est en train de prendre aux États-Unis en ce qui concerne les erreurs commises par les médecins dans le cadre de leur pratique.

En ce qui concerne le rapport annuel de l'Association canadienne de protection médicale, il importe de prendre connaissance de la Préface du Président. Il souligne que les indemnités et les règlements pour faute professionnelle atteignent de nouveaux sommets, que le coût de la protection des médecins pour responsabilité civile monte en flèche. Il souligne également que pour de nombreux membres, le coût de la protection pour faute professionnelle est désormais au-delà de leur capacité de payer, à moins que les pouvoirs publics ne continuent à verser des remboursements considérables.

Pour le président de l'ACPM, la seule solution, c'est de mettre à la disposition des médecins davantage d'argent pour leur permettre de respecter leurs obligations en matière de protection contre les poursuites pour faute professionnelle, soit en modifiant le barème des cotisations, soit en continuant à verser des subventions toujours plus considérables. Par ailleurs, selon lui, les gouvernements doivent procéder à un examen critique des moyens qui permettraient de réduire le montant des poursuites et des règlements.

Sur la base de ces propos, on peut se demander s'il ne point pas à l'horizon une nouvelle crise en ce qui concerne le coût de la couverture contre d'éventuelles poursuites judiciaires en responsabilité médicale. En fait, il n'y a rien de rassurant dans les propos du Président de l'ACPM. La situation semble hors contrôle. Si rien n'est fait, les coûts de couverture continueront d'augmenter, le système de santé devant en supporter une grande partie. Par ailleurs, rien dans le rapport annuel n'incite les médecins à ne pas pratiquer une

médecine défensive ou à les rassurer sur l'essor du phénomène des poursuites en responsabilité médicale.

En 1996, l'ACPM aura versé plus de 100 000 000\$ en indemnités à des victimes d'erreur médicale et il en aura coûté plus de 60 000 000\$ en frais juridiques. Les cotisations des membres ont atteint 216 000 000\$ en 1996. C'est près d'un quart de milliard de dollars que les médecins canadiens doivent consacrer annuellement pour se protéger contre d'éventuelles poursuites et d'éventuelles condamnations les obligeant à verser des dommages-intérêts à des victimes d'erreurs médicales. Le Tableau I illustre la progression des cotisations des membres de l'ACPM au cours des cinq dernières années. En 1996, les médecins canadiens ont dû versé 62 000 000\$ de plus qu'en 1992 à ce chapitre.

<b>Tableau I</b>				
<b>Cotisations des membres</b>				
1992	1993	1994	1995	1996
154 047 000\$	170 409 000\$	170 444 000\$	180 588 000\$	216 290 000\$

Le Tableau II montre l'évolution du «membership» au sein de l'ACPM. On observe que, depuis 1994, le membership s'est stabilisé, voire a quelque peu régressé. Cela se traduit pas moins de membres qui doivent payer plus cher leur adhésion annuelle à l'ACPM.

<b>Tableau II</b>				
<b>Nombre de membres</b>				
1992	1993	1994	1995	1996
55 189	56 236	56 799	56 516	56 517

Le Tableau III présente le coût moyen de la cotisation versée par les membres de l'ACPM à leur Association au cours des cinq dernières années. On observe qu'en moyenne, les membres de l'ACPM ont payé 1000\$ de plus en 1996 qu'en 1992. Ceci représente une augmentation de l'ordre de 37%, ce qui dépasse largement l'inflation enregistrée durant cette période.

<b>Tableau III</b>				
<b>Coût moyen de la cotisation par membre</b>				
1992	1993	1994	1995	1996
2791\$	3030\$	3000\$	3 195\$	3 826\$

Par ailleurs, je vous incite à lire l'article intitulé «How Can We Save the Next Victim» écrit par Lisa Belkin, paru dans The New York Times Magazine du 15 juin dernier. Cet article fait état d'une nouvelle tendance qui se développe aux États-Unis en ce qui concerne la gestion globale de l'erreur médicale ou des accidents iatrogéniques. Cette approche me semble des plus saines. La philosophie qui la sous-tend m'apparaît celle que l'on devrait adopter ici même au Québec en ce qui concerne la gestion des accidents iatrogéniques. Il faut davantage voir la question des accidents iatrogéniques comme une problématique de santé publique qu'une affaire d'assurance.

La profession médicale doit prendre ses responsabilités en cette matière. En ce qui me concerne, la résolution de l'impasse dans laquelle nous nous trouvons aujourd'hui passe, non pas d'abord et avant tout, comme semble le suggérer l'ACPM, par une réduction du montant des indemnités que les victimes devraient recevoir, mais par une meilleure gestion du bassin potentiel d'accidents iatrogéniques et thérapeutiques reliés à la pratique médicale. De façon concrète, cela signifie:

1. que l'on crée au Québec notre propre système de couverture des risques de poursuite en matière de responsabilité médicale et que l'on maintienne des statistiques sur l'expérience en cette matière ici même au Québec;
2. que les données recueillies à la suite d'un accident iatrogénique ou thérapeutique, qu'il y ait ou non poursuite, soient analysées non pas par des assureurs et des avocats uniquement, mais également et surtout par des médecins spécialistes (on pourrait ici faire appel à l'expertise des médecins prématurément mis à la retraite pour faire l'analyse des cas d'accidents) dont le mandat serait de rechercher non pas un coupable ou un responsable, mais la cause réelle d'un accident afin d'éviter sa répétition, ce qui implique une diffusion des résultats de l'examen du cas;
3. que l'on investisse davantage, en prélevant un montant approprié dans les cotisations du nouveau régime de protection, dans les processus d'évaluation de l'acte médical et qu'une meilleure concertation existe entre les centres hospitaliers dans ce domaine.

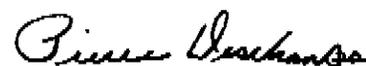
À l'heure actuelle, la volonté de procéder à de tels changements n'existe pas. La profession médicale et les fédérations qui les regroupent ne peuvent s'entendre sur les actions à prendre pour le futur. L'attachement des médecins à l'ACPM constitue un obstacle majeur à la réforme du présent système. Par ailleurs, l'incapacité des dirigeants des fédérations à présenter un projet solide mine les possibilités de réforme.

Une solution possible pour dénouer l'impasse consisterait à ce que le Collège des médecins suive l'exemple du Barreau du Québec, de la Chambre de notaires, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec notamment et à crée un régime d'assurance-responsabilité professionnelle provincial comme le lui permet la loi.

De toute évidence, si l'on ne réforme pas le système actuel d'indemnisation des victimes d'accidents iatrogéniques et si l'on ne change pas radicalement nos façons de faire, les problèmes reliés à la survenance d'accidents iatrogéniques dans le cadre de la pratique médicale continueront de s'accroître et à engendrer des coûts dont on ne saura contrôler la progression.

J'espère que ces commentaires additionnels répondent à vos attentes et sauront mieux orienter vos recommandations.

Veillez agréer, cher docteur Bonin, l'expression de ma considération distinguée.



Pierre Deschamps

## ANNEXE 2

### La pertinence des examens de laboratoire

#### INTRODUCTION

Devant le phénomène de surutilisation et de prescription non appropriée d'examens de laboratoire, plusieurs stratégies ont été utilisées pour essayer de modifier le comportement des médecins prescripteurs. Afin de faciliter l'étude de ces stratégies et de pouvoir dégager des recommandations à leur sujet, il est utile de les regrouper ou de les classer.

Ces stratégies peuvent être simples ou complexes. Les stratégies simples sont celles qui constituent les approches de base, les stratégies complexes étant des combinaisons de ces approches. Les stratégies simples peuvent à leur tour être regroupées selon leur mécanisme d'action et ainsi représenter quatre types d'interventions : éducation, rétroaction (feed-back), incitatifs financiers et interventions administratives.

#### Interventions éducatives:

Les interventions éducatives font référence ici au transfert de connaissances en vue de changer le comportement des médecins par rapport à la prescription d'examens de laboratoire. Ce transfert se fait notamment à travers des lectures, des discussions, la diffusion des coûts en général des tests de laboratoire, la dissémination de guides de pratique clinique, de protocoles. Ces interventions comprennent également des systèmes d'aide à la décision comme les algorithmes, les modèles diagnostiques basés sur des probabilités, que ces systèmes soient électroniques ou autres.

La littérature démontre que les interventions éducatives seules produisent peu d'effet durable sur le comportement des médecins.

#### Rétroaction (feed-back) :

La rétroaction consiste ici à transmettre une information à un médecin ou à un groupe de médecins par rapport à son ou à leur comportement en matière d'utilisation des examens de laboratoire. Cette rétroaction peut être passive, c'est-à-dire qu'elle ne consiste qu'à transmettre une information sur ce comportement, ou être active, c'est-à-dire qu'à la première, on ajoute une évaluation du comportement observé et cela, peu importe le véhicule utilisé. Cette évaluation peut consister soit en des commentaires ou des conseils au sujet de ce comportement par rapport à l'état des connaissances sur des conditions cliniques spécifiques, soit sur le profil d'utilisation par rapport au comportement de pairs.

L'objet de la rétroaction peut porter sur la prescription de tests spécifiques ou d'ensemble de tests spécifiques pour une condition donnée ou sur les coûts des tests prescrits. Cette rétroaction peut être faite à un médecin individuellement ou à un groupe de médecins.

L'efficacité de la rétroaction pour changer le comportement d'un médecin de façon durable varie selon les aspects décrits plus haut et selon les études. Cependant, les probabilités d'avoir une rétroaction efficace sont d'autant plus grandes que la rétroaction est active, individuelle et en rapport avec l'état des connaissances, ce qui ne signifie pas que les autres façons de faire soient totalement inefficaces. En outre, il se pourrait que l'utilisation de profils de pratique soit plus efficace parce que ceux-ci ne s'appuient pas sur des règles rigides et laissent place à des exceptions dans les décisions cliniques, en particulier lorsque les profils portent sur les coûts.

Enfin, plus l'intervention sera continue dans le temps, plus l'effet sera durable. Une rétroaction ponctuelle sans suite risque de ne changer les comportements que pour une brève période avec un retour rapide à la situation antérieure.

#### Incidatifs financiers :

Par ce type d'interventions, les médecins reçoivent une récompense financière pour leur changement de comportement en rapport avec la prescription de tests de laboratoire. Étant donné que la littérature rapporte des résultats mitigés quant à l'efficacité de ce type d'intervention, ce moyen ne semble pas très prometteur. Cependant, certains croient que le partage de risques financiers associés à une surutilisation des examens de laboratoire pourrait être une approche plus efficace.

#### Interventions administratives :

Les interventions administratives peuvent prendre plusieurs formes. Il peut s'agir d'une justification verbale ou écrite pour certains tests, de protocoles, de règles de soins ou d'utilisation de ressources comme par exemple, celles en regard des examens de routine, de changements dans le formulaire de demande d'examens, comme une diminution de la liste des examens inscrits sur le formulaire, le rationnement qui limite le nombre de tests qui peut être demandé dans une journée pour un même patient pour éviter la répétition de tests non nécessaires.

Bien que ce type d'interventions soit perçu comme une contrainte non nécessaire et comme l'approche la moins acceptable par les médecins, la littérature rapporte que c'est le moyen le plus efficace pour diminuer sans effet néfaste la surutilisation des tests de laboratoire. Dans la préparation et la mise en oeuvre de ces interventions, les médecins de laboratoire devraient jouer un rôle de leader en collaboration avec le comité exécutif du CMDP et le DSP, ce qui pourrait contribuer à rendre cette approche plus acceptable par les médecins. En outre, comme toute approche qui cherche à

changer un comportement, il doit y avoir une continuité dans le processus pour obtenir un effet durable.

## **DISCUSSION**

L'analyse de l'utilisation de différentes approches prises individuellement et de leur efficacité pour modifier le comportement des médecins pour la prescription d'examens de laboratoire a été faite.

Ce qui se dégage de la littérature consultée est qu'aucune des stratégies prise seule, donc aucune stratégie dite simple, ne constitue une panacée pour modifier de façon durable le comportement des médecins pour l'utilisation des examens de laboratoire bien que certaines, comme nous l'avons vu, se soient avérées plus efficaces que d'autres.

Cependant, l'utilisation de stratégies complexes semble offrir un bien meilleur potentiel de succès. Compte tenu que l'objectif recherché est d'améliorer la pertinence dans l'utilisation des tests de laboratoire, tant pour la prescription non appropriée de tests que pour l'absence de prescription lorsqu'un test est indiqué, des stratégies complexes qui combindraient les interventions suivantes ou certaines d'entre elles pourraient présenter une approche efficace :

- des stratégies éducatives qui, même si elles semblent peu efficaces lorsque employées seules, pourraient s'avérer intéressantes lorsque combinées à d'autres types d'interventions parce qu'en s'appuyant sur l'état des connaissances, elles pourraient agir à la fois sur la surutilisation et la sous-utilisation des examens de laboratoire ;
- la rétroaction active, individuelle et en rapport avec l'état des connaissances, ce qui peut inclure des stratégies éducatives même si le point de départ est à partir des tests prescrits, ou à partir de profils de pratique, notamment par rapport aux coûts des examens ;
- les interventions administratives, en particulier celles qui forcent le médecin à garder à jour ses connaissances comme la justification de la prescription de certains tests, les protocoles, les règles de soins ou d'utilisation de ressources et la limitation des tests inscrits sur les formulaires de demande.

Dans l'élaboration et l'application de telles stratégies, certaines conditions doivent être rencontrées. Parmi celles-ci, il est important de comprendre la psychologie des prescripteurs, comme la tolérance au risque, le jugement clinique, la conscience d'être un fort prescripteur ou non.

Une deuxième condition de succès, en particulier en regard des interventions éducatives, c'est l'implication de leaders. Les leaders identifiés dans la littérature si on transpose cela au Québec, sont en général les chefs de département ou de service clinique, les directeurs des services professionnels et les présidents de CMDP. Pour avoir une influence sur des collègues dans l'amélioration de la qualité, les leaders doivent s'impliquer personnellement et être soumis à un stimulus externe, comme un programme de revue d'utilisation par les pairs par exemple.

Enfin, une troisième condition de succès est la durée des interventions. Comme nous l'avons dit précédemment pour la rétroaction, des interventions se perpétuant sur plusieurs années seront plus efficaces pour entraîner des changements durables de comportement. Une intervention ponctuelle sans suite entraînera un changement de comportement éphémère avec un retour rapide à la situation antérieure après l'arrêt de l'intervention.

Dans tout le processus qui mène à l'application de telles stratégies, en particulier pour les interventions éducatives et la rétroaction, les médecins de laboratoire peuvent et doivent jouer un rôle capital. Ils le feront tantôt en exerçant un leadership auprès de l'ensemble de leurs collègues, tantôt en agissant de façon proactive comme consultant auprès des mêmes collègues mais sur une base individuelle. À cette fin, il faudrait que la formation de base des médecins de laboratoire, en particulier en ce qui concerne la pertinence et le rationnel des examens de laboratoire, les prépare à jouer ces rôles de leader, incluant celui de chef de service ou de département, et de consultant.

## ANNEXE 3

### Critères d'agrément de l'EMC

- Critère 1 : L'unité d'EMC doit avoir un énoncé écrit de ses objectifs, de ses buts, de ses fonctions principales et de sa population cible. Cet énoncé doit être approuvé officiellement par la faculté de médecine.
- Critère 2 : L'unité d'EMC doit avoir des ressources suffisantes et avoir mise en place une structure administrative lui permettant de mener à bien ses objectifs et ses buts, ainsi que les objectifs d'apprentissage des activités de formation.
- Critère 3 : L'unité d'EMC doit avoir un programme de recherche et de développement.
- Critère 4 : L'unité d'EMC doit avoir mis sur pied un programme de perfectionnement professionnel à l'intention des membres de comités, des directeurs scientifiques et des personnes-ressources.
- Critère 5 : L'unité d'EMC doit avoir mis en place un système d'identification et d'analyse des besoins éducatifs, réels ou ressentis, des individus ou des groupes de sa population cible.
- Critère 6 : Les systèmes d'identification des besoins et d'attribution des ressources doivent inclure un mécanisme de coordination pour établir un ordre de priorité parmi les besoins identifiés. Ce mécanisme doit tenir compte des objectifs, des buts et des fonctions principales de l'unité d'EMC.
- Critère 7 : Des représentants de la population cible doivent être impliqués dans l'identification des besoins éducatifs.
- Critère 8 : L'unité d'EMC doit énoncer des objectifs éducatifs pour chaque activité de formation. Ces objectifs doivent s'appuyer sur des besoins éducatifs bien identifiés.
- Critère 9 : L'unité d'EMC doit développer et réaliser des activités de formation qui, par leur contenu et leur méthode, sont conformes aux objectifs définis et aux besoins de la population cible.
- Critère 10 : L'unité d'EMC doit évaluer l'efficacité de l'ensemble de son programme d'éducation médicale continue et de chacune de ses activités.

- Critère 11 : L'unité d'EMC doit reconnaître que la plupart des médecins ont recours à l'apprentissage autogéré et elle doit s'efforcer de les aider à acquérir les habiletés nécessaires à cet apprentissage, en les incitant à prendre des initiatives, en leur facilitant l'accès aux ressources nécessaires et en leur offrant un choix de cours et d'autres activités d'éducation médicale continue.
- Critère 12 : L'unité d'EMC doit avoir adopté une politique la guidant dans ses relations avec l'industrie.
- Critère 13 : L'unité d'EMC doit avoir un mécanisme d'enregistrement des présences et (ou) des réalisations des participants, et être capable de leur fournir régulièrement un rapport.
- Critère 14 : L'unité d'EMC doit s'assurer, lorsqu'elle parraine des activités de formation d'organismes non agréés, qu'elles sont conformes aux critères d'agrément. Il doit être démontré, documents à l'appui, que l'unité d'EMC participe à part entière à la planification, à la réalisation et à l'évaluation de chaque activité ainsi parrainée. Les politiques appliquées à de telles activités doivent être en accord avec celles qui sont appliquées lorsque l'unité d'EMC assume elle-même l'entière responsabilité d'une activité.
- Critère 15 : Le personnel de l'unité d'EMC doit comprendre les principaux éléments des programmes MAINPRO ET MOCOMP de même que les critères d'agrément du Collège des médecins du Québec (lorsqu'applicables) et il doit s'assurer que les lignes directrices de ces organismes sont respectées lorsque des crédits sont attribués pour des activités d'EMC.

## ANNEXE 4

### Guides de pratique clinique

En médecine, l'expérience clinique, l'intuition, le bon sens et la consultation d'experts sont utilisés pour solutionner un bon nombre de problèmes cliniques. Cependant, sans mettre de côté l'expérience, le jugement individuel et l'intuition, la médecine fondée sur les données expérimentales, qui souligne d'abord l'importance des données tirées de la recherche clinique, exerce de plus en plus d'influence sur la pratique clinique.

Le défi du médecin, qui est concentré sur sa pratique, qui a des contraintes dues au nombre de patients qu'il voit, parfois au nombre d'établissements qu'il dessert, qui est confronté à une abondante littérature scientifique dont la qualité est variable et qui ne répond pas toujours aux critères méthodologiques, est de maintenir sa compétence dans un tel contexte, de suivre les dernières découvertes scientifiques et de transformer la science en quelque chose de pratique pour le patient. Et les guides de pratique clinique (GPC) peuvent constituer un moyen pour aider le médecin à relever ce défi.

#### Définition de guides de pratique clinique

Les guides de pratique clinique sont des énoncés développés de façon systématique, c'est-à-dire suite à une démarche rigoureuse et structurée, pour aider le médecin et le patient dans leur décision quant aux soins appropriés pour des conditions cliniques spécifiques.

Les GPC rendent accessibles la connaissance sur un sujet donné de même que la qualité scientifique de cette connaissance en synthétisant et en diffusant l'information disponible. Ils ne constituent pas des normes ni des règles de soins, mais ils aident le médecin qui s'en inspire dans sa démarche avec le patient. Ils ne restreignent pas l'autonomie du médecin quant à sa liberté thérapeutique car ils reconnaissent la possibilité de cas exceptionnels et l'importance de traiter chaque patient comme un individu ayant une histoire et des besoins particuliers. Ils ne se substituent pas au jugement individuel.

Ce faisant, les GPC peuvent contribuer à améliorer la qualité des soins, en particulier leur pertinence, l'évaluation de la qualité et la formation médicale. Bien qu'ils puissent permettre des économies en favorisant une utilisation plus efficace des ressources, ils ne sont pas conçus dans une perspective d'économie dans la prestation des soins.

## Développement des guides de pratique clinique

Comme mentionné dans la définition des GPC, leur développement doit se faire de façon rigoureuse et structurée et il comporte plusieurs étapes qui forment un cycle. Cependant, selon qu'il s'agisse de nouveaux guides ou de guides existants, les sujets peuvent entrer dans le cycle à n'importe laquelle des étapes.

On peut identifier huit étapes dans le processus de développement des GPC : le choix des sujets, la cueillette de l'information, la validation de l'information, l'élaboration des GPC, leur validation, leur implantation, le monitoring des résultats et l'évaluation et la révision des GPC. Pour que les guides soient efficaces, c'est-à-dire qu'ils donnent les résultats escomptés, certaines conditions doivent être rencontrées à chaque étape du développement.

### 1. Le choix des sujets

Compte tenu des objectifs poursuivis par le développement des GPC, du temps, de l'énergie et des coûts que requiert leur confection et le nombre important de sujets susceptibles de faire l'objet d'un GPC, il est nécessaire d'établir des priorités dans le choix des sujets. À cette fin, il est nécessaire d'identifier et de compiler des critères explicites, c'est-à-dire clairement exprimés, pour éviter que le choix des sujets soit laissé seulement au jugement implicite des membres d'une organisation qui développe de tels guides. Au Québec, il n'y a pas d'organisme ayant l'exclusivité du développement des GPC. En conséquence, les critères varieront selon l'organisme compte tenu de sa mission et des objectifs qu'il poursuit en élaborant des GPC. À titre d'exemple, le Collège des médecins du Québec, qui a comme mission de protéger le public, notamment en s'assurant de la compétence de ses membres, aura des critères différents de ceux d'une fédération médicale qui veille aux intérêts de ses membres. C'est ainsi qu'un critère important pour le Collège pourra être la mise en évidence de problèmes dans la pratique des médecins lors de l'inspection professionnelle.

Outre l'identification et la compilation de critères de priorisation des sujets, il est également nécessaire que chaque organisme adopte un mécanisme de sélection pour procéder au choix des sujets à partir des critères préalablement retenus. Plusieurs mécanismes sont également possibles : cotation des sujets à partir des critères retenus, méthode Delphi, technique nominale de groupe...

### 2. La cueillette de l'information

Idéalement, l'information devrait être fondée sur des preuves scientifiques à partir de la recherche clinique. Cependant, une faible proportion des procédures utilisées en médecine a été validée par des études cliniques.

Une autre source d'information, en particulier pour les nouvelles procédures ou celles n'ayant pas été validées par de la recherche clinique, est l'opinion d'experts.

Enfin, plusieurs organismes qui développent des GPC combinent l'approche fondée sur des preuves scientifiques et l'opinion d'experts comme source d'information.

### 3. La validation de l'information

Que ce soit pour développer un nouveau GPC ou pour réviser un guide existant, il est de la première importance d'évaluer la qualité de l'information utilisée pour déterminer quelles pratiques produisent les meilleurs résultats cliniques.

Quand c'est possible, l'information devrait provenir de données tirées de la recherche clinique. La méthode et les critères ayant servi à évaluer la qualité de ces données doivent alors faire partie intégrante des GPC de même que la qualité des preuves fournies par chacune des études sur lesquelles sont fondées les recommandations. À cet effet, le Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique a adopté une démarche analytique de même que des critères pour évaluer les résultats scientifiques des recherches ou la qualité des preuves que l'on retrouve dans les publications. Les preuves de meilleure qualité sont celles obtenues dans le cadre d'essais comparatifs convenablement randomisés.

Si l'information provient d'opinions d'experts, ces opinions et le processus qui a conduit aux recommandations doivent être explicités dans le GPC pour que les utilisateurs du GPC puissent savoir que le guide est basé sur des opinions d'experts.

Il est à noter que les deux approches, l'évidence scientifique et l'opinion d'experts, ne sont pas mutuellement exclusives. L'utilisateur doit cependant savoir quelle partie du GPC est fondée sur l'évidence scientifique et laquelle s'appuie sur des opinions d'experts.

### 4. L'élaboration des GPC

Les GPC doivent être écrits de façon à formuler des recommandations claires aux médecins. À cet effet, le Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique a développé une classification où il lie la fermeté des recommandations avec la qualité des preuves tirées de la recherche clinique. Peu importe la façon de faire, les GPC doivent toujours comprendre les fondements logiques dont ils s'inspirent de même que la méthodologie suivie pour les produire.

Les GPC ne doivent pas être rédigés comme une norme, mais de façon à permettre une certaine flexibilité pour tenir compte des cas exceptionnels ou des situations particulières.

## 5. La validation des GPC

Une fois les GPC élaborés, ils doivent être revus avant leur publication et leur dissémination par des pairs experts pour une vérification de la validité scientifique et clinique. Ces pairs doivent analyser non seulement les GPC, mais également les documents de soutien.

Cette étape de validation peut également comprendre un pré-test par des cliniciens afin d'améliorer le document.

Cette étape s'applique tant aux guides en révision qu'aux nouveaux guides.

## 6. L'implantation

Comme le premier but poursuivi par le développement de GPC est l'amélioration de la qualité des soins aux patients, il est important d'analyser leur mécanisme d'action et comment peuvent être évalués leurs impacts afin d'identifier des stratégies d'implantation efficaces.

On considère en général que les GPC donnent des résultats s'ils parviennent à modifier les différentes étapes à franchir pour obtenir de meilleurs résultats de santé chez les patients. C'est ainsi qu'ils seront un succès s'ils améliorent les connaissances des cliniciens, s'ils modifient les attitudes de ces derniers en les amenant à accepter les recommandations formulées dans les GPC et s'ils engendrent des changements durables des profils de pratique des cliniciens en conformité avec les GPC.

Idéalement, le succès des GPC devrait se mesurer par l'atteinte de meilleurs résultats de santé chez les patients. Cependant, compte tenu de la complexité d'une telle évaluation, on considère que les GPC sont un succès s'ils parviennent à agir sur une des trois étapes précitées, en particulier s'ils provoquent des changements de comportement chez les cliniciens. C'est pourquoi la phase d'implantation est cruciale et elle doit être planifiée au moment de l'élaboration des GPC.

Il y a consensus dans la littérature à l'effet que la publication des GPC, si elle permet d'améliorer les connaissances des cliniciens et peut modifier leur attitude, ne peut seule modifier leur comportement. Il y a donc d'autres facteurs que la connaissance de l'efficacité d'une intervention qui influencent les décisions des cliniciens. Ce sont notamment les caractéristiques personnelles des médecins et des patients, les attentes de ces derniers, l'opinion des pairs, la

tradition, l'organisation des services et les incitatifs notamment financiers. En conséquence, les stratégies d'implantation des GPC devraient agir sur ces facteurs.

Il est reconnu que les stratégies devraient se fonder sur une approche incitative et d'adhésion volontaire des médecins aux GPC plutôt que sur une approche coercitive et punitive.

Si la publication seule est peu efficace, en revanche la diffusion des GPC par le biais de l'éducation médicale continue et surtout par des interventions éducatives spécifiques, en particulier par des organismes crédibles comme les CMDP ou par des leaders locaux, donneraient de meilleurs résultats pour changer des comportements. Cela tient au fait que les médecins sont plus enclins à changer leur pratique quand ils perçoivent les nouvelles données comme ce qui est plus adéquat pour fournir les soins les plus appropriés que comme simplement une nouvelle information. Enfin, la disponibilité et l'accessibilité rapide des GPC par le biais de l'informatique, en particulier dans le cadre d'une programmation qui permet au clinicien de les jumeler avec l'histoire clinique de ses patients comme peut le permettre une carte à puce, favorise les changements de comportement des cliniciens et la compliance aux GPC.

Outre la diffusion des GPC aux médecins, l'éducation des patients par le biais de programmes de sensibilisation pourrait aussi faciliter la compliance aux GPC.

Cependant, cette diffusion des GPC doit être couplée à d'autres stratégies pour en augmenter l'efficacité. À cet effet, la rétroaction sur le comportement des cliniciens par rapport à un défaut de compliance aux recommandations des GPC pour un problème clinique spécifique semble donner de bons résultats pour changer les comportements. Cette rétroaction peut, exceptionnellement, se faire à un niveau macro. On doit alors prévoir au moment du développement du GPC comment l'information sera collectée et à partir de quelle source de données.

Cependant, là où la rétroaction est la plus efficace, c'est lorsqu'elle se fait sur une base individuelle ou à un petit groupe de médecins, par exemple les membres d'un service dans un établissement. Elle prend en général la forme d'un profil de pratique qui est alors comparé aux recommandations d'un GPC sur un problème spécifique. Ces profils peuvent être préparés par des archivistes et acheminés aux médecins et aux chefs de départements concernés ou aux membres des comités d'évaluation médicale pour discussion avec les médecins concernés.

Les incitatifs financiers peuvent également avoir un impact important pour changer des comportements. Cependant, l'utilisation d'une telle stratégie doit répondre à un certain encadrement.

L'utilisation d'incitatifs financiers ne serait pas un problème s'il existait une certitude que les recommandations contenues dans les GPC permettent d'assurer des soins optimaux à tous les patients. Malheureusement, ce n'est pas le cas et cela, pour plusieurs raisons.

Premièrement, les données scientifiques ne peuvent définir les soins optimaux avec certitude.

Deuxièmement, les processus d'analyse des données scientifiques et des opinions d'experts demeurent imparfaits.

Troisièmement, tous les patients ne sont pas uniformes. Ce qui peut être bon pour l'ensemble des patients pris comme un tout, comme ce qui est défini dans les GPC, peut ne pas être approprié pour un patient donné. En effet, l'histoire médicale du patient, la présence d'une comorbidité, des circonstances particulières, les préférences des patients, les réponses des patients aux traitements qui peuvent être variables peuvent faire en sorte que les recommandations d'un GPC ne s'appliquent pas ou ne sont pas souhaitables. Et cela, seul le clinicien peut l'apprécier.

Pour ces raisons, la prudence est de mise dans l'utilisation d'incitatifs financiers pour assurer la compliance des cliniciens aux GPC. De sorte que de tels incitatifs ne devraient être réservés que pour les GPC qui nécessitent d'être suivis parce que leur qualité scientifique et clinique est grande, c'est-à-dire pour ceux qui s'appuient sur des preuves scientifiques et l'opinion d'experts de grande qualité, dont les recommandations reposent sur des données scientifiques et qui sont applicables en clinique.

En outre, s'il était décidé d'utiliser des incitatifs financiers pour amener les cliniciens à se conformer aux recommandations des GPC, ils ne devraient pas s'appliquer directement aux patients individuels comme, par exemple, le fait de recevoir une partie de l'économie réalisée en ne demandant pas un test de laboratoire, car ils peuvent trop influencer négativement la qualité des soins. On doit plutôt utiliser des incitatifs financiers qui s'appliquent de façon plus macro comme une tarification plus élevée pour les procédures prouvées scientifiquement efficaces ou encore des primes pour l'atteinte de certains objectifs de santé en conformité avec des recommandations de GPC, par exemple, certaines pratiques préventives.

## 7. Le monitoring des résultats

Il s'agit ici de résultats à un niveau macro pour évaluer l'efficacité des GPC, c'est-à-dire s'ils sont suivis. Un exemple d'un tel monitoring est celui que le Conseil d'évaluation des technologies de la santé a fait concernant les opacifiants en radiologie.

Dès l'élaboration des GPC, on doit prévoir cette étape, identifier les informations qui seront requises, les modalités selon lesquelles elles seront obtenues et par qui. Sur ce dernier point, ça peut être un ou des organismes autres que celui qui a développé le GPC.

## 8. L'évaluation et la révision des GPC

Cette étape est de la plus haute importance étant donné que les GPC ont comme objectif d'améliorer la qualité des soins et que les connaissances évoluent en particulier avec l'apparition de nouvelles technologies.

L'évaluation et la révision des GPC doivent être périodiques, mais l'échéancier peut varier selon les sujets et l'évolution des connaissances. L'organisme qui en sera responsable doit être identifié dès le développement des GPC. En général, il est recommandé que l'organisme qui a élaboré les GPC soit responsable d'en faire l'évaluation et la révision.

Compte tenu que le développement d'un GPC est un processus complexe et qu'il nécessite différentes expertises, il est probable que plusieurs organismes doivent être mis à contribution à chaque fois qu'un GPC sera développé ou révisé. Il est donc essentiel qu'un organisme en assure la coordination. Depuis, compte tenu que les GPC doivent s'appuyer sur des données scientifiques et sur l'opinion d'experts, qu'ils doivent être de haute qualité, qu'ils doivent s'appliquer à tous les médecins concernés, que leur développement exige beaucoup de ressources, il est recommandé que le développement des GPC se fasse au niveau provincial plutôt que local. En outre, comme l'objectif poursuivi est d'améliorer la qualité des soins, cette responsabilité ne doit pas être assumée par une agence gouvernementale ni par un organisme qui pourrait être en conflit d'intérêt. La crédibilité de l'organisme revêt une grande importance pour assurer une acceptation des recommandations par les cliniciens et la compliance à ces dernières.

### Considérations diverses

Trois aspects sont considérés sous la présente rubrique : ce sont des considérations légales, éthiques et économiques.

#### 1. Aspect légal

Comme mentionné antérieurement, les GPC ont comme premier objectif d'améliorer la qualité des soins et ils constituent des guides et non des normes strictes. Ils doivent donc être rédigés de façon à permettre aux cliniciens une adhésion volontaire et de tenir compte des particularités de chaque patient.

Cependant, selon Daniel Jutras, « the possibility that clinical practice guidelines could be used to determine what is wrongful conduct in the legal sense is obvious...<sup>1</sup> ». « In general, a physician will not be found liable if it is established that his or her behaviour was in accordance with what could be expected of a reasonable physician in the same circumstances. In setting that standard, judges give great weight to commonly accepted practices, unless those practices are demonstrably unreasonable...<sup>2</sup> ». Toutefois, toujours selon Jutras, « practice guidelines will not be viewed as the expression of the legal standard of care unless they describe what is perceived as reasonable medical care by health care providers (acceptance by the medical community) and by jurists (identity of the medical and the legal norm). Assuming that practice guidelines satisfied these two conditions they would become a crucial element in malpractice litigation<sup>3</sup> ».

On ne peut donc affirmer de façon générale que les GPC auront un effet protecteur ou nuisible pour un médecin qui aurait respecté les recommandations d'un GPC et qui serait poursuivi pour négligence. En conséquence, le développement de GPC ne devrait pas avoir pour objectif de diminuer les poursuites légales ni laisser entendre qu'ils peuvent avoir un tel effet.

## 2. Aspect éthique

Il est de plus en plus reconnu aujourd'hui que le médecin a des obligations, dans les soins qu'il prodigue, non seulement envers son patient mais également envers la société compte tenu que les ressources sont limitées et qu'un mauvaise utilisation de ces dernières peut avoir un impact négatif et priver d'autres personnes de soins auxquels elles auraient droit.

Cependant, l'obligation première du médecin est envers son patient, et, dans tout conflit entre ces obligations, le médecin doit privilégier celle envers son patient. Tout en respectant les droits de ce dernier, le médecin doit s'assurer de prendre les décisions qui auront le moins d'impact négatif pour la société. Les GPC peuvent alors aider les cliniciens dans leurs décisions s'ils sont de haute qualité et bien formulées, mais ils ne remplacent pas le jugement du médecin.

## 3. Aspect économique

Des études ont rapporté la réalisation d'économies suite à l'implantation de GPC. Au Québec, il y a peu d'études sur l'impact économique des GPC.

Le Conseil d'évaluation des technologies de la santé, dans une étude sur les opacifiants en radiologie, proposait en 1990 un usage sélectif des opacifiants à

---

<sup>1</sup> Jutras D. : Clinical practice guidelines as legal norms. CMAJ 1993; 148 (6) : p. 905

<sup>2</sup> Idem p. 906

<sup>3</sup> Idem p. 907

basse osmolarité (OBO) tout comme l'avait fait le Collège des médecins dans un guide publié en 1988 et mis à jour en 1991. Une évaluation faite en 1994 des impacts économiques d'une telle approche révélait que « les dépenses en opacifiant sont plus de 50 % inférieures à ce que coûterait un usage systématique des OBO<sup>4</sup> ». Cette étude portait sur trois années, soit de 1990-1991 à 1992-1993 inclusivement.

Par contre, on ne peut pas négliger le fait que, dans certains cas, les GPC peuvent contribuer à générer des coûts étant donné qu'ils peuvent amener des médecins à prodiguer à leurs patients des soins pertinents qu'ils ne leur auraient pas fournis sans les GPC.

### Situation au Québec

Au Québec, les organismes les plus impliqués dans le développement des GPC sont le Collège des médecins et, depuis quelques années, le Conseil consultatif de pharmacologie. Ils en ont produits plusieurs et certains ont été révisés. Par contre, les médecins peuvent aussi compter sur les GPC faits par d'autres organismes au Québec, ailleurs au Canada et même aux États-Unis. D'ailleurs, des répertoires de ces GPC sont publiés et certains de ces GPC sont accessibles par le réseau Internet.

Cependant, conformément à ce qu'on retrouve dans la littérature, le problème principal semble se situer plus au niveau des stratégies d'implantation que du développement de GPC. En outre, comme le développement de GPC demande beaucoup d'argent, d'énergie et de temps, les membres du comité croient que les actions devraient prioritairement se concentrer sur la recherche de stratégies pour implanter les GPC existants.

---

<sup>4</sup> Jacob R. : Évaluation de l'influence et de l'impact des rapports du Conseil d'évaluation des technologies de la santé. Étude de cas. Document de travail. Octobre 1994, p. 37.



## Bibliographie

### Publications

1. *A report of a trilateral seminar held 27th august - 3rd september 1994. Changes in health needs and health services provision by 2005 (1995)*. The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 104p.
2. Abraham K.S. (1988). « Medical liability reform, A conceptual framework », *JAMA*, 260 (1): 68-72.
3. Alberta Medical Association (1995). « The CPG cycle - a tool that will move CPGs through to implementation », *The guideline*, 1(2): 2-3.
4. Amatayakul Margret (1995). « CPR definition becoming clearer », *Health Management Technology*, July 1995: 66,76.
5. Anderson F. A. et al.(1994). « Changing clinical practice - Prospective study of the impact of continuing medical education for venous thromboembolism », *Arch. of Int. Med.*, 154: 669-677.
6. Anderson G. (1993). « Implementing practice guidelines ». *CMAJ*, 148 (5): 753-755.
7. Association médicale canadienne (1992). *Proceedings of the Workshop on Clinical Practice Guidelines*, Ottawa, AMC, 51p.
8. Association médicale canadienne (1994). *Principes directeurs concernant les guides de pratique clinique au Canada*, Programme de la qualité des soins, Ottawa, AMC, 6p.
9. Axt-Adam P. et al. (1993). « Influencing behavior of physicians ordering laboratory tests: a literature study », *Medical Care*, 31 (9): 784-794.
10. Bareford D., Hayling A. (1990). « Inappropriate use of laboratory services: long term combined approach to modify request patterns », *BMJ*, Vol. 301: 1305-1307.
11. Basinski A.S.H. (1995). « Evaluation of clinical practice guidelines », *CMAJ*, 153 (11): 1575-1581.
12. Bass E.B. et al. (1995). « Do ophtalmologists, anesthesiologists, and internists agree about preoperative testing in healthy patients undergoing cataract surgery », *Arch. of Ophthalmol.*, Vol 113: 1248-1256.
13. Batista R.N., Hodge M.J. (1993). « Clinical practice guidelines: between science and art », *CMAJ*, 148(3): 385-389.
14. Batista R.N., Hodge M.J.(1995). « Setting priorities and selecting topics for clinical practice guidelines », *CMAJ*, 153(9): 1233-1237.
15. Batista R.N., Hodge M.J., Vineis P.(1995). « Medicine, practice and guidelines : the uneasy juncture of science and art », *J. Clin. Epidemiol.*, 48(7): 875-880.

16. Bell K.M. (1996). « Physician profiling: 12 critical points », *J Ambulatory Care Management*, 19(1): 81-85.
17. Benson J.A. (1995). « Why board certification came into being », *The Internist*, April 1995: 11-13.
18. Berwick D.M. (1994). « Eleven worthy aims for clinical leadership of health system reform », *JAMA*, 272 (10): 797-802.
19. Berwick D.M. (1996). « Harvesting knowledge from improvement », *JAMA*, 275 (11): 877-878.
20. Black E.R. et al. (1995). « Innovations in patient care: changing clinical practice and improving quality », *Journal on Quality Improvement*, 21(8): 376-393.
21. Blais R. (1989). « L'étude des variations géographiques: point de départ pour la réévaluation des services de santé, le phénomène, ses causes, ses implications », *L'Union médicale du Canada*, Nov-déc. 1989: 228-234.
22. Blais R. (1990). « L'étude des variations géographiques: point de départ pour la réévaluation des services de santé - Les stratégies d'action. » *L'Union médicale du Canada*, Jan-fév. 1990: 24-30.
23. Blais R. (1994). « Variations in the use of health care services: why are more studies needed? », *CMAJ*, 151 (12): 1701-1703.
24. Blais R. (1993) « Variations in surgical rates in Québec: does access to teaching hospitals make a difference? » *CMAJ*, 148 (10): 1729-1736.
25. Blumenthal D. (1994). « The variation phenomenon in 1994 », *N Engl J Med*, 331 (15): 1017-1018.
26. Boileau M. (1997). « L'informatique et la médecine ». *Le clinicien*, Février 1997:181-185.
27. Bovbjerg R.R. (1992). « Medical malpractice: folklore, facts and the future ». *Annals of Internal Medicine*, 117 (9): 788-789.
28. Bovbjerg R.R. et al. (1991). « Obstetric and malpractice - Evidence of the performance of a selection of no-fault system » *JAMA*, 265 (2): 2836-2843.
29. Boyle P., Framarin A., Nadeau D. (1995). *Utilisation systématique de certains examens diagnostiques en centre hospitalier*. Association des hôpitaux du Québec, Collection: Rapports et bilan. No 8, Montréal, AHQ, 143p.
30. Brand D.A. et al. (1995). « Medical practice profiling: concepts and caveats », *Medical Care Research and Review*, 52 (2): 223-251.
31. British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines (1995). « *Guideline update* ». 12: 1-4.
32. Brook R.H. (1989). « Practice guidelines and practicing medicine. Are they compatible? », *JAMA*, 262 ( 21): 3027-3030.

33. Brook R.H. et al. (1990). « Appropriateness of acute medical care for the elderly: an analysis of the literature », *Health Policy*, 14: 225-242.
34. Burke D.M. (1995). « Clinical laboratory consultation », *Clinical Chemistry*, 41 (8B): 1237-1240.
35. Burke D.M.(1995). « The future of clinical pathology, arbiter of quality and gatekeeper of laboratory resources », *Am. Journal of clinical pathology*, 103: 121-122.
36. Burrow G.N.(1993). « The clinical education of physicians for the 21 st century », *ACMC Forum*, Vol. XXVII, No. 1,2:1-6
37. Carter A.O. et al. (1996). « Physician prescribing practices: What do we know? Where do we go? How do we get there? », *CMAJ*, 154 (11): 1649-1653.
38. Cave D.G. (1994). « Analyzing the content of physicians' medical practices », *J. Ambulatory Care Manage*, 17(3): 15-36.
39. Cave D.G. (1995). « Profiling physician practice patterns using diagnostic episode clusters », *Medical Care*, 33 (5):463-486.
40. Chernew M. (1995). « HMO use of diagnostic tests: a review of the evidence », *Medical Care Research and Review*, 52 (2): 196-222.
41. Coast J. (1996). « Appropriateness versus efficiency: the economics of utilization review », *Health Policy*, 36: 69-81.
42. Collège des médecins du Québec (1995). *Aspects législatifs, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec*, Montréal, CMQ, 115p.
43. Collège des médecins du Québec (1997). « Application québécoise d'un modèle canadien pour la surveillance et l'amélioration de la performance des médecins en exercice », *Le Collège*, Vol. XXXVI: 24-27.
44. Commission d'accès à l'information (1996). *Avis relatif au projet pilote de carte santé mené dans la région de Rimouski*, Québec, CAI., 43p.
45. Committee on Improving the Patient Record. Division of Health Care Services. Institute of Medicine. *The computer-based patient record - An essential technology for health care* . Editors: Dick R.S., Steen E.B., Wasghington D.C., National Academy Press, 153p.
46. Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (1990). *Comparaison des opacifiants à basse osmolarité et à haute osmolarité*, Rapport principal, Montréal, CETS, 44p.
47. Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (1993). *Variations dans la fréquence des interventions chirurgicales par région du Québec*, Montréal, CETS, 59p.
48. Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (1995). *L'introduction de la cholécystectomie laparoscopique au Québec: effets sur les taux d'intervention et sur l'utilisation des ressources*, Montréal, CETS, 16p.

49. Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (1995). *Rapport d'activités, 1<sup>er</sup> avril 1994 au 31 mars 1995*, Montréal, CETS, 37p.
50. Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (1996). *Variations dans les taux d'amygdalectomies, d'adénoïdectomies et de myringotomies pratiquées au Québec*, Montréal, CETS, 28 p.
51. Conseil médical du Québec (1995). *Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter - La hiérarchisation des services médicaux*, Québec, CmQ, 47p.
52. Conway A.C. et al. (1995). « Partnering with physicians to achieve quality improvement », *Journal on Quality Improvement*, 21,(11): 619-626.
53. Corporation professionnelle des médecins du Québec (1991). *Guide d'utilisation des substances à faible osmolarité comme agent de contraste. Mise à jour*, Montréal, CPMQ, 19p.
54. Corporation professionnelle des médecins du Québec (1994). *La gestion de la qualité de l'exercice professionnel en établissement*, Montréal, CPMQ, 86 p.
55. Council on Scientific affairs (1991). « Educating physicians in home health care », *JAMA*, 265 (6): 769-771.
56. Crépeau P.-A., Deschamps P. (1988). *La responsabilité civile reliée à la prestation des soins de santé: perspectives et prospectives québécoises*. Dossier thématique, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 80p.
57. Davis D.A. et al. (1992). « Evidence for the effectiveness of CME, A review of 50 randomized controlled trials », *JAMA*, 268 (9): 1111-1117.
58. Davis, D.A. (1995). « Changing physician performance, a systematic review of the effect of continuing medical education strategies », *JAMA*, 268 (9): 700-705.
59. Detsky A.S.(1995). «Regional variation in medical care », *N Engl J Med*, 333 (9): 589-590.
60. Diehr P. (1984). « Small-area statistics: large statistical problems », *American Journal Public Health*, 74 (4): 313-314.
61. Donabedian A. (1980). « The definition of quality and approaches in its assessment », *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, Vol. I: 3-31.
62. Donabedian A. (1990). « The seven pillars of quality », *Arch. Pathol. Lab.*, 114: 1115-1118.
63. Eisenberg J.M. et al.(1989). « Substituting diagnostic services - New tests only partly replace older ones », *JAMA*, 262 (9): 1196-1200.
64. Ellenberger B. (1993). « Dalhousie's pediatric neurology group: « We throw rocks at our own glass house » », *CMAJ*, 149 (10): 1510-1515.

65. Entente relative à l'assurance-maladie et l'assurance-hospitalisation entre le ministre de la Santé et des Services Sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, MSSS.
66. Epstein A.M. (1996). « Use of diagnostic tests and therapeutic procedures in a changing health care environment », *JAMA*, 275 (15): 1197-1198.
67. Feely J. et al. (1990). « Hospital formularies: need for continuous interventions », *BMJ*, 300: 28-30.
68. Felch W., Scanlon D.M. (1997). « Bridging the gap between research and practice », *JAMA*, 277 (2): 155-156.
69. Feldman B.M. et al. (1995). « How should excess admission laboratory test utilization be curtailed? - Paediatricians' preferences », *Clin. Invest. Med.*, Vol. 18 (6): 502-509.
70. Ficklin F.L. et al. (1988). « Faculty and house staff members as role models », *Journal of Medical Education*, 63 (5):392-390.
71. Finocchio L.J. et al. (1995). « Professional competencies in the changing health care system: physicians' views on the importance and adequacy of formal training in the medical school », *Academic Medicine*, 70 (11): 1023-1028.
72. Fisher E.S. et al. (1994). « Hospital readmission rates for cohorts of Medicare beneficiaries in Boston and New Haven », *N Engl J Med*, 331 (15): 989-995.
73. Fletcher R.H., Fletcher S.W. (1992). « Has medicine outgrown physical diagnosis? », *Annals of Internal Medicine*, 117 (9): 786-787.
74. « FMOQ: non à la formation obligatoire », *L'Actualité médicale*, 9 avril 1997, p. 16.
75. « FMSQ: projet médical sur Internet », *Le médecin du Québec*, août 1996:1-3.
76. « Formation médicale continue, Les besoins exprimés par les omnipraticiens du Québec », *Le Médecin du Québec*, avril 1996: 16-21.
77. « Fournir aux médecins de l'information sur les médicaments », *Actualités AMC*, Vol 5, No 12, décembre 1995.
78. Fraser C., G Woodford F.P. (1987). « Strategies to modify the test requesting patterns of clinicians », *Ann. Clin. Biochem.*, 24:223-231.
79. Fromberg R. Ed. (1995). « Computer-based patient records », *Healthcare Financial Management*, July 1995: 46-56.
80. Garnick D.W. et al. (1994). « Focus on quality: profiling physicians' practice patterns », *J Ambulatory Care Manage.*, 17(3): 44-75.
81. Gellhorn A. (1991). « Periodic physician recredentialing », *JAMA*, 265 (6): 752-755.
82. Gentleman J.F. et al. (1994). « Taux élevés et faibles des interventions chirurgicales dans différentes divisions de recensement au Canada », *Rapports sur la santé, Statistique Canada*, 6 (4): 403-440.

83. GIVIO Investigators (1994). « Impact of follow-up testing on survival and health-related quality of life in breast cancer patients », *JAMA*, 271 (20): 1587-1592.
84. Glassman P.A. et al. (1996). « Physicians' personal malpractice experience are not related to defensive clinical practices », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Summer 1996, Vol. 21, No. 2: 219-239.
85. Goldfield N. (1994). « Profiling of health care professionals, quality improvement and ambulatory case mix systems: A commentary on the article by Douglas Cave », *J Ambulatory Care Manage.*, 17(3): 81-84.
86. Gostin L.O. et al. (1995). « Privacy and security of health information in the emerging health care », *Health Matrix: Journal of Law-Medicine*, 5 (1): 1-36.
87. Greco P.J., Eisenberg J.M. (1993). « Changing physicians' practices », *N Engl J Med*, 329 (17): 1271-1273.
88. Grimshaw, J.M., Russell I.T. (1993). « Effect of clinical guidelines on medical practice : a systematic review of rigorous evaluations », *The Lancet*, 342: 1317-1322.
89. Groopman D.S., Powers R.D. (1992). « Effect of 'Standard Order' selection on emergency department coagulation profile use », *Ann. Emerg. Med.*, Vol. 21:524-587.
90. Grossman R.M. (1983). « A review of physician cost-containment strategies for laboratory testing », *Medical Care*, 21 (8): 783-802.
91. Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique (1994). *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Ottawa, Santé Canada, 1136p.
92. Hayward R.S.A., Laupacis A. (1993). « Initiating, conducting and maintaining guidelines development programs », *CMAJ*, 148 (4): 507-512.
93. Health Services Research Group (1992). « Small-area variations: what are they and what do they mean? », *CMAJ*, 146 (4): 467-470.
94. Hodgkins M.L. (1995). « Are you ready for the computer-based patient record? », *J Ambulatory Care Management*, 18(3): 1-8.
95. Hunt D.D. et al. (1989). « Types of problem students encountered by clinical teachers on clerkships », *Medical Education*, 23: 14-18.
96. Hyams A.L. et al. (1996). « Medical practice guidelines in malpractice litigation: an early retrospective », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 21 (2): 289-313.
97. Jacob R. (1994). *Évaluation de l'influence et de l'impact des rapports du Conseil d'évaluation des technologies de la santé. Étude de cas*. Document de travail, MSSS, 44p.
98. Jacques C.H.M. et al. « Continuing medical education on diabetes by primary care physicians », *The Diabetes Educator*, 17 (4): 269-273.
99. Johnson. L., Ball. J. (1990). « Integrating practice guidelines with financial incentives », *QRB*, 16(2): 50-53.

100. Joly J.-G. (1981). « Impact budgétaire de la surconsommation d'analyses reliée au fonctionnement d'un multianalyseur », *L'Union Médicale du Canada*, Tome 110: 989-994.
101. Joly J.-G.(1982). « La rationalisation des coûts de laboratoire: l'importance du leadership médical éclairé », *L'Union Médicale du Canada*, Tome 111:167-172.
102. Jones G.F. (1992). « Education-based practice pattern analysis: a tool for continuous improvement of patient care quality », *American journal of medical quality*, 7 (4): 120-124.
103. Jutras D. (1993). « Clinical practice guidelines as legal norms », *CMAJ*, 148(6): 905-908.
104. Kassirer J.P. (1994). « The use and abuse of practice profile », *N Engl J Med*, 330 (9): 635-636.
105. Katz S.J. et al. (1996). « Comparing the use of diagnostic tests in Canadian and US hospitals », *Medical care*, 34 (2): 117-125.
106. Keller R.B. et al. (1990). « Informed inquiry into practice variations: the Maine Medical Assessment Foundation », *Quality Assurance in Health Care*, 2 (1): 69-75.
107. Kerr E.A. et al. (1995). « Managed care and capitation in California: How do physicians at financial risk control their own utilization? », *Ann Inter Med.*, 123: 500-504.
108. Kian L.A. et al. (1995). « Justifying the cost of a patient-based patient record », *Healthcare Financial Management*, July 1995: 58-66.
109. Kimball H.R. (1995). « Board certification in the 1990s », *The Internist*, April 1995: 11-13.
110. Kinney E.D. (1995). « Malpractice reforms in the 1990s: past disappointments, future success? », *Journal of Health Policy and Law*, Spring 1995, 20 (1): 99-135.
111. Klein M.C. et al.(1995). « Physician's beliefs and behaviour during a randomized controlled trial of episiotomy: consequences for women in their care », *CMAJ*, 153 (6): 769-779.
112. Klein R. (1994). « Can we restrict the health care menu? », *Health Policy*, 27 (2): 103-112.
113. Klingman D. et al. (1996). « Measuring defensive medicine using clinical scenario surveys », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Summer 1996, 21 (2): 185-217.
114. Kluge, Eike-Henner (1996). « Clinical practice guidelines and the law », *CMAJ*, 155(5): 574-576.
115. Knapp R.G. et al. (1987). « Computer instruction as part of a course on analytical medicine for first-year students », *Journal of Medical Education*, 62 (9); 771-774.
116. Korpman R.A. (1994). « Integrated patient-centered computing: operations optimization for the 21 st century », *Top Health Inform. Manage.*, 14(4): 11-23.

117. La Fédération des ordres des médecins du Canada (1994). *Modèle canadien pour le monitoring et l'amélioration de la performance des médecins en exercice* - Document d'orientation, FMOC, 7p.
118. Lane D.S. et al. (1991). « Effect of continuing medical education and cost reduction on physician compliance with mammography screening guidelines », *The Journal of Family Practice*, 33 (4): 359-368.
119. Lavis J.N., Anderson G.M. (1996). « Appropriateness in health care delivery: definitions, measurement and policy implications », *CMAJ*, 154 (3): 3:321-332.
120. Lazaro P., Fitch K. (1996). « From universalism to selectivity: is « appropriateness » the answer? », *Health Policy*, 36:261-272.
121. Leape, L. (1990). « Practice guidelines and standards: an overview », *QRB*, February 1990: 42-49.
122. Lennarson A. et al. (1995). « Putting knowledge about change into practice », *Journal on Quality improvement*, 21 (7): 319-332.
123. Lepage R. et al. (1984). « Surconsommation d'analyses: la responsabilité du laboratoire », *L'Union médicale du Canada*, tome 113: 526-532.
124. Leurquin P., Van Costeren V. et De Maeseneer J. (1995). « Use of blood tests in general practice - A collaborative study in eight european countries », *British Journal of General Practice*, 45: 21-25.
125. Lexchin J. (1993). « Interactions between physicians and the pharmaceutical industry: What does the literature say? », *CMAJ*, 149 (10): 1401-1407.
126. Lindsey P.A., Newhouse J.P.(1990). « The cost and value of second surgical opinion programs: a critical review of the literature », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Fall 1990, 15 (3): 543-570.
127. Lock C. (1996). « What value do computers provide to NHS hospitals », *BMJ*, 312: 1407-1410.
128. Lomas J. (1990). « Quality assurance and effectiveness in health care: an overview », *Quality Assurance in Health Care*, 2 (1): 5-12.
129. Lomas J. et al. (1989). « Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians », *N Engl J Med*, 321 (19): 1306-1311.
130. Manning P.R. et al. (1987). « The Past, Present and Future of continuing medical education », *JAMA*, 258 (24): 3542-3546.
131. Martin A.R. et al. (1980). « A trial of two strategies to modify the test-ordering behavior of medical residents », *N Engl J Med*, 303 (25): 1330-1336.
132. « Mc Gill et les nouvelles technologies: prudence », *L'Actualité médicale*, 9 avril 1997, p. 12.

133. Mc Pherson K. et al. (1982). « Small-area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New-England, England and Norway », *N Engl J Med*, 307 (21): 1310-1314.
134. McAfee R.E. (1987). « The Hospital "Surgical Signature" », *JAMA*, 257 (7): 972.
135. McAuley R.G., Henderson W.H. (1984). « Results of the peer assessment program of the College of physicians and surgeons of Ontario », *CMAJ*, 131: 557-561.
136. McClennan B.L., Herlihy C.S. (1995). « The continuing competence needs of physicians: a survey of the medical specialty societies », *AJR*, 165: 789-795.
137. Medical Society of the state of New York (1989). « Position paper of the Medical Society of the state of New York on physician recredentialing », *New York State Journal of Medicine*, April 1989: 222.
138. Mendelson D.N. et al. (1996). « The anatomy of on line information for physicians », *CMAJ*, 155 (6): 665-674.
139. Mittman B.S., Siu A.L. (1992). *Changing provider behavior: applying research on outcomes and effectiveness in health care. The Baxter Health Policy Review. In Improving Health Policy and Management. Nine Critical Research Issues for the 1990s.* Edited by Stephen M. Snortell and Uwe P. Reinhardt, Ann Arbor, Health Administration Press, 505p.
140. Montoya D.R. (1996). « Impact of feedback on ankle X-ray utilization patterns in a group of full-time emergency physicians », *Annals RCPSC*, 29 (7):407-410.
141. Neumann P.J. et al. (1996). « Potential savings from using information technology applications in health care in the United States », *Intl. J. of Technology Assessment in Health Care*, 12:3: 425-435.
142. Newcomer L.N. (1995). « Joining managed care plans - Is board certification a necessity? », *The Internist*, April 1995: 6-7.
143. OCDE. (1990). *Les systèmes de santé. À la recherche d'efficacité, Études de politiques sociales No 7*, Paris, OCDE, 214p.
144. Oxman A.D. (1993). « Coordination of guidelines development », *CMAJ*, 148(8): 1285-1288.
145. Oxman A.D. et al. (1995). « No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice », *CMAJ*, 153 (10): 1423-1431.
146. Palmer H.R. et al. (1996). « Leadership for quality improvement in group practices », *Medical Care*, 34 (9): ss40-ss51.
147. Payne T.H. et al. (1992). « The ambulatory medical record project at Group Health Cooperative: What did a decade of experience teach us? », *J. Ambulatory Care Manage.*, 15 (3): 44-54.
148. Pilote L. et al. (1995). « Regional variation across the United States in the management of acute myocardial infarction », *N Engl J Med*, 333 (9): 565-578.

149. Posavac E.J. (1995). « Program quality and program effectiveness: A review of evaluations of programs to reduce excessive medical diagnostic testing », *Evaluation and Program Planning*, 18 (1): 1-11.
150. Prichard J. Robert S. (1990). *La responsabilité et l'indemnisation dans les soins de santé. Rapport présenté à la Conférence des sous-ministres de la Santé de l'Étude fédérale-provinciale-territoriale sur les problèmes de la responsabilité et de l'indemnisation dans le secteur des soins de santé*, Toronto, University of Toronto, 76 p.
151. Régie de l'assurance-maladie du Québec (1992). *Le comité de révision des médecins spécialistes (abrégé)*, Québec, RAMQ, 13p.
152. Régie de l'assurance-maladie du Québec. (1995). *Statistiques annuelles 1994*, Québec, RAMQ. 306p.
153. Régie de l'assurance-maladie du Québec (1996). *Évaluation du projet québécois d'expérimentation de la carte santé à microprocesseur*, Sainte-Foy, RAMQ. 141p.
154. Reuler J.B., Nardone D.A. (1994). « Role modeling in medical education », *West J Med*, 160:335-337.
155. Rhéault S. et al. (1996). *Synthèse des études réalisées sur la rémunération des médecins, plus particulièrement au Québec et au Canada et suggestion de certaines pistes de recherche*, Québec, MSSS, 46 p.
156. Robinson M.B. (1994). « Evaluation of medical audit », *J Epidemiol Community Health*, 48:435-440.
157. Rosner F. et al. (1994). « Remedial medical education », *Arch Intern Med*, Vol 154: 274-279.
158. Rosselli Del Turco M. et al. (1994). « Intensive diagnostic follow-up after treatment of primary breast cancer », *JAMA*, 271 (20): 1593-1597.
159. Salama S. et al. (1996). « A multidisciplinary hospital-based antimicrobial use program: impact on hospital pharmacy expenditure and drug use », *Can. Infect. Dis.*, 7 (2): 104-109.
160. Salem-Schatz SR et al. (1990). « Influence of clinical knowledge, organizational context and practice style on transfusions decision making - Implications for practice change strategies », *JAMA*, 264 (4): 476-483.
161. Schulz K.F. (1995). « Unbiased research and the human spirit: the challenge of randomized controlled trials », *CMAJ*, 153 (6): 783-786.
162. Schuster B.L., Haggerty R.J. (1994). « Faculty-agents of change », *Journal of General Internal Medicine*, 9: suppl. S50-S55.
163. Service de l'éducation médicale continue (1996). « La formation continue et le maintien de la compétence des professionnels », *Le Collège*, Vol XXXVI, no 3: 25-28.

164. *Services de santé et services sociaux, Collection Lois et Règlements, Judico*. 1993-94, 8<sup>ème</sup> édition, Montréal, Wilson et Lafleur. 1363 p.
165. Servis K.W., Ferarra E.P. (1996). « The New-York state task force on clinical practice guidelines and medical technology assessment », *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations Journal*, 22 (2): 134-140.
166. Shapiro et al. (1993). « Containing costs while improving quality of care: the role of profiling and practice guidelines », *Annu. Rev. Publ. Health.*, 14: 219-241.
167. Sharpe V.A., Faden A.I. (1996). « Appropriateness in patient care: a new framework », *The Millbank Quartely*, 74:115-138.
168. Shin J.H. et al. (1993). « Effect of problem-based, self-directed undergraduate education on life-long learning », *CMAJ*, 148 (6): 969-976.
169. Simpson R.L. (1991). « Computer-based patient records, Part II:IOM's 12 requisites », *Nursing Management*, Vol. 22, No 11, 26-28.
170. Simpson R.L. (1991). « Computer-based patient records: Part 1: The Institute of Medicine's Vision », *Nursing Management*, Vol. 22, No 10, 24-26.
171. Slawson D.C. et al. (1994). « Becoming a medical information master:- Feeling good about not knowing everything », *The Journal of Family Practice*, Vol. 38, No 5: 505-513.
172. Slotnick H.B. (1996). « How doctors learn: the role of clinical problems accross the medical school-to-practice continuum », *Academic Medicine*, 71 (1): 28-34.
173. Smith R. (1992). « Where is the wisdom? », *BMJ*, 303:798-799.
174. Smith R. (1996). « What clinical information do doctors need? », *BMJ*, 313:1062-1068.
175. Sommerville M.A. (1993). « Ethics in clinical practice guidelines », *CMAJ*, 148 ( 7): 1133-1137.
176. Soumerai S.B. et al. (1993). « A controlled trial of educationnal outreach to improve blood transfusion practice », *JAMA*, 270 (8) :961-966.
177. Squires B.P. (1992). « La recherche de la qualité commence à la faculté de médecine », *CMAJ*, 146 (8): 1295-1296.
178. Steen E.B., Detmer D.E. (1991). « A vision for future patient records », *Journal of AMRA/sept. 1991*, 62 (9): 48-54.
179. Stiel I.G. et al. (1997). « Variation in emergency department use of cervical spine radiography for alert, stable trauma patient », *CMAJ*, 156 (11): 1537-1544.
180. Tucker A.M. et al. (1996). « Profiling primary care physician resource use: Examining the application of case mix adjustment », *J Ambulatory Care Manage.*, 19(1): 60-80.
181. Ugnat A.M., Naylor C.D. (1994). « Regionalized delivery and variable utilization of coronary artery bypass grafting in Ontario from 1981 to 1991 », *CMAJ*, 151(10): 575-580.

182. Valenstein P. (1996). « Managing physician use of laboratory tests », *Clinics in Laboratory Medicine*, 16 (3): 749-771.
183. Van der Lei J. et al. (1993). « Response of general practitioners to computer-generated critiques of hypertension therapy », *Meth Inform Med.*, 32: 146-53.
184. Van Harrison R. et al. (1990). « The association between community physician's attendance at a medical center's CME courses and their patient referrals to the medical center », *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, Vol. 10: 315-320.
185. Vayda E. (1973). « A comparison of surgical rates in Canada and in England and Wales », *N Engl J Med*, 289 (23): 1224-1229.
186. Vayda E. et al. (1984). « Five-year study of surgical rates in Ontario's counties. », *CMAJ*, 131: 111-115.
187. Verrilli D., Welch G. (1996). « The impact of diagnostic testing on therapeutic interventions », *JAMA*, 275 (15): 1189-1191.
188. Wachtel T.J., O'Sullivan P. (1990). « Practice guidelines to reduce testing in the hospital », *Journal of General Internal Medicine*, 5: 335-341.
189. Welch H.G. et al. (1994). « Physician profiling - An analysis of inpatient practice patterns in Florida and Oregon », *N Engl J Med*, 330 (9): 607-612.
190. Wenberg J.E. (1986). « Which rate is right », *N Engl J Med*, 314 (5): 310-311.
191. Wenberg J.E. et al. (1982). « Professional uncertainty and the problem of supplier-induced demand », *Soc. Sci. Med.*, 16: 811-824.
192. Wennberg, D.E. et al. (1996). « The association between local diagnostic testing intensity and invasive cardiac procedure », *JAMA*, 275 (15): 1161-1164.
193. White J.L., Ball J. (1990). « Integrating practice guidelines with financial incentives », *QRB/*Feb. 1990:50-53.
194. Wickizer T.M. et al. (1989). « Does utilisation review reduce unnecessary hospital care and contain costs? », *Medical Care*, 27 (6): 632-647.
195. Winkens R.A. et al. (1996). « Effects of routine individual feedback over nine years on general practitioner's requests for tests », *BMJ*, 312:490.
196. Wong E.T. (1995). « Improving laboratory testing: can we get physicians to focus on outcome ? », *Clin. Chem.*, 41 (8B): 1241-1247.
197. Woolf, Steven H. (1990). « Practice guidelines: a new reality in medicine I.- Recent developments », *Arch. Intern. Med.*, 150: 1811-1818.
198. Woolf, Steven H. (1992). « Practice guidelines: a new reality in medicine II.-Methods of developing guidelines », *Arch. Intern. Med.*, 152 : 946-952.
199. Woolf, Steven H. (1993). « Practice guidelines: a new reality in medicine III- Impact on patient care », *Arch. Intern. Med.*, 153: 2646-2655.

200. Wright J.C. et al. (1995). « Variation in orthopedic surgeon' s perception of the indications for and outcomes of knee replacement », *CMAJ*, 152 (5): 687-697.

### **Autres documents**

1. Beaulieu M.-D. (1997). « Les tests diagnostiques: comment s'y retrouver? », Texte pour le cours MMD 2134, faculté de médecine de l'université de Montréal, 27p.
2. Bhérier Luc, Lettre à la ministre de la Santé et des Services Sociaux, madame Lucienne Robillard, 22 juin 1994
3. Comité directeur sur les laboratoires, Groupe 4, Pertinence des examens de laboratoire (1997), *Méthodologie*, MSSS.
4. Deschamps P. (1997). Pratique médicale et responsabilité médicale, Texte de présentation au Conseil médical du Québec, 12 p.
5. Gendron R., Lagassé P., Prud'homme D., Turcotte F.(1991). *Les normes médicales applicables à l'embauche des agents de la sûreté du Québec et des corps de police municipaux, Rapport du groupe de travail au ministère de la Sécurité publique*, 92p.
6. Turcotte F. (1996). *Les examens médicaux liés à l'emploi et imposés par règlement: un programme de services complémentaires qu'il faut abandonner*, Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales, Février 1996, 43p.

## LES PUBLICATIONS DU CONSEIL

### 93-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1994-1995 à 1996-1997, septembre 1993

### 94-01

Avis sur le modèle de projection : Offre et demande de services médicaux, juin 1994

### 94-02

Avis sur la place des diplômés hors Canada et États-Unis dans le contexte de l'accès aux services médicaux, décembre 1994

### 94-03

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1995-1996 à 1997-1998, décembre 1994

### 94-04

Avis sur les études de pertinence dans la dispensation des procédures diagnostiques et thérapeutiques,

Revue de littérature sur les études de pertinence des procédures diagnostiques et thérapeutiques, décembre 1994

### 95-01

Avis sur l'intégration professionnelle des diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis, mars 1995

### 95-02

Avis sur la répartition géo-graphique des effectifs médicaux - Tome 1 - Les plans d'effectifs médicaux, juin 1995

### 95-03

Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter - La hiérarchisation des services médicaux, juin 1995

### 95-04

Avis sur la notion de requis au point de vue médical et sur les services médicaux assurés, décembre 1995

### 96-01

Avis sur la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1996-1997 à 1998-1999, janvier 1996

### 96-02

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1<sup>re</sup> ligne lié à l'inscription de la population, septembre 1996

## **96-03**

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1997-1998 à 1999-2000, décembre 1996

## **97-01**

Avis sur le projet de Plan de répartition de l'effectif médical 1997-2000

### **Rapports d'activités :**

1993-1994, 1994-1995,  
1995-1996, 1996-1997

### **Autres :**

- Vue d'ensemble des propositions du Conseil médical du Québec pour l'édification d'un système de soins de santé et de services médicaux efficient
- Réactions commentaires du Conseil médical du Québec sur le document de travail : la gestion des effectifs médicaux au Québec, septembre 1995
- Rapport du Président du Comité de réflexion sur les coûts socioéconomiques des deuils non résolus et de l'acharnement thérapeutique, janvier 1995



Gouvernement du Québec  
**Conseil médical  
du Québec**