



Unité Conjointe d'évaluation des technologies de la santé
Joint Technology Assessment Unit (TAU)



Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
McGill University Health Centre (MUHC)

VERSION FINALE

Unité conjointe d'évaluation des technologies de la santé *Rapport annuel*

Avril 2006 - Avril 2007

Unité conjointe d'évaluation des technologies de la santé - CUSM/CHUM
Joint Technology Assessment Unit - CUSM/CHUM
687, avenue des Pins Ouest, Pavillon Ross, bureau R4.14 Montréal (Québec) H3A 1A1
Téléphone : 514-934-1934, poste 36564 Télécopieur : 514-843-1493
www.mcgill.ca/tau/

AVERTISSEMENT IMPORTANT

En novembre 2006, le Centre Universitaire de Santé McGill (CUSM)

et

le Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

ont conclu un accord visant à créer un nouvelle organisation,

**l'Unité conjointe d'évaluation des technologies de la
santé (l'UET - CUSM/CHUM)**

En plus de cette nouvelle unité, la première unité d'évaluation des technologies de la santé du CUSM continue d'exister afin de terminer les projets entrepris.

Le présent rapport couvre les activités des deux unités, d'avril 2006 à
avril 2007

Énoncé de mission

Aider l'hôpital à prendre de difficiles décisions en matière d'allocation de ressources, en se basant sur des évaluations technologiques scientifiques solides et sur un processus décisionnel transparent et équitable. Conformément à son rôle au sein d'un centre de santé universitaire, l'UET-CUSM/CHUM publiera les résultats de ses recherches lorsque approprié et contribuera à la formation de personnel qualifié en évaluation des technologies de la santé.

Comité UET [CUSM] (avril 2006 - novembre 2006)

Juliana Arnoldo
Conseil multidisciplinaire

André Bonnici
Comité P&T

Pierre Ernst, M.D.
Épidémiologie clinique

Marilyn Kaplow
Gestion de la qualité

Gary Pekeles, M.D.
Pédiatrie

Gary Stoopler
Administration

Jeffrey Barkun, M.D.
Chirurgie

James Brophy, M.D., Ph.D.
Directeur - TAU

John Johnston
Comité des patients

Maurice McGregor, M.D.
Président - TAU

Judith Ritchie, Ph.D.
Conseil des infirmières

Donatella Tampieri, M.D.
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Comité conjoint UET-CUSM/CHUM

James Brophy, M.D. Ph.D.
Directeur - Unité conjointe d'ET

Maurice McGregor, M.D.
Président - Unité conjointe d'ET

(Membres du CUSM)
Juliana Arnoldo
Conseil multidisciplinaire

André Bonnici
Comité P&T

John Johnston
Comité des patients

Marilyn Kaplow
Gestion de la qualité

Gary Pekeles, M.D.
Pédiatrie

Judith Ritchie, Ph.D.
Conseil des infirmières

Gary Stoopler
Administration

(Membres du CHUM)
Luc Amendola
Représentant des pharmaciens du CM.DP

Marie-Dominique Beaulieu, M.D.
Représentante de la direction générale

Jean-Sébastien Billiard, M.D.
Représentant des médecins du CM.DP

Sylvie Décarie
Représentante des soins infirmiers

Jean-Marie Dumesnil
Représentant des patients

Pierrette Gervais
Administration

Georges Kasparian
Conseil multidisciplinaire

Personnel

L'effectif de l'Unité conjointe d'ET est présentement composé de deux adjoints de recherche à temps plein, de deux chercheurs scientifiques à temps partiel, d'un expert-conseil (CHUM) et d'une adjointe administrative et de recherche.

Nom	Poste
Carmen Victoria Atwood	Adjointe de recherche (CUSM)
D ^r James Brophy	Directeur
D ^{re} Nandini Dendukuri	Chercheur scientifique (CUSM)
D ^r Lonny James Erickson,	Chercheur scientifique (CUSM)
D ^r Alain Lapointe	Consultant (CHUM)
D ^r Maurice McGregor	Expert-conseil (président)
Lorraine Mines	Agente administrative
D ^r Mouhcine Nassef	Adjoint de recherche (CHUM)

Vania Costa

Nous tenons à souligner l'immense contribution de M^{me} Vania Costa, membre du personnel. Vania a été membre de notre unité presque depuis le début et a accompli un travail d'une qualité exceptionnelle au cours des cinq années qu'elle a passées avec nous. Vania a quitté notre équipe en avril 2007 pour relever un nouveau défi au sein d'un groupe de recherche en milieu hospitalier à Toronto, Canada. Bonne chance, Vania!

Rapports UET (avril 2006-avril 2007)

REMARQUE : Les membres de l'Unité conjointe d'ET (ci-après appelés « les auteurs ») assurent la recherche liée aux projets et rédigent les rapports préliminaires. Ils sont aidés par des experts-conseils nommés pour chacun des projets. Les rapports préliminaires sont ensuite diffusés, examinés, modifiés, puis approuvés par l'ensemble du comité directeur, dont les membres deviennent les auteurs du rapport final. Au cours de la dernière année, les sept rapports ci-dessous ont été approuvés :

NEEDLESTICK (AIGUILLES)

<i>Demandeur :</i>	Mise à jour d'un rapport précédent de l'UET
<i>Titre :</i>	Le Centre Universitaire de santé McGill devrait-il utiliser des dispositifs de sécurité pour réduire les piqûres accidentelles avec des aiguilles associées aux infusions intravasculaires? Mise à jour du rapport de juillet 2002.
<i>Date de publication :</i>	23 mai 2006
<i>Auteur(s):</i>	Vania Costa, M.Sc. – Adjointe de recherche et épidémiologiste – UET Maurice McGregor, M.D. - Cardiologie
<i>Experts-conseils :</i>	Marc Deschênes, directeur, Unité d'hépatologie. CUSM Katherine DeFalco, agente de normalisation, gestion du matériel. CUSM Richard Lalonde, directeur, Unité des maladies infectieuses. CUSM Filomena Pietrangelo, Division de la santé et de la sécurité au travail. CUSM
<i>Membre additionnel :</i>	Jane Chambers-Evans (présidente du comité d'éthique du CUSM).
<i>Contexte :</i>	Dans cette mise à jour du premier rapport <i>Needlestick</i> , nous avons réexaminé la question dans le but de trouver tout nouveau renseignement devenu disponible depuis le premier rapport et d'en estimer les effets sur l'efficacité et les coûts d'une politique contemporaine visant à introduire l'utilisation de tels dispositifs de sécurité.
<i>Recommandation(s) :</i>	<ol style="list-style-type: none">1) Il serait préférable de consacrer une fraction des dépenses envisagées (environ 137 000 \$) à l'éducation afin de réduire <i>toutes</i> les piqûres accidentelles par des aiguilles. Le fait que les blessures soient toujours dues à une disposition inadéquate des objets pointus et que seulement 93 % des travailleurs de la santé soient présentement immunisés contre la HB indique que ceux-ci doivent être mieux informés.2) L'effet négatif le plus important des piqûres accidentelles par des aiguilles dans les conditions qui prévalent présentement au CUSM est la crainte de l'infection. Une compréhension générale de la faiblesse de ce risque aiderait grandement à réduire la crainte ressentie par les travailleurs de la santé qui sont blessés.3) Ces dispositifs de sécurité devraient être envisagés pour tous les secteurs où l'incidence de patients porteurs de ces infections est élevée, comme la clinique de VIH (où ils sont déjà utilisés).4) Ce type de question devrait être tranchée au niveau provincial plutôt que par chaque hôpital. En conséquence, il est recommandé que le CUSM renvoie ce problème aux autorités compétentes.5) Toutefois, d'ici à ce que le ministère décide d'en financer l'utilisation, le coût de substitution de l'introduction de ces dispositifs de sécurité est trop élevé par rapport aux bienfaits obtenus. <p>En conséquence, une conversion générale à ces dispositifs de sécurité dans l'ensemble de l'établissement n'est pas recommandée pour le moment.</p>

MITOXANTRONE

<i>Demandeur :</i>	Mise à jour d'un rapport antérieur de l'UET.
<i>Titre :</i>	Le recours à la mitoxantrone dans le traitement de patients atteints de sclérose en plaques. Mise à jour du rapport de novembre 2002.
<i>Date de publication :</i>	23 mai 2006
<i>Auteur(s) :</i>	Vania Costa, M.Sc. – Adjointe de recherche et épidémiologiste – UET James Brophy, M.D., Ph.D. – Cardiologie et épidémiologie clinique Maurice McGregor, M.D. – Cardiologie
<i>Experts-conseils :</i>	Yves Lapierre, M.D. Chef, clinique de sclérose en plaques. M. Stanley Hum (Unité de recherche clinique et clinique de sclérose en plaques, Institut neurologique de Montréal)
<i>Contexte :</i>	Il fallait vérifier s'il existait de nouvelles preuves de l'efficacité et de l'innocuité du médicament qui justifieraient une modification des recommandations précédentes.
<i>Recommandation(s) :</i>	Depuis le dernier rapport, aucune nouvelle preuve de bienfait thérapeutique chez des patients atteints de SP n'a été trouvée. Par ailleurs, il y a de nouvelles preuves de cardiotoxicité, même à des doses relativement faibles. Les rapports de bienfaits thérapeutiques dans les formes agressives de SP rémittente ou de SP secondaire progressive sont suffisamment prometteurs pour justifier la poursuite de l'étude au CUSM dans le contexte d'une collecte de données d'observation de phase IV. Le traitement ne devrait être commencé qu'après une discussion approfondie avec les patients sur les bienfaits limités à escompter, l'absence de connaissances sur la durée de ces effets et l'incidence d'effets indésirables graves. Compte tenu du récent avertissement de la FDA, il est recommandé d'obtenir un consentement éclairé signé. L'utilisation subséquente d'autres médicaments cardiotoxiques, comme la cyclophosphamide, devrait aussi être accompagnée d'un contrôle cardiaque. On suggère de faire connaître le contenu de ce rapport aux médecins traitants afin de décourager le recours au traitement à la mitoxantrone, sauf dans les cas qui sont les plus susceptibles d'en tirer des bienfaits. Le CUSM ne devrait pas autoriser de hausse du nombre de patients au-dessus du présent seuil de 20 par année.

HER2

<i>Demandeur :</i>	D ^{re} Françoise Chagnon, directrice des services professionnels (CUSM)
<i>Titre :</i>	Dépistage des cancers mammaires HER2-positifs : analyse du coût-efficacité
<i>Date de publication :</i>	15 mai 2006
<i>Auteur(s) :</i>	Nandini Dendukuri, chercheur scientifique (Unité conjointe d'ET) James Brophy, M.D. Ph.D. – Cardiologie et épidémiologie clinique
<i>Experts-conseils :</i>	D ^r Karim Khetani – Département de pathologie (CUSM)
<i>Contexte :</i>	Les nouveaux protocoles d'admissibilité à la chimiothérapie pour le cancer du sein exigent des marqueurs tumoraux comme le HER et le FISH. Il faut connaître la sensibilité et la spécificité des marqueurs tumoraux. On demande de présenter des recommandations quant aux essais sur les marqueurs tumoraux qui doivent être fournis au CUSM.
<i>Recommandation(s) :</i>	Il est recommandé de faire passer à toutes les femmes chez qui l'on a découvert un cancer du sein une épreuve IHC et, pour celles qui ont des résultats de 2+ et 3+, des épreuves FISH pour confirmer leur état HER2-positif.

Temps d'attente n°1

<i>Demandeur :</i>	D ^r Arthur Porter, directeur exécutif du CUSM.
--------------------	---

Titre : Temps d'attente au CUSM. I. Visualisation diagnostique, remplacement d'articulations, soins aux personnes atteintes de cancer, restauration de la vue et soins cardiaques

Date de publication : **22 septembre 2006**

Auteur(s) : Lonny Erickson, chercheure scientifique – Unité conjointe d'ET
Maurice McGregor, M.D. - Cardiologie

Contexte : Ce rapport est le premier d'une série entreprise à la demande du directeur général du CUSM afin de déterminer le temps que doivent attendre les patients du CUSM avant de subir des épreuves et des interventions, et de recommander des mesures à prendre pour réduire les délais d'attente lorsqu'ils sont excessifs. Le rapport évalue les délais d'attente dans les cinq domaines problématiques déterminés par les premiers ministres provinciaux du Canada.

Recommandation(s) : La conformité aux points de repère de temps d'attente pour les soins d'urgence a été satisfaisante dans toutes les disciplines examinées. Pour les interventions électives, les temps d'attente pour les chirurgies de la cataracte sont maintenant de <7 jours. Toutefois, l'accès à cette intervention est bloqué par le délai d'environ 24 semaines pour consulter un ophtalmologiste. De même, les coronarographies ou les pontages coronariens électifs ont lieu dans les six semaines de la demande. Mais le temps nécessaire pour obtenir un rendez-vous avec un cardiologue avant d'amorcer ces procédures peut aller de 7 à 32 semaines, et le temps nécessaire pour subir un Holter, un ECG d'effort ou une échographie d'effort peut varier de 7 à 58 semaines. Les temps d'attente pour une arthroplastie peuvent être de 1 à 2 ans. Bien que les hôpitaux ne soient pas en mesure d'éliminer seuls ces goulots d'étranglement, les établissements peuvent jouer leur rôle en déterminant les causes de chaque obstruction en définissant les solutions qui seront les plus efficaces et en estimant leur coût. Ces questions seront abordées dans des rapports subséquents.

Temps d'attente n° 2

Demandeur : Dr Arthur Porter, directeur exécutif du CUSM.

Titre : Temps d'attente au CUSM. 2. Certaines divisions des départements de médecine et de chirurgie. Supplément au rapport n° 26, Temps d'attente au CUSM. I.

Date de publication : **20 septembre 2006**

Auteur(s) : Lonny Erickson, chercheure scientifique – UET
Maurice McGregor, M.D. – Cardiologie

Contexte : Le présent document est la suite du rapport précédent. Nous évaluons le temps que doivent attendre des patients adultes avant d'obtenir des consultations et de subir des interventions dans différentes spécialités des départements de médecine et de chirurgie du CUSM.

Conclusions : Des temps d'attente qui montrent la restriction de la circulation des patients et entraînent une réduction significative de l'accès des patients aux soins de santé ont été constatés dans cinq divisions du département de médecine. Des temps d'attente limites ont été constatés dans le département de chirurgie générale.
En conséquence, l'UET incitera ces départements à repérer les causes spécifiques des temps d'attente excessifs.

SEPTICÉMIE (drotrecogin alfa)

Demandeur : Mise à jour d'un rapport informel (avril 2003) entrepris par l'UET.

Titre : La drotrecogin alfa (activée) dans le traitement de la septicémie grave.

Date de publication : **19 mars 2007**

Auteur(s) : James Brophy, M.D., Ph.D. – Cardiologie et épidémiologie clinique
Vania Costa, M.Sc. – Adjointe de recherche/épidémiologiste – UET

Experts-conseils : Dr Peter Goldberg – Directeur – Unité de soins intensifs, CUSM
Dr Jean-Gilles Guimond – Unité de soins intensifs, CHUM

Contexte : En avril 2003, l'Unité d'évaluation des technologies de la santé (UET) du CUSM a rédigé un rapport informel sur l'utilisation de la drotrecogin alfa (activée) chez les patients

atteints de septicémie grave pour qui cette utilisation n'était pas recommandée. Compte tenu des dernières publications et de l'augmentation progressive de l'utilisation de la drotrecogin alfa au CUSM, l'UET a mis à jour son évaluation en y intégrant tous les faits les plus récents.

Recommandation(s): Compte tenu de l'incertitude des bienfaits cliniques, des faits démontrant l'augmentation du risque d'hémorragie grave et de son coût d'acquisition élevée, la l'UET recommande de ne pas utiliser la drotrecogin alfa de façon régulière chez les patients adultes atteints de septicémie grave au CUSM et au CHUM. La totalité des faits indiquent que les politiques actuelles du CUSM et du CHUM, qui recommandent de restreindre l'utilisation de ce médicament aux patients atteints d'une septicémie grave qui sont le plus à risque, est la plus appropriée. Les présentes mesures cliniques visant à assurer une utilisation maximale du médicament doivent être maintenues. L'UET a aussi conclu qu'il n'y a présentement aucune indication pédiatrique pour la drotrecogin alfa.

Systeme informatisé pour la chirurgie de remplacement du genou

Demandeur : M. Gary Stoopler, directeur administratif du CUSM

Titre : L'utilisation de systèmes pour chirurgies assistées par ordinateur dans les arthroplasties totales du genou.

Date de publication : **19 mars 2007**

Auteur(s): James Brophy, M.D., Ph.D. – Cardiologie et épidémiologie clinique
Vania Costa, M.Sc. – Adjointe de recherche/épidémiologiste – UET

Expert-conseil : Dr Eric Lenczner, chirurgien orthopédique, CUSM

Contexte : En juillet 2006, M. Gary Stoopler, directeur administratif du CUSM, a demandé une évaluation du système pour chirurgie assistée par ordinateur Navitrack® dans les arthroplasties totales du genou.

Recommandation(s) : Aucun fait convaincant ne montre de résultat clinique amélioré avec les systèmes de navigation assistés par ordinateur dans les arthroplasties totales du genou. Toutefois, les experts croient que cette technologie est susceptible de réduire la malposition chez certains patients. Pour cette raison, il est recommandé de limiter le financement à quelques cas (au plus 40) par année pour les patients qui sont le plus à risque de malposition. Le CUSM et le CHUM pourront ainsi remplir leur rôle d'établissements d'enseignement.

Projets actuels de l'UET

NOUVEAUX PROJETS (en cours) et projets potentiels

1. Examen des temps d'attente dans les hôpitaux universitaires (CUSM et CHUM).
2. Perfusion à la machine pour les transplantations de reins.
3. Méta-analyse de la valeur prédictive de la tomographie assistée par ordinateur à faisceau d'électrons. Projet financé par l'ACMTS (autrefois l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé).
4. Remplacement percutané des valves cardiaques (projet potentiel).
5. Dépistage du peptide cérébral natriurétique B (BNP) chez les patients dyspnéiques au service d'urgence (projet potentiel).
6. La neuromodulation sacrée dans l'incontinence fécale.
7. La neuromodulation sacrée dans l'incontinence urinaire.
8. Méta-analyse et analyse de décision du test d'alternance des ondes T pour prédire le besoin de défibrillateurs cardiaques internes (projet d'étudiant interne – Université Radboud, Pays-Bas).

Le rôle extramural de l'UET au Québec

L'Unité d'évaluation des technologies de la santé (UET) a continué de tisser des liens avec le groupe d'évaluation provincial, l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Les docteurs Brophy et McGregor ont tous deux présenté des exposés à la première conférence organisée par l'AETMIS pour assurer l'avancement de l'évaluation des technologies de la santé.

Le Dr Brophy siège à la Table sectorielle provinciale des RUIS en ETMIS, dont le but est d'améliorer et de coordonner l'évaluation des technologies de la santé dans l'ensemble de la province.

Le Dr Brophy a aussi agi comme expert-conseil au Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) au moment de la création de son unité locale d'évaluation des technologies de la santé.

Activités scientifiques de l'UET

À mesure qu'elle acquiert de la maturité, l'UET est de plus en plus reconnue comme un modèle innovateur et efficace en matière d'évaluation des technologies de la santé. Cette reconnaissance a pris plusieurs formes.

1. Nos rapports sont maintenant indexés dans la base de données internationale du Center for Reviews and Dissemination, gérée par la York University, R.-U. (<http://www.york.ac.uk/inst/crd/crddatabases.htm>)
2. Nos rapports sont largement diffusés depuis notre site Web (www.mcgill.ca/tau) qui reçoit plusieurs milliers de visites chaque année.
3. Nous avons reçu des membres du personnel du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique afin de discuter avec eux d'évaluation des technologies de la santé en milieu hospitalier.
4. Nous avons collaboré avec le Nijmegen Center for Evidence Based Practice, à Nijmegen, aux Pays-Bas, dans le but d'offrir aux étudiants une formation en évaluation des technologies de la santé; deux étudiants au doctorat ont terminé un programme de formation de six mois (août à décembre 2005), un autre étudiant en maîtrise internationale a terminé un programme de formation de six mois (octobre 2006 - avril 2007) et un étudiant en maîtrise nouvellement arrivé aura terminé le programme de formation cet été.
5. Nous avons reçu un étudiant de la faculté de médecine de Leicester Warwick, au Royaume-Uni.
6. Nous avons reçu deux médecins, l'un du Liban et l'autre du Canada, qui ont participé à des projets de recherche en 2006-2007.
7. Dernièrement, nous avons réussi à obtenir deux subventions de contrôle par des collègues de l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la

santé pour de la recherche en évaluation des technologies de la santé (pour plus de détails, voir la section suivante).

8. Le Dr McGregor présentera en détail l'expérience de l'UET à l'assemblée annuelle des membres de la Formation en recherche pour cadres qui exercent dans la santé (FORCES-EXTRA) à Calgary.
9. Nous avons à notre actif de nombreuses publications scientifiques (pour plus de détails, voir la section suivante).

Publications scientifiques de l'UET

Subventions sur examen par les pairs

1. BROPHY, J.M. et DENDUKURI, N. *Bayesian methods for evaluating diagnostic technologies: An application in the health technology assessment of electron beam computed tomography for the screening of coronary artery disease*. Programme de subventions pour le renforcement des capacités en évaluation des technologies de la santé de l'ACMTS pour 2005. 84 000 \$, février 2005 – mars 2006.
2. BROPHY, J.M., DENDUKURI, N, MCGREGOR M. et ERICKSON, L. *Collaborative Development and Implementation of a Joint HTA Unit by two University Hospital Networks in Montreal, Quebec*. Programme de subventions pour le renforcement des capacités en évaluation des technologies de la santé de l'ACMTS pour 2005. 197 000 \$, février 2005 – mars 2007.

Résumés

1. McGregor M. et BROPHY, J.M. *Needlestick injury in the hospital. Should we always choose zero risk?* American Congress of the Union of Risk Management for Preventive Medicine, Montréal, juin 2007.
2. NASSEF, M., ERICKSON, L., MCGREGOR, M. et BROPHY, JM. *Evaluating wait times in a university hospital*. Health Technology Assessment International 2007, Barcelone, Espagne, juin 2007
3. NASSEF, M., ERICKSON, L. et BROPHY, J.M. *Temps d'attente aux hôpitaux universitaires de Montréal*. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), Montréal, 15 mars 2007
4. LAPOINTE, A. et BROPHY, J.M. *La neuromodulation sacrée dans l'incontinence fécale*. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), Montréal, 15 mars 2007
5. CHIU, K., DENDUKURI, N. et BROPHY, J.M. *Systematic review and meta-analysis of studies evaluating Electron Beam Computed Tomography (EBCT) for predicting hard outcomes and coronary artery disease*. Asia Pacific EBM Network Conference, Hong Kong, décembre 2006

6. LIGHTHART, S., VLEMMIX, F., DENDUKURI, N. et BROPHY, J.M. *The cost effectiveness of sirolimus eluting stents – evaluating the evaluations.* Asia Pacific EBM Network Conference, Hong Kong, décembre 2006
7. DENDUKURI, N. et BROPHY, J.M. *Testing for HER2 positive breast cancer: A cost-effectiveness analysis* ACMTS, Ottawa, Ontario, avril 2006
8. LIGHTHART, S., VLEMMIX, F., DENDUKURI, N. et BROPHY, J.M. *The cost effectiveness of sirolimus eluting stents – evaluating the evaluations,* ACMTS, Ottawa, Ontario, avril 2006

Présentations invitées

1. *Testing for HER-2 positive breast cancer: A systematic review and cost-effectiveness analysis.* Division de l'épidémiologie clinique et des études communautaires, Centre hospitalier de St. Mary, Montréal, novembre 2006, DENDUKURI, N.
2. *Testing for HER-2 positive breast cancer: A systematic review and cost-effectiveness analysis.* Division de l'épidémiologie clinique, Centre de santé de l'Université McGill, Montréal, octobre 2006, DENDUKURI, N.
3. Division de la médecine critique, CUSM, *Activated protein C in sepsis – A health technology assessment*, 4 octobre 2006, BROPHY, J.M.
4. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Symposium sur l'évaluation des technologies de la santé à l'hôpital. *Hospital health technology assessment.* Montréal, 6 octobre 2006, BROPHY, J.M.
5. Faculté de médecine de l'Université McGill. *The challenge of evidence-based practice.* 8 janvier 2007, BROPHY, J.M.
6. Université de Montréal, *Evidence-based medicine; clinical & legal implications*, 10 janvier 2007, BROPHY, J.M.
7. Division de l'épidémiologie clinique, CUSM, *Drug eluting stents and the biases of cost-effectiveness studies*, 1^{er} février 2007, BROPHY, J.M.
8. Conférence canadienne des résidents en chef, *New medical technologies: Looking beyond the gloss*, Montréal, 2 mars 2007, MCGREGOR, M.
9. *Needlestick injury in the hospital. Should we always choose zero risk?* Union of Risk Management for Preventive Medicine, Second American Congress, Montréal, les 14 et 15 juin 2007, MCGREGOR, M. et BROPHY, J.M.
10. *Les aiguilles sécuritaires: Les employer ou non ?* Colloque L'évaluation des technologies et des modes d'intervention dans les établissements universitaires : répondre aux défis de la décision en santé, Montréal, 17 mars 2006, MCGREGOR, M.
11. *Context for decisions: how one organization promotes the use of research-based evidence,* Formation en recherche pour cadres qui exercent dans la santé (FORCES), Banff, Alberta, 24 août 2006, MCGREGOR, M.
12. Unité d'évaluation des technologies, CHUM-CUSM, Conférence des CHU du Québec. Mission des CHU de France. Montréal, 11 décembre 2006, MCGREGOR, M.
13. *Electron Beam Computed Tomography for screening and detection of coronary artery disease: a systematic review and meta-analysis.* Centre for Clinical Epidemiology and Community Studies, Jewish General Hospital, Montréal, janvier 2007, DENDUKURI, N.

14. *Health Technology Evaluation Before Technology Acquisition: A new Approach to Hospital Decision Making*. Plénière, assemblée générale de la Ontario Thoracic Society et de la Ontario Lung Association, Toronto, 2007, MCGREGOR, M.
15. *Health technology evaluation before acquisition. Decision making at the local level. Evidence, Economics, and Ethics for Tough Decision Making*, Conférence sur invitation organisée par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé et par l'Université Dalhousie, Moncton, Nouveau-Brunswick, 4 mai 2007, MCGREGOR, M.
16. La direction de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Comité directeur, Conseil multidisciplinaire, CHUM, 17 janvier 2007, LAPOINTE, A.
17. La direction de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Service des soins infirmiers, CHUM, 20 novembre 2006, LAPOINTE, A.

Publications approuvées par des collègues

1. DENDUKURI, N. et BROPHY, J.M., « Inappropriate use of meta-analysis to estimate efficacy of probiotics. » *American Journal of Gastroenterology* Am J Gastroenterol. 2007;102(1):201
2. DENDUKURI, N., BROPHY, J.M., KHETANI, K. et MCISAAC, M. « Testing for HER2 positive breast cancer: A cost-effectiveness analysis. » Accepté par le *JAMC*.
3. MCISAAC, M.L., GOEREE, R. et BROPHY, J.M. « Primary Data Collection in Health Technology Assessment. » *Int J Technol Assess Health Care*. 2007;23(1):24-9.
4. LIGTHART, S., VLEMMIX, F., DENDUKURI, N. et BROPHY, J.M. « The cost effectiveness of sirolimus eluting stents: A systematic review. » *JAMC* 2007;176:199-205. [Publication en ligne avant l'impression, 17 décembre 2006].
5. FILION, K.B., DELANEY, J.A.C., BROPHY, J.M., Ernst, P. et SUISSA, S. « The Impact of Over-The-Counter Simvastatin on the Number of Statin Prescriptions in the United Kingdom: A View from the General Practice Research Database. » *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2007 Jan;16(1):1-4. [Publication en ligne avant l'impression, 5 septembre 2006].
6. COSTA, V., BROPHY, J.M., MCGREGOR, M., LANEUVILLE, P. « The cost-effectiveness of stem cell transplantation from unrelated donors in adult patients with leukemia. » Accepté *Value in health* .2007;10(4):1-9.
7. BROPHY, J.M., BABAPULLE, M., COSTA, V. et RINFRET, S. « Interaction Between Atorvastatin and Clopidogrel Following Percutaneous Coronary Intervention. » *Am Heart J*. 2006. 152(2):263-9.
8. MCGREGOR, M. « What decision makers want and what they have been getting. » *Value in Health*. 2006;9(3):181-5.
9. MCGREGOR, M., CARO, J.J. et QALYs. « Are They Helpful to Decision Makers? » *Pharmacoeconomics*. 2006; 24 (10): 947-52.
10. ZANKE, B., SPENCER, P.C., CULYER, T., LONGO, C. et MCGREGOR, M. « Facing cancer costs. How will we afford hi-cost cancer therapies? » *Oncology Exchange*. 2007; 6(1): 42-48.

11. MCGREGOR, M., « Evaluation *Before Acquisition*: a hospital approach to decision-making. » *Ontario Thoracic Revues*. 2007:19(2):1-4.

ACKNOWLEDGMENT

"(I)t does not make sense to ask whether a particular rationing decision is right... .., one asks whether the decision was made in the right way". A good process "promotes the consistency, and thus the fairness, of treatment; it makes rationing more visible; it reduces the burden on individual physicians; and it enhances the accountability of doctors and the medical profession" [Hoffmaster. Can J Cardiol 2000;16:1313]

The TAU is a unique example of an attempt to adjust the services we offer to conform to the resources available in a logical, fair, and consistent fashion. While some of our decisions have not supported the acquisition of a technology, and have thus "saved money", others have supported new developments because they have identified the benefits, and found them to be sufficient to justify the increased expenditure. Our sincere thanks are due to the many members of the CUSM who have assisted with data collection, to those who have served as Consultants, and to the members of the Committee who have dedicated many hours to the consideration of these problems. *Maurice McGregor.*