

Guide méthodologique

UETMISSS de Santé Québec Estrie – CHUS

Présenté par : Santé Québec Estrie – CHUS, Direction de la Coordination de la Mission Universitaire

Date : Octobre 2026

Production

Santé Québec Estrie – CHUS

Rédaction et révision

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (UETMISSS)

Direction de la coordination de la mission universitaire (DCMU)

Révision externe

Sylvain Bussières, Agent de planification, de programmation et de recherche (APPR) en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS), Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU), Santé Québec - Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval

Jacky Ndjepel, Professionnelle scientifique (APPR), Coordinatrice professionnelle, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (UETMISSS), DEAU, Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire.

Sylvie St-Jacques, Responsable scientifique, UETMISSS, DEAU, Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION ET OBJECTIFS	1
2. CONCEPTS ET PRINCIPES	3
2.1 ETMISSS et évaluation de programme	3
2.1.1 Définition des concepts	3
2.1.2 Similitudes entre évaluation de programme et ETMISSS	3
2.1.3 Distinctions entre évaluation de programme et ETMISSS	4
2.2 Définition et modèles conceptuels de l'ETMISSS	4
2.2.1 Modèles conceptuels d'aide à la prise de décision	5
2.2.2 Modèle logique d'intervention de l'UETMISSS.....	6
2.3 Mission.....	8
2.4 Valeurs.....	8
2.5 Positionnement institutionnel.....	9
2.6 Offre de services et typologie de produits.....	9
2.6.1 Types et sous-types d'évaluation.....	9
2.6.2 Constats, conclusions et recommandations.....	13
2.6.3 Dimensions des évaluations.....	13
3. PROCESSUS DE PRODUCTION	16
3.1 Réception et analyse préliminaire des demandes	16
3.1.1 Critères d'admissibilité	17
3.1.2 Analyses préliminaires.....	17
3.2 Démarrage des projets.....	17
3.3 Cadrage et planification de la réalisation des projets.....	18
3.3.1 Cadrage	19
3.3.2 Plan de la réalisation	19
3.3.3 Rencontre de présentation du cadrage et du plan de réalisation.....	21
3.3.4 Livrable.....	21
3.4 Réalisation de l'évaluation	22
3.4.1 Recension de la littérature scientifique	23
3.4.2 Cueillette et traitement des données contextuelles	28
3.4.3 Cueillette et traitement des données expérientielles – Parties prenantes	29

3.4.4 Triangulation et synthèse des sources et des données	34
4. PROCESSUS DE PRODUCTION DES RECOMMANDATIONS	37
4.1 Définition	37
4.2 Processus de rédaction des recommandations	37
4.3 Quelques méthodes de consensus formel	39
5. RÉDACTION ET PRÉSENTATION DE L'ÉVALUATION	41
5.1 présentation, rédaction et finalisation du rapport	41
5.1.1 Présentation	41
5.1.2 Rédaction du rapport préliminaire.....	41
5.1.3 Finalisation et publication du rapport final.....	43
5.2 Transfert de connaissances dans les évaluations par l'UETMISSS	43
5.2.1 Pertinence du transfert de connaissances dans les évaluations par l'UETMISSS.....	43
5.2.2 Moyens et outils de TC employés par l'UETMISSS.....	44
5.2.3 Étapes de réalisation du TC en évaluation.....	44
6. SUIVI ET SOUTIEN À L'IMPLANTATION DES RECOMMANDATIONS OU À L'UTILISATION DES CONSTATS	46
6.1 Réflexions en cours	46
7. ANNEXES	48
Annexe I — Pertinence de l'évaluation économique et de l'analyse d'impact budgétaire dans une évaluation par l'UETMISSS.....	48
Annexe II — Pour aller plus loin en transfert des connaissances.....	55
8. BIBLIOGRAPHIE	57

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I. Modèle logique/théorie de programme de l'UETMISSS	7
Tableau II. Description du soutien-conseil possible par l'UETMISSS.....	11
Tableau III. Interprétation du Kappa de Cohen.....	25
Tableau IV. Outils fréquemment utilisés d'évaluation de la qualité des études	26
Tableau V. Informations et données fréquemment extraites	27
Tableau VI. Caractéristiques d'une bonne recommandation	37
Tableau VII. Types d'analyses économiques utilisés dans les évaluations économiques (36).....	49
Tableau VIII. Étapes d'une évaluation économique (33,36).....	52

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Modèle illustrant la prise de décision pour les politiques de santé 6

Figure 2. Schéma du processus de production d’une évaluation 16

Figure 3. Types de données utilisées lors du processus d'évaluation à l'UETMISSS (Adaptée de (28))..... 23

Figure 4. Échelle de participation des parties prenantes (Adaptée de (54), p. 5) 30

Figure 5. Schéma du processus adapté de synthèse multisource des données 35

Figure 6. Modèle logique du processus de production des recommandations..... 38

ABRÉVIATIONS

Abréviation	Définition
AGREE II	<i>Appraisal of Guidelines for REsearch & Evaluation II</i>
AMC-CDA	Agence des médicaments du Canada – <i>Canada’s Drug Agency</i>
APPR	Agent ou agente de planification, de programmation et de recherche
CdRV	Centre de recherche sur le vieillissement
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CR-CHUS	Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
DCMU	Direction de la coordination de la mission universitaire
DEAU	Direction de l’enseignement et des affaires universitaires
EDI	Équité, diversité, inclusion
ETMI	Évaluation des technologies et des modes d’intervention
ETMIS	Évaluation des technologies et des modes d’intervention en santé
ETMISSS	Évaluation des technologies et des modes d’intervention en santé et en services sociaux
EUnetHTA	<i>European Network for Health Technology Assessment</i>
GMU	Guichet de la mission universitaire
HTA	<i>Health Technology Assessment</i>
INAHTA	<i>International Network of Agencies in Health Technology Assessment</i>
INESSS	Institut national d’excellence en santé et en services sociaux
ITP	Innovation et transformation des pratiques
IUPLSSS	Institut universitaire de première ligne en santé et en services sociaux
MMAT	<i>Mixed Methods Appraisal Tool</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
QALY	<i>Quality Adjusted Life Year</i>

QVLS	Qualité de vie liée à la santé
RLS	Réseaux locaux de services
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
STC	Service de transfert de connaissances
TC	Transfert de connaissances
UETMISSS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux

GLOSSAIRE

Besoin décisionnel : Question, problématique ou décision à prendre qui motive la réalisation d'une évaluation et oriente les objectifs, les méthodes, l'étendue ainsi que les livrables du projet.

Données contextuelles : Informations décrivant le contexte de mise en œuvre ou d'utilisation d'une technologie, d'un mode d'intervention ou d'un programme, notamment les ressources, l'organisation des services, les enjeux réglementaires, économiques ou organisationnels ainsi que les conditions d'applicabilité.

Données expérientielles : Informations issues de l'expérience vécue ou de pratique des parties prenantes, incluant leurs perceptions, leurs préférences, leurs valeurs et leurs connaissances tirées de l'expérience.

Données primaires : « Données recueillies expressément pour répondre à une situation de recherche particulière et pour satisfaire les besoins en information nécessités par un problème posé. Il existe trois façons de les recueillir : l'observation, l'expérimentation et l'enquête par sondage. » (1)

Donnée probante : « Donnée empiriquement validée, pertinente en contexte et qui, examinée en fonction d'une hypothèse émise, sert aux fins de recherche, d'analyse, de raisonnement ou de prise de décision. » (2)

Données secondaires : « Informations, généralement statistiques, préalablement publiées et recueillies pour un problème ou une situation autre que celle qui fait l'objet de l'étude. » (3)

Données scientifiques : Données issues de la littérature scientifique et de travaux de recherche produits selon des méthodes reconnues.

Évaluation de programme : Processus rigoureux et systématique de collecte et d'analyse des données qui consiste à porter un jugement sur les diverses composantes d'un programme, soient les besoins, les activités, les caractéristiques ou les résultats afin d'éclairer les pratiques et la prise de décision (4).

Évaluation des technologies et des mondes d'intervention en santé et en services sociaux (ETMISSS) : Évaluation systématique des propriétés et des effets d'une technologie ou d'un mode d'intervention, portant autant sur les effets directs et intentionnels de cette technologie ou de ce mode d'intervention en santé et en services sociaux que sur les conséquences directes ou indirectes, qu'elles soient prévues ou non intentionnelles. L'objectif principal de l'ETMISSS est d'éclairer la prise de décision quant aux enjeux entourant l'utilisation d'une technologie ou d'un mode d'intervention (5).

Évaluation formative en ETMISSS ou en évaluation de programme : Évaluation réalisée dans une perspective d'amélioration continue visant à soutenir le développement, l'implantation ou l'optimisation d'une technologie, d'un mode d'intervention ou d'un programme.

Évaluation sommative en ETMISSS ou en évaluation de programme : Évaluation visant à déterminer la valeur, les effets ou la pertinence d'une technologie, d'un mode d'intervention ou d'un programme afin d'éclairer les décisions relatives à son maintien, sa modification ou son retrait.

Parties prenantes : Toutes les personnes « qui possèdent un intérêt associé à la question d'évaluation, qui peuvent être [touchées] par celle-ci ou qui, en raison de leur statut, peuvent exercer une influence active ou passive sur la prise de décision et l'implantation des mesures » (6).

Soutien-conseil (par l'UETMISSS de Santé Québec Estrie – CHUS) : Accompagnement méthodologique offert à une équipe ou à une direction afin de renforcer ses capacités en évaluation, de soutenir une démarche évaluative ou de favoriser l'utilisation des bonnes pratiques en évaluation.

Transfert de connaissances (TC) : Moyen d'« offrir un produit adapté aux contextes et aux publics cibles et [de] soutenir l'implantation des changements alignés sur les meilleures pratiques, le tout en adoptant une posture d'accompagnement » (7).

1. Introduction et objectifs

Santé Québec Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) est le seul établissement de Santé Québec à réunir une mission universitaire couvrant l'ensemble du continuum de soins et de services ainsi qu'une mission de centre hospitalier universitaire (CHU). Il couvre également un territoire particulièrement grand, desservant ainsi une population à profils variables et dans des contextes multiples. De plus, la désignation de centre universitaire fait en sorte qu'il est tenu d'inclure et de promouvoir les volets de la mission universitaire, qui sont au nombre de six obligatoires dans la province, mais sept¹ en Estrie. C'est dans ce contexte que l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé et en services sociaux (UETMISSS), représentant le volet « évaluation des technologies et des modes d'intervention » (ETMI) de la mission universitaire, évolue et remplit son mandat, soit soutenir la prise de décision au sein de l'établissement.

Le présent guide méthodologique, destiné principalement au personnel de l'UETMISSS de Santé Québec Estrie – CHUS², a pour objectifs de :

- harmoniser les processus internes,
- faciliter le partage et la compréhension des processus de l'UETMISSS,
- servir d'outil commun de référence,
- assurer le suivi des bonnes pratiques les plus actuelles.

L'évolution rapide des types de demandes reçues par l'unité, le développement des pratiques en évaluation ainsi que l'intégration de nouvelles ressources professionnelles ont accentué le besoin d'avoir cette ressource à disposition. C'est donc dans ce contexte que le guide a été produit. Des consultations internes ont été menées afin de recenser ce qui est fait actuellement, au niveau méthodologique, par les membres de l'équipe. Ces processus, appuyés par des données provenant de la littérature scientifique et grise (bonnes pratiques), sont rapportés dans les sections suivantes.

Important !

Il est important de noter qu'il s'agit d'un document **itératif**, c'est-à-dire qu'il est dynamique et sera révisé au moins une fois par année par l'équipe, afin d'être mis à jour, et de refléter la réalité ainsi que l'état actuel des pratiques à l'UETMISSS.

Certaines particularités de l'UETMISSS de Santé Québec Estrie – CHUS sont également importantes à considérer pour bien comprendre et utiliser ce guide méthodologique. Tout d'abord, l'UETMISSS a une portée particulièrement large, couvrant à la fois la santé physique, les services sociaux et la santé mentale. Cette ampleur mène à une grande diversité de projets entrepris par l'UETMISSS et à l'utilisation de méthodes d'évaluation provenant de ces trois champs. Ensuite, en plus des ETMISSS classiques, l'évaluation de programme et le soutien-conseil en évaluation font également partie intégrante de l'offre de services de l'UETMISSS. Ces aspects apportent donc une couleur particulière à l'unité, qui se reflète dans la méthodologie, les approches et les outils employés.

¹ Les sept volets de la mission universitaire à Santé Québec Estrie – CHUS sont l'enseignement, la recherche, l'innovation et les pratiques de pointe, le transfert de connaissances, l'évaluation des technologies et des modes d'intervention, la télésanté et le rayonnement. Pour plus d'information, la page Intranet ([Mission universitaire](#)) peut être consultée.

² Certains documents cités en référence dans ce guide sont donc réservés à un usage interne et ne sont pas accessibles publiquement. Les personnes souhaitant obtenir de l'information complémentaire ou une copie de ces documents peuvent communiquer avec l'UETMISSS à l'adresse suivante : uetmisss.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca.

Ce guide méthodologique décrit donc les processus utilisés à l'UETMISSS de Santé Québec Estrie – CHUS. Il présente les outils les plus utilisés ainsi que des références pertinentes pour mener une ETMISSS et des évaluations de programme (voir la section [2.1 ETMISSS et évaluation de programme](#) pour plus de détails). Il comprend cinq grandes sections : les concepts et principes de l'ETMISSS et de l'évaluation de programme, le processus de production, l'élaboration des recommandations, la rédaction et le suivi après le dépôt d'un livrable.

En plus de soutenir l'équipe professionnelle ainsi que leurs gestionnaires, ce document pourra également être partagé avec d'autres unités d'ETMI afin de les soutenir dans leurs réflexions et l'évolution de leurs pratiques.

2. Concepts et principes

Cette section brosse un portrait global de l’UETMISSS de Santé Québec Estrie – CHUS, en abordant des thématiques générales et des particularités qui guident les décisions et les choix méthodologiques de ses membres.

2.1 ETMISSS et évaluation de programme

2.1.1 Définition des concepts

L’évaluation de programme est un processus rigoureux et systématique de collecte et d’analyse des données qui consiste à porter un jugement sur les diverses composantes d’un programme, soient les besoins, les activités, les caractéristiques ou les résultats afin d’éclairer les pratiques et la prise de décision (4). Le terme programme renvoie à un ensemble structuré d’objectifs, de moyens et de personnes regroupés pour offrir des soins ou des services qui répondent à une problématique identifiée. Les évaluations varient selon les différents objets d’évaluation et les moments de vie du programme (4). Il existe plusieurs types d’évaluation qu’on peut classer en trois grandes catégories selon qu’elles ont trait à la pertinence, aux caractéristiques, ou à la portée du programme. Ce sont : l’évaluation des besoins, l’évaluation de l’implantation et des processus, et l’évaluation d’effets et impacts.

L’évaluation des technologies et modes d’intervention en santé et en services sociaux (ETMISSS) est l’évaluation systématique des propriétés et des effets d’une technologie ou d’un mode d’intervention, portant autant sur les effets directs et intentionnels de cette technologie ou de ce mode d’intervention en santé et en services sociaux que sur les conséquences directes ou indirectes, qu’elles soient prévues ou non intentionnelles. L’objectif principal de l’ETMISSS est d’éclairer la prise de décision (5) quant aux enjeux entourant l’utilisation d’une technologie ou d’un mode d’intervention. L’ETMISSS résulte toujours d’un besoin décisionnel, requiert la collecte, la synthèse et l’analyse des données primaires et secondaires issues de la littérature scientifique et utilise des données contextuelles et expérientielles dans le but de mettre en contexte les résultats de la synthèse de la littérature.

2.1.2 Similitudes entre évaluation de programme et ETMISSS

L’ETMISSS tout comme l’évaluation de programme font partie de la grande famille des évaluations et visent à porter un regard critique et objectif sur un programme, une technologie ou un mode d’intervention dans le but de soutenir la prise de décision.

Dans le cadre du présent guide méthodologique, l’expression « évaluation par l’UETMISSS » sera employée pour référer simultanément aux ETMISSS et aux évaluations de programme, lorsqu’approprié. Si une distinction doit être faite (p. ex. une particularité méthodologique des évaluations de programme), le texte l’indiquera clairement.

2.1.3 Distinctions entre évaluation de programme et ETMISSS

Les principales différences entre l'évaluation de programme et l'ETMISSS sont :

L'objet de l'évaluation ; en ce qui concerne l'évaluation de programme, l'évaluation porte sur un programme existant alors que dans l'ETMISSS, l'évaluation porte sur un mode d'intervention ou des options technologiques et des modes d'intervention à implanter, maintenir ou à cesser d'utiliser.

Les méthodes utilisées ; dans l'évaluation de programme, une collecte de données primaires est centrale alors qu'une collecte de données secondaires issues de la littérature est centrale à l'ETMISSS.

Le moment de réalisation de l'évaluation ; dans l'évaluation de programme, le processus d'évaluation se déroule avant, pendant ou après l'implantation alors que dans l'ETMISSS, l'évaluation se déroule généralement avant l'implantation. Toutefois, une ETMISSS peut aussi avoir lieu après l'implantation, lorsque le besoin décisionnel est de maintenir ou cesser l'utilisation de la technologie ou du mode d'intervention.

2.2 Définition et modèles conceptuels de l'ETMISSS

Cette section présente la définition de l'ETMISSS, le modèle conceptuel du rôle de l'ETMISSS dans l'aide à la décision ainsi que le modèle logique d'intervention. Parmi les définitions publiées par les organismes nationaux et internationaux, nous avons retenu celle qui faisait consensus au sein de l'équipe de l'UETMISSS puisqu'elle correspond le mieux à notre vision de ce qui constitue l'objet principal de nos activités de production. Il s'agit de la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cette définition reprend celle de *l'International Network of Agencies in Health Technology Assessment* (INAHTA) et y ajoute des aspects de santé publique ainsi qu'une dimension psychosociale qui correspond mieux à notre mandat. Ce dernier couvre en effet l'ensemble du spectre des soins et services du système de santé et de services sociaux, incluant les soins de première ligne et la santé publique.

Dans notre modèle logique d'intervention, l'ETMISSS correspond à l'ensemble des activités d'évaluation réalisées qui permettront de produire divers documents, mais également des actions de transfert de connaissances qui soutiendront la prise de décision à l'échelle locale et régionale, voire nationale. L'objectif premier de notre modèle est la prise de décision éclairée des décideurs pour atteindre le but ultime, soit l'amélioration de la santé et du bien-être de l'ensemble de la population desservie par l'établissement en tenant compte des ressources disponibles (8).

Définition de l'ETMI en santé et services sociaux de l'OMS :

L'évaluation des technologies de la santé et des modes d'intervention (ETMI) peut être définie comme « l'évaluation systématique des propriétés des effets ou des impacts des technologies et des interventions dans le domaine de la santé. Celle-ci peut porter tant sur les effets directs et intentionnels des technologies et interventions ainsi que sur leurs conséquences indirectes et non intentionnelles. Cette approche a pour principal objectif d'éclairer la prise de décision politique en matière de technologies de la santé. L'évaluation des technologies de la santé est réalisée par des groupes interdisciplinaires qui utilisent des cadres d'analyse explicites faisant appel à diverses méthodologies cliniques, épidémiologiques et en économie de la santé ainsi que d'autres méthodologies de recherche » (9).

Dans cette définition de l'ETMISSS, le mot « santé » réfère à celle de l'OMS voulant que : « la santé soit un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'handicap. » Nous considérons que ces deux définitions de l'OMS intègrent une vision holistique de la santé qui inclut le bien-être psychosocial, qui est généralement associé aux interventions dans le domaine des services sociaux et en réadaptation. La référence à la production de politiques de santé

ainsi que l'énumération des méthodes peuvent également référer à la pratique en santé publique. Par conséquent, ces définitions s'appliquent à la pratique particulière de notre UETMISSS, qui inclut l'évaluation des services de santé, des services sociaux et de programmes en santé incluant la santé publique. Les projets de notre UETMISSS s'intéressent à tout le spectre des soins et services de Santé Québec Estrie — CHUS, de la promotion et de la prévention aux soins spécialisés à l'échelle individuelle, mais également aux programmes et politiques de santé s'appliquant à l'ensemble de la population estrienne.

2.2.1 Modèles conceptuels d'aide à la prise de décision

L'évaluation par l'UETMISSS ayant pour principal objectif d'éclairer la prise de décision, on s'attendrait à ce qu'elle contribue aux décisions stratégiques de l'établissement. Dans les faits, la priorisation des problématiques de santé et de services sociaux à portée stratégique n'implique pas nécessairement la contribution de l'UETMISSS. Celle-ci demeure une prérogative de la haute direction et, dans une moindre mesure, des différentes directions cliniques et autres de l'établissement.

Il arrive toutefois que l'UETMISSS soit mise à contribution pour de grands dossiers stratégiques comme cela fut le cas lors de la réflexion stratégique ayant mené à l'élaboration de la [politique Équité, Diversité et Inclusion \(EDI\)](#) de l'établissement. Dans ce dossier, l'unité a contribué en évaluant la culture organisationnelle et celle concernant les soins et services pour les personnes trans et non binaires.

La priorisation par l'établissement de technologies ou de modes d'intervention comme objets d'évaluation est dictée par divers facteurs contextuels, socio-économiques et politiques. Ce contexte décisionnel peut s'avérer peu propice à la participation de l'UETMISSS lors du processus de détermination des priorités ou de la pertinence en matière de réponse à ces problématiques et cela, malgré le fait que les activités de revue systématique et d'analyse des données probantes pourraient contribuer au processus réflexif des décideurs à un stade précoce d'acquisition ou d'implantation de ces nouvelles technologies et modes d'intervention.

Le modèle de la [figure 1](#) illustre de façon schématique la façon dont les différentes données probantes peuvent éclairer le processus décisionnel du décideur. Celui-ci devra exercer son jugement en tenant compte des impacts désirés ou évitables avant d'en arriver à une décision, présentée ici comme l'élaboration d'une politique de santé (10).

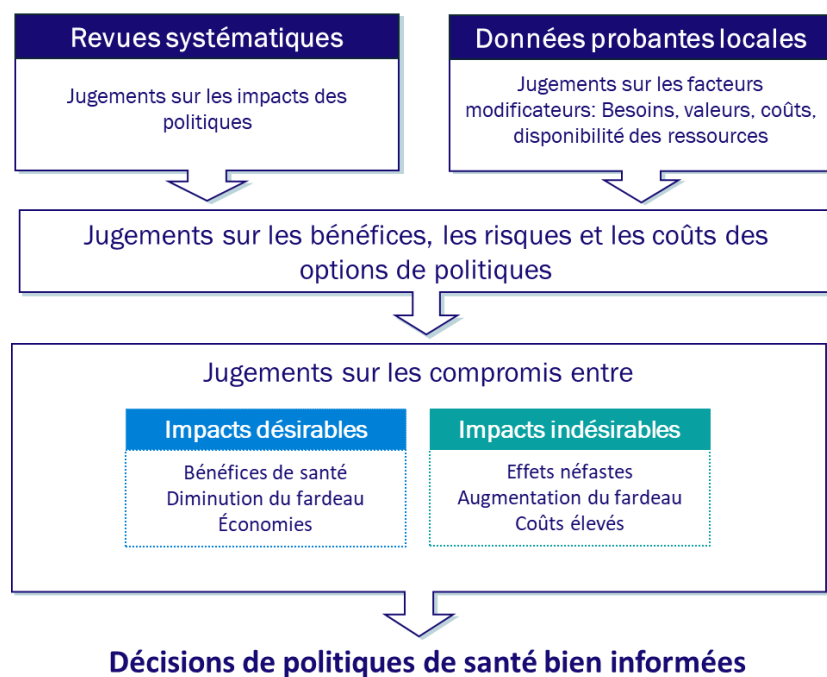


Figure 1. Modèle illustrant la prise de décision pour les politiques de santé

Note : Traduction libre de Oxman et coll. 2009 (10)

Lorsque les interventions auront été identifiées à la suite de la priorisation des décideurs, l’UETMISSS pourra être interpellée pour réaliser des évaluations dont la nature sera plus tactique que stratégique. Par tactique, nous entendons des projets répondant à la question suivante : comment implanter une technologie ou un mode d’intervention déjà priorisé par l’établissement ? Il faudra alors réaliser une évaluation formative servant à informer les parties prenantes de cette implantation sur les meilleures pratiques et les enjeux contextuels auxquels ils devront faire face afin de mener à bien cette mise en œuvre.

Les réflexions stratégiques des personnes qui prennent les décisions pourront également justifier que l’UETMISSS réalise des évaluations de technologies ou d’interventions déjà implantées. Il s’agira d’interventions dont la pertinence est remise en question pour diverses raisons et pour lesquelles les personnes qui prennent les décisions voudront avoir une évaluation dite sommative. Cette dernière pourrait justifier l’arrêt (ou la poursuite) du financement de l’intervention et par conséquent, de la prestation des soins et services qui s’y rattachent. Cet exercice d’évaluation sommative pourra se réaliser de façon prospective, pendant le déploiement de l’intervention ou de façon rétrospective (*a posteriori*). (3)

2.2.2 Modèle logique d’intervention de l’UETMISSS

Le modèle logique présenté au [Tableau I](#) illustre de façon schématique le processus de production ainsi que les effets et impacts attendus des activités de l’UETMISSS.

Comme mentionné en introduction de cette section, l’objectif premier de ces activités demeure le soutien à une prise de décision éclairée, pour l’ensemble des décideurs de l’établissement. Le résultat intermédiaire concerne les effets de la technologie, du mode d’intervention ou du programme sur la prestation des services tenant compte des dimensions incluses dans l’évaluation. Le but ultime est en cohérence avec celui de l’établissement dans une perspective de responsabilité populationnelle, soit l’amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie de l’ensemble de la population estrienne.

Tableau I. Modèle logique/théorie de programme de l'UETMISSS

Intrants	Activités	Extrants	Résultats		
	Processus		Initiaux	Intermédiaires	Long terme
			Effets		Impact
1 Besoins décisionnels des demandeurs et demandeuses 2 Savoirs a) Littéraires (académiques, scientifiques) b) Expérientiels c) Contextuels 3 Ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles 4 Différents comités Perspectives de responsabilité populationnelle	1 Cadrage des projets 2 Planification de l'exécution 3 Exécution du projet a) Collecte et analyse de différents types de données (scientifiques, contextuelles, expérientielles) b) Consultation des différentes parties prenantes 4 Rédaction du rapport 5 Transfert des connaissances	1 Note de cadrage et plan de réalisation 2 Rapports 3 Présentations 4 Sommaires exécutifs 5 Résumés	Soutien à la prise de décision Choix des meilleures options d'interventions ou de technologies	Amélioration de la pertinence clinique Utilisation efficiente des ressources Facilitation de la gestion du changement	Amélioration ou maintien du bien-être et de la santé Amélioration de la qualité de vie

Note : Adapté de United Way of America, 1996, p. 42 (11)

2.3 Mission

L'UETMISSS a comme mission « de soutenir la prise de décision des gestionnaires par diverses approches évaluatives des technologies, modes d'interventions et programmes, en santé, santé publique et services sociaux afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population estrienne. L'UETMISSS fonde ses travaux sur l'évaluation rigoureuse des données scientifiques, contextuelles et des savoirs expérientiels, ces derniers provenant des usagères et des usagers, leurs proches, la population et l'ensemble de la communauté du CIUSSS de l'Estrie – CHUS³ [maintenant Santé Québec Estrie – CHUS] ». (Offre de service DCMU, 2024)

« Les données et les savoirs servent ainsi à présenter des recommandations ou des conclusions afin de soutenir la prise de décisions complexes ou qui peuvent avoir des impacts sur les soins et services comme le retrait ou l'introduction d'une technologie, l'utilisation ou non d'un médicament, la révision d'un mode d'intervention ou d'une trajectoire de soins ou de services en santé et services sociaux. L'UETMISSS peut également soutenir les personnes demandeuses dans la planification, l'implantation ou l'évaluation de la mise en œuvre des recommandations. » (Offre de service DCMU, 2024)

2.4 Valeurs

L'UETMISSS partage évidemment les valeurs de Santé Québec Estrie – CHUS. Ces dernières sont :

- **L'adaptabilité** : « Chacun fait preuve d'ouverture, de souplesse, d'écoute et de la réactivité nécessaire pour s'adapter aux besoins actuels et évolutifs des personnes. » (12),
- **L'humanisme** : « Chaque personne considère que l'autre a droit au respect, à la compassion, à la bienveillance, à la considération, à la confiance et à l'authenticité. » (12),
- **L'engagement** : « Chacun s'engage en respect des autres, de façon positive et s'investit pleinement, avec passion et rigueur, dans sa propre mission, qu'elle soit liée à sa profession, à sa guérison ou à son cheminement. » (12),
- **L'équité** : « [...] traitement juste, visant notamment l'élimination des barrières systémiques qui désavantagent certains groupes. Un traitement équitable n'est pas nécessairement identique pour tous et toutes, mais tient compte des différentes réalités, présentes ou historiques, afin que toutes les personnes aient accès aux mêmes opportunités [...] » (13),
- **La durabilité** : « Qualité d'un objet, d'une action ou d'une activité qui vise à satisfaire à des principes de respect à long terme de l'environnement physique, social et économique. » (14).

Ces cinq valeurs guident les décisions de l'ensemble de la communauté interne de l'établissement dans le but d'assurer la prestation de soins et de services de qualité à l'ensemble de la population estrienne (15,16).

En plus de ces valeurs fondamentales, l'UETMISSS est guidée par d'autres valeurs, toutes aussi importantes, qui lui sont propres et qui la distinguent. Ainsi, les définitions présentées ci-dessous sont écrites spécifiquement pour le contexte de l'UETMISSS et décrivent comment ces valeurs sont mises en pratique au sein de l'équipe.

- **La collaboration** : Mener les projets en équipe afin d'offrir le meilleur service possible, et ce le plus efficacement possible (17). L'équipe responsable d'un projet peut être composée de membres de l'UETMISSS,

³ Les intervenants et intervenantes, les professionnels et professionnelles et les gestionnaires

mais aussi d'autres membres de la DCMU et de l'équipe de mobilisation des connaissances dont le transfert de connaissances et la bibliothèque. De plus, la collaboration implique d'aller chercher les ressources humaines nécessaires à l'avancement des projets, peu importe leur direction d'attache, et de faire le lien avec le terrain, afin de travailler en équipe.

- **La transparence** : « Qualité d'une organisation qui informe sur son fonctionnement, ses pratiques, ses intentions, ses objectifs et ses résultats. » (18). Dans le cas de l'UETMISSS, la transparence implique de laisser des traces de chaque étape de nos démarches, que ce soit au niveau méthodologique (p. ex., stratégie de recherche documentaire), au niveau des processus (p. ex., bien informer les parties prenantes du but de leur implication ainsi que du déroulement et des retombées attendues de l'évaluation afin de favoriser leur participation active (19)) ou au niveau du contenu (p. ex. rapporter les faits saillants même s'ils vont à l'encontre du résultat désiré par les demandeuses ou les demandeurs). Ainsi, le processus ayant mené aux recommandations ou aux constats est retraçable et peut être apprécié par toute personne lisant le rapport.

À ces valeurs s'ajoute une philosophie de production qui accorde beaucoup d'importance à l'utilité des produits d'aide à la décision, mais également à la rigueur scientifique et à des notions de responsabilité et d'imputabilité de l'évaluateur.

2.5 Positionnement institutionnel

L'UETMISSS est intégrée au sein de la Direction de la coordination de la mission universitaire (DCMU) de Santé Québec Estrie – CHUS. Cette direction soutient et accompagne la production, le partage et l'utilisation des connaissances issues des savoirs scientifiques, contextuels et expérientiels afin de contribuer à la santé et au mieux-être des usagers, de leurs proches et de la population. (Offre de service DCMU, 2024)

En prenant appui sur les sept volets de la mission universitaire (enseignement, transfert de connaissances, ETMI, pratiques de pointe et innovation, recherche, télésanté, rayonnement), la DCMU vise à faciliter l'analyse critique ainsi que la recherche de solutions établies ou innovantes, afin d'améliorer la pertinence des pratiques et répondre aux différents défis rencontrés par l'établissement et le Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). La DCMU agit également comme un catalyseur de l'utilisation des connaissances et participe à bon nombre de projets organisationnels afin d'assurer une réflexion ancrée dans l'analyse critique, donc basée sur des données probantes. Finalement, elle contribue au rayonnement et à la reconnaissance de Santé Québec Estrie – CHUS auprès de la communauté par l'actualisation de sa mission universitaire. (Offre de service DCMU 2024).

La DCMU est sous la responsabilité de la Présidence direction générale adjointe (PDGA) de l'établissement. Cette dernière coordonne également les infrastructures de recherches affiliées à Santé Québec Estrie – CHUS : le Centre de recherche du CHUS (CR-CHUS), le Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV) et l'Institut universitaire de première ligne en santé et en services sociaux (IUPLSSS). Les demandes d'évaluation par l'UETMISSS sont déposées au guichet de la mission universitaire (GMU) qui est la porte d'entrée pour les demandes de service auprès de la DCMU.

2.6 Offre de services et typologie de produits

2.6.1 Types et sous-types d'évaluation

L'UETMISSS de Santé Québec Estrie – CHUS réalise des évaluations formatives et sommatives. Les évaluations formatives servent principalement à améliorer un soin, un service ou un programme alors que les évaluations

sommatives permettent de déterminer si une intervention a une valeur ajoutée par rapport à une autre dans un contexte donné. Il est important de noter qu'une évaluation peut intégrer des composantes des deux types (20,21).

De plus, l'UETMISSS de Santé Québec Estrie – CHUS offre plusieurs sous-types d'évaluation (offre de services de la DCMU, document interne), présentés ci-dessous en fonction de leur appartenance aux ETMISSS, à l'évaluation de programme (voir la section [2.1 ETMISSS et évaluation de programme](#) pour plus de détails sur ces deux catégories) ou au soutien-conseil. Le type d'accompagnement et le produit final sont choisis en fonction du sujet, des besoins de l'équipe demandeuse et du contexte.

2.6.1.1 Typologie des produits d'évaluation par l'UETMISSS

Il y a trois types de produits offerts dans cette catégorie par l'UETMISSS de Santé Québec Estrie – CHUS.

- **État des connaissances** : Il s'agit d'une synthèse des données retrouvées dans la littérature scientifique et la littérature grise lors d'une recension des écrits. Parfois, une consultation auprès des parties prenantes peut être réalisée pour aider à la contextualisation des données. Les différents types de recensions des écrits sont présentés dans la section [3.4.1 Recension de la littérature scientifique](#).
- **Avis d'évaluation sans recommandations** : Une recension des écrits et une collecte de données contextuelles et expérientielles sont effectuées. Les données sont ensuite mises en commun pour avoir une vue globale de l'objet de l'évaluation et faire émerger les constats pertinents.
- **Avis d'évaluation avec recommandations** : Le même processus est appliqué, mais les constats servent de base pour émettre des recommandations préliminaires, qui seront bonifiées par divers moyens (voir la section [4. Processus de production des recommandations](#)) jusqu'à l'obtention de recommandations finales (voir la section [2.6.2 Constats, conclusions et recommandations](#) pour plus de détails sur la distinction entre des constats et des recommandations).

Références pour plus d'information sur les évaluations par l'UETMISSS

Pour plus de détails et pour d'autres types de produits possibles, les références suivantes peuvent être consultées :

- « L'évaluation : concepts et méthodes » de Brousselle *et al.* (22)
- « Utilization-Focused Evaluation » de Patton et Campbell-Patton (20)
- Le site web <https://www.betterevaluation.org/>

2.6.1.2 Typologie des produits d'évaluation de programme

Cet aspect de l'offre de services de l'UETMISSS est amené à évoluer au cours des prochaines années, puisque la demande est en forte augmentation. Quoiqu'il existe plusieurs types d'évaluation de programme, deux (22) sont principalement effectués au sein de l'unité.

- **Évaluation de l'implantation** : Une évaluation des différentes composantes de l'implantation du programme (p. ex. acceptabilité, accessibilité, processus d'élaboration, etc.) est réalisée afin de l'améliorer, d'identifier les obstacles et les leviers à sa mise en œuvre et déceler les écarts, s'il y en a, entre le programme tel qu'élaboré et le programme tel que déployé sur le terrain. L'encadré ci-dessous présente des références pour en apprendre plus sur les sous—types d'évaluation de l'implantation.

- **Évaluation des effets** : Il s'agit d'une évaluation des effets réels du programme, prévus ou imprévus. Ces informations servent également à déterminer si le programme répond bel et bien à la problématique initialement identifiée par l'équipe responsable. Les résultats peuvent également soutenir la prise de décision d'une direction quant au maintien ou à l'arrêt d'un programme donné.

Autres types et sous-types d'évaluation de programme

Les références suivantes sont particulièrement intéressantes pour explorer plus en détail les types et sous-types d'évaluation de programme :

- « Approches et pratiques en évaluation de programme » de Dagenais et Ridde (23)
- « Évaluation de programme : de la réflexion à l'action » de Tougas, Bérubé et Kishchuk (24)
- « Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale » édités par Alain et Dessureault (21)

2.6.1.3 Autres types de produits

Le dernier type de soutien offert par l'UETMISSS de Santé Québec Estrie – CHUS est l'accompagnement des équipes, aussi appelé soutien-conseil, dans le but de développer leurs compétences et de renforcer leurs capacités en évaluation. Ce nouveau service est, comme l'évaluation de programme, sujet à évoluer au cours des prochaines années.

À ce jour, les livrables produits dans ce contexte sont très variables ([Tableau II](#)). Il peut s'agir de documents méthodologiques, de matériel ou des ateliers de transfert de connaissances (p. ex. [Définition vulgarisée de l'évaluation](#)), de descriptions de programme, etc. Les membres de l'UETMISSS adaptent donc les livrables en fonction des besoins de l'équipe demandeuse et des projets pour lesquels l'unité d'évaluation a été interpellée.

Tableau II. Description du soutien-conseil possible par l'UETMISSS

Rôles	Responsabilités
Soutien méthodologique en évaluation	• Conseiller la démarche, les procédures, les outils, le traitement, l'analyse et la présentation des données • Élaborer ou partager des documents méthodologiques répondant aux besoins de l'équipe demandeuse

Rôles	Responsabilités
Accompagnement dans l'implantation d'une démarche évaluative	• Accompagner l'équipe demandeuse tout au long de l'évaluation pour faciliter les processus évaluatifs • Co-animer des rencontres de travail aux étapes clés • Proposer des moyens et des outils de collecte et d'analyse adaptés au contexte et aux besoins • Faciliter la co-construction des outils • Accompagner la mobilisation des participant(e)s au besoin • Relire et commenter la documentation, les outils et tous les autres livrables liés à l'évaluation
Développement des compétences en évaluation	• Analyser des besoins de transfert des connaissances en évaluation pour planifier et adapter l'accompagnement • Cibler des documents de référence pertinents pour le développement des connaissances en évaluation (de base ou plus pointues) en fonction des besoins • Contribuer à l'élaboration du plan de formation des personnes ciblées par l'équipe ou la direction demandeuse

2.6.1.4 Approches, cadres conceptuels et méthodes

D'innombrables approches, cadres conceptuels et méthodes existent dans le domaine de l'évaluation. Des choix judicieux doivent être faits par la personne responsable du projet à l'UETMISSS et ses collaboratrices et collaborateurs, selon le type d'évaluation, le contexte et les besoins décisionnels. Cependant, il existe des outils pour **soutenir cette réflexion** et pour aider à repérer le bon cadre d'analyse ou la bonne approche.

Outils soutenant l'identification et la sélection des approches, cadres conceptuels et méthodes

- Le Theory, Model, and Framework Comparison and Selection Tool (T-CaST) développé par la Dissemination and Implementation Methods Unit du North Carolina Translational and Clinical Sciences Institute de l'University of North Carolina. L'outil existe en version papier (PDF) et en ligne.
 - <https://impsci.tracs.unc.edu/tcast/>
- L'outil web interactif *Dissemination & Implementation models in health (D&I Models Webtool)*, qui comprend une option d'exploration des théories, modèles et cadres (TMC) et un guide pour choisir un TMC approprié à un projet.
 - www.dissemination-implementation.org

2.6.2 Constats, conclusions et recommandations

Selon le type de livrable, l'évaluation peut se conclure par des *constats*, parfois nommés conclusions, ou bien par des *recommandations*.

Un **constat** (25) est un bilan effectué à la suite d'un examen objectif des données. Une **conclusion**, quant à elle, réfère davantage à la synthèse de l'ensemble des données dont l'objectif est de s'assurer que le lecteur ou la lectrice saisisse l'essentiel (26). Dans toute évaluation, les constats et les conclusions découlent de l'examen des différentes sources de données et de leur triangulation. Les conclusions ont pour objectif de répondre aux questions d'évaluation en tenant compte du contexte.

Une **recommandation** est plutôt un construit, reposant sur les données probantes et prenant en considération les perspectives combinées des différentes parties prenantes, qui propose un positionnement ou une orientation en soutien à la prise de décision. Une recommandation se veut juste, raisonnable et orientée sur la création de valeur (19) notamment pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la population desservie ou une utilisation optimale des ressources par notre établissement. Une recommandation est élaborée au terme d'un processus de consultation des différentes parties prenantes. Les conclusions sont d'abord transformées en recommandations préliminaires qui sont bonifiées jusqu'à l'atteinte d'un consensus donnant les recommandations finales.

Alors que tous nos livrables contiennent des conclusions, les recommandations sont produites à la demande de l'équipe demandeuse.

2.6.3 Dimensions des évaluations

L'évaluation par l'UETMISSS peut porter sur une ou plusieurs dimensions selon le contexte et la question décisionnelle. Les dimensions permettent de porter un jugement sur la contribution d'une technologie ou d'un mode d'intervention aux finalités du système de santé et de services sociaux. Chacune des dimensions fournit un cadre général pour l'analyse qui peut varier en fonction des besoins décisionnels. Cette approche est qualifiée de multidimensionnelle, car les technologies et les modes d'intervention sont examinées sous plusieurs dimensions considérées comme complémentaires (27).

L'approche présentée dans ce guide interne repose sur le modèle de base de l'évaluation des technologies de la santé qui a été développé au sein du réseau européen pour l'évaluation des technologies de la santé (*EUnetHTA : European Network for Health Technology Assessment* (27)) et le guide d'appréciation de la valeur des interventions en santé et en services sociaux développé par l'INESSS (28). La terminologie employée est celle de l'INESSS, mais les dimensions du *HTA Core Model 3.0* (27), historiquement plus utilisées en ETMISSS, y sont toutes représentées, quoique parfois regroupées ou sous d'autres termes. L'objectif d'opter pour les dimensions telles que définies par l'INESSS est d'harmoniser les pratiques entre les équipes de Mobilisation des connaissances et d'Innovation et transformation des pratiques (ITP).

2.6.3.1 Dimension éthique

Les aspects éthiques des technologies de la santé et des modes d'intervention doivent être pris en compte dans les évaluations par l'UETMISSS. L'éthique a toutefois une application plus large et transversale dans le domaine. Les évaluations elles-mêmes doivent être conçues de manière à ce que les principes éthiques fondamentaux soient pris en compte et respectés (27). Il s'agit d'ailleurs d'une priorité lors de l'ensemble du processus d'évaluation pour l'UETMISSS de Santé Québec Estrie — CHUS.

Références pertinentes

- Les principes de base en bioéthiques (29)
- L'analyse éthique dans les ETMISSS (30)

2.6.3.2 Dimension environnementale

Tout comme la dimension éthique, la dimension environnementale a également une application transversale. Cette dimension met en évidence la nécessité de réduire, autant que possible, les incidences négatives des technologies et des modes d'intervention en matière de santé sur l'environnement tout au long de leur cycle de vie (31,32). De fait, l'impact des technologies en santé et services sociaux sur l'environnement est important. Cela peut inclure la consommation de ressources, la production et l'élimination des déchets, les émissions de gaz à effet de serre, la gestion des eaux usées, etc.

2.6.3.3 Dimension populationnelle

Cette dimension repose sur l'amélioration de la santé et le bien-être de la population dans un souci d'équité, en ciblant des besoins importants et en étant accessible à tous ceux et celles qui en ont besoin (28).

2.6.3.4 Dimension socioculturelle

Cette dimension favorise le bien commun au sein de la société québécoise et estrienne en particulier, dans le respect des principes de solidarité, d'autonomie et d'inclusion (28).

2.6.3.5 Dimension clinique

L'efficacité clinique fait référence au bénéfice ou rendement associé à une technologie ou un mode d'intervention dans des conditions données, c'est-à-dire dans la pratique courante (33). Cette dimension repose sur l'amélioration de la santé et le bien-être des usagères et usagers, en produisant des résultats recherchés en matière d'efficacité, de sécurité (innocuité), de qualité de vie et d'expérience de soins et de services pour les usagères, les usagers et leurs proches, tout en respectant leur contexte individuel et leurs valeurs.

Efficacité

Il s'agit de la mesure des effets de la technologie, du mode d'intervention ou du programme sur la santé (physique et psychologique) des usagères et usagers (34).

Sécurité

La sécurité est un terme générique qui désigne tous les effets indésirables ou nocifs causés par l'utilisation d'une technologie de santé ou d'un mode d'intervention. Lorsqu'applicable, une évaluation par l'UETMISSS devrait comprendre une évaluation de la sécurité, à la fois dans l'intérêt des usagères et usagers et pour informer les décideurs (35).

Qualité de vie reliée à la santé

La qualité de vie reliée à la santé (QVLS) — *Quality Adjusted Life Year (QALY)* est une mesure qui est de plus en plus utilisée pour guider les prises de décisions relatives à l'allocation des ressources en matière de soins et services de santé (36).

QALY — Pour aller plus loin

Le QALY combine la qualité de vie reliée à la santé ainsi que la durée de vie en un score unique tout en considérant les préférences des individus pour différents états de santé. Il représente ainsi une mesure standard qui facilite l'allocation optimale des ressources disponibles dans le domaine de la santé (37). À travers le concept de coût-QALY ou coût-utilité, on cherche ainsi à mettre en relation les coûts avec les préférences des individus quant aux différents états de santé (37,38).

Expérience de soins et de services

Cette expérience fait référence aux effets de la technologie ou de l'intervention sur les expériences de soins et de services des usagers et leurs proches (p. ex. acceptabilité, facilité d'appropriation, autonomisation, capacité à agir de façon autonome et indépendante, stigmatisation, discrimination).

2.6.3.6 Dimension organisationnelle

Cette dimension s'insère dans le contexte organisationnel des soins et services d'une façon qui contribue à renforcer le système de santé et de services sociaux, en renforçant la qualité des soins et services et en optimisant les parcours de soins ainsi que l'organisation et la gouvernance du système.

2.6.3.7 Dimension économique

Cette dimension vise à optimiser l'utilisation des ressources pour leur gestion responsable et durable, en contribuant à utiliser le plein potentiel des ressources financières et en atténuant les coûts, à la fois dans la perspective à court et à long terme. L'[Annexe I](#) présente plusieurs concepts, pistes méthodologiques et références intéressantes pour guider l'analyse de cette dimension.

Analyse de l'efficience économique

L'analyse d'efficience compare les coûts et les avantages, monétaires et de santé, associés à chacune des différentes options. Elle fait référence à la capacité d'obtenir le bénéfice maximal possible sous contrainte de ressources limitées. Il s'agit ici du simple rapport entre le résultat obtenu, tel que mesuré par une amélioration de la santé, et les ressources requises (33).

3. Processus de production

Le processus de production d'une évaluation par l'UETMISSS implique des échanges itératifs entre les membres de l'UETMISSS, les demandeuses et demandeurs et leur équipe, principalement par courriels ou lors de rencontres formelles. Le transfert de connaissances (TC) est un élément de soutien transversal au processus de réalisation d'une évaluation par l'UETMISSS (voir la section [5.2 Transfert de connaissances dans les évaluations par l'UETMISSS](#)), en plus d'être mis de l'avant lors de la présentation et de la diffusion des résultats.

Le schéma suivant ([figure 2](#)) illustre le déroulement typique d'une évaluation par l'UETMISSS à Santé Québec Estrie – CHUS. Certaines étapes peuvent toutefois être retirées, ajoutées ou adaptées selon le contexte du projet et selon le livrable final convenu (p. ex., un avis sans recommandations n'impliquera généralement pas de comité consultatif, bien que des consultations sont quand même souvent tenues sous d'autres formes).

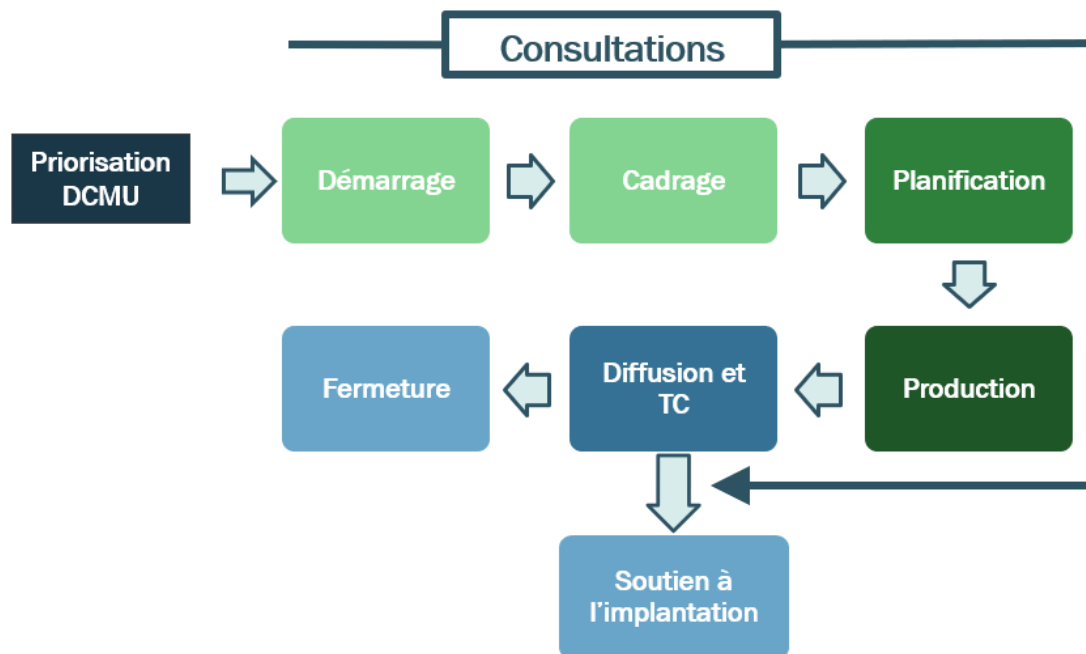


Figure 2. Schéma du processus de production d'une évaluation

Les sections suivantes abordent en détail chacune de ces étapes afin de les définir, d'identifier leurs objectifs et de présenter la marche à suivre pour les réaliser

3.1 Réception et analyse préliminaire des demandes

Tout d'abord, un besoin de soutien à la prise de décision est identifié à l'interne au sein d'une équipe ou d'une direction. Si le besoin justifie la sollicitation des services de l'UETMISSS, une demande officielle est déposée au GMU ([Formulaire de demande - GMU](#)).

3.1.1 Critères d'admissibilité

Il est important que les personnes qui soumettent une demande s'assurent de respecter les critères d'admissibilité puisque ce sera le premier facteur considéré lors de l'analyse par les membres du GMU. Pour être admissibles, les demandes à l'UETMISSS doivent :

- Concerner la pertinence et/ou l'amélioration des pratiques au sein de Santé Québec Estrie – CHUS;
- Viser à améliorer les soins et services offerts à la population estrienne et à leurs proches;
- Avoir comme objectif de prendre une décision basée sur des données probantes;
- Avoir l'appui d'une personne-cadre supérieure ou hors cadre, c'est-à-dire que cette personne s'engage au nom de la direction porteuse à mettre les conditions gagnantes en place pour soutenir la réalisation de l'évaluation par l'UETMISSS et pour en maximiser les retombées.

3.1.2 Analyses préliminaires

À la suite de la réception de la demande, les étapes suivantes se déroulent séquentiellement.

1. Les membres du GMU analysent la demande selon les critères d'admissibilité et l'outil d'aide à la décision fondé sur le potentiel de valeur. Si celle-ci est retenue, une analyse de faisabilité (ressources disponibles) sera également réalisée, puis elle sera priorisée en fonction de son alignement avec les enjeux prioritaires identifiés par Santé Québec Estrie – CHUS ou par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de son impact potentiel sur l'amélioration des pratiques.
2. Une personne gestionnaire en Mobilisation des connaissances rencontre ensuite les demandeuses et/ou les demandeurs afin de préciser la demande et leurs besoins. Les services offerts par l'équipe de Mobilisation des connaissances leur sont également décrits.
3. Finalement, la personne gestionnaire présente la demande à l'équipe Mobilisation des connaissances. Le projet est discuté en grand groupe, puis attribué à une équipe responsable, l'UETMISSS dans notre cas, et à une personne professionnelle qui aura la charge du projet. Dépendamment de l'ampleur du projet, un binôme, composé généralement de membres de l'UETMISSS, du STC et/ou de l'équipe ITP, peut être nommé co-responsable du projet.

3.2 Démarrage des projets

La phase de démarrage du projet est exploratoire et représente la première étape d'appropriation du projet pour l'équipe de l'UETMISSS. Les étapes clés sont les suivantes :

1. Attribution du projet à une personne professionnelle responsable à l'UETMISSS (ou à un duo de professionnelles et professionnels)
2. Réflexions au sein de l'équipe afin de bien préparer la rencontre de démarrage
3. Rencontre de démarrage
4. Complétion et signature de l'entente de services des équipes de Mobilisation des connaissances

La rencontre de démarrage rassemble généralement les personnes professionnelles attitrées au projet d'évaluation, les professionnel(le)s en collaboration, la personne gestionnaire de l'UETMISSS ainsi que les

demandeuses et/ou les demandeurs. Dans cette rencontre, l’UETMISSS présente le processus d’évaluation ainsi que les différents services offerts et fait la promotion de l’approche *Agir pour et avec l’usager, ses proches et la population*⁴. La participation directe des usagères, des usagers et de leurs proches est fortement encouragée lorsque pertinente (voir la section [3.4.3 Cueillette et traitement des données expérientielles – Parties prenantes](#) pour aider à structurer cette démarche). Cette présentation se fait habituellement à l’aide d’un support visuel sous forme de *power point*. En présentant le processus, la personne responsable s’assure de bien exposer ce qui est attendu de l’équipe ayant fait la demande à chaque étape.

Diapositives générales : rencontre de démarrage

Certaines diapositives générales sont disponibles sur l’équipe Teams ([Rencontre de démarrage - Diapos](#)), afin d’harmoniser le tronc commun des présentations de démarrage au sein de l’équipe.

Les demandeuses et/ou les demandeurs présentent les grandes lignes du contexte et de la problématique qui les a menés à faire appel à la DCMU, les besoins décisionnels, l’échéancier et les personnes-ressources (contacts) dans leur équipe qui pourront soutenir l’UETMISSS lors de la réalisation de l’évaluation. La personne responsable du mandat demande également de leur faire parvenir tout document de référence disponible pertinent pour la compréhension de la problématique ou de son contexte.

Finalement, à la lumière de ces échanges, les livrables attendus sont déterminés. Aussi, l’ensemble des informations ainsi collectées ou déterminées lors du processus de démarrage est consigné dans l’entente de services des équipes de Mobilisation des connaissances, qui est acheminée aux demandeuses et/ou aux demandeurs. Ce document contient également les modalités de collaboration entre les différentes parties ainsi que les rôles et responsabilités de chacun. Ainsi, les attentes communes à tous les projets⁵ sont déjà intégrées et communiquées à l’équipe demandeuse. À la suite de quelques échanges afin d’ajuster le contenu de l’entente, cette dernière est signée par les demandeuses et/ou les demandeurs.

Après cette rencontre et la signature de l’entente de services, l’équipe d’évaluation devrait être prête à débiter la phase suivante de l’évaluation : le cadrage.

3.3 Cadrage et planification de la réalisation des projets

Le cadrage et la planification de la réalisation sont deux étapes successives, mais distinctes, qui s’amorcent à la suite de la rencontre de démarrage. La nature et le contexte des demandes au sein de notre établissement exigent de prendre en compte la fenêtre décisionnelle, soit l’horizon temporel pour la prise de décision, du demandeur ou de la demandeuse. De ce fait, l’UETMISSS profite du processus itératif du cadrage pour rapidement amorcer la planification de l’évaluation. Ainsi, ces étapes se concluent par la rédaction d’un seul livrable, soit la note de cadrage et plan de réalisation.

⁴ Cette approche vise à conjuguer l’expertise du personnel avec le savoir expérientiel des usagères et usagers et de leurs proches afin de répondre au mieux à leurs besoins. Elle repose sur leur participation active dans les décisions qui les concernent, en les informant, les écoutant, les consultant et les engageant comme partenaires des soins et des services.

⁵ Relais d’information, participation au processus de clôture via le sondage d’appréciation du soutien, l’outil de valeur créée et l’évaluation des retombées du soutien de l’UETMISSS, etc.

3.3.1 Cadrage

Le cadrage est l'étape durant laquelle la conseillère ou le conseiller en évaluation s'approprie le projet qui lui a été confié. Le cadrage représente le processus itératif qui vise à préciser les besoins décisionnels, confirmer la pertinence de réaliser une évaluation, baliser et définir les questions, et les méthodes d'évaluation ainsi que les livrables attendus.

En plus d'approfondir ces concepts de base, le cadrage identifie les parties prenantes, explore leurs rôles et leurs participations dans le cadre du projet. Idéalement, c'est à cette étape que sont constitués les équipes ou comités de travail (par ex. comité consultatif) et établis les modalités de gestion des conflits d'intérêts. Il sert aussi à rassembler l'information nécessaire pour la planification du projet. Cette étape vise donc à préciser les thématiques et les dimensions qui seront traitées par le projet et celles qui ne le seront pas. Dans notre contexte, toute demande s'inscrit dans une fenêtre décisionnelle qui dicte, jusqu'à un certain point, l'étendue (portée) de l'évaluation et le type de produit (livrable) attendu de l'équipe de projet.

Selon la nature du projet, différentes personnes peuvent être mobilisées pour y contribuer notamment, l'équipe de la bibliothèque (bibliothécaire), des professionnelles ou professionnels d'autres équipes ou secteurs en santé et en services sociaux ainsi des membres pour le comité consultatif.

Lors d'une évaluation de programme



Une description du programme est nécessaire pour compléter le cadrage.

Si elle n'est pas disponible au préalable, la description de programme doit être réalisée en collaboration avec le demandeur ou la demandeuse.

3.3.2 Plan de la réalisation

Quant à la planification de la réalisation d'un projet d'évaluation, elle débute dès la validation des objectifs et des aspects qui seront couverts par le projet auprès du demandeur ou de la demandeuse (8).

Cette étape sert à définir, clairement et de manière détaillée, les méthodes qui seront employées pour répondre aux questions d'évaluation et ultimement, au besoin décisionnel visé par le projet. De plus, le transfert de connaissances, essentiel et transversal à tout projet d'évaluation, est abordé lors de la planification de la réalisation. Ainsi, le plan de réalisation tient compte des activités de diffusion, d'appropriation et d'implantation qui seront nécessaires pendant ou au terme de l'évaluation. Plus spécifiquement pour les étapes post-évaluation, le plan de réalisation permet, avec l'entente de service, de préparer à la fois l'équipe demandeuse et l'équipe d'évaluation aux étapes qui suivront la présentation des résultats. L'appréciation du soutien et l'évaluation des retombées à court et moyen terme du soutien de l'UETMISSS, par sondages, sont donc planifiées dès le début. Il en va de même pour les activités que l'équipe de mobilisation des connaissances peut réaliser pour soutenir l'équipe demandeuse dans l'implantation des recommandations ou dans l'appropriation et l'utilisation des constats, selon la situation.

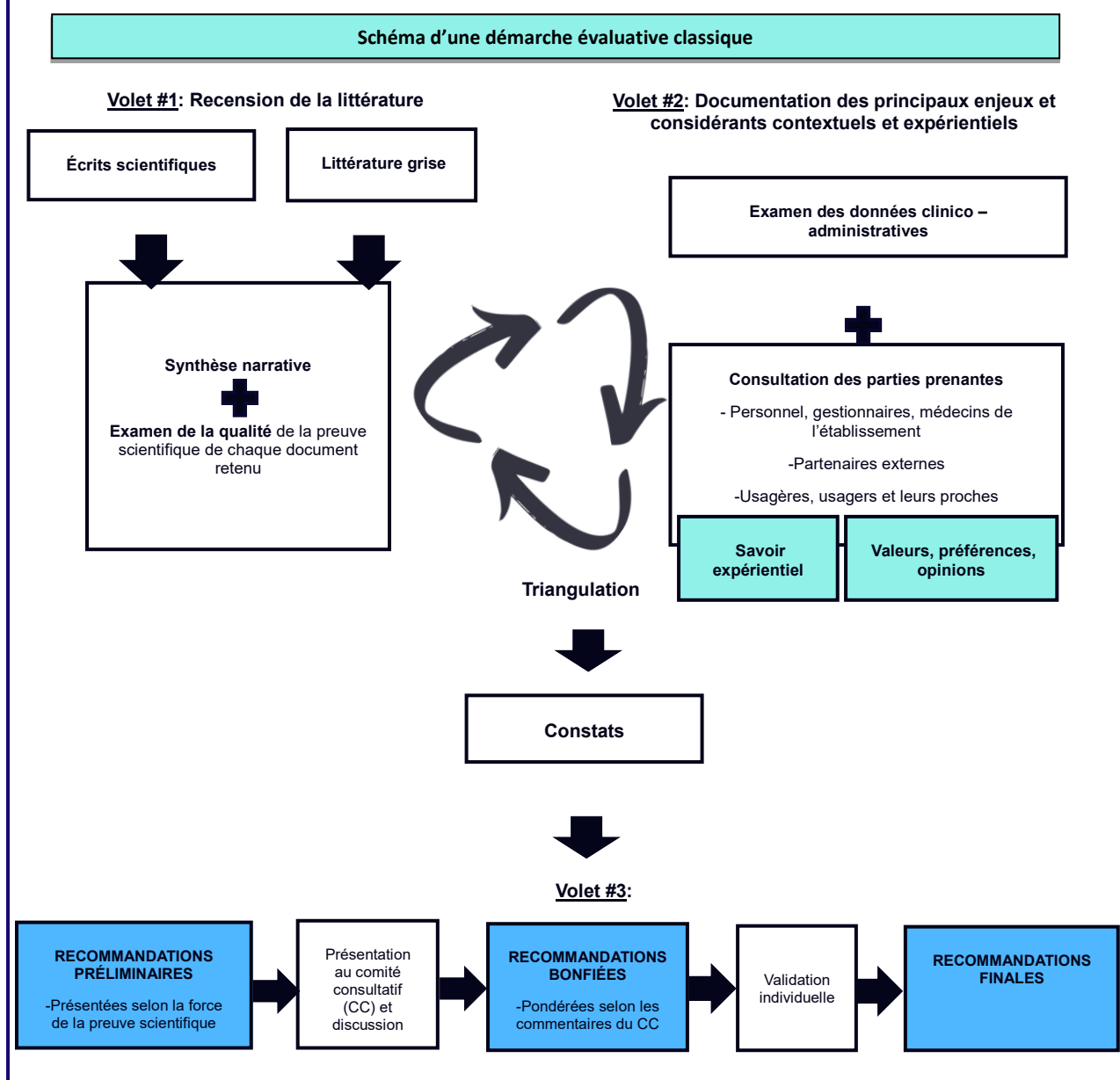
Approche méthodologique multisource au cœur de notre pratique

- La méthodologie développée par Pederson, Dagenais et Lehoux représente l'assise de notre approche d'évaluation. Cette approche, particulièrement appropriée lors de l'évaluation d'une intervention complexe impliquant des résultats multifactoriels, permet d'adresser les lacunes de la littérature en alliant simultanément les données contextuelles et expérientielles (39).



Pederson, V.H., Dagenais, P., & Lehoux, P. (2011). Multi-source synthesis of data to inform health policy. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 27, 238-246

- Une bonne pratique adoptée par l'UETMISSS est de schématiser la démarche évaluative en s'inspirant de cette approche tout en transposant les liens entre les questions d'évaluation et la méthode adoptée pour y répondre.



3.3.3 Rencontre de présentation du cadrage et du plan de réalisation

Lorsque la ressource responsable de l'évaluation s'est appropriée le projet, qu'elle en a défini le contexte et a élaboré une première ébauche du plan de réalisation, une rencontre est organisée avec l'équipe demandeuse. **L'objectif est de valider la compréhension que l'équipe d'évaluation a du projet et de confirmer que le plan proposé répond aux besoins et convient à l'ensemble des personnes concernées.**

Comme pour le démarrage, cette présentation se fait à l'aide d'un support visuel *power point*. Il s'agit également d'un moment propice pour aborder, lorsqu'applicable, l'implication de l'équipe demandeuse ou de ses contacts pour le recrutement d'usagères ou usagers pour la participation au processus évaluatif.

3.3.4 Livrable

Au terme de ces étapes, un document nommé *note de cadrage et plan de réalisation* est rédigé et approuvé par les gestionnaires ou le médecin-conseil de l'UETMISSS avant d'être soumis aux demandeurs et aux demandeuses. Ce document fait office de protocole détaillant les sources qui seront consultées et les moyens qui seront employés pour mener à bien ce mandat.

Dans les cas particuliers où le mandat de soutien est de courte durée, une note de cadrage et plan de réalisation dite abrégée peut être réalisée. Ainsi, en plus du fichier *power point* utilisé comme support visuel lors de la présentation (voir la section [ci-dessus](#)), un court document, principalement sous forme de listes à puces, peut être produit en remplacement du document plus long et complexe, dans un souci d'utilisation optimale du temps disponible. L'objectif de ce document abrégé est de laisser une trace écrite de ce qui est prévu.

Références pertinentes

- *Le cadrage des projets de l'INESSS par Dagenais et Martin (40)*
Il s'agit d'un document méthodologique qui vise à outiller les équipes scientifiques dans la réalisation d'un projet d'évaluation, d'avis, d'état des connaissances ou de guide de pratique ou d'usage.
- *Préparation du plan de réalisation d'un projet par Dagenais, Lobè et Martin (8)*
Il s'agit d'un document méthodologique qui s'adresse aux personnes souhaitant réaliser un projet d'évaluation afin qu'elles déterminent les actions à entreprendre, que ces actions soient de nature scientifique ou autre, puis à les organiser.
- *Évaluation : concepts et méthodes sous la direction de Brousselle et al. (22)*
Il s'agit d'un ouvrage de référence clé pour les professionnels et les professionnelles en évaluation qui soutient la définition des interventions évaluées, le choix des approches et des questions les mieux adaptés à chaque contexte.
- *Évaluation de programme par Ridde et Dagenais (41)*
Bien qu'une version plus récente soit disponible (2013), une copie imprimée de la version de 2009 est disponible à la bibliothèque de l'établissement. Cet ouvrage de référence met l'accent

Références pertinentes

sur la pratique qui présente les approches évaluatives, les types d'évaluation et de nombreux exemples pour illustrer les concepts.

- *Évaluation de programme : De la réflexion à l'action sous la direction de Tougas, Bérubé et Nishchuk (24)*

Cet ouvrage couvre des contenus théoriques et concrets de manière à guider l'évaluateur ou l'évaluatrice dans l'exercice de ses rôles dans le cadre des différentes étapes de déploiement d'un programme, allant de l'évaluation des besoins qui orientent sa conception à l'évaluation de ses effets.

3.4 Réalisation de l'évaluation

Le processus d'évaluation à l'UETMISSS est principalement fondé sur la considération des différents types de données, soient les données scientifiques, contextuelles et expérientielles. Le poids accordé à chacun peut toutefois varier selon le type d'évaluation, de produit final et en fonction du contexte de la demande et de l'évaluation. Par exemple, une ETMISSS met généralement l'accent sur les données provenant de la littérature (tout en les contextualisant), alors qu'une évaluation de programme est fondée sur les données issues du terrain. La [figure 3](#) présente sommairement les sources de données, qui seront abordées plus en détail dans cette section.

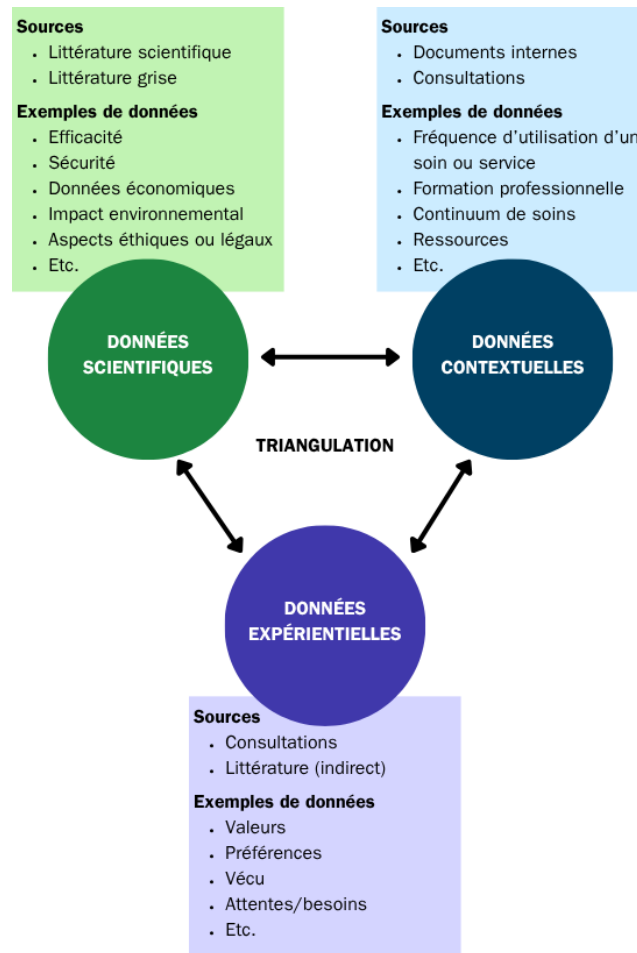


Figure 3. Types de données utilisées lors du processus d'évaluation à l'UETMISSS (Adaptée de (28))

3.4.1 Recension de la littérature scientifique

La recension des écrits scientifiques a deux utilités à l'UETMISSS. En plus d'être employée comme une source de données, elle est utilisée comme une approche méthodologique.

En effet, l'INESSS décrit la revue systématique comme une approche méthodologique permettant « de repérer, d'évaluer et de synthétiser les preuves scientifiques afin de répondre à une question de recherche de façon systématique et explicite » (42). Les fondements de cette méthode rigoureuse sont donc utilisés pour guider la réalisation de nos évaluations nécessitant un état des connaissances. Il existe différents types de recension, tous déjà bien documentés dans la littérature. Dans notre contexte, les recensions les plus fréquemment consultées sont les revues systématiques, exploratoires ou rapides, les métasynthèses et les méta-analyses. Au besoin, la recherche de la littérature est complétée par des études primaires récentes.

En tant qu'approche méthodologique, notre unité privilégie la réalisation d'une revue de revues (*umbrella review*). Néanmoins, les contraintes de temps et de capacité ainsi que la pertinence de l'approche sont considérées pour sélectionner la méthodologie la plus appropriée au contexte de chaque évaluation. Des revues rapides, exploratoires ou systématiques peuvent aussi être employées.

Références pertinentes sur les types et la réalisation de recension

- Normes de production des revues systématiques de l'INESSS (42);
- Lignes directrices de revues rapides de l'INESSS (43);
- La page [Choisir une méthodologie](#) de soutien à la synthèse de connaissance de l'Université Laval présente, à l'instar de plusieurs autres universités québécoises, les différents types de recension, leurs étapes de réalisation, un arbre décisionnel et de nombreuses références pertinentes.

3.4.1.1 Recherche et sélection documentaires

La stratégie de recherche est conjointement développée par un membre de l'UETMISSS et une ou un bibliothécaire de l'établissement.

La première étape consiste à remplir une requête SAFIR [Bibliothèque - Demande de recherche documentaire](#). En adéquation avec la posture *Agir pour et avec*, il est important de spécifier dans les critères de recherche si l'on souhaite des publications qui traitent de l'expérience et du vécu des usagères, des usagers, de leurs proches ou de la population. Dans le formulaire de demande, la personne responsable de l'évaluation fournit les thèmes clés à partir du PICOTS ou autres outils, des exemples de mots-clés et les critères de sélection. Elle précise les types de littérature à consulter. Ce sont habituellement la littérature scientifique (banques de données bibliographiques) et la littérature grise⁶. Dans le cas de la littérature grise, les associations médicales ou scientifiques ou les agences gouvernementales et savantes à cibler doivent être préalablement identifiées. Des échanges entre la personne responsable de l'évaluation et le ou la bibliothécaire mèneront à la stratégie de recherche utilisée.

La recherche documentaire, quant à elle, sera réalisée par le ou la bibliothécaire. Des itérations entre les deux équipes peuvent être réalisées pour peaufiner la recherche. Une liste des références identifiées, à la suite du retrait des doublons, est finalement acheminée à la personne responsable de l'évaluation à l'UETMISSS.

Quant aux processus de sélection des publications, l'UETMISSS privilégie une collaboration entre deux membres de l'équipe pour réaliser une double sélection indépendante des publications. Cette étape débute par un pilote sur un petit échantillon, dont l'objectif est de s'assurer d'une compréhension commune des critères de sélection, avant de poursuivre la sélection complète des titres et résumés. Toutefois, une sélection partielle par deux personnes des titres et des résumés demeure une variante méthodologique acceptable lorsqu'il y a des enjeux de capacité ou de temps. La double sélection est alors effectuée pour un échantillon des titres jusqu'à ce qu'à l'obtention d'un niveau d'accord interjuges satisfaisant (voir 3.4.1.2). Ensuite, le même processus est répété, mais sur les textes intégraux des documents qui ont été conservés à la suite de la première ronde de sélection.

Dans tous les cas, la résolution des conflits est réalisée par l'atteinte d'un consensus entre les membres de l'équipe ou au besoin, en consultant une tierce personne spécialiste du contenu ou de l'évaluation (ex. médecin-conseil).

⁶ Selon Schöpnél, «la littérature grise correspond à tout type de document produit par le gouvernement, l'administration, l'enseignement et la recherche, le commerce et l'industrie, en format papier ou numérique, protégé par les droits de propriété intellectuelle, de qualité suffisante pour être collecté et conservé par une bibliothèque ou une archive institutionnelle, et qui n'est pas contrôlé par l'édition commerciale» (44).

Les bonnes pratiques de recherche et de sélection des publications recommandent :

1. La documentation du processus (incluant un tableau des exclusions et de leurs raisons) ;
2. L'utilisation d'un diagramme de flux pour le processus de sélection, tel qu'un diagramme PRISMA.

Astuce

Il est plus simple et efficace de documenter le processus au fur et à mesure qu'à la fin de l'évaluation.

Pour faciliter la documentation, différents moyens ou outils peuvent être employés.

- Outil maison pour la sélection des publications

Il est possible d'exporter la liste de référence Zotero provenant de la recherche documentaire vers Excel où l'on peut documenter et simplifier le processus de sélection en utilisant différentes fonctions du logiciel.

Une démarche illustrée, nommée *Outil maison pour sélection des publications*, et un gabarit Excel sont déposés dans le dossier Outil maison - sélection des études du canal TEAMS UETMISSS-Groupe de travail.

- Covidence (possibilité d'un essai gratuit)

Outil collaboratif en ligne de sélection des titres et résumés, qui permet également à une tierce personne de départager les désaccords. Il permet aussi l'extraction des données et leur mise en commun, parfait pour cette étape d'analyse.

Covidence

Attention, il ne faut pas déposer les textes intégraux sur le site s'ils ne sont pas en libre accès

3.4.1.2 Degré d'accord interjuges

Le coefficient de corrélation Kappa de Cohen (45) est utilisé pour évaluer le degré d'accord interjuges du processus de sélection des publications, c'est-à-dire mesurer à quel point les deux personnes ont attribué le même résultat à une variable. Ce coefficient est une mesure statistique développée pour considérer la probabilité des accords basés sur la chance ([Tableau III](#)).

Tableau III. Interprétation du Kappa de Cohen

Valeur de Kappa	Degré d'accord	% des accords jugés fiables
0 à 0.20	Aucun	0 à 4 %
0.21 à 0.39	Minimal	4 à 15 %
0.40 à 0.59	Faible	15 à 35 %
0.60 à 0.79	Modéré	35 à 63%

0.80 à 0.89	Fort	64 à 81 %
0.90 et plus	Presque parfait	82 à 100%

Source : adapté de McHugh (45)

Considérant que la recherche dans le domaine de la santé peut mener à des recommandations ou des changements de pratiques, privilégier un pourcentage d'accord fiable élevé est nécessaire (45). Par conséquent, il a été convenu à l'interne d'établir le seuil minimal à atteindre dans nos travaux à 0.80.

Un outil interne a été développé pour le calculer le coefficient de corrélation interjuges de Cohen à deux (oui, non) ou trois variables (oui, non, peut-être). Il s'agit d'un tableur Excel nommé [Calculateur K de Cohen](#). Il se trouve dans le dossier « Outils et références » du canal UETMISSS- Groupe de travail sur Microsoft Teams.

Pour en apprendre davantage sur le Kappa de Cohen (anglais seulement)

- **Formule à deux variables**

- [Measurement in Health and Disease: Cohen's Kappa](#) par le département des services de la santé de l'Université York
- [Cohen's Kappa Statistic: Definition & Example](#) par Bobbitt

- **Formule à trois variables**

La fiche explicative [Cohen's Kappa : Index of Inter-rater Reliability](#) de l'Université Nebraska-Lincoln

- **Interprétation dans le domaine de la santé**

Consulter l'article *Interrater reliability: the kappa statistic* de McHugh (45)

3.4.1.3 Évaluation de la qualité méthodologique des études

Idéalement, l'évaluation de la qualité méthodologique des études est réalisée indépendamment par deux personnes. Les résultats sont mis en commun et les conflits sont résolus par l'atteinte d'un consensus. Lors de contrainte de temps ou de capacité, la qualité des études peut être réalisée par une seule personne.

Il existe une multitude d'outils d'évaluation de la qualité des études. Considérant la stratégie usuelle de recension des écrits de l'UETMISSS, l'équipe emploie plus fréquemment les outils suivants ([Tableau IV](#)) : Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), Appraisal of Guidelines for REsearch & Evaluation II (AGREEII) et AMSTARII. Toutefois, d'autres outils éprouvés peuvent être utilisés en fonction des projets, des besoins et des types de publications.

Tableau IV. Outils fréquemment utilisés d'évaluation de la qualité des études

Outil	Type de publication évaluée	Référence
MMAT	Étude qualitative, essai clinique randomisé contrôlé, étude quantitative sans répartition aléatoire, quantitative descriptive ou utilisant les méthodes mixtes	Hong <i>et al.</i> (46) Outil et guide d'utilisation, version française

AGREEII	Guide de pratiques cliniques ou lignes directrices	Brouwers <i>et al.</i> (47) Guide d'utilisation (anglais)
AMSTAR II	Revue systématique d'essais randomisés contrôlés et non randomisés	Shea <i>et al.</i> (48) Guide d'utilisation (anglais) Outil en ligne (calcul le score)

Parmi les bonnes pratiques pour uniformiser l'évaluation de la qualité des études entre les membres de l'équipe, il est suggéré de :

1. Se référer au guide d'utilisation pour évaluer adéquatement et minimiser les biais liés à l'évaluatrice ou à l'évaluateur ;
2. S'entendre au préalable sur la marche à suivre et les balises d'interprétations.

Références supplémentaires

Plusieurs universités présentent, sur leurs sites web, les principaux biais, une liste des outils disponibles pour évaluer le risque de biais et la qualité méthodologique des études.

- [Évaluer le risque de biais et la qualité méthodologique des études](#) de l'Université de Montréal
- [Réaliser une revue systématique](#) de l'Université Laval
(voir étape 5- Analyser la qualité méthodologique des articles)

3.4.1.4 Extraction des données

Deux types d'informations sont habituellement extraites des études pour la recension des écrits, soit la description de l'étude et ses résultats ([Tableau V](#)).

Tableau V. Informations et données fréquemment extraites

Description de l'étude	Résultat
• Autrices et auteurs • Année de publication • Pays • Type de devis • Clientèle cible • Intervention et s'il y a lieu, son comparateur • Méthodologie	• Taille et description de l'échantillon • Mesure des résultats • Constats clés • Limites de l'étude

Idéalement, l'extraction peut être réalisée indépendamment par deux personnes. L'extraction par une seule personne est aussi acceptée pour des raisons d'efficacité. Les bonnes pratiques suggèrent, pour harmoniser l'extraction, l'utilisation de grilles d'extraction préétablies et la réalisation d'un pilote si plus d'une personne participe à l'extraction.

3.4.1.5 Traitement des données

Les données issues de la littérature sont ensuite analysées par une méthode appropriée selon leur type (p. ex., qualitatives ou quantitatives) et leur format. De manière générale, l'identification des convergences et des divergences entre les résultats des différentes publications est présentée sous la forme d'une synthèse narrative. Ces données sont ensuite triangulées avec les autres sources de données, telles que présentées dans la section [3.4.4 Triangulation et synthèse des sources et des données](#).

3.4.2 Cueillette et traitement des données contextuelles

3.4.2.1 Définition des données contextuelles

Il s'agit d'informations en lien avec le contexte d'implantation de la technologie, du mode d'intervention ou du programme évalué (conditions d'applicabilité, de faisabilité et d'accessibilité) (49). Ces données sont donc des faits spécifiques au contexte d'évaluation. Les valeurs individuelles, les perceptions des parties prenantes et leurs préférences font plutôt partie des données expérientielles (voir la section [3.4.3 Cueillette et traitement des données expérientielles – Parties prenantes](#)).

3.4.2.2 Types de données

Les données contextuelles incluent plusieurs types et sources de données, compte tenu de l'ampleur des éléments à considérer pour bien comprendre et considérer l'environnement et la situation en lien avec l'objet de l'évaluation.

- L'organisation des soins et des services ainsi que leur utilisation,
- Les ressources disponibles,
- La formation professionnelle,
- Les enjeux économiques, juridiques, psychosociaux et éthiques,
- Les valeurs socioculturelles. (28)

3.4.2.3 Méthodes de cueillette de données

Le type de données, les méthodes de collecte employées et l'organisation des données contextuelles sont des sujets importants à valider avec l'équipe demandeuse afin de favoriser leur cohérence avec les besoins décisionnels.

Parmi les méthodes de cueillette de données contextuelles, les plus utilisées par l'équipe de l'UETMISSS sont :

- La lecture de la littérature grise en lien avec le contexte (par ex., les rapports d'activités, les revues des associations, les textes de loi et les codes de profession),
- La consultation des bases de données administratives et des archives médicales,
- L'évaluation terrain (visites en personne),
- La consultation des parties prenantes (p. ex., personnel, gestionnaires, cliniciennes et cliniciens, usagers ou usagers, personnes proches aidantes) : entrevues individuelles, groupes de discussion, observations directes, sondages, etc. (28)

Santé Québec Estrie – CHUS dispose d'une équipe de soutien pour l'obtention de données organisationnelles et pour le suivi de certains indicateurs. Il s'agit de l'équipe DORISE⁷, pour laquelle une demande peut être déposée via un formulaire SAFIR (*Accès aux données et indicateurs*). Avant d'envoyer

⁷ Données organisées du réseau informatique de santé de l'Estrie

une demande, il est important de réfléchir au format voulu et aux catégorisations désirées (par année, par direction, par titre d'emploi, par RLS, etc.). Pour toutes questions en lien avec une demande, la personne conseillère attitrée à la DCMU peut être contactée directement par courriel. Les coordonnées de l'équipe et leur offre de services complète se trouvent sur leur page [Intranet](#).

Du soutien et des suggestions d'outils pour la collecte de données contextuelles par la méthode de consultation des parties prenantes se trouvent à la section [3.4.3 Cueillette et traitement des données expérientielles – Parties prenantes](#).

3.4.2.4 Traitement des données contextuelles

Le traitement et l'analyse des données contextuelles varient en fonction du type de données collectées, du projet d'évaluation et de la méthode de collecte utilisée. Toutefois, de bonnes pratiques au sujet de la collecte, de l'analyse et de la synthèse des données contextuelles peuvent être trouvées dans différentes références, dont celles nommées dans l'encadré ci-dessous. Finalement, dans la majorité des cas, la présentation des résultats se fait sous forme d'une synthèse narrative, appuyée par des tableaux synthèse lorsqu'applicable et pertinent.

Références pertinentes

- Le *Guide de soutien à l'appréciation de la valeur* de l'INESSS (28)
Il s'agit d'un document méthodologique qui vise à outiller les équipes et les initiatives d'appréciation de la valeur d'une intervention. La partie 2 du document, sur les principales étapes de la démarche, abordent les bonnes pratiques de traitement des différentes sources de données.
- Les *Orientations relatives aux preuves du contexte réel* de l'Agence des médicaments et des technologies de la santé au Canada (ACMTS) (50), maintenant nommée Agence des médicaments du Canada (AMC-CDA).
Ce document méthodologique aborde les bonnes pratiques pour la collecte et l'analyse des données en contexte réel. Il inclut également, en annexe, une liste de vérification pour soutenir la démarche.

3.4.3 Cueillette et traitement des données expérientielles – Parties prenantes

Considérant que tout changement est transformé par le contexte même qu'il tente de changer (51), l'importance de la consultation des parties prenantes dans le cadre de nos travaux prend tout son sens.

3.4.3.1 Définition des parties prenantes et pertinence en évaluation

L'INESSS définit les parties prenantes comme étant « les personnes concernées par une intervention, que ce soit parce qu'elles sont directement touchées par celle-ci ou parce qu'elles peuvent exercer une influence sur la prise de décision » (28).

Les usagères, les usagers, leurs proches et la population, inclus dans les parties prenantes, représentent la raison d'être des soins et services de notre établissement (52). Ces groupes sont les experts de leur vécu. Plus précisément, leurs expériences sont constituées de savoirs, de faits et de perceptions autour de leur santé, de leur bien-être et des services reçus tout au long de leur trajectoire de soins et services (52). Ainsi,

ces informations permettent à l'équipe de l'UETMISSS d'être en adéquation avec la stratégie *Agir pour et avec l'utilisateur, ses proches et la population*, avec la posture des équipes de Mobilisation des connaissances ([Posture Pour et Avec mobilisation.pdf](#)), la [politique de participation des usagers, proches aidants et citoyens à l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie - CHUS](#) et avec le plan d'établissement de Santé Québec Estrie – CHUS (document interne).

De manière complémentaire, les membres de la communauté interne, notamment le personnel, les médecins, les stagiaires et les gestionnaires, détiennent aussi des savoirs expérientiels précieux sur la prestation des soins et des services et sont également des parties prenantes des évaluations de l'UETMISSS.

3.4.3.2 Définition des données expérientielles

Informations issues de l'expérience clinique ou de pratique du personnel de la santé et des services sociaux, ou bien du vécu des usagères ou usagers, de leurs proches et de la population.

Ces données offrent un éclairage sur l'acceptabilité et la pertinence d'une technologie, d'un mode d'intervention ou d'un programme en santé ou services sociaux (49). Elles sont donc complémentaires aux autres sources de données puisqu'elles représentent la perspective des parties prenantes.

3.4.3.3 Modalités de participation

La forme que la participation des parties prenantes s'inscrit, quant à elle, dans un continuum allant d'un simple échange d'information à de l'habilitation selon l'ampleur de la participation (53), comme l'illustre la [figure 4](#).

Dans le cadre de nos travaux, la participation des parties prenantes vise principalement à dresser un portrait de l'état de la situation, à comprendre et à intégrer la perspective des différents groupes touchés par un projet, que ce soit au plan des constats ou des recommandations issues de l'évaluation. Selon la situation, l'UETMISSS emploie la consultation, l'implication et la co-construction.

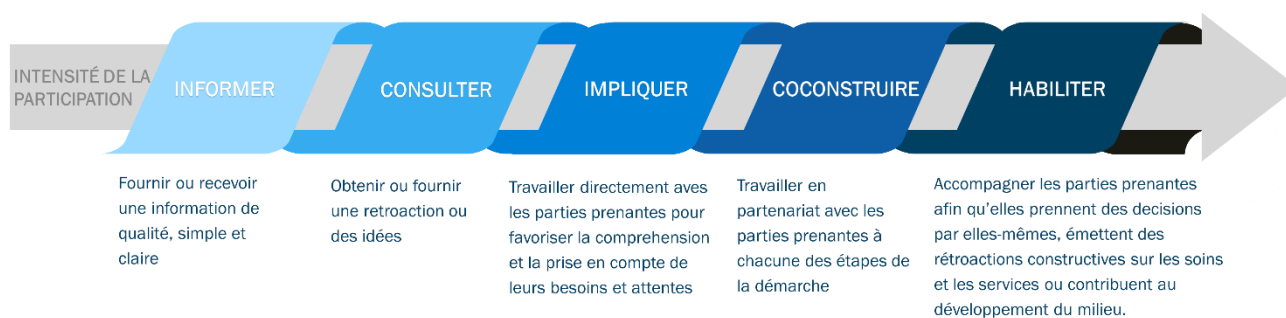


Figure 4. Échelle de participation des parties prenantes (Adaptée de (54), p. 5)

Bien que cette figure présente la participation des usagères, des usagers, leurs proches et les membres de la communauté, ces niveaux de participation s'appliquent aussi aux membres de la communauté interne.

Principes directeurs

- **Transparence et indépendance**

Essentiels à la validité (crédibilité et légitimité) de la méthodologie et des résultats des travaux en évaluation, ces principes requièrent une documentation des processus tout au long des travaux qui, au terme d'un projet, doit être présentée dans la section des méthodologies des livrables de l'unité. Parmi les éléments à privilégier favorisant la transparence et l'indépendance de l'UETMISSS, il y a l'identification et la déclaration de tout conflit d'intérêts potentiel, le déploiement de mécanismes de participation privilégiant l'équilibre dans l'expression et la prise en considération des différentes perspectives (6).

- **Confidentialité**

L'accès et l'utilisation de données ou d'informations confidentielles peuvent être une composante de certains dossiers en évaluation. Leur utilisation ou leur partage doit respecter les règles de confidentialité de l'établissement.

- **Bienveillance et civilité**

De manière générale, la **civilité** se réfère à l'adoption d'un comportement contribuant à maintenir le respect mutuellement établi selon des « règles de conduite qui visent le bien-être de l'ensemble des membres d'une communauté par des conduites empreintes de respect, de collaboration, de politesse, de courtoisie et de savoir-être » (55). Ainsi, adopter une **attitude bienveillante** dans les relations et les discours est une façon particulièrement appropriée de promouvoir la civilité dans un contexte d'évaluation (56,57). Il s'agit de laisser l'autre s'exprimer, d'être à son écoute et de réagir de manière à favoriser, autant que possible, son bien-être ainsi que, le cas échéant, faire sens de la souffrance vécue. Il est important de souligner que la bienveillance n'est présente que si elle est ressentie par la personne qui la reçoit.

Dans l'exercice de nos fonctions, cela revient à reconnaître l'expérience des parties prenantes par l'écoute, l'ouverture et la considération des savoirs propres à chaque partie en leur offrant la possibilité de livrer leurs expériences et leurs préférences.

3.4.3.4 Planification et mise en œuvre de la participation des parties prenantes

L'identification des parties prenantes est réalisée lors du cadrage de l'évaluation.

Dans un premier temps, il est primordial de définir quels sont les objectifs et les avantages recherchés ainsi que d'identifier les contraintes possibles de la participation des parties prenantes ciblées.

Par la suite, il faut choisir un modèle de participation adapté au contexte de l'évaluation et aux objectifs préalablement identifiés.

Outil de planification

Le service **Expérience Usager** de l'établissement propose un outil de planification pour évaluer la valeur ajoutée et les conditions de succès de la participation des personnes usagères. L'outil propose également différentes méthodes de participation en fonction des objectifs poursuivis.

[Outil de planification et choix de la méthode](#)

La planification et la mise en œuvre de la participation des parties prenantes, quant à elles, comprennent les étapes suivantes :

1. L'élaboration de la stratégie incluant la préparation des outils de collecte et le choix de la méthode d'analyse des données,

2. Au besoin, la consultation du comité d'éthique de Santé Québec Estrie – CHUS afin de vérifier que la stratégie envisagée est adéquate et de s'assurer de respecter les conditions nécessaires pour la participation des usagères et usagers, surtout lorsqu'il s'agit d'une population présentant des facteurs de vulnérabilité,
3. Le recrutement des participantes et des participants ; cette étape s'accompagne d'activités de réseautage pour rejoindre les groupes cibles et de présentation du projet et de l'évaluation,
4. La signature de :
 - la déclaration de participation (engagement) ;
 - la déclaration de conflits d'intérêts ;
 - *le processus de gestion des conflits d'intérêts est présentement en révision. Cette section sera mise à jour dans une version ultérieure du guide.*
5. Les activités liées à la collecte de données ou de contribution à la démarche évaluative ; cette étape comprend la logistique liée à la préparation et à la tenue des activités de participation (p. ex. tenue des entrevues),
6. Les volets de la colligation et de l'analyse des données ou des recommandations qui impliquent les parties prenantes.

Au terme de la démarche d'évaluation, les bonnes pratiques suggèrent une rétroaction bidirectionnelle entre l'UETMISSS et les personnes impliquées. En effet, il est recommandé d'une part de communiquer aux parties prenantes les résultats de l'évaluation et l'impact que leur contribution a eu sur les travaux. D'autre part, la transmission de l'expérience vécue par les personnes en lien avec leur participation à l'évaluation permet aux membres de l'UETMISSS de continuellement améliorer le processus participatif. **Toutefois, ces pratiques ne sont pas actuellement appliquées en tout temps. Des réflexions sur ce sujet sont en cours au sein de l'équipe.**

3.4.3.5 Types de données expérientielles

Expérience clinique ou pratique du **personnel de la santé et des services sociaux ou des gestionnaires** :

- leurs perceptions de la mise en œuvre des technologies ou modes d'interventions,
- leurs perceptions de l'état des connaissances et des besoins en soins des usagères ou usagers,
- leurs perceptions des facteurs favorisant le bien-être des usagères ou usagers et la réussite des traitements ou des interventions,
- leurs valeurs et leurs préférences.

Expérience vécue **des usagères ou usagers ou des personnes proches aidantes** :

- Les impacts de leur condition et des technologies ou modes d'interventions sur leur qualité de vie et leur bien-être,
- Leur vécu en regard de la trajectoire de soins et de services,
- Leurs attentes,
- Leurs valeurs et leurs préférences. (28)

3.4.3.6 Planification de la cueillette de données

Certaines étapes doivent impérativement être réalisées avant de débiter la collecte de données, afin d'assurer le bon déroulement du processus et d'éviter les oublis et les angles morts.

- Déterminer les méthodes de cueillette,
- Développer les questions pour les sondages, les entrevues ou les groupes de discussion,
- Préparation des grilles d'entretien et d'extraction des données.

Les méthodes de collecte de données varient en fonction de l'objectif, du sujet, des besoins, des ressources disponibles et des parties prenantes ciblées. Toutefois, les plus fréquentes à l'UETMISSS sont les suivantes :

- Entrevues (généralement semi-dirigées)
- Sondages
- Récits de vie
- Groupes de discussion

Outils pertinents

- *Consultation des parties prenantes de l'INESSS (6)*

Ce document de référence présente les concepts clés de la consultation des parties prenantes et du processus de délibération. En plus de pouvoir s'appliquer à l'élaboration des normes méthodologiques pour la réalisation d'enquêtes, de consultations et de délibérations, cette référence est utile pour orienter les professionnel(le)s scientifiques dans la planification de ces activités de consultation.

- S'outiller pour favoriser la participation des usagers, des proches, des citoyens et des communautés à l'amélioration continue de la qualité des soins et des services de l'Institut universitaire de première ligne en santé et en services sociaux (IUPSSS) de Santé Québec Estrie – CHUS (53).

Il s'agit d'un recueil partageant les idées et principes d'initiatives illustrant la participation des usagères et usagers, des proches, des citoyennes et citoyens et des communautés de différentes régions du Québec.

- Boîte à outils [Agir pour et avec l'utilisateur, ses proches et la population](#) (Documentation interne, disponible sur l'intranet de Santé Québec Estrie-CHUS).

Le service Expérience Usager met à notre disposition une série d'outils intéressants pour guider l'implication des usagères, des usagers, de leurs proches et des membres de la communauté dans l'organisation des soins. On retrouve notamment :

- Des outils pour les démarches participatives (entrevue, sondage, gamba, groupe de discussion et comités);
- Des références utiles (cadre de référence, politique, modèles de participation, etc.);
- Des procédures pour le remboursement des dépenses en lien avec des activités d'utilisateur ou usagère partenaire.

- Boîte à outils : [Sécurité de l'information](#)

(Documentation interne, disponible sur l'intranet de Santé Québec Estrie-CHUS).

Cette page web contient entre autres de l'information sur les bonnes pratiques et les comportements à adopter, la politique et le cadre de gestion en matière de sécurité de l'information.

- Formulaire de *déclaration de conflits d'intérêt et de participation*
En cours de révision.

3.4.3.7 Traitement des données expérientielles

Le traitement et l'analyse des données expérientielles varient en fonction du type de données collectées, du projet d'évaluation et de la méthode de collecte utilisée. Toutefois, de bonnes pratiques générales sont présentées dans le guide de soutien à l'appréciation de la valeur publié par l'INESSS (28). Aussi, la plupart du temps, une synthèse narrative est réalisée pour présenter les résultats.

Dans le cas où des entrevues individuelles ou en groupe ont été menées, une analyse thématique (58,59) est la méthode de traitement des données la plus fréquemment utilisée à l'UETMISSS.

Analyse thématique

Une présentation théorique sommaire à ce sujet se trouve sur le SharePoint de l'UETMISSS. Cette dernière a été produite à l'interne, mais contient des références pour mener ce type d'analyse.

[Analyse de données qualitatives — Fondements \(présentation interne\)](#)

Un guide interne « pas à pas » a également été réalisé par Éléonore Banville, courtière de connaissances au service de transfert des connaissances.

[Guide d'analyse qualitative.pdf](#)

Des outils existent également pour soutenir le processus d'analyse thématique, comme :

- QDA Miner
Logiciel d'analyse thématique pour les transcriptions des entrevues. L'UETMISSS possède une licence et le logiciel sur un ordinateur physique.
- NVivo (possibilité d'un essai gratuit)
[NVivo](#)
Logiciel collaboratif disponible en ligne pour l'analyse thématique (le codage) des transcriptions des entrevues.

3.4.4 Triangulation et synthèse des sources et des données

L'approche privilégiée à l'UETMISSS de Santé Québec Estrie – CHUS pour guider la planification de la cueillette de données, l'analyse globale, la triangulation et la synthèse des données est une adaptation de la « synthèse multi-source des données » (60). Il s'agit d'une approche transversale, qui permet de tenir compte à la fois des données scientifiques issues de la littérature, mais également des données contextuelles et expérientielles pour brosser un portrait global et le plus complet possible d'une situation complexe et multifactorielle ([figure 5](#)). Comme la mission de l'UETMISSS est de soutenir la prise de décision au sein de l'établissement, toutes les approches et méthodes utilisées sont adaptées pour favoriser l'atteinte

de cet objectif. Ainsi, les trois types de données (scientifiques, contextuelles et expérientielles) sont collectés simultanément, puis analysés séparément comme présenté dans les sections précédentes. Elles sont ensuite triangulées entre elles et synthétisées, afin d'avoir une vue d'ensemble compréhensive, permettant aux personnes qui prennent des décisions de se prononcer de manière éclairée et en ayant l'ensemble des données nécessaires pour le faire. De plus, les convergences et les divergences, selon les sources de données, sont également identifiées et énoncées clairement. Le schéma [ci-dessous](#) illustre le processus typique d'une synthèse multisource adaptée, telle que réalisée à l'UETMISSS.

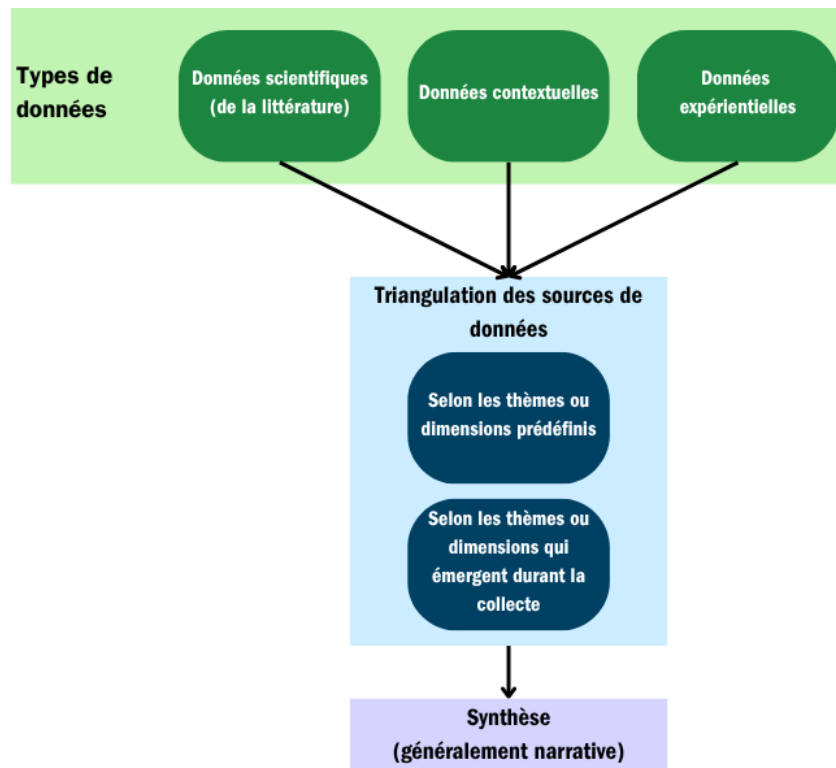


Figure 5. Schéma du processus adapté de synthèse multisource des données

En théorie, les données issues de la littérature sont analysées en premier. La cueillette de données contextuelles et expérientielles est ensuite organisée afin de couvrir les thèmes identifiés dans la littérature, tout en abordant d'autres aspects qui n'ont pas été couverts par les références trouvées grâce à la recherche documentaire. Les thèmes sont ensuite révisés en fonction de ce qui a émergé des nouvelles sources de données. Finalement, les informations obtenues de la littérature grise complètent les thèmes, les catégories et la contextualisation des données.

Il arrive parfois, en raison des contraintes de temps, que les différents types de données soient collectés simultanément. Dans ces cas, bien que la collecte de données contextuelles et expérientielles ne soit pas élaborée en fonction des thèmes identifiés par la revue de littérature, l'ensemble des données des différentes sources est colligé par thème puis par catégorie. La correspondance entre les données scientifiques et les autres sources de données peut ainsi être moindre que lorsque l'approche est appliquée linéairement, mais les données restent plus riches et plus en phase avec le contexte local que si une seule source était considérée.

Évidemment, des variations à chaque étape de l'approche sont possibles et même souhaitables, afin de l'adapter selon le contexte des projets et les questions décisionnelles et d'évaluations choisies. Par exemple,

il est possible de choisir une méthode autre que l'analyse thématique (61,62) pour analyser les données issues des entrevues et des sondages.

3.4.4.1 Triangulation

La synthèse multisource des données propose un cadre guidant la triangulation des données. En effet, comme le schéma de la [figure 5](#) l'indique, les thèmes identifiés sont regroupés et jumelés au besoin, afin de porter un regard sur l'ensemble des données, indépendamment de leur source. C'est à cette étape que les données de la littérature sont contextualisées et complétées par les données provenant du terrain et de la littérature grise. Les convergences et les divergences sont également observées lors de la triangulation, permettant de mettre en lumière les particularités locales ou spécifiques à une population.

Cette étape constitue la grande force de cette approche. Elle permet de guider l'élaboration de recommandations adaptées au contexte, pertinentes et réalisables, tout en étant fondées sur l'analyse des données probantes retrouvées dans la littérature scientifique. Le soutien à la décision offert aux demandeuses et aux demandeurs est donc sur mesure, tout en étant rigoureux et de grande qualité méthodologique.

3.4.4.2 Synthèse des données

Les données sont ensuite généralement synthétisées sous forme narrative, dans la section « Résultats » de l'avis d'évaluation ou de l'état des connaissances. Cette synthèse est organisée en fonction des résultats de la triangulation des sources de données réalisée grâce à l'approche multisource (60). Elle se structure en fonction des grandes catégories qui ont émergé de l'analyse des données et se raffine autour des thèmes identifiés.

4. Processus de production des recommandations

4.1 Définition

Une recommandation (63) consiste en une proposition d'actions faite à la suite des résultats d'une évaluation. Selon les divers enjeux évaluatifs retenus (ex. : pertinence, efficacité, efficience), une recommandation doit informer et guider les décideurs sur les actions à prendre notamment quant à la conception, à la mise en œuvre, à la révision ou à l'allocation des ressources d'une technologie, d'un mode d'intervention ou d'un programme ([Tableau VI](#)).

Tableau VI. Caractéristiques d'une bonne recommandation

Caractéristique	Explication
Claire	Formulée avec précision
Pertinente	Découlée des constats, de la triangulation des données provenant de différentes sources.
Spécifique	Traitée seulement d'une seule question d'évaluation ou même une partie seulement de cette dernière
Ciblée	Identifié clairement à qui s'adresse la recommandation
Réaliste	Tenir compte des différents obstacles à l'implantation identifiés lors de l'analyse des données du contexte.
Acceptée	Le niveau d'acceptabilité doit être vérifié avec l'ensemble des parties prenantes, afin de favoriser l'appropriation et la mise en œuvre

Source: Secrétariat du Conseil du trésor, 2023 (63) et liste de contrôle des recommandations par Feinstein, O., 2019 (64)

4.2 Processus de rédaction des recommandations

Le processus d'élaboration et de rédaction des recommandations à l'UETMISSS de Santé Québec Estrie – CHUS suit généralement le processus illustré dans le modèle logique [ci-dessous](#).

Ressources (ou intrants)	Activités	Produits (ou extrants)	RÉSULTATS	
			Résultats à court et moyen terme	Résultats à long terme
Ensemble de la preuve Synthèse des écrits scientifiques Synthèse des données expérientielles et contextuelles	Méthode de consensus informel	*	Prise de décision éclairée et basée sur des données probantes	Amélioration de la qualité des services de santé
Triangulation des sources de données	Méthodes de consensus formel : • Méthode Delphi • Technique du groupe nominal • Le RAND UCLA <i>Appropriateness method</i> • Conférence de consensus	*	Implantation (ou non) des recommandations	Valeur ajoutée
Questionnaires, énoncés des recommandations préliminaires, logistique (logiciel, salles de réunion, etc.)		*		Harmonisation des pratiques
Comité consultatif avec les parties prenantes pertinentes (expert.e.s, usager.ère.s, etc.)	Coordination et gestion du processus Compilation et intégrations des opinions Rédaction des recommandations finales	*	Changement de pratique	Favorisation de la pertinence clinique

Figure 6. Modèle logique du processus de production des recommandations

Source : UETMISSS de Santé Québec Estrie – CHUS, adapté de *United Way of America*, 1996 (11)

La rédaction des recommandations repose sur les étapes suivantes :

- Produire une synthèse des données complètes et de bonne qualité issue de différentes sources.
- Produire dans certains cas les recommandations préliminaires qui seront soumises aux membres du comité consultatif.
- Identifier les parties prenantes à impliquer, par exemple dans un comité consultatif, qui représentent un groupe en tenant compte d'un niveau de littératie et du jeu des acteurs. Il faut également éviter le plus possible les conflits d'intérêts.

Points de vigilance

- Choisir les parties prenantes du comité consultatif en tenant compte non pas du poste occupé seulement, mais aussi des connaissances et de l'expérience concernant la problématique.
- Faire attention à la représentativité du point de vue d'une personne (personnel ou du groupe qu'elle représente)
- Choisir la méthode de consensus qui va surtout dépendre de la nature du projet d'évaluation. En effet, il existe deux catégories de méthodes d'atteinte de consensus (65,66) ; le consensus informel, qui est une approche délibérative non structurée, et le consensus formel, qui permet d'atteindre le consensus en suivant une méthode structurée, permettant de voter ou d'attribuer une cote aux éléments présentés.

Une fois que ces préalables sont établis, la revue des recommandations préliminaires est faite par le comité consultatif avec l'une des méthodes de recherche de consensus. La méthode a pour but de mettre en

évidence des convergences et des divergences d'opinions et de dégager certains consensus sur des sujets précis. Finalement, la revue se termine par une pondération faite grâce aux commentaires reçus en comité sur la base d'un certain nombre de critères de délibération (avantages et inconvénients des recommandations préliminaires, acceptabilité, faisabilité, pertinence, utilisation adéquate des ressources et répercussions sur l'offre de services).

4.3 Quelques méthodes de consensus formel

La méthode de consensus formel employée à l'UETMISSS de Santé Québec Estrie – CHUS est la méthode Delphi (65,67). Il s'agit d'une méthode itérative de consultation, basée sur un questionnaire et menée de manière asynchrone et anonyme. En effet, bien que les membres du comité consultatif soient connus et nommés, le processus est mené de manière à ce que les réponses (degré d'accord avec la recommandation préliminaire) et les commentaires associés ne soient pas rattachés à une personne en particulier. Ce fonctionnement permet aux membres de s'exprimer librement et sans gêne. Les commentaires sont utilisés pour bonifier et adapter les recommandations n'ayant pas atteint un seuil prédéterminé de consensus, avant de les soumettre au comité pour le second tour. Ces étapes sont répétées jusqu'à l'obtention d'un consensus pour toutes les recommandations. En cas de contrainte de temps, le processus peut être arrêté après un certain nombre de tours (généralement deux). Cependant, les recommandations n'ayant pas atteint le seuil minimal de consensus ne peuvent pas être émises. Les thématiques de ces dernières sont alors abordées dans la discussion, en justifiant de manière transparente l'absence de recommandation sur le sujet.

La méthode Delphi est appropriée dans le contexte d'une absence ou d'une rareté des preuves scientifiques, d'une hétérogénéité des connaissances provenant de la littérature ou d'un sujet controversé, générant des opinions divergentes ou sur une dimension particulière (65). Aussi, l'UETMISSS utilise généralement la plateforme *Simple Sondage* pour effectuer les tours de consultations. D'autres moyens peuvent toutefois être utilisés, comme *Microsoft Forms* ou toute autre plateforme sécuritaire permettant d'envoyer des sondages et d'obtenir des réponses de façon anonyme.

La méthode Delphi

Pour plus d'information et de détails sur la méthode Delphi, en plus des références nommées dans ce texte, il est possible de consulter :

- Un schéma simplifié de la méthode, telle qu'appliquée par l'UETMISSS de Santé Québec Estrie – CHUS
 - [Schéma simplifié - Processus Delphi vf.pdf](#)
- La présentation réalisée par l'UETMISSS de Santé Québec Estrie – CHUS au club de lecture de la communauté de pratique en ETMIS
 - B:\DCMU\20-UETMISSS\08_Rayonnement\001_Communaute_pratique\CdP ETMIS 2025-03-14
- Une revue systématique sur l'utilisation de la méthode Delphi et les critères à définir, par Diamond IR et coll., 2014 (68)

D'autres méthodes existent pour atteindre un consensus formel et sont acceptées dans les processus d'ETMISSS (67,69). Cependant, elles ne sont pas utilisées à Santé Québec Estrie – CHUS. Il est intéressant de les garder en tête, puisqu'elles restent des options possibles, au besoin et selon le contexte.

- Groupe nominal : Rencontre structurée en présentiel, permettant de prioriser des énoncés ou des concepts.
- RAND UCLA Appropriateness Method : Méthode anonyme, qui permet de combiner les données scientifiques à l'opinion d'un groupe de personnes expertes. Il s'agit d'un hybride entre le Delphi et le groupe nominal.
- Conférence de consensus : Rencontre semi-structurée, qui permet de présenter les données scientifiques à un panel de personnes expertes, qui généreront les recommandations finales.

5. Rédaction et présentation de l'évaluation

Lorsque l'ensemble des données ont été collectées, analysées et triangulées, le rapport doit être rédigé et les principaux résultats doivent être présentés à l'équipe demandeuse. Cette section adresse ces aspects importants du travail des ressources professionnelles à l'UETMISSS, ainsi que la place du transfert de connaissances dans ces volets.

5.1 présentation, rédaction et finalisation du rapport

La présentation du rapport et la rédaction du rapport préliminaire se font généralement en parallèle, afin d'optimiser le temps et les ressources. Ainsi, la présentation des points saillants du rapport a lieu avant la fin du processus de rédaction préliminaire.

5.1.1 Présentation

Le contenu du rapport préliminaire doit être présenté à l'équipe demandeuse, à l'aide d'un soutien visuel sous forme de *PowerPoint*. L'organisation de cette rencontre est faite en grande partie par la collaboratrice ou le collaborateur de l'équipe de Mobilisation des connaissances, et idéalement en partenariat avec son homologue au sein de l'équipe demandeuse. Les personnes présentes à la réunion sont identifiées de concert avec les demandeuses et les demandeurs, selon la portée du projet et selon les besoins décisionnels. Toutefois, les ressources professionnelles attirées au projet, le ou la gestionnaire responsable de l'UETMISSS, le ou la responsable scientifique et la personne demandeuse sont toujours présentes et présents, ou une personne doit être mandatée pour les représenter en cas de conflit d'horaire irrécyclable. Lorsque des cadres supérieurs de la direction demandeuse sont invités, il est important d'informer l'équipe de direction de la DCMU, afin d'inclure leur équivalent pour assurer une certaine équité.

La présentation du rapport contient généralement au moins les sections suivantes : une mise en contexte, un sommaire (vulgarisé) de la méthodologie, les résultats principaux de l'évaluation ainsi que les constats et, lorsqu'applicable, les recommandations. Le contenu, le format et la répartition du temps de la présentation sont cependant adaptés en fonction des personnes présentes et des objectifs de la rencontre (information, soutien, appropriation, discussion, etc.). De plus, l'intégration des stratégies de transfert des connaissances est essentielle, afin d'assurer l'adaptation de la présentation au public cible et ainsi favoriser la compréhension et la bonne transmission des messages clés. Plus de détails sur le sujet sont présentés à la section [5.2 Transfert de connaissances dans les évaluations par l'UETMISSS](#).

5.1.2 Rédaction du rapport préliminaire

La rédaction du rapport préliminaire d'évaluation débute généralement en parallèle aux étapes précédentes, particulièrement pour les premières sections, soit l'introduction et la méthodologie. Toutefois, le corps du rapport (résultats, constats, recommandations s'il y a lieu et conclusion) est rédigé après la triangulation des sources de données (section [3.4.4 Triangulation et synthèse des sources et des données](#)).

Les gabarits utilisés à l'UETMISSS pour la rédaction des rapports sont disponibles sur le réseau interne (voir l'encadré ci-dessous). Ce sont des guides pour soutenir la rédaction et pour assurer une harmonisation au

sein de l'équipe quant au contenu principal et à la mise en page. Toutefois, il est normal d'adapter la structure et le contenu des rapports en fonction des projets : il est donc possible d'ajouter, de supprimer ou de déplacer des sous-sections au besoin.

Gabarits - livrables de l'UETMISSS

Les gabarits pour les différents livrables de l'UETMISSS sont disponibles sur le réseau informatique interne et sur l'équipe Teams de l'UETMISSS. Ainsi, il existe un gabarit distinct selon le type d'évaluation, soit pour les états des connaissances et pour les avis d'évaluation (voir la section [2.6.1 Types et sous-types d'évaluation](#) pour plus de détails sur ces produits).

B:\DCMU\20-UETMISSS\01_Admin\2_Gabarits\Documents_publication

[Gabarits des livrables - Nouveaux](#)

Ils ont été mis à jour par l'équipe de l'UETMISSS en 2025, et seront adaptés en continu par les membres, selon l'évolution des besoins et des pratiques.

IMPORTANT : Il ne faut pas modifier la mise en page, afin de respecter les normes de publication de l'établissement.

Les rapports ont pour public cible principal l'équipe demandeuse. Ils doivent également répondre aux exigences des ETMISSS, c'est-à-dire être détaillé et rigoureux, afin de permettre à une autre ressource professionnelle en évaluation de refaire le processus au besoin, témoignant de la validité interne et de la reproductibilité des travaux réalisés dans l'équipe. Cependant, certaines sections particulières, comme le résumé visuel et le résumé en trois pages, ont pour objectif d'être accessibles à une population plus générale, qui pourrait être intéressée par le sujet.

Ainsi, de bonnes pratiques de rédaction scientifique (70) ou même de rédaction de rapports d'évaluation (71) sont appliquées lors de la réalisation des rapports. Cependant, le résumé visuel et le résumé en trois pages se veulent vulgarisés, dans le but d'être accessibles et de présenter rapidement les points saillants du rapport, selon les bonnes pratiques en transfert des connaissances. De plus, des indications spécifiques à la rédaction des recommandations, afin d'en favoriser l'utilisation et d'en maximiser les impacts, sont présentées à la section [4. Processus de production des recommandations](#).

Lorsqu'une première version du rapport est complétée, elle doit être revue par la ressource professionnelle attitrée au projet à l'aide du logiciel *Antidote*, afin de minimiser les erreurs orthographiques et syntaxiques. Ensuite, le processus de révision et de validation est démarré. Tout d'abord, une validation interne est réalisée au sein de la DCMU, par les gestionnaires de l'UETMISSS (minimalement par la personne-cheffe de service) et par le conseil scientifique, généralement composé des autres membres de l'UETMISSS, de gestionnaires de la DCMU et de toute autre personne jugée pertinente pour un projet en particulier, en fonction de leurs disponibilités (p. ex. la coordination et le médecin-conseil). La validation interne au projet inclut également la relecture du rapport par la personne demandeuse.

La validation externe, lorsqu'elle est pertinente et prévue, devrait être réalisée après la validation interne. En revanche, les délais occasionnés par cette étape font en sorte qu'elle se déroule fréquemment en parallèle, c'est-à-dire que le rapport, sous forme de document de travail, est acheminé aux ressources externes préalablement identifiées en même temps, mais en mentionnant ce fait aux personnes participantes afin d'aviser que d'autres révisions sont en cours.

5.1.3 Finalisation et publication du rapport final

Lorsque l'ensemble des validations (internes et externes) ont été effectuées et que la ressource professionnelle responsable de l'évaluation a reçu l'ensemble des commentaires et des suggestions, leur intégration au rapport préliminaire est faite. Une dernière révision du texte, avec le logiciel *Antidote*, est effectuée par l'évaluatrice ou l'évaluateur. Le rapport est ensuite transmis à l'agente administrative ou l'agent administratif responsable de la correction d'épreuves pour l'UETMISSS.

À la suite de la réception du document annoté, le membre de l'équipe responsable de l'évaluation apporte les dernières modifications, en s'assurant que les suggestions ne changent pas le sens des propos. Le rapport final est ensuite retourné à la ressource administrative de l'UETMISSS, qui finalise la mise en page et assure la publication du rapport sur Santé Estrie (www.santeestrie.qc.ca/uetmisss). La personne responsable de l'évaluation doit finalement acheminer le rapport final, par courriel, à l'ensemble des parties prenantes ayant participé au projet ainsi qu'à l'équipe demandeuse.

5.2 Transfert de connaissances dans les évaluations par l'UETMISSS

Les définitions du transfert de connaissances (TC) sont multiples et varient selon le contexte.

Dans le domaine de la santé, le TC représente un moyen de communication **dont l'objectif est d'informer ou d'influencer les décisions individuelles et collectives en sensibilisant les individus, les organisations et les communautés** aux questions relatives à la santé et **propices à l'amélioration de la santé** (72). Au sein des équipes de mobilisation des connaissances de Santé Québec Estrie – CHUS, le TC réfère plus spécifiquement à « offrir un produit adapté aux contextes et aux publics cibles et [à] soutenir l'implantation des changements alignés sur les meilleures pratiques, le tout en adoptant une posture d'accompagnement » (7). Bien qu'il puisse s'adresser à différents publics, le TC s'adresse principalement à l'ensemble des parties prenantes concernées par nos projets.

5.2.1 Pertinence du transfert de connaissances dans les évaluations par l'UETMISSS

En évaluation, le TC vise à favoriser le changement⁸ de pratique aux moyens d'activités de diffusion, d'appropriation ou d'implantation des connaissances issues des différentes étapes du processus d'évaluation (19,73). Le transfert des connaissances est fréquent et essentiel pour assurer l'utilité et l'utilisation des travaux d'évaluation.

⁸ Conjointement au TC, une communication **interactive et participative** tout au long du processus d'évaluation favorise également l'adoption des changements nécessaires à l'amélioration de la santé de la population (72).

Type d'activités de transfert de connaissances

- Diffusion

Les activités ou outils de diffusion, dont le contenu a été adapté pour répondre aux besoins du destinataire (public) cible, ont pour objectif de rendre les produits de connaissances accessibles aux utilisatrices ou utilisateurs potentiels.

- Appropriation

Les activités d'appropriation cherchent à favoriser l'assimilation des connaissances issues de l'évaluation réalisée. Leurs objectifs sont plutôt d'informer, d'alimenter la réflexion et de soutenir la prise de décision en favorisant la compréhension, l'adoption et l'acquisition de nouvelles connaissances.

- Implantation

Les activités d'implantation ont pour objectif d'assurer la mise en œuvre de stratégies pour soutenir et faciliter l'utilisation des nouvelles connaissances. Elles sont normalement tenues dans une perspective de soutien à l'implantation et sont accompagnées d'activités de diffusion et d'appropriation.

5.2.2 Moyens et outils de TC employés par l'UETMISSS

L'UETMISSS conçoit principalement les produits de connaissances tels que des rapports, des résumés, des présentations et des notes de synthèse. Elle utilise actuellement l'envoi de courriel et la publication en ligne sur la [page Santé Estrie](#) comme principaux moyens de diffusion.

L'équipe tient des activités d'appropriation aux étapes charnières, majoritairement sous forme de présentation et de rencontre permettant des échanges bidirectionnels avec les demandeurs et les demandeuses et d'autres personnes clés. Ces activités servent, par exemple, à soutenir le comité consultatif en prévision de l'élaboration des recommandations, mais aussi l'équipe demandeuse dans sa prise de décision en fin de projet.

Finalement, la mise en œuvre d'outils ou d'activités d'implantation dépend de la nature de la demande d'évaluation par l'UETMISSS et de son contexte. Parmi les exemples d'outils ou de stratégies possibles, on retrouve le plan de transfert de connaissances, des outils d'aide à la décision et des formations. Ces activités sont majoritairement réalisées via des collaborations.

Toutes ces activités et actions sont consignées dans un plan de transfert de connaissances (plan de TC), dont la première ébauche est incluse dans le plan de réalisation (section [3.3.2 Plan de la réalisation](#)). Un exemple de structure de plan de TC se trouve dans le gabarit de la note de cadrage et plan de réalisation, disponible sur le serveur interne (B) et sur l'équipe Teams de l'UETMISSS. L'objectif de la réalisation d'un tel plan est de prévoir en amont la préparation, l'élaboration et la tenue des différents livrables, incluant parfois des activités.

5.2.3 Étapes de réalisation du TC en évaluation

Le TC est un processus transversal à toute évaluation par l'UETMISSS qui se retrouve donc à plusieurs étapes de la réalisation d'une évaluation. Étant donné qu'il dépend de la nature des activités à réaliser, des objectifs à atteindre et du public cible, une bonne pratique est de réfléchir aux besoins en transfert de connaissances et de les planifier le plus tôt possible dans un projet.

Dès les phases de démarrage et de cadrage, la personne responsable de l'évaluation devrait amorcer les discussions concernant les aspects suivants :

1. Collaboration et concertation : identifier les collaborations pertinentes pour favoriser le bon déroulement du projet et maximiser l'utilisation des travaux.
2. Engagement et validation : l'évaluation est un processus dynamique et itératif. Il est donc nécessaire d'aborder avec le demandeur ou la demandeuse leurs rôles et leurs responsabilités ainsi que ceux des différentes parties prenantes dès le départ.
3. Convenir des moyens de communication et de la fréquence pour le suivi du projet avec le demandeur, la demandeuse ou toute autre personne qu'il ou elle désigne comme contact pour l'évaluation.
4. Transfert de connaissances autour de la démarche et des produits d'évaluation : déterminer les produits de connaissances qui seront nécessaires et leur public cible ainsi que les besoins pour soutenir leur diffusion, leur appropriation et possiblement, l'implantation des changements envisagés au terme de la prise de décision. L'ensemble de ces activités peut être regroupé dans un plan de TC, comme décrit à la section [ci-dessus](#).
5. Arrimages avec le service de transfert de connaissances : des échanges ou une collaboration avec l'équipe du service de transfert de connaissances (STC) sont un excellent moyen pour cibler les stratégies d'implantation et leur évaluation.

Lors des dernières phases du projet (par exemple, à la présentation des résultats), il est suggéré d'effectuer un retour sur les stratégies de TC initialement prévues auprès de l'équipe demandeuse pour actualiser les besoins et assurer un soutien adéquat.

En ce qui concerne l'évaluation des stratégies de transfert de connaissances à l'UETMISSS, elle est en réflexion et des changements sont à prévoir. En ce moment, un sondage d'appréciation du soutien permet d'évaluer la satisfaction de l'équipe demandeuse et l'utilité perçue des principaux produits de connaissances.

Outil pertinent

- [*Guide pour structurer la planification et l'évaluation de vos stratégies de mobilisation des connaissances*](#) de l'équipe RENARD (74)

Ce document de référence, offert en deux versions (allégée ou complète), permet de soutenir la planification et l'évaluation des stratégies choisies en transfert de connaissances. Avec l'élargissement de l'offre de service en soutien à l'implantation et soutien-conseil, de nouveaux types et formats de livrables sont souvent nécessaires. Dans ces cas, l'utilisation de ce guide est suggérée.

Pour aller plus loin dans le développement des compétences en TC, une liste de ressources disponibles est présentée à l'[Annexe II](#).

6. Suivi et soutien à l'implantation des recommandations ou à l'utilisation des constats

***Il est important de noter que cette section est appelée à évoluer au cours des prochains mois, puisqu'il s'agit d'un sujet présentement réfléchi et travaillé en équipe par l'UETMISSS. Pour l'instant, elle est composée d'une description de ce qui est effectivement fait ainsi qu'un résumé des réflexions effectuées en équipe en date du 16 mars 2026.**

Un premier sondage d'appréciation du soutien est envoyé aux demandeuses et aux demandeurs la journée même de la présentation des résultats, des constats ou des recommandations. Celui-ci permet à l'UETMISSS de connaître leur opinion en ce qui a trait à la qualité du travail de notre équipe, mais aussi de savoir si nous avons répondu adéquatement à l'ensemble de leurs besoins. Il permet également de nourrir l'indicateur de performance piloté par la direction. Un second sondage est acheminé aux demandeuses et aux demandeurs six mois plus tard. Celui-ci a pour but de savoir ce qui a été fait en lien avec la problématique initiale depuis la réception du livrable, ainsi que l'influence que les travaux de l'UETMISSS ont eue sur ces actions et ces décisions.

D'autres activités de suivi et de soutien sont présentement effectuées par l'UETMISSS à la suite du dépôt du rapport final, mais ces dernières sont sélectionnées "à la pièce". En effet, si un besoin de soutien émerge de la part des demandeuses et/ou des demandeurs ou des membres de leur équipe, des activités pertinentes peuvent être identifiées et réalisées. Cependant, ce n'est pas une pratique systématique à ce jour, et aucune offre de services formelle (p. ex. une liste des activités possibles) n'existe.

6.1 Réflexions en cours

L'équipe de l'UETMISSS de Santé Québec Estrie – CHUS souhaite aller plus loin dans leur apport à la transformation des soins et services offerts dans nos établissements. En effet, le souhait commun est de ne pas terminer notre participation avec le dépôt du rapport, mais bien d'amorcer alors une nouvelle phase de notre implication. Les moyens envisagés à ce jour sont :

- la proposition de participer à un comité de suivi de l'implantation des recommandations,
- la proposition d'effectuer une évaluation de l'implantation,
- un partenariat avec le STC pour élaborer des activités d'appropriation des constats ou des recommandations pour les différentes parties prenantes,
- la réalisation d'un plan d'implantation, avec notre soutien (p. ex. ordonner les recommandations en fonction de leur importance pour la réussite de l'implantation)
- etc.

L'amélioration de nos interventions « post-livrables » lors d'une évaluation par l'UETMISSS fait partie du [plan d'action](#) de l'équipe dans le cadre de l'optimisation de nos processus. Cela inclut l'accompagnement et le suivi de l'implantation des recommandations ou de l'appropriation des constats, mais également l'évaluation des retombées de l'évaluation réalisée par notre équipe.

Référence à consulter pour le soutien à l'implantation

- Rédaction et suivi des recommandations en évaluation : guide d'accompagnement (2023) de la direction générale de la gouvernance en gestion axée sur les résultats du Sous-secrétariat à la performance et à l'application de la Loi sur l'administration publique, en collaboration avec la Direction des communications (63).
- Guide pour accompagner l'implantation de pratiques prometteuses dans un établissement – Soutien à l'implantation des pratiques prometteuses et au transfert de connaissances dans le réseau de la santé et des services sociaux (2023), de Massuard et collègues sous la direction de Julie Lane (75).

7. Annexes

Annexe I — Pertinence de l'évaluation économique et de l'analyse d'impact budgétaire dans une évaluation par l'UETMISSS

Les évaluations économiques, complètes ou partielles, sont en demande croissante à Santé Québec Estrie – CHUS. Devant cette réalité, l'équipe de l'UETMISSS a priorisé le développement de compétences dans ce domaine. De plus, l'équipe compte deux ressources spécialisées, soit des économistes de la santé, permettant de mener ces types d'analyses, même lorsque les cas sont plus complexes. Considérant ces facteurs et le fait que le présent guide méthodologique constitue, en premier lieu, une référence pour les professionnelles et professionnels de l'UETMISSS de Santé Québec Estrie – CHUS, cette annexe a été ajoutée afin de centraliser l'information.

Évaluation économique

L'évaluation économique est un outil important du processus de détermination des priorités permettant d'évaluer les interventions comparatives en matière de santé. Elle a pour objectif de faire une allocation efficace et d'utiliser au mieux les ressources disponibles afin d'éclairer la prise de décisions (36). Il s'agit d'une analyse comparative des coûts et des conséquences d'une intervention de santé, avec une ou plusieurs options actuellement dans le panier de soins public offerts pour une condition donnée. Il peut s'agir d'analyses coût-bénéfice, coût-efficacité ou coût-utilité, selon l'expression des conséquences en variables financières, physiques ou qualitatives.

Selon la complexité de l'analyse économique à réaliser et du sujet d'évaluation, différentes ressources peuvent être mobilisées pour l'effectuer : conseillère ou conseiller en évaluation, personne experte en évaluation économique à l'interne, évaluatrice ou évaluateur externe.

Types d'analyses économiques (33,36)

- Analyse de minimisation des coûts (AMC) — Évaluation économique consistant à comparer les coûts de différents choix qui sont présumés produire des résultats équivalents et à déterminer le moins coûteux ;
- Analyse coût-efficacité (ACE) — Évaluation économique dans laquelle les coûts sont mesurés en unités monétaires puis agrégés, et les résultats sont exprimés en unités naturelles (non monétaires) ;
- Analyse coût-utilité (ACU) — Évaluation économique dans laquelle les coûts sont mesurés en unités monétaires et les résultats en unités d'utilité, habituellement pour le patient, par exemple les années de vie ajustées en fonction de la qualité (QALY) ;
- Analyse coût-bénéfice (ACB) — Encore appelée la monétisation des bénéfices : Évaluation économique où tous les coûts et bénéfices sont représentés en dollars, en se basant sur les préférences révélées ou la volonté à payer, afin de mettre un prix sur des bénéfices n'ayant pas tous de valeur marchande bien déterminée. Les recommandations concernant la politique se résument à souligner quelle intervention à l'étude génère le ratio bénéfices/coûts le plus élevé.
- Analyse coût-conséquences (ACC) — Évaluation économique dans laquelle les composantes de coûts et les différentes issues d'une maladie ou d'une intervention de santé sont calculées et présentées de façon désagrégée, en conservant la diversité des retombées ;

- Comparaison des coûts — Bien qu'il ne s'agisse pas d'un type d'analyse, si aucune des évaluations indiquées précédemment ne peut être faite, il est possible de mettre en valeur les coûts d'acquisition annuels des traitements ainsi que les coûts supplémentaires pertinents qui se rattachent à l'intervention évaluée et à ses comparateurs.

Le tableau [ci-dessous](#) résume les cinq méthodes d'analyse économique décrites dans la littérature et pouvant être appliquées dans la réalisation d'une ÉTMIS.

Tableau VII. Types d'analyses économiques utilisés dans les évaluations économiques (36)

Type d'analyse	Définition	Coûts des options	Identification des conséquences	Mesure et évaluation
Analyse minimisation des coûts	Compare les coûts de différentes options présumées produire des résultats équivalents et détermine la moins coûteuse.	Unités monétaires	Aucune	Aucune
Analyse coût-efficacité	Compare des interventions du même genre faisant appel au même bassin de ressources et ayant le même indicateur d'efficacité.	Unités monétaires	Effet unique d'intérêt, commun aux alternatives, mais atteint à des degrés différents. Efficacité unidimensionnelle.	Unités naturelles se rapportant à la santé (p. ex. : années de vie gagnées, jours d'incapacité épargnés, point d'équilibre gagné).
Analyse coût-utilité	Extension de l'analyse coût-efficacité. Consiste à convertir les résultats cliniques (états de santé) en scores d'utilité à l'aide d'un instrument de mesure utilitaire tel que le SF-6D ou l'EQ-5D pour estimer les années de vie ajustées en fonction de la santé.	Unités monétaires	Effets uniques ou multiples, pas nécessairement communs aux alternatives. Efficacité multidimensionnelle	Années en bonne santé ou valeurs préférentielles de l'état de santé (généralement mesurées en années de vie ajustées en fonction de la qualité).
Analyse coût-bénéfice	Consiste à convertir les résultats cliniques en unités monétaires de manière à pouvoir estimer un bénéfice net (ou un coût).	Unités monétaires	Effets uniques ou multiples, pas nécessairement communs aux alternatives. Efficacité multidimensionnelle	Unités monétaires
Analyse coût-conséquence	Consiste à dresser un inventaire de tous les coûts engagés par une action et de toutes les conséquences positives ou négatives qu'elle peut entraîner.	Unités monétaires	Effets uniques ou multiples, pas nécessairement communs aux alternatives. Efficacité multidimensionnelle	Unités naturelles se rapportant à la santé ou à d'autres secteurs (p. ex., la criminalité, les services sociaux, l'éducation)

SF-6D : Short Form-6 dimensions ; EQ-5D : EuroQoL-5 dimensions

Analyse de l'impact budgétaire (AIB)

L'analyse d'impact budgétaire est une approche financière destinée à estimer, sur un horizon temporel à court ou moyen terme, les conséquences financières annuelles brutes et nettes sur le budget de dépenses (p. ex. du MSSS) de l'adoption d'une intervention de santé (36,76). Cette estimation résulte du calcul de la différence entre les prévisions de dépenses de scénarios intégrant ou non l'intervention de santé étudiée :

- Cette estimation ne porte pas uniquement sur le poste de dépenses « médicaments » ;
- Elle implique de se poser la question de la diffusion de l'intervention sur le marché (pour un produit, la part de marché atteignable).
- Elle prend en compte l'impact de l'arrivée du nouveau produit sur les stratégies existantes de prise en charge des patients (p. ex., la succession des différentes lignes si celui-ci en a plusieurs), ce qui demande de poser des hypothèses.

L'AIB peut comporter des paramètres augmentant le niveau de dépenses ainsi que d'autres le diminuant (36). Cette analyse requiert de quantifier par exemple le volume de patients pour le Québec qui bénéficierait de la technologie. Elle est réalisée sur un horizon temporel de 3 périodes de 12 mois suivant l'introduction de la technologie. Ces résultats ne sont pas actualisés. L'analyse est effectuée selon une perspective bien définie (p. ex. la perspective du MSSS). Un modèle d'AIB sous format Excel avec un accès total à la programmation informatique complète est requis. Les intrants (calculs, modèles et hypothèses) menant à l'estimation de l'impact budgétaire doivent être décrits et justifiés. Le modèle d'AIB doit être accompagné d'un rapport d'analyse intégrant l'ensemble des éléments suivants :

- La population ciblée ;
- Le comparateur privilégié est celui visant à être remplacé ou déplacé par la technologie évaluée ;
- Le comparateur doit constituer une norme de soins ancrée dans la pratique clinique au Québec ;
- Les parts de marché estimées pour la technologie évaluée et leur provenance ;
 - Si la technologie est financée par d'autres gouvernements au Canada ou dans le monde, il faudrait dans ce cas-ci présenter les parts de marché estimées (au Québec) ou réelles (autres territoires) pour la population cible ;
- Les ventes prévues de la technologie à l'étude pour chacune des trois premières années suivant sa couverture publique (impact budgétaire brut) ;
- Les coûts pour les soins de la condition médicale visée, avec et sans la couverture publique de la technologie à l'étude ;
- Le coût différentiel associé à la couverture publique de la technologie évaluée correspond à l'impact net ;

Des analyses de sensibilité déterministes et probabilistes ainsi que des analyses complémentaires, lorsqu'elles sont pertinentes.

Le ratio coût-efficacité/utilité incrémental ou différentiel

Coût additionnel d'une intervention de santé par rapport à une option de prise en charge actuelle (comparateur), divisé par la différence entre les effets sur les usagers de l'intervention et du comparateur, par exemple le coût additionnel par année de vie gagnée (36).

Le ratio coût-efficacité incrémental (RCEI) est le plus souvent utilisé pour évaluer ce rapport coût-efficacité et permet au décideur d'évaluer le coût par unité supplémentaire gagnée. Le RCEI correspond à la différence dans les coûts divisés par la différence dans les effets issus de chacune des interventions.

$$\text{RCEI} = (C_1 - C_0) / (E_1 - E_0)$$

Où C_1 est le coût de la nouvelle intervention évaluée; C_0 le coût du comparateur; E_1 et E_2 sont respectivement les effets de la nouvelle intervention et du comparateur.

On parle de rapport coût-utilité différentiel (RCUI) lorsque la mesure de l'effet clinique tient compte de l'utilité et de la qualité de vie reliée à la santé des usagers.

L'ACU considère l'amélioration de la santé et du bien-être de l'individu dans sa globalité à travers le QALY. Les résultats de l'ACU sont exprimés par le RCUI :

$$\text{RCUI} = (C_1 - C_0) / (Q_1 - Q_0)$$

Où C_1 est le coût de la nouvelle intervention évaluée; C_0 le coût du comparateur; Q_1 et Q_2 sont respectivement le nombre de QALYs associés à la nouvelle intervention et au comparateur.

Processus de production d'évaluation économique dans le cadre d'une ETMI

Il existe de nombreux ouvrages et même des guides pratiques en matière d'évaluation économique (33,36). Nous ne proposons pas un manuel exhaustif de recettes méthodologiques. Nous rappelons aussi qu'une personne ayant peu d'expérience dans le domaine ne pourra pas procéder à l'évaluation économique sans autre support. Il s'agit plutôt de fournir « une boîte à outils » et des documents de références qui permettent aux professionnelles et professionnels de mener l'évaluation économique dans le cadre d'une évaluation par l'UETMISSS et plus spécifiquement la mesure de l'impact budgétaire.

Afin de respecter les standards de l'évaluation économique en santé, l'approche d'analyse adoptée se base sur la grille *Consolidated health economic evaluation reporting standards (CHEERS)* ainsi que sur le guide de l'Agence des médicaments du Canada (33,77).

Pour faciliter le processus décisionnel, les lignes directrices recommandent l'adoption d'une analyse de référence. Le but de l'analyse de référence est d'encourager la comparabilité des évaluations et d'offrir aux décideurs l'assurance qu'ils utilisent un cadre décisionnel uniforme dans toutes leurs décisions. L'adoption d'une analyse de référence n'exclut nullement le choix d'autres méthodes ou de recommandations propres à une sphère de compétence si cela est indiqué dans l'étude de la problématique décisionnelle, mais tout écart par rapport à l'analyse de référence doit être justifié en fonction du problème en cause et présenté dans le cadre d'une analyse complémentaire. Dans le doute quant à la démarche méthodologique appropriée pour étudier un aspect précis du problème de décision, on peut comparer les résultats de l'analyse de référence à ceux d'une analyse complémentaire (33).

La procédure de réalisation d'une évaluation économique se décline en trois grandes étapes : la planification, la production et la diffusion des résultats. Dans le cadre d'une évaluation de l'UETMISSS, ces trois étapes sont précédées d'une phase de priorisation au niveau du guichet de la DCMU, d'une phase de démarrage et du cadrage qui sont déjà définis dans les sections précédentes du présent guide méthodologique. Dans le cadre d'une évaluation par l'UETMISSS, la diffusion est soutenue par un processus de transfert de connaissance, y compris le soutien à l'implantation des recommandations et la fermeture.

Phase de cadrage et de planification

Cette phase est constituée d'un processus itératif qui va permettre de clarifier et valider le besoin décisionnel, baliser les questions, les méthodes d'évaluation et les livrables attendus. Spécifiquement pour l'évaluation économique, les facteurs les plus fréquemment considérés sont le problème qui est à la source de l'évaluation, les options d'interventions ou les programmes, le public cible, la perspective, la durée et l'horizon analytique.

Phase de production

Le [Tableau VIII](#) présente les choix méthodologiques recommandés dans l'analyse de référence. Dans certains cas, l'analyse ne se conformera pas forcément aux présentes recommandations. Le professionnel devra alors cerner les divergences et justifier toute analyse complémentaire en fonction du problème de décision à l'étude.

Tableau VIII. Étapes d'une évaluation économique (33,36)

Étapes	Recommandations
Problème de décision	Préciser les technologies, le cadre d'intervention, la perspective, les coûts, les résultats, l'horizon temporel et la population cible de l'évaluation.
Type d'évaluation économique	Procéder à une analyse coût/utilité avec présentation des résultats sur la santé en années de vie ajustées en fonction de la qualité (AVAQ).
Population cible	Identifier la population cible à laquelle les technologies sont destinées. Effectuer une analyse stratifiée lorsqu'il y a lieu de répartir la population d'intérêt en sous-groupes distincts.
Compareurs	Comparer toutes les technologies pertinentes, y compris les « soins usuels » (c.-à-d. les technologies d'usage courant dans le contexte canadien).
Perspective	Adopter la perspective d'un payeur public des soins de santé.
Horizon temporel	Choisir un horizon temporel suffisamment long pour cerner toutes les différences pertinentes dans les coûts et les résultats futurs des technologies comparées.
Actualisation	Actualiser les coûts et les résultats au taux annuel de 1,5 %.
Mesure et évaluation de la santé	Relever, mesurer et évaluer tous les résultats sur la santé pertinents en regard de la perspective du payeur public des soins de santé. Utiliser les préférences en matière de santé qui correspondent à celles de la population canadienne générale. Obtenir les préférences en matière de santé par une méthode de mesure indirecte reposant sur un système de classification générique.
Utilisation et coûts des ressources	Répertorier, mesurer et évaluer les ressources pertinentes utilisées, et établir les coûts selon la perspective du payeur public des soins de santé. Estimer les ressources et les coûts canadiens en fonction de données applicables dans la région d'intérêt.
Analyse	Déterminer la valeur probable des coûts et des résultats de chaque technologie par une analyse probabiliste en tenant compte de la corrélation entre des paramètres le cas échéant.

	Si la population cible est constituée de sous-groupes distincts, procéder à une analyse stratifiée et présenter les résultats pour chacun des sous-groupes. Calculer les rapports coût/efficacité différentiels (RCED). Lorsque l'évaluation porte sur plus de deux technologies, calculer les RCED de façon séquentielle.
Incertitude	Évaluer l'incertitude méthodologique en comparant les résultats de l'analyse de référence à ceux d'une analyse complémentaire. Résumer l'incertitude décisionnelle à l'aide de courbes d'acceptabilité du rapport coût/efficacité (CARCE) et de frontières d'efficience (FE). Évaluer l'incertitude structurelle par l'analyse de scénarios. S'il y a analyse de la valeur de l'information, illustrer la valeur de l'information supplémentaire par la valeur probable de l'information parfaite sur le paramètre et la valeur escomptée par la population de l'information parfaite sur le paramètre.
Équité	Pondérer tous les résultats de manière égale, sans égards aux caractéristiques des bénéficiaires de la technologie.

Phase de diffusion des résultats et transfert de connaissances

Voir la section [5.2 Transfert de connaissances dans les évaluations par l'UETMISSS](#) du présent guide méthodologique.

Annexe II — Pour aller plus loin en transfert des connaissances

Transfert de connaissances	Auteur, titre (lien hypertexte)	Description
Informations générales et liste d'outils	Trousses de mobilisation des connaissances	Cette trousse en ligne est une source d'outils et de références pour soutenir le transfert de connaissances à toutes les étapes : planification, élaboration et évaluation.
	Référentiel de compétences en TC de la CdP en Santé publique	Il s'agit d'un « outil d'éducation sur ce qu'est la pratique du TC, en soutien à un plaidoyer pour l'obtention de ressources ou encore à la planification et à la gestion de projets TC. Il peut également être utile pour l'organisation du travail au sein d'une équipe, lors de processus de recrutement et de gestion du rendement, en gestion des compétences ainsi qu'à l'apprentissage et au développement professionnel. » Section 1 — Les connaissances requises et les atouts pour le transfert de connaissances ; Section 2 — Les comportements observables associés aux différentes tâches ou fonctions liées au transfert de connaissances.
	INSPQ, Animer un processus de transfert des connaissances : bilan des connaissances et outil d'animation • Document • Aide-mémoire	Le document fait un survol des connaissances sur le transfert de connaissance dans le domaine de la santé : une synthèse et une conceptualisation du processus de TC y sont présentées. En annexe, il contient un outil d'animation ainsi qu'un aide — mémoire qui résume schématiquement l'animation d'un processus de transfert de connaissance en une page.
Planification Stratégies	INSPQ, Outil d'aide à la décision en TC	Cet outil en une page présente des stratégies de transfert de connaissances selon les objectifs : Diffuser des connaissances/informer, sensibiliser/influencer ou améliorer l'action.
Élaboration et plan de transfert des connaissances	INSPQ, Outil pour soutenir l'élaboration d'un plan de transfert des connaissances	L'objectif de ce document est de faciliter la planification, l'animation et l'évaluation d'un processus de transfert des connaissances.

Transfert de connaissances	Auteur, titre (lien hypertexte)	Description
	INESSS, Outil de soutien à l'implantation des meilleures pratiques — Plan d'action en transfert des connaissances en traumatologie	Ce document présente de manière générale quelles sont les actions principales pour l'implantation de meilleures pratiques par étape, des stratégies d'implantation ainsi que des indicateurs de suivi et d'évaluation. Il s'agit d'une référence à consulter si un projet nécessite des recommandations pour l'implantation.
Diffusion (exemple)	INESSS, Outils par type	L'ensemble d'outils développés par l'INESSS pour la diffusion des connaissances est disponible pour consultation. Certains des exemples disponibles peuvent convenir à la pratique de l'ETMI en matière de diffusion des connaissances : algorithme décisionnel clinique, fiche synthèse, dépliant, etc.
	Équipe RENARD, diffusion	L'équipe RENARD est un regroupement de recherche en transfert de connaissances qui crée et diffuse différents outils pour partager leurs projets et les résultats de recherche.
Formation en TC (approfondir ses connaissances)	INSPQ, Le transfert des connaissances, pour avoir de l'impact !	Formation gratuite de 90 minutes et offerte en ligne dans l'environnement numérique d'apprentissage provincial (ENAP, formation 2768) Elle a été conçue par les équipes « Transfert de connaissances » et « Formation » de l'INSPQ et elle s'adresse à la communauté professionnelle, d'intervention, de recherche, experte, médecin ou gestionnaire du réseau de la santé et des services sociaux. Quelques-uns des objectifs spécifiques: • Expliquer en quoi consistent le transfert des connaissances et ses principales finalités ; • Expliquer les éléments clés à considérer pour réussir : analyse des besoins, objectif général, parties prenantes, utilisateurs ciblés, contenus à produire et transférer, contexte d'utilisation des connaissances, moyens de diffusion et d'appropriation ; • Résumer les conditions de succès pour réussir le transfert des connaissances.

8. Bibliographie

1. données primaires [Internet]. [cité 11 sept 2026]. Disponible sur: <https://vitritelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8392368/donnees-primaires>
2. donnée probante [Internet]. [cité 11 sept 2026]. Disponible sur: <https://vitritelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/26561244/donnee-probante>
3. données secondaires [Internet]. [cité 11 sept 2026]. Disponible sur: <https://vitritelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8392381/donnees-secondaires>
4. Paquette F, Chagnon F. Cadre de référence pour le développement et l'évaluation des programmes aux Centres jeunesse de Montréal. Centres jeunesse de Montréal, Direction de la recherche et du développement; 2001.
5. HTAGlossary.net. HtaGlossary.net [Internet]. [cité 27 janv 2025]. Health technology assessment. Disponible sur: <http://htaglossary.net/health-technology-assessment>
6. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Québec), Fournier M, Dagenais P. Consultation des parties prenantes: document de référence [Internet]. 2014 [cité 10 juin 2022]. Disponible sur: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2322251>
7. Service de transfert de connaissances. Le transfert de connaissances, c'est quoi? Présentation de l'offre de service (Document interne). Journée mobilisation des connaissances (Services de mobilisation des connaissances, DCMU, CIUSSS de l'Estrie - CHUS). 25 mars 2024.
8. Dagenais P, Lobè C, Martin V. Préparation du plan de réalisation d'un projet: Guide méthodologique [Internet]. 2013 [cité 15 oct 2024]. Disponible sur: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_GuideMetho_Plan_de_realisation_04.pdf
9. OMS. OMS [Internet]. [cité 27 janv 2025]. Health Technology Assessment. Disponible sur: <https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/assistive-and-medical-technology/medical-devices/assessment>
10. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 1: What is evidence-informed policymaking? Health Res Policy Sys. déc 2009;7(S1):S1. doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S1
11. United Way of America. Measuring Program Outcomes: A Practical Approach [Internet]. Université du Michigan: United Way of America; 1996 [cité 27 janv 2025]. 170 p. Disponible sur: https://www.nrpa.org/uploadedFiles/nrpa.org/Professional_Development/Accreditation/COAPRT/Measuring_Program_Outcomes-UW.pdf
12. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie - CHUS). Cadre de référence pour une culture de soins et de services centrés sur l'utilisateur ses proches et la population [Internet]. Sherbrooke; 2017 [cité 11 mars 2024]. 17 p. Disponible sur: https://intranet.ciuess-estrie-chus.reg05.rtss.qc.ca/clients/CIUSSSE-CHUS/05_CIUSSSE_CHUS/Reglement-politique-directive-procedure/Cadres_reference/Cadre_reference_AGIR.pdf

13. Fonds de recherche du Québec (FRQ). Fonds de recherche du Québec [Internet]. [cité 11 mars 2024]. Équité, diversité et inclusion. Disponible sur: <https://frq.gouv.qc.ca/equite-diversite-et-inclusion-edi/>
14. Office québécois de la langue française (OQLF). Durabilité [Internet]. [cité 11 mars 2024]. Disponible sur: <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/26506529/durabilite>
15. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie - CHUS). Stratégie 23-27 [Internet]. [cité 3 juin 2024]. Disponible sur: https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/A_propos/fondement/Carton_enonc%C3%A9_F.pdf
16. Code d'éthique: pour vous écouter, pour bien faire. Mise à jour: le 8 septembre 2016. Sherbrooke (Québec): Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique du CIUSSS de l'Estrie - CHUS; 2016.
17. Poitras J, Gosselin A. Bâtir une culture de collaboration [Internet]. [cité 11 mars 2024]. Disponible sur: <https://carrefourrh.org/ressources/revue-rh/archives/batir-une-culture-de-collaboration>
18. Office québécois de la langue française (OQLF). Transparence [Internet]. [cité 11 mars 2024]. Disponible sur: <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8361425/transparence>
19. INESSS, Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). INESSS: Approche méthodologique [Internet]. [cité 4 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.inesss.qc.ca/outils-cliniques/approche-methodologique.html>
20. Patton MQ, Campbell-Patton CE. Utilization-focused evaluation. Fifth edition. Thousand Oaks: Sage; 2022.
21. Alain M, Dessureault D, éditeurs. Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2009. 288 p.
22. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz, Z. L'évaluation: concepts et méthodes. 2e édition. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 2011. 332 p. (Paramètres).
23. Dagenais C, Ridde V. Approches et pratiques en évaluation de programme. Canada: Les Presses de l'Université de Montréal; 2009. 358 p. (Paramètres).
24. Tougas AM, Bérubé A, Kishchuk N. Évaluation de programme: de la réflexion à l'action. Québec (Québec): Presses de l'Université du Québec; 2021. (Santé).
25. Larousse. Définitions: constat - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 28 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/constat/18461>
26. Alloprof. Alloprof [Internet]. [cité 28 oct 2024]. L'analyse littéraire (la dissertation). Disponible sur: <https://www.alloprof.qc.ca/fr/eleves/bv/francais/l-analyse-litteraire-la-dissertation-f1120>
27. EUnetHTA. HTA Core Model 3.0 [Internet]. Disponible sur: <https://www.eunetha.eu/hta-core-model/>
28. Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). De l'innovation à l'intervention: guide de soutien à l'appréciation de la valeur. 2024.
29. Stone EG. Evidence-Based Medicine and Bioethics: Implications for Health Care Organizations, Clinicians, and Patients. TPJ. déc 2018;22(4):18-030. doi:10.7812/TPP/18-030

30. Lysdahl KB, Oortwijn W, Van Der Wilt GJ, Refolo P, Sacchini D, Mozygemba K, et al. Ethical analysis in HTA of complex health interventions. *BMC Med Ethics*. déc 2016;17(1):16. doi:10.1186/s12910-016-0099-z
31. Eckelman MJ, Sherman J. Environmental Impacts of the U.S. Health Care System and Effects on Public Health. Ahmad S, éditeur. *PLoS ONE*. 9 juin 2016;11(6):e0157014. doi:10.1371/journal.pone.0157014
32. Moultrie J, Sutcliffe L, Maier A. A maturity grid assessment tool for environmentally conscious design in the medical device industry. *Journal of Cleaner Production*. mai 2016;122:252-65. doi:10.1016/j.jclepro.2015.10.108
33. ACMTS. Lignes directrices de l'évaluation économique des technologies de la santé au Canada (4e édition). 2017.
34. EUPATI. EUPATI Toolbox [Internet]. [cité 27 janv 2025]. Efficacité clinique. Disponible sur: <https://toolbox.eupati.eu/glossary/efficacite-clinique/?lang=fr>
35. Busse R, Orvain J, Velasco M, Perleth M, Drummond M, Gartner F, et al. BEST PRACTICE IN UNDERTAKING AND REPORTING HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENTS: *Working Group 4 Report*. *Int J Technol Assess Health Care*. avr 2002;18(2):361-422. doi:10.1017/S0266462302000284
36. Drummond MF, Sculpher M, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Fourth edition. Oxford: Oxford University Press; 2015. 1 p.
37. Lancsar E, Louviere J. Conducting Discrete Choice Experiments to Inform Healthcare Decision Making: A User's Guide. *PharmacoEconomics*. 2008;26(8):661-77. doi:10.2165/00019053-200826080-00004
38. Clément O. Actualisation partielle du Guide méthodologique pour l'évaluation économique des stratégies de santé. Collège des économistes de la santé (CES). 2011.
39. Pedersen VH, Dagenais P, Lehoux P. Multi-source synthesis of data to inform health policy. *Int J Technol Assess Health Care*. juill 2011;27(3):238-46. doi:10.1017/S0266462311000213
40. Dagenais P, Martin V. Le cadrage des projets de l'INESSS [Internet]. 2013 [cité 15 oct 2024]. Disponible sur: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_Metho_Cadragedesprojets.pdf
41. Dagenais C, Ridde V. *Approaches et pratiques en évaluation de programme*. Montréal, Qué.: Presses de l'Université de Montréal; 2009.
42. Martin V, Renaud J. Normes de production des revues systématiques [Internet]. avr 2023. Disponible sur: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_Normes_production_revues_systematiques.pdf
43. Zomahoun HTV, Hong QN. Lignes directrices de revues rapides [Internet]. Ganache I, Martin M, éditeurs. Disponible sur: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Demarche/INESSS_Lignes_directrices_revues_rapides_2023.pdf
44. Schöpfel J. Vers une nouvelle définition de la littérature grise [Internet]. 2012;Archive ouverte pluridisciplinaire HAL. Disponible sur: https://archivesic.ccsd.cnrs.fr/sic_00794984/document
45. McHugh ML. Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochem Med (Zagreb)*. 2012;22(3):276-82. PubMed PMID: 23092060; PubMed Central PMCID: PMC3900052.

46. Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version française 2018 – Outil d'évaluation de la qualité méthodologique des études incluses dans une revue mixte: manuel pour les usagers | CCNMO [Internet]. [cité 1 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.nccmt.ca/fr/referentiels-de-connaissances/interrogez-le-registre/232>
47. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal*. 14 déc 2010;182(18):E839-42. doi:10.1503/cmaj.090449
48. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 21 sept 2017;j4008. doi:10.1136/bmj.j4008
49. Dare LO, Roy FL. Pratiques & Méthodes d'évaluation de technologies et modes d'intervention en santé (ETMIS) - UETMIS du CHU Sainte-Justine. 2023.
50. Agence des médicaments et des technologies de la santé au Canada (ACMTS), Santé Canada. Orientations relatives aux preuves du contexte réel. 2023.
51. Langley A, Denis JL. Les dimensions négligées du changement organisationnel. *Télescope*. Automne 2008;LA GESTION DU CHANGEMENT STRATÉGIQUE DANS LES ORGANISATIONS PUBLIQUES14(3):13-32.
52. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie-CHUS). Cadre de référence sur la qualité des soins et des services du CIUSSS de l'Estrie – CHUS [Internet]. 1e édition. Sherbrooke: Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie-CHUS); 2017. 24 p. Disponible sur: https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Publications/Rapports/Cadre_ref_qualite_soins_services_Avril2017.pdf
53. St-Martin KA, Allaire JF, Massougbodji J, Zomahoun HTV, Langlois L. S'outiller pour favoriser la participation des usagers, des proches, des citoyens et des communautés à l'amélioration continue de la qualité des soins et des services: Recueil d'idées inspirantes [Internet]. Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux(IUPLSSS). Sherbrooke: Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-CHUS; 2018. Disponible sur: http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/IUPL/Recueil_Participation_usagers-citoyens.pdf
54. St-Martin KA, Allaire JF, Massougbodji J, Zomahoun HTV, Langlois L. S'outiller pour favoriser la participation des usagers, des proches, des citoyens et des communautés à l'amélioration continue de la qualité des soins et des services: Recueil d'idées inspirantes [Internet]. Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux(IUPLSSS). Sherbrooke: Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-CHUS; 2018. Disponible sur: http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/IUPL/Recueil_Participation_usagers-citoyens.pdf
55. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie - CHUS). Politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail [Internet]. 2019 [cité 11 mars 2024]. Disponible sur: https://intranet.ciuuss-estrie-chus.reg05.rtss.qc.ca/clients/CIUSSSE-CHUS/05_CIUSSSE_CHUS/Reglement-politique-directive-procedure/Politiques/D100-POL-01-Promotion_civilite_prevention_harcelement_violence.pdf
56. Guindon G. La compassion: pour favoriser des relations harmonieuses entre employés et usagers [Rapport à l'interne]. Sherbrooke, Québec: Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie-CHUS); août 2019.

57. Guindon G. La bienveillance au CIUSSS – CHUS; Données issues de la littérature et de l'expérience (Document de travail). 2021.
58. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4e éd. Malakoff: Armand Colin; 2016. (Collection U).
59. Fortin MF, Gagnon J. Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives. Montréal: Chenelière Éducation; 2010.
60. Pedersen VH, Dagenais P, Lehoux P. Multi-source synthesis of data to inform health policy. *Int J Technol Assess Health Care*. juill 2011;27(3):238-46. doi:10.1017/S0266462311000213
61. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4e éd. Malakoff: Armand Colin; 2016. (Collection U).
62. Fortin MF, Gagnon J. Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives. 4e édition. Montréal, Québec: Chenelière éducation; 2022. 496 p.
63. Secrétariat du Conseil du trésor. Rédaction et suivi des recommandations en évaluation — Guide d'accompagnement. 2023.
64. Feinstein O. Checklist for evaluation recommendations [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://files.wmich.edu/s3fs-public/attachments/u3036/2019/eval-rec-feinstein.pdf>
65. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Trousse d'outils accompagnant le guide méthodologique « Élaboration et adaptation des guides de pratiques », Outil 1.3a – Méthodes de consensus. 2017.
66. Haute autorité de la santé (HAS). Élaboration de recommandations de bonne pratique - Méthode «Recommandations par consensus formalisé» [Internet]. 2010. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_methodologique_cf_40_pages_2011-11-03_15-40-2_278.pdf
67. Murphy M, Black N, Lamping D, McKee C, Sanderson C, Askham J, et al. Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technology Assessment*. 1998;2(3).
68. Diamond IR, Grant RC, Feldman BM, Pencharz PB, Ling SC, Moore AM, et al. Defining consensus: A systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *Journal of Clinical Epidemiology*. avr 2014;67(4):401-9. doi:10.1016/j.jclinepi.2013.12.002
69. Slocum N, Elliott J, Heesterbeek S, Lukensmeyer CJ. Méthodes participatives - Un guide pour l'utilisateur. Fondation Roi Baudouin; 2006.
70. Debret J. Scribbr [Internet]. 2020 [cité 31 mars 2025]. Style de rédaction scientifique: conseils, méthodologie, exemples. Disponible sur: <https://www.scribbr.fr/article-scientifique/style-redaction-scientifique/>
71. Centre d'excellence en évaluation, Secrétariat du Conseil du trésor du Canada. Art et méthode de rédaction de rapports d'évaluation [Internet]. 2004 [cité 31 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.tbs-sct.canada.ca/cee/career-carriere/workshops-ateliers/aawer-amrre-fra.pdf>

72. Renaud L. Communication pour la santé: construction d'un champ de recherche et d'intervention. communiquer [Internet]. 2020 [cité 3 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.erudit.org/fr/revues/communiquer/2020-communiquer05245/1068859ar/resume/>
73. Lemire N, Laurendeau M, Souffez K. Animer un processus de transfert des connaissances: bilan des connaissances et outil d'animation [Internet]. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); 2009 [cité 4 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/institut/transfert-des-connaissances/animer-un-processus-de-transfert-des-connaissances>
74. Ziam S, Chouinard LJ, Lanoue S, McSween-Cadieux E, Lane J, Dagenais C, et al. Guide pour structurer la planification et l'évaluation de vos stratégies de mobilisation des connaissances [Internet]. Équipe Renard; 2024 [cité 21 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.equiperenard.org/post/guides-d-évaluation>
75. Massuard M. Guide pour accompagner l'implantation de pratiques prometteuses dans un établissement. 2023.
76. Dervaux B, Le Fur C, Dubois S, Josseran A, Baseilhac É, Baumstark L, et al. Quel impact budgétaire pour l'arrivée d'un nouveau traitement ou d'une nouvelle technologie de santé? Therapies. févr 2017;72(1):81-91. doi:10.1016/j.therap.2016.12.002
77. Husereau D, Drummond M, Augustovski F, De Bekker-Grob E, Briggs AH, Carswell C, et al. Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards 2022 (CHEERS 2022) statement: updated reporting guidance for health economic evaluations. BMC Med. déc 2022;20(1):23. doi:10.1186/s12916-021-02204-0