



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 2007 - Avril 2008

ENGLISH VERSION available at :
www.mcgill.ca/tau/publications/annual/

Unité conjointe d'évaluation des technologies de la santé
de
Centre universitaire de santé McGill (CUSM)
et
Le centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM)

687 av. Pins ouest Pavillon Ross, R4.14 Montréal, Québec H3A 1A1
Téléphone: (514) 934-1934 poste 36564 Télécopieur: (514) 843-1493
www.mcgill.ca/tau/

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 d'un personnel qualifié en évaluation des technologies de la santé.

Comité directeur conjoint -CUSM/CHUM

James Brophy MD PhD
Directeur – Unité conjointe

Maurice McGregor MD
Président – Comité directeur conjoint

(Membres du CUSM)

Juliana Arnoldo
Conseil multidisciplinaire

André Bonnici
Comité P&T

John Johnston
Comité des patients

Marilyn Kaplow (remplacé par Christian Janicki)
Gestion de la qualité

Gary Pekeles, M.D.
Conseils de médecins et dentistes

Judith Ritchie, Ph.D.
Conseil des infirmières

Gary Stoopler
Administration

(Membres du CHUM)

Luc Amendola
Représentant des pharmaciens du CMDP

Vacant
Représentante de la direction générale

Vacant
Représentant des médecins du CM.DP

Josée Breton
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 comprend présentement deux adjoints de recherche à temps plein, deux chercheurs scientifiques à temps partiel, un expert-conseil (CHUM), un expert-conseil (CUSM), un biostatisticien et une agente administrative et de recherche.

Name	Position
Carmen Victoria Atwood	Adjointe de recherche (CUSM)
Dr James Brophy	Directeur
Nandini Dendukuri PhD	Chercheure scientifique (CUSM)
Lonny James Erickson PhD	Chercheur scientifique (CUSM)
Alain Lapointe PhD	Expert-conseil (CHUM)
Dr Maurice McGregor	Expert conseil (CUSM)
Lorraine Mines	Agente administrative(CUSM)
Dr. Mouhcine Nassef	Adjoint de recherche(CHUM)
Shawn Xie MSc	Biostatisticien (CUSM)

Départs et arrivées

Madame Marilyn Kaplow a quitté notre comité au début de l'année 2008 et nous aimerions la remercier pour son expertise et son support constant depuis la création de ce comité. Madame Tory Atwood nous a aussi quitté au mois de novembre 2007, ayant accepté un poste de recherche pour le Gouvernement, à Ottawa. Nous la remercions de même pour sa contribution et nous lui souhaitons du succès dans ses nouvelles fonctions. Enfin, la D^{re} Marie-Dominique Beaulieu cède sa place à notre comité comme représentante de la Direction générale du CHUM. Son successeur sera nommé bientôt.

Nous aimerions souhaiter la bienvenue à Madame Josée Breton en tant que représentante de la direction des soins infirmiers du CHUM, à M. Shawn Xie, qui s'est joint à notre groupe au mois de septembre 2007 en tant que biostatisticien ainsi qu'au D^r Christian Janicki, à titre de représentant du groupe Assurance Qualité du CUSM.

Rapports (avril 2007-avril 2008)

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 huit rapports ci-dessous ont été approuvés :

Temps d'attente au CUSM #3

Demandeur: Dr. Arthur Porter – Directeur général, CUSM
Titre: Temps d'attente au CUSM #: 3 Gestion des fractures aiguës
Date de publication: **le 4 mai 2007**
Auteur(e): Maurice McGregor
C. Victoria Atwood
Consultants: Dr Guy Berry, Orthopédie. Mme Doris Dubé, Gestion de la qualité
Contexte: Le présent rapport sur les délais subits par les patients du CUSM avant une correction chirurgicale de fractures, s'inscrit dans une série d'études sur les délais d'attente demandées par le président-directeur général, le Dr Arthur Porter. Il traite uniquement de la gestion des fractures aiguës, non émergentes, non pathologiques et primaires.
Recommandation(s): Il est recommandé :
1). Que le CUSM informe de façon urgente l'Agence et le MSSS de la gravité de la situation et demande à recevoir l'autorité nécessaire pour ouvrir une salle d'opération additionnelle.
2). Qu'une demande urgente soit présentée pour l'octroi immédiat d'une PREM additionnelle en anesthésie et d'une PREM en orthopédie.
3). Que, comme solution intérimaire à court terme, l'hôpital garde la salle des fractures ouverte après 15 h et demande au département d'orthopédie de tout mettre en oeuvre pour éliminer les délais d'attente excessifs en planifiant des cas pendant les heures disponibles en salle d'opération, le soir. Cette mesure devrait être revue après quatre semaines et la demande retirée si aucun progrès réel n'a été réalisé pour l'ouverture d'une salle d'opération additionnelle.

Machine à Perfusion

Demandeur: M. Gary Stoopler – Directeur administratif, CUSM
Titre: Comparaison entre la machine à perfusion et le stockage sur glace pour la conservation des reins
Date de publication: **le 10 mai 2007**
Auteur(e): Vania Costa
Maurice McGregor
James Brophy
Consultants: Dr. Steven Paraskevas, Professeur adjoint de chirurgie –McGill
Directeur, Recherche de transplantation - CUSM
Contexte : La demande de cette évaluation technologique nous a été faite au mois de juillet 2006 par M. Gary Stoopler (Directeur – Administration CUSM). Il nous a demandé d'évaluer l'impact clinique et économique d'utilisation des machines à perfusion de conservation des reins.
Recommandation(s): Les évidences disponibles nous suggèrent que l'utilisation de la machine à perfusion peut résulter en une réduction des coûts tout en impliquant un coût d'investissement relativement faible. L'Unité d'Évaluation des Technologies recommande donc au CUSM l'adoption de cette technologie. Puisque les évidences supportant son utilisation ne sont pas parfaites, nous recommandons que les résultats cliniques de son utilisation soient suivis prospectivement et soient comparés à ceux des transplantations utilisant des reins conservés à froid. Les résultats des études randomisées en cours pourront nous apporter plus d'information sur le rôle de cette technologie. Dans cette perspective, les recommandations de ce rapport devront être réévaluées à la lumière de ces nouvelles données.

L'incontinence fécale

Demandeur: Dr. Richard Harris – Chef de chirurgie du CHUM
Titre: La neuromodulation sacrée dans l'incontinence fécale – Évaluation technologique
Date de publication : **mai 2007**
Auteur(e): Alain Lapointe
James Brophy
Consultants: Dr. Eric de Broux – Chirurgie CHUM
Contexte: La demande de cette évaluation technologique nous a été faite au mois de novembre 2006 par le Dr Richard Harris, chef du département de chirurgie au CHUM, suite à une requête du Dr Eric de Broux voulant procéder à la neuromodulation sacrée chez les patients souffrant d'incontinence fécale. Ce document présente ainsi les résultats d'une recherche de la littérature en regard de l'efficacité clinique et de l'innocuité de la neuromodulation sacrée dans l'incontinence fécale chez l'adulte.
Recommandation(s): Bien que les preuves actuelles ne soient pas optimales, elles indiquent de façon répétée une diminution des épisodes d'incontinence fécale et une amélioration de la qualité de vie des patients avec implantation d'un neuromodulateur. Même si le taux de complications est élevé, aucune complication n'a entraîné de dommages permanents. Enfin, l'adoption de cette technologie aurait un faible impact économique sur le budget d'opération du CHUM.
En conséquence, la Direction de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé recommande au CHUM l'adoption et le financement de cette technologie. Le suivi des résultats cliniques serait approprié.

Le temps d'attente au CHUM #1

Demandeur: Dr. Denis Richard Roy – Directeur général, CHUM
Titre: Le temps d'attente au CHUM – imagerie diagnostique, arthroplastie, chirurgie cardiaque, soins du cancer et restauration de la vue
Date de publication: **mai 2007**
Auteur (e): Mouhcine Nassef
Lonny Erickson
James Brophy
Consultants:
Contexte: Le présent rapport est le premier d'une série d'études qui ont pour but de déterminer et d'analyser les temps d'attente au CHUM. Ces études font suite à la demande de la Direction générale qui a manifesté un intérêt accru pour connaître les temps d'attente réels encourus par les patients devant subir des examens diagnostiques ou des actes thérapeutiques dans les cinq services prioritaires tels que déterminés par les gouvernements canadiens et québécois, soit l'imagerie diagnostique, les arthroplasties de la hanche et du genou, les soins de cancer, la restauration de la vue et la chirurgie cardiaque. Notre méthodologie diffère de celles des autres recherches effectuées sur ce sujet en plusieurs aspects, principalement en utilisant une approche prospective de recueil des temps d'attente.
Conclusion(s): Nous avons pu atteindre notre but poursuivi par cette recherche et connaître les temps d'attente réels d'un patient désirant se faire soigner ou subir des examens diagnostiques au CHUM. Ainsi, nous avons pu constater que les cas d'urgence immédiate et urgents ont accès aux services de soins très rapidement et dans les délais requis. Cependant, l'accessibilité aux services de soins est fréquemment compromise pour les cas électifs.
Ci-après, nous résumons nos principales conclusions :

- On enregistre des temps d'attente longs (sinon excessifs) pour subir des arthroplasties de la hanche ou du genou et des arthroscopies du genou;
- L'attente pour des examens diagnostiques aux départements de médecine nucléaire et de radiologie est aussi longue;
- Les examens cardiaques sont généralement délivrés à temps selon les normes de même que la chirurgie cardiaque. Par contre, l'accès à un cardiologue reste difficile, ce qui augmente les temps d'attente totaux pour ces services;
- Nous avons pu aussi constater une variation en terme de délais de délivrance des soins dans les trois hôpitaux du CHUM;

- Les résultats obtenus pour les départements d'ophtalmologie et de radio-oncologie sont encourageants. Les temps d'attente pour subir une radiothérapie ou une chirurgie de la cataracte ont beaucoup diminué durant la dernière année pour atteindre les normes médicalement acceptables. Les investissements gouvernementaux consacrés à réduire les temps d'attente dans ces deux services ont finalement porté fruit;

Ceci nous amène à la conclusion qu'il est important d'investir les ressources nécessaires afin de continuer de bien évaluer nos listes et temps d'attente pour assurer à nos patients une meilleure accessibilité aux soins de santé dans un délai raisonnable à nos patients. Chaque patient a le droit de connaître le temps d'attente prévu pour son examen diagnostique (ou intervention thérapeutique). De plus, idéalement, nous ne devrions pas avoir de grands écarts entre les délais enregistrés dans les trois sites du CHUM pour un même examen diagnostique ou intervention thérapeutique.

Impact des rapports d'évaluation

Demandeur: Projet de UET
Titre: Impact des Rapports UET
Date de publication: **le 1 février 2008**
Auteur(e): Maurice McGregor

Consultants:

Contexte:

Entre sa création, le 1er janvier 2002, et le 30 juin 2007, l'Unité d'évaluation des technologies (UET) du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) a produit 29 rapports. De ce nombre, deux fournissaient des données sur les délais d'attente et ne comportaient aucune recommandation, et deux autres proposaient des recommandations sans effet sur le budget. Le présent compte-rendu résume l'impact de 27 rapports sur les politiques de même que l'impact de 25 rapports sur le budget.

Resultats:

Les recommandations de 25 des 27 rapports touchant les politiques internes ont été entièrement intégrées aux politiques en vigueur de l'hôpital. Impact économique : au cours de ces cinq années d'existence, l'UET a recommandé l'acceptation de 6 nouvelles technologies (24 %) non prévues au budget d'opération du CUSM, ce qui a donné lieu à un accroissement des dépenses annuelles d'environ 1 million de dollars. Pendant la même période, 19 rapports de l'UET (76 %) ont recommandé le rejet ou l'acceptation très limitée de technologies, ce qui a donné lieu à des économies budgétaires annuelles d'environ 12,8 millions de dollars pour le CUSM.

Les temps d'attente au CHUM #2

Demandeur: Dr. Denis Richard Roy – Directeur général, CHUM
Titre: Les temps d'attente au CHUM : Services du département de médecine
Date de publication: **février 2008**
Auteur(e): Mouhcine Nassef
James Brophy

Consultants:

Contexte:

La présente étude poursuit le même objectif que celui du premier rapport publié par l'unité conjointe DÉTMIS – TAU, qui est celui d'obtenir une idée claire et objective des délais d'attente et est un complément du premier rapport. Les services étudiés sont donc ceux du Département de médecine du CHUM (services de dermatologie, allergie et immunologie, gériatrie, médecine interne, hémato-oncologie, gastroentérologie, néphrologie et pneumologie). Ces études ont été demandées par la Direction générale qui a manifesté un intérêt accru à connaître les vrais temps d'attente au CHUM.

Recommandation(s):

Nous avons pu atteindre, à travers l'exercice de collecte des données sur les temps d'attente au CHUM, le but visé soit de connaître et chiffrer les vrais temps d'attente aux différents services du département de médecine. En général, les cas urgents ont accès aux services de soins rapidement à l'exception de quelques services où l'attente peut être longue comme au service de gastroentérologie de l'Hôtel-Dieu, à la clinique du sommeil de l'Hôtel-Dieu et au laboratoire de physiopathologie et d'exploration fonctionnelle de l'hôpital Notre-Dame.

Par contre, l'accessibilité aux soins est souvent compromise pour les cas électifs. Nous résumons ci-après nos principales constatations :

- la notion de cas électifs n'existe plus pratiquement au service de médecine interne à cause de l'engorgement de ce service et l'occupation des lits par les

patients émanant d'autres services. Les patients de cette catégorie sont acheminés vers le service des urgences ou vers les unités ambulatoires du service de médecine interne.

- Les temps d'attente sont longs dans la quasi majorité des services du département de Médecine.
- Enfin, l'allongement des temps d'attente totaux pourrait être expliqué –pour certains services- par l'existence du « temps d'accès » .

En conclusion, le phénomène des temps d'attente touche tous les services hospitaliers du CHUM étudiés jusqu'à maintenant. Une des principales tâches qui nous incombe est de suivre l'évolution de ces délais et aussi d'essayer d'y remédier.

Temps d'attente #4 Radiologie

<i>Demandeur:</i>	Dr. Arthur Porter – Directeur général, CUSM
<i>Titre:</i>	Temps d'attente au CUSM #: 4 Diagnostic Imaging Revisited. Adult Hospitals of the MUHC
<i>Date de publication:</i>	le 29 février 2008
<i>Auteur(e)</i>	C. Victoria Atwood Maurice McGregor
<i>Consultant :</i>	Dr R Lisbona MD, Directeur de l'imagerie médicale, CUSM, Madame P Rozanski, Directeur des services diagnostiques et thérapeutiques, CUSM.
<i>Contexte :</i>	Ce rapport est l'un d'une série d'études faisant suite à une requête du Dr Arthur Porter demandant à l'Unité d'évaluation des technologies d'étudier les temps d'attente au CUSM, d'identifier les étranglements et de recommander les mesures nécessaires pour les corriger. Le présent rapport touche les temps d'attente en imagerie médicale pour les patients adultes au CUSM.
<i>Recommandation(s) :</i>	Les recommandations complètes sont disponibles sous l'hyperlien suivant : http://www.mcgill.ca/files/tau/Wait_times_radiology.pdf Pages 7-10.

La neuromodulation sacrée dans l'incontinence urinaire – Évaluation technologique

<i>Demandeur:</i>	Dr. Richard Harris – Chef de chirurgie au CHUM
<i>Titre:</i>	La neuromodulation sacrée dans l'incontinence urinaire – Évaluation technologique
<i>Date de publication:</i>	mars 2008
<i>Auteur(e)</i>	Alain Lapointe James Brophy
<i>Consultants:</i>	Dre. Martine Jolivet-Tremblay
<i>Contexte:</i>	La demande de cette <i>évaluation technologique</i> nous a été faite au mois de mars 2007 par le Dr Richard Harris, chef du département de chirurgie au CHUM. Elle précède la venue au CHUM d'une nouvelle chirurgienne voulant procéder à la neuromodulation sacrée pour traiter les patients souffrant, entre autres, d'incontinence urinaire par impériosité (« urge incontinence »). Ce document présente ainsi les résultats d'une revue rapide de la littérature en regard de l'efficacité clinique et de l'innocuité de la neuromodulation sacrée dans l'incontinence urinaire par impériosité chez l'adulte ainsi que ses implications dans notre contexte hospitalier.
<i>Recommandation(s):</i>	Les évidences de l'efficacité de la neuromodulation sacrée dans l'incontinence urinaire ainsi que son faible impact budgétaire indiquent qu'il serait approprié que cette technologie soit développée au CHUM. Considérant le faible achalandage lié à cette technologie et la probabilité d'une amélioration de l'expertise en lien direct avec le nombre de patients, il est suggéré que les utilisateurs de cette technologie de la région métropolitaine collaborent dans le but d'une centralisation de cette activité.

Rapports Informels (non soumis au comité directeur)

1. EZIO system (intraosseous infusion). *Auteurs Shawn Xie, J. Brophy*
2. Review of Ultrasound-guided insertion of PICC line. *Auteurs: C. Victoria Atwood, J. Brophy*
3. Surgical Ablation for atrial fibrillation (Modified Maze procedure) *Auteurs: L. Erickson, J. Brophy*
4. Analyse Préliminaire des coûts de la thérapie photodynamique avec Photofrin® pour traiter la dysplasie de haut grade . *Auteur s: L Erickson, J Brophy*

Projets actuels

NOUVEAUX PROJETS (en cours) et projets potentiels

1. L'étude des temps d'attente dans les hôpitaux universitaires (CUSM/CHUM)
2. Adoption de la cytologie en milieu liquide : évaluation technologique (CUSM/CHUM)
3. ELANA (anastomose non-occlusive par laser Excimer)
4. Évaluation de neurostimulateurs intracrâniens
5. Thérapie par remplacement rénal continu chez les patients pédiatriques
6. Processus d'intervention en vertiges et déséquilibres persistants

Activités extramurales

L'Unité conjointe a continué de tisser des liens avec l'agence d'évaluation provinciale, soit 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 D^r 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 D^r 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.

Le D^r McGregor est membre du International Expert Committee conseillant l'Institut für Qualitatund Wirtschaftlicheid im Gesundheitswesen (IQWiG) de l'Allemagne sur les Méthodes d'évaluation économique dans les soins de santé.

Le D^r McGregor est aussi président du Comité de recherche du Programme Portage de Montréal et un collaborateur au programme EXTRA (Executive Training for Research Application) qui s'adresse aux gestionnaires en santé.

Activités scientifiques

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. Entre le 1 avril 2007 au 1 avril 2008 notre site web a reçu 115,000 visites.
3. 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; Depuis automne 2005 nous avons accueilli 5 étudiantes en maîtrise internationale qui ont terminé un programme de formation de 5 mois.

Publications scientifiques

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 2008.

Résumés

1. Lapointe A, Brophy JM. L'Unité conjointe d'évaluation des technologies du CHUM et du CUSM: Une gouvernance unique pour un esprit de collaboration et de complémentarité. HTAi, Montréal, Juillet 2008.
2. Lapointe A, Brophy JM, McGregor M. La neuromodulation sacrée dans l'incontinence urinaire et fécale: L'expérience de deux hôpitaux universitaires. HTAi, Montréal, Juillet 2008.
3. Filion K, Xie X, van der Avoort CJ, Dendukuri N, Brophy JM. Microvolt T-wave Alternans and the Selective Use of Implantable Cardioverter Defibrillators for Primary Prevention: A Cost-Effectiveness Analysis. MUHC Health outcomes Research Day. Le 5 juin 2008. Montréal
4. Viscaal AM, Mayo NE, Rodriguez AM, Brophy JM. The Disutility of Restenosis and Repeat Percutaneous Coronary Intervention. ISOQOL. Toronto. Octobre 2007.
5. Blagojevic A, Delaney JAC, Dendukuri N, Boivin JF, Brophy JM. An interaction between statins and clopidogrel – A cohort study with survival time analysis. Canadian Cardiovascular Society. La Ville de Québec . Octobre 2007
6. Bielinski M, El-Khoury F, Dendukuri N, Brophy JM. The role of C-Reactive protein in screening Cardiovascular risk in the General Healthy Population : A Systematic Review. Canadian Cardiovascular Society. Quebec City. Oct 2007.
7. El-Khoury F, Bielinski M, Dendukuri N, Brophy JM. Bayesian Meta-Analysis demonstrating the effect of Omega-3 on improving survival and restenosis rate. Canadian Cardiovascular Society. Quebec City. Oct 2007.
8. McGregor M, Brophy JM. Needlestick injury in the hospital. Should we always choose zero risk? American Congress of the Union of Risk Management for Preventive Medicine. Montreal June 2007.
9. Nassef M, Erickson L, McGregor M, Brophy JM. Evaluating wait times in a university hospital. Health Technology Assessment International 2007. Barcelona Spain. June 2007

Présentations invitées

1. Brophy JM. Laval University. “The influence of university based health technology assessments.” Ste. Foy Quebec. April 16 2008.
2. McGregor M. Health Technology Evaluation Before Technology Acquisition: A new Approach to Hospital Decision Making. Plenary Session, Annual Meeting of the Ontario Thoracic Society and the Ontario Lung Association. Toronto. 2007
3. McGregor M. Health technology evaluation before acquisition. Decision making at the local level. Evidence, Economics, and Ethics for Tough Decision Making. And Invitational Conference convened by Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health and Dalhousie University. Moncton, New Brunswick, May 4, 2007
4. McGregor M. Prevention of Needlestick Injury in the Hospital. Is Zero the only Acceptable Risk? 15th Cochrane Colloquium. Plenary Session, Sao Paulo, Brazil. October 27, 2007.
5. McGregor M. Putting EBM into Practice. The use of Evidence in Hospital Policy Decisions. Johnson & Johnson New Brunswick NJ. Annual Convention. November 27, 2007.
6. McGregor M. Context for Decisions. How one organization promotes the use of research-based evidence. Executive Training for Research Application (EXTRA). Kananaskis, Alberta, August 15, 2007

7. McGregor M. Needlestick Injury in the Hospital. Should we always choose zero risk? The union of Risk Management for Preventive Medicine (URPMPM) and CIRANO. Montréal. June 15, 2007
8. McGregor M. Evaluation *Before* Acquisition: a hospital approach to technology decision making. Conference on “Evidence, Economics, and Ethics for Tough Decision Making”. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health and Dalhousie University. Moncton, New Brunswick, May 4, 2007.
9. McGregor M. Health Technology Evaluation Before Acquisition: a hospital approach to technology decision making. Better Breathing Conference of the Ontario Lung Association. Toronto. February 1 2007.

Publications approuvées par des collègues

1. Dendukuri N, Chiu K, Brophy JM. Validity of Electron Beam Computed Tomography for Coronary Artery Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. BMC Medicine. 2007, 5:35. Epub ahead of print
 2. Costa V, Brophy JM. Drotrecogin Alfa (activated) in Severe Sepsis: A Systematic review and new cost-effectiveness analysis. BMC Anesthesiol. 2007 Jun 25;7(1):5 [Epub ahead of print] rated “highly accessed”
 3. Dendukuri N, McIsaac M, Khetani K, Brophy JM. Testing for HER2 positive breast cancer: A cost-effectiveness analysis. CMAJ 2007; 176(10):1429-34.
 4. McIsaac ML, Goeree R, Brophy JM. Primary Data Collection in Health Technology Assessment. Int J Technol Assess Health Care. 2007;23(1):24-9.
 5. Zanke B, Spencer PC, Culyer T, Longo C, McGregor M. Facing cancer costs. How will we afford hi-cost cancer therapies? Oncology Exchange. 2007; 6(1): 42-48.
 6. McGregor M. Evaluation *Before* Acquisition: a hospital approach to decision-making. Ontario Thoracic Revues. 2007;19(2):1-4.
-

REMERCIEMENT

« Il ne fait aucun sens de demander si une décision visant un rationnement est bonne , l'on devrait plutôt demander si une décision fut prise de la bonne façon ». Un processus souhaitable « interpelle la cohérence et l'équité d'un traitement; il rend le rationnement plus évident; il diminue la pression sur les médecins; et il rehausse la crédibilité des médecins et de la profession médicale » (Hoffmaster. Can J Cardiol 2000; 16 :1313)

L'Unité d'évaluation des technologies est un exemple unique d'une tentative visant à ajuster l'offre de services selon les ressources disponibles d'une manière logique, équitable et cohérente. Même si certaines de nos décisions n'ont par supporté l'acquisition d'une technologie, et par conséquent ont permis « de réaliser des économies », d'autres ont supporté l'adoption de nouveaux développements après avoir identifié les bénéfices justifiant une augmentation des dépenses. Nos plus sincères remerciements s'adressent aux nombreux intervenants du CUSM qui ont participé aux différentes collectes de données, aux consultants ainsi qu'aux membres du Comité qui ont consacré plusieurs heures de réflexion à ces nombreux problèmes. Maurice McGregor.