

Université de Montréal

Dynamiques humaines et organisationnelles entourant les activités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en milieu hospitalier universitaire au Québec

Par

Michèle Tony

Département de Gestion, d'Évaluation et de Politiques de santé, École de santé publique

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Philosophiae doctor (Ph. D.)
en Santé publique, option Organisation des soins de santé

Août, 2021

© Michèle Tony, 2021

Université de Montréal

Département de Gestion, d'Évaluation et de Politiques de santé, École de santé publique

Cette thèse intitulée

Dynamiques humaines et organisationnelles entourant les activités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en milieu hospitalier universitaire au Québec

Présenté par

Michèle Tony

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes

Bryn Williams-Jones
Président-rapporteur

Lise Lamothe
Directrice de recherche

Cheri L. Deal
Codirectrice

Mireille M. Goetghebeur
Codirectrice

Philippe Juvet
Membre du jury

Nicolas Martelli
Examineur externe

Résumé

En 1992, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec faisait de l'évaluation des technologies et modes d'intervention (ETMI), par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), l'une des quatre conditions à remplir pour être reconnu comme centre hospitalier universitaire (CHU) ou institut universitaire (IU). Il a fallu attendre les années 2000 pour observer la concrétisation de cette nouvelle mission. En effet, l'importance d'assurer une cohérence et une convergence entre les soins, l'enseignement, la recherche et l'ETMI, ainsi que l'évidence des besoins particuliers des hôpitaux universitaires, ont été reconnus. Ceci a donné lieu à l'élaboration de diverses stratégies d'implantation de l'ETMI, variant d'un établissement à l'autre, et menant à la création des premières unités d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé (UETMI) en milieu hospitalier universitaire québécois.

L'ETMI est un processus multidisciplinaire qui utilise des méthodes explicites pour déterminer la valeur de technologies nouvelles ou déjà implantées. L'hôpital universitaire représente un emplacement de choix pour la réalisation des activités d'ETMI puisqu'il s'agit du principal lieu d'accueil des technologies. La réalisation des activités d'ETMI s'y effectue toutefois dans un contexte où producteurs et utilisateurs des connaissances accomplissent leur mandat au sein de la même organisation. Pour bénéficier de manière optimale de l'ETMI, il est nécessaire de bien cerner l'influence de celle-ci.

Une étude de cas multiple a été réalisée afin d'analyser et comprendre l'évolution de la concrétisation de la mission d'ETMI dans les CHU. L'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977) a été retenue comme cadre théorique.

Cette thèse présente le contexte organisationnel et les activités d'ETMI de deux CHU. La démarche de recherche qualitative effectuée a permis d'analyser les dynamiques humaines et organisationnelles entourant les activités d'ETMI de ces CHU. Cinq principaux constats ont émergé de l'analyse et supportent l'idée que l'environnement et la pratique évaluative sont d'importants facteurs à prendre en compte lors de la mesure de l'influence de l'ETMI. Les résultats suggèrent également l'intérêt d'opter pour une approche évaluative légitime et juste au bénéfice du bien commun et d'une plus grande influence de l'ETMI. Le secteur de la santé étant en continuelle évolution, d'autres travaux permettant de valider l'approche utilisée dans des contextes distincts ou encore pour des innovations technologiques particulières (p. ex., télésanté), pourront être réalisés dans le futur.

Mots-clés : Évaluation des technologies et modes d'intervention, prise de décision, hôpitaux universitaires, analyse stratégique, influence de l'ETMI, impact de l'ETMI.

Abstract

In 1992, the Quebec Ministry of Health and Social Services determined, through the Act Respecting Health Services and Social Services, that Health Technology Assessment (HTA) was one of the four conditions to fulfilled to be recognized as a university hospital center (UHC) or a university institute (UI). However, it was necessary to wait until the 2000s to see this new mission adopted by the concerned parties. Indeed, the importance of ensuring consistency and convergence between care, teaching, research and HTA, as well as the obvious needs of UHC, have been recognized. This gave rise to the development of various HTA implementation strategies, varying from one establishment to another, and leading to the creation of the first HTA units in Quebec's UHC.

HTA is a multidisciplinary process that uses explicit methods to determine the value of new or existing technologies. The university hospital is a perfect location to conduct HTA activities considering that they are users of most technologies. However, HTA activities are carried out in a context where knowledge producers and knowledge users fulfill their mandate within the same organization. To benefit optimally from HTA, it is necessary to understand their influence.

A multiple case study was conducted in order to analyze and understand the evolution of the HTA activities within UHC. The strategic analysis of Crozier and Friedberg (1977) was chosen as a theoretical framework.

This thesis presents the organizational context and HTA activities of two UHC. The qualitative research process which was undertaken gave us the possibility to analyze the human and organizational dynamics surrounding the HTA activities of these UHC. Five main findings emerged from the analysis and support the idea that the environment and the assessment process are important factors to consider when measuring the influence of HTA. The results also suggest the advantage of opting for a legitimate and fair assessment process not only for the benefit of the common good but also to further the influence of HTA. As the health sector is

constantly evolving, research to validate the approach used, either in other contexts or for technological innovations (e.g., e-Health), should be carried out in the future.

Keywords: Health Technology Assessment, decision-making, university hospitals, Strategic Analysis, HTA impact.

Table des matières

Résumé.....	v
Abstract	vii
Table des matières	ix
Liste des tableaux.....	xv
Liste des figures.....	xvii
Liste des sigles et abréviations.....	xix
Remerciements	xxv
Introduction.....	1
Chapitre 1 – L’ETMI en soutien à l’allocation efficiente des ressources.....	4
1.1 Introduction.....	4
1.2 Définition de l’ETMI.....	5
1.3 Finalité de l’ETMI.....	9
1.4 Pertinence de l’ETMI en milieu hospitalier	12
1.5 Réalisation de l’ETMI.....	12
1.6 Influence de l’ETMI.....	14
1.6.1 Pertinence d’étudier l’influence de l’ETMI	14
1.6.2 Mesure et analyse de l’influence de l’ETMI	15
1.7 Conclusion	19
Chapitre 2 – Évolution de l’ETMI au sein du système de santé québécois.....	21
2.1 Introduction.....	21
2.2 Années dix – cinquante	21
2.3 Années soixante – soixante-dix.....	23
2.4 Années quatre-vingt.....	24
2.4.1 Le développement technologique : Constats et propositions de la Commission Rochon.....	25
2.5 Années quatre-vingt-dix.....	27
2.5.1 Du CETS vers l’AETMIS.....	27

2.6	Années deux mille	28
2.7	Aujourd'hui.....	31
2.8	Conclusion	32
Chapitre 3 – Le milieu hospitalier : l’hôpital en tant qu’organisation		35
3.1	Introduction.....	35
3.2	L’hôpital et sa structure organisationnelle	35
3.3	L’hôpital et sa dimension politique.....	38
3.4	Conclusion	40
Chapitre 4 – Cadre théorique et objectif de recherche		43
4.1	Théorie de l’action organisée.....	43
4.1.1	Origines	43
4.1.2	Fondements.....	44
4.1.3	Concepts clés.....	44
4.1.4	Utilité.....	47
4.2	Objectif de la recherche	48
4.2.1	Questions de recherche	48
4.2.2	Cadre conceptuel	49
Chapitre 5 – Méthodologie		51
5.1	Stratégie de recherche	51
5.2	Collecte de données.....	52
5.3	Analyse des données.....	54
5.4	Validité de la recherche.....	56
5.5	Considérations éthiques.....	56
5.6	Utilité de la recherche.....	57
Chapitre 6 – Le cas de l’UETMISSS du CIUSSS de l’Estrie - CHUS.....		59
6.1	Introduction.....	59
6.2	Le CIUSSS de l’Estrie – CHUS et l’évolution de sa mission universitaire.....	59
6.2.1	Portrait du CIUSSS de l’Estrie - CHUS	59
6.2.2	Évolution de la mission universitaire du CIUSSS de l’Estrie – CHUS	60

Mise en place de la mission universitaire	61
Obtention d'une désignation universitaire	62
Maintien de la mission universitaire	63
6.2.3 Déploiement du volet ETMI de la mission universitaire	64
Structure et mandat de l'UETMIS	65
6.2.4 Repositionnement stratégique de l'UETMIS.....	66
Remaniement organisationnel initié par l'adoption du projet de loi 10 et retombées pour l'UETMIS	66
6.3 Structure et activités de l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie-CHUS	69
6.3.1 Avant le projet de loi 10	69
Gouvernance et mode de fonctionnement	69
Démarche d'évaluation	70
Offre de service	77
6.3.2 Après le projet de loi 10	78
Gouvernance et mode de fonctionnement	78
Démarche d'évaluation	81
Offre de service	82
6.3.3 Réalisations de l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie - CHUS.....	83
Rapports d'évaluation	83
Présentations lors de conférences.....	85
Publication d'articles scientifiques.....	85
Soutien méthodologique à divers projets.....	85
6.4 Enjeux et dynamiques de l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie-CHUS	87
6.4.1 Les acteurs et leurs enjeux.....	88
Thématique 1 - valoriser une culture d'ETMI	88
Thématique 2 - Susciter l'acceptabilité de la participation de l'UETMIS aux processus de prise de décision organisationnelle.....	91
Thématique 3 : Survivre dans un contexte organisationnel contraignant	94
6.4.2 Microdynamie de l'évaluation	98

Phase 1 – Conception de l'évaluation	98
Phase 2 – Réalisation de l'évaluation.....	101
Phase 3 – Utilisation de l'évaluation	104
6.5 Conclusion	111
Chapitre 7 – Le cas du CHUM	113
7.1 Introduction.....	113
7.2 Le CHUM et l'évolution de sa mission universitaire	113
7.2.1 Portrait du CHUM.....	113
7.2.2 Évolution de la mission universitaire au CHUM.....	114
L'essor de l'enseignement.....	114
L'accroissement de la recherche.....	115
L'obtention d'une désignation universitaire.....	116
7.2.3 Déploiement du volet ETMI de la mission universitaire du CHUM	117
7.3 Structure et activités du Service de l'ETMIS du CHUM.....	120
7.3.1 Description de l'UETMIS du CHUM	120
Gouvernance et mode de fonctionnement	121
Démarche d'évaluation	122
Offre de service	125
7.3.2 Réalisations de l'UETMIS du CHUM	126
Rapports d'évaluation	126
Activités internes et externes	127
7.4 Enjeux et dynamiques de l'UETMIS du CHUM.....	129
7.4.1 Les acteurs et leurs enjeux.....	129
Thématique 1 – Valoriser une culture d'ETMI	129
Thématique 2 – Comblent les attentes des décideurs	132
Thématique 3 – Occuper une position permettant le développement de partenariats et l'optimisation de la réalisation de sa mission	134
7.4.2 Microdynamie de l'évaluation	135
Phase 1 – Conception de l'évaluation	136

Phase 2 – Réalisation de l'évaluation.....	138
Phase 3 – Utilisation de l'évaluation.....	141
7.5 Conclusion.....	145
Chapitre 8 – Analyse transversale.....	147
8.1 Introduction.....	147
8.2 Dimensions d'analyse.....	147
8.2.1 Les enjeux.....	147
8.2.2 Les acteurs.....	151
8.2.3 Les stratégies.....	154
L'ETMI dans sa globalité et la dynamique entre les acteurs.....	154
L'ETMI selon chacune de ses phases et la microdynamie entre les acteurs.....	159
8.3 Conclusion.....	168
Chapitre 9 – Discussion.....	170
9.1 Introduction.....	170
9.2 Constats dégagés de l'analyse transversale.....	171
9.2.1 Constats relatifs à la dynamique de l'évaluation et aux contextes dans lesquels ont lieu les activités d'ETMI.....	172
9.2.2 Constats relatifs à la microdynamie des relations entre acteurs lors de la réalisation des activités d'ETMI.....	176
9.3 Évolution du modèle théorique.....	179
9.4 Conclusion.....	182
Chapitre 10 – Contribution et perspectives.....	183
10.1 Introduction.....	183
10.2 Synthèse de la recherche.....	183
10.3 Contribution théorique.....	185
10.3.1 Vision élargie relativement aux facteurs qui modulent l'influence de l'ETMI.....	185
10.4 Bonification du modèle de l'influence de l'ETMI.....	186
10.5 Contribution empirique.....	187
10.6 Limites de la thèse.....	187

10.7 Perspectives futures.....	188
Références bibliographiques.....	191
Annexes.....	209
Annexe 1 – Recension des écrits.....	209
Annexe 2 – Guide d’entretien.....	211
Annexe 3 – Formulaire de consentement.....	213
Annexe 4 – Politique de participation des usagers, proches aidants et citoyens à l’UETMISSS du CIUSSS de l’Estrie - CHUS (PUPACS).....	221
Annexe 5 – Offre de service de l’UETMISSS du CIUSSS de l’Estrie – CHUS.....	226
Annexe 6 – Catégories de classification des rapports d’ETMI et définitions.....	230
Annexe 7 - Tableau des rapports d’évaluation en accès-libre de l’UETMISSS du CIUSSS de l’Estrie - CHUS.....	235
Annexe 8 – Documentation consultée et références terrain.....	259
Annexe 9 - Tableau des rapports d’évaluation en accès-libre de l’UETMIS du CHUM.....	265

Liste des tableaux

Tableau 1. – Définitions de l’ETMI	9
Tableau 2. – Finalités de l’ETMI	11
Tableau 3. – Niveaux et types d’utilisation des rapports d’ETMI relevés lors de la revue des écrits	18
Tableau 4. – Moments clés de l’évolution de l’ETMI au Québec	33
Tableau 5. – Concepts clés de l’analyse stratégique de Crozier et Friedberg	46
Tableau 6. – Liste des acteurs potentiels contactés	54
Tableau 7. – Résumé chronologique des évènements associés au CIUSSS de l’Estrie-CHUS et à l’évolution de sa mission universitaire	68
Tableau 8. – Composition de l’UETMISSS du CIUSSS de l’Estrie-CHUS.....	79
Tableau 9. – Tableau synthèse de la structure et des activités de l’UETMISSS du CIUSSS de l’Estrie - CHUS	86
Tableau 10. – Tableau synthèse des enjeux et des stratégies des acteurs mobilisés par les activités de l’UETMIS de CHUS	110
Tableau 11. – Résumé chronologique des évènements associés au CHUM et l’évolution de son UETMIS	119
Tableau 12. – Tableau synthèse des enjeux et des stratégies des acteurs mobilisés par les activités de l’UETMIS du CHUM.....	144
Tableau 13. – Enjeux reliés aux activités d’ETMI et extraits associés pour chaque catégorie d’acteurs stratégiques selon la thématique « Valoriser une culture d’ETMI »	149
Tableau 14. – Enjeux reliés aux activités d’ETMI et extraits associés pour chaque catégorie d’acteurs stratégiques selon la thématique « Comblent les attentes des décideurs »	150
Tableau 15. – Enjeux reliés aux activités d’ETMI et extraits associés pour chaque catégorie d’acteurs stratégiques selon la thématique « Être supporté adéquatement par l’organisation »	151
Tableau 16. – Enjeux et stratégies des UETMI liés à l’ensemble du processus d’ETMI	156

Tableau 17. –	Enjeux et stratégies des professionnels de la santé/cliniciens-gestionnaires liés à l'ensemble du processus d'ETMI	158
Tableau 18. –	Enjeux et stratégies des dirigeants de l'établissement liés à l'ensemble du processus d'ETMI	159
Tableau 19. –	Enjeux et stratégies de l'UETMI durant la phase de conception de l'évaluation	161
Tableau 20. –	Enjeux et stratégies des professionnels de la santé/cliniciens-gestionnaires durant la phase de conception de l'évaluation	162
Tableau 21. –	Enjeux et stratégies des dirigeants de l'établissement durant la phase de conception de l'évaluation	162
Tableau 22. –	Enjeux et stratégies de l'UETMI durant la phase de réalisation de l'évaluation	164
Tableau 23. –	Enjeux et stratégies des professionnels de la santé/cliniciens-gestionnaires durant la phase de réalisation de l'évaluation	165
Tableau 24. –	Enjeux et stratégies des dirigeants de l'établissement durant la phase de réalisation de l'évaluation	165
Tableau 25. –	Enjeux et stratégies de l'UETMI durant la phase d'utilisation de l'évaluation	167
Tableau 26. –	Enjeux et stratégies des professionnels de la santé/cliniciens-gestionnaires durant la phase d'utilisation de l'évaluation	168
Tableau 27. –	Enjeux et stratégies des dirigeants de l'établissement durant la phase d'utilisation de l'évaluation	168

Liste des figures

Figure 1. –	Étapes d’une démarche d’évaluation	13
Figure 2. –	Modèle théorique d’évaluation de l’impact de l’ETMI	16
Figure 3. –	Frise chronologique des événements ayant marqué l’évolution des activités d’ETMI au Québec	22
Figure 4. –	Total des dépenses de santé en pourcentage du PIB au Québec et au Canada, 1975 à 2019	31
Figure 5. –	Cadre conceptuel initial de la recherche	50
Figure 6. –	Processus de production scientifique de l’UETMIS du CHUS avant le projet de loi 10	71
Figure 7. –	Processus de traitement des demandes reçues à l’UETMIS avant le projet de loi 10 – Réception de la demande	72
Figure 8. –	Processus de traitement des demandes reçues à l’UETMIS avant la loi 10 – cadrage	74
Figure 9. –	Organigramme de la DCMUP	81
Figure 10. –	Typologie des produits de connaissances de l’UETMISSS du CIUSSS de l’Estrie – CHUS	83
Figure 11. –	Classification des rapports de l’UETMIS du CHUM selon la forme de technologie évaluée	127
Figure 12. –	Avantages et écueils des différents scénarios organisationnels presentis afin d’inscrire la mission d’ETMI dans les établissements universitaires.....	174
Figure 13. –	Modèle conceptuel modifié après l’analyse des cas	179
Figure 14. –	Modèle conceptuel : schématisation du processus d’ETMI	181

Liste des sigles et abréviations

ACMETS : Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé

AdHopHTA : Adopting hospital-based HTA in the EU

AETMIS : Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

AHP : Analytic Hierarchy Process

ANP : Analytic Network Process

BPP : Bureau des pratiques pertinentes

CA : Conseil d'administration

CH : Centre hospitalier

CCMUP : Comité de coordination de la mission universitaire et de la pertinence

CdRV : Centre de recherche sur le vieillissement

CETS : Conseil d'évaluation des technologies de la santé

CHU : Centre hospitalier universitaire

CHU de Québec – Université Laval : Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval

CHUM : Centre hospitalier universitaire de Montréal

CHUS : Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

CIRESS : Centre Informatisé de Recherche Evaluative en Services et Soins de Santé

CIUSSS Estrie – CHUS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie –
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

CRCHUM : Centre de recherche du CHUM

CRCHUS : Centre de recherche du CHUS

CSBE : Commissaire à la santé et au bien-être

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

CSSS – IUGS : Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

CUSM : Centre universitaire de santé McGill

DAMU : Direction des affaires médicales et universitaires

DAR : Direction administrative de la recherche

DCMUP : Direction de la coordination de la mission universitaire et de la pertinence

DG : Directeur général

DGA : Directeur général adjoint

DISC : Direction interdisciplinaire des services cliniques

DQEPPS : Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de la planification stratégique

DRIT : Direction des ressources informationnelles et technologiques

DSI : Directeur des soins infirmiers

DSM : Directeur des services multidisciplinaires

DSP : Direction des services professionnels

EBM : Evidence-based medicine

ETC : Équivalents temps complet

ETMI : Évaluation des technologies et des modes d'intervention

ETMIS : Évaluation des technologies de la santé

ETMISSS : Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux

ETS : Évaluation des technologies de la santé

EVIDEM : Evidence and Value : Impact on DEcisionMaking

HTAi : Health Technology Assessment International

ICIS: Institut canadien d'information sur la santé

INAHTA : The International Network of Agencies for Health Technology Assessment

INESSS : Institut national d'excellence en santé et services sociaux

IU : Institut universitaire

IUGS : Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

IUPLSSS : Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux

ISBN : International Standard Book Number

ISSN : International Standard Serial Number

LMRSSS : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales

LSSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux

MCDA : Multi-criteria Decision Analysis

MSSS : ministère de la Santé et des Services sociaux

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

NIH : National Institutes of Health

OTA : Office of Technology Assessment

PDGA : Président-directeur général adjoint

PIB : Produit intérieur brut

PUPACS : Politique de participation des usagers, proches aidants et citoyens à l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec

RLS : Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

RSSS : Réseau de la santé et des services sociaux

RTS : Réseaux territoriaux de services de santé et de services sociaux

RUIS : Réseau universitaire intégré en santé

RUISSS : Réseau universitaire intégré en santé et services sociaux

UET-CUSM/CHUM : Unité conjointe d'évaluation des technologies de la santé – CUSM/CHUM

UETMI : Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention

UETMIS : Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

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

UHC : University Hospital Center

UI : University Institute

WHO : World Health Organization

À ma belle et douce Anabelle

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de thèse, Mme Lise Lamothe qui à travers ce long et périlleux parcours, m'a accompagnée, armée de patience, compréhension, et appui inconditionnel, dans les hauts et les bas de ma démarche. Ses encouragements et sa confiance m'ont permis de me rendre jusqu'au bout de cette aventure malgré mes nombreuses remises en doute et ma crainte de ne pas arriver à achever cette thèse; je lui en suis très reconnaissante. Je partage également un merci tout spécial à Mme Mireille Goetghebeur, Dr Cheri L. Deal et Dr Renaldo Battista avec qui j'ai entrepris cette grande aventure. Vous avez cru en moi et m'avez inspiré à me lancer dans cette grande aventure, je vous en remercie.

Le doctorat m'aura permis de faire de merveilleuses et précieuses rencontres. Vanessa Sit et Anne-Sophie Dubé, ce fut un plaisir de croiser votre route. Je me rappellerai toujours les premiers séminaires de santé publique. Je suis contente que nous ayons pu cheminer ensemble. Sans vous, cette expérience n'aurait pas eu la même saveur. Je me rappellerai toujours nos rendez-vous café pour partager nos expériences, nos joies, nos peines, nous remonter le moral dans les périodes de découragement et surtout les beaux moments, les voyages et les célébrations de nos petites et grandes réussites.

À toutes les personnes que j'ai eu l'immense chance de rencontrer durant mon parcours, je vous remercie d'avoir partagé vos savoirs, votre expérience, vos conseils et vos réflexions si précieux qui ont permis d'alimenter mes réflexions. C'est l'ensemble de ces discussions qui ont donné jour à ce projet. Je vous en remercie.

À mes parents, ma famille et mes amis, qui se sont intéressés à ma démarche, m'ont encouragé à ne pas lâcher, et qui ont attendu si patiemment de voir un jour l'aboutissement de cette thèse, je vous dis merci!

À ma belle Anabelle, toi qui m'auras accompagné, je te remercie.

Enfin à tous ceux et celles que j'oublie de nommer, et qui ont participé de près ou de loin à ce projet, je vous remercie.

Introduction

L'essor de nouvelles technologies, dans un contexte de ressources limitées, impose de faire des choix. Ceci est valable pour tous les systèmes de services de santé et de services sociaux dont le financement public est prépondérant. Afin de préserver l'universalité, l'intégralité, l'accessibilité, l'équité et la transférabilité des services de santé, il s'avère nécessaire de mettre en place des mécanismes décisionnels appuyant l'allocation optimale des ressources. L'évaluation des technologies et modes d'intervention (ETMI) est conçue pour répondre à ce besoin.

L'ETMI vise à faire le pont entre l'information scientifique et la décision (Battista, 1996). Elle a comme objectif de soutenir la prise de décision fondée sur les données probantes en matière d'introduction de nouvelles technologies ou de nouveaux modes d'intervention et de maintien ou de retrait de technologies ou de pratiques déjà en place. L'ETMI peut s'effectuer à différents paliers d'un système de santé. Au Québec, l'ETMI est exercée autant au niveau local qu'au niveau national. En effet, depuis 1992, la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) fait de l'ETMI l'une des conditions à remplir pour être reconnu comme centre hospitalier universitaire (CHU) ou institut universitaire (IU) (MSSS, 1992). Cette obligation légale a d'ailleurs mené à la création de cinq unités d'évaluation des technologies et modes d'intervention (UETMI) en CHU. Ceci est sans compter les entités qui se sont développées dans d'autres types d'installations du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) de la province.

Le système de santé du Québec compte cinq CHU organisés autour de quatre universités. Ces installations ayant une mission de centre hospitalier (CH) se distinguent des autres centres hospitaliers par leur désignation universitaire, en reconnaissance de leurs mandats supplémentaires d'enseignement, de recherche et d'ETMI. Les CHU représentent des emplacements de choix pour la réalisation de l'ETMI, car ce sont les principaux lieux d'accueil des technologies et modes d'intervention nécessaires à la prestation des soins et services spécialisés et surspécialisés (Juzwishin *et al.*, 1996; McGregor et Brophy, 2005). Réaliser l'ETMI en milieu

hospitalier permet une proximité avec les gestionnaires et professionnels du réseau de la santé, ainsi qu'avec l'environnement complexe et en constante évolution dans lequel les technologies s'insèrent (Jacob et Battista, 1993; Jacob et McGregor, 1997; Lehoux *et al.*, 2004; Velasco Garrido *et al.*, 2010). Un bon nombre de décisions relatives à l'utilisation des technologies sont prises au sein même des hôpitaux. Les hôpitaux reçoivent un financement fixe qui les contraint à faire des choix parmi l'ensemble des technologies disponibles. Une obligation d'efficacité et d'allocation optimale des ressources humaines, matérielles et financières au sein des hôpitaux s'impose.

Suivant la ratification de la loi de 1992, aucune directive claire n'a été émise et aucune ressource supplémentaire n'a été octroyée aux CHU afin de faciliter l'implantation du volet ETMI de leur mission universitaire. Il a fallu attendre dix ans avant que des modèles organisationnels d'implantation de l'ETMI soient officiellement proposés, laissant libre cours à un déploiement asymétrique de l'ETMI en milieu hospitalier (R. Carignan, 2002). La première UETMI à avoir été créée est celle du CUSM – Université Mc Gill en juin 2001, suivi du CHUS – Université de Sherbrooke en 2004, de l'hôpital Ste-Justine – Université de Montréal en novembre 2004, du CHUM – Université de Montréal en 2005 et du CHU de Québec – Université Laval en 2006 (Bellemare *et al.*, 2017; CHU Sainte-Justine, 2014; Lepanto, 2017; McGregor, 2017; Rhinds *et al.*, 2017).

Enfin, la possibilité de maximiser l'utilisation des ressources limitées du système de santé à l'aide des activités d'ETMI est largement reconnue théoriquement. Or, peu d'évaluations confirment cette capacité de l'ETMI à influencer la prise de décision. Dans un souci de saine gestion et de transparence, il s'avère nécessaire de rendre compte des résultats immédiats et ultimes de cette activité. Le présent projet porte ainsi sur les activités d'ETMI réalisées dans le contexte des CHU. Plus précisément, ce projet de recherche vise à analyser et comprendre les dynamiques organisationnelles et humaines entourant la concrétisation de la mission d'ETMI dans les CHU du Québec, depuis les années 2000.

La thèse se divise en dix chapitres. Le premier chapitre présente d'abord le concept d'ETMI

pour mieux saisir sa portée. En guise de mise en contexte, le chapitre deux est consacré à un survol historique portant sur l'évolution du système de santé québécois et le développement de l'ETMI en milieu hospitalier. Au chapitre trois, les fondements théoriques jugés utiles à la compréhension de l'hôpital en tant qu'organisation sont abordés. Le chapitre quatre se concentre sur l'approche théorique retenue pour l'étude, soit l'analyse stratégique. On présente ensuite, au chapitre cinq, la méthodologie de la recherche. Les chapitres six et sept présentent les résultats tirés des études de cas réalisées. On retrouve ensuite, au chapitre huit, l'analyse transversale des résultats, suivie de la discussion et de la conclusion aux chapitres neuf et dix.

Chapitre 1 – L’ETMI en soutien à l’allocation efficiente des ressources

1.1 Introduction

Afin de cerner l’état actuel des connaissances relatives à l’ETMI et son influence sur la prise de décision en milieu hospitalier, une recension des écrits portant sur le sujet a été effectuée. La méthodologie suivie pour mener cette recension est décrite à l’Annexe 1.

L’évaluation des technologies et des modes d’intervention en santé et services sociaux (ETMISS) est l’appellation utilisée au Québec pour désigner les activités d’évaluation portant sur les innovations technologiques en santé et services sociaux. L’ETMISS tient son origine du concept d’évaluation des technologies de la santé (ETS), auquel ont été insérées successivement les notions de modes d’intervention¹ et de services sociaux². Les changements d’appellations effectués au Québec coïncident avec la transformation du Conseil d’évaluation des technologies de la santé (CETS), premier organisme provincial créé par le Gouvernement du Québec afin de promouvoir et supporter l’ETMI, en l’Agence d’évaluation des technologies et des modes d’intervention en santé (AETMIS), en juin 2000 (AETMIS, 2001). L’AETMIS deviendra l’Institut national d’excellence en santé et en services sociaux (INESSS) en janvier 2011. Comme les études de cas présentées dans cette thèse ont été réalisées au Québec, l’ETMI est l’appellation retenue

¹ Comparativement aux priorités d’évaluation antérieures qui étaient les innovations techniques lourdes et spécialisées, il y avait un intérêt à ce moment d’évaluer les modes d’intervention introduits par la transformation du système de santé, notamment le virage ambulatoire. Les nouvelles priorités d’évaluation étaient donc à l’évolution des pratiques cliniques et les nouvelles façons de faire pour traiter adéquatement les patients en limitant l’hospitalisation AETMIS. (2001). *Plan stratégique 2001-2004*. <http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca//fr/>.

² Suivant les travaux du Groupe de travail sur le financement du système de santé présidé par Claude Castonguay, en 2008, il est recommandé de fusionner le Conseil du médicament, l’Agence d’évaluation des technologies et des modes d’intervention en santé (AETMIS) et le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Cette fusion a pour but de renforcer la position de ces trois organismes, assurer une utilisation plus efficace des ressources et accroître l’efficacité du système de santé québécois. D’où la création de l’INESSS Groupe de travail sur le financement du système de santé. (2008). *En avoir pour notre argent* (publication n° ISBN 978-2-550-52154-9). https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx?idn=38563.

dans le texte pour désigner les activités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux, et signifie indistinctement les différentes déclinaisons de ce terme (p. ex., ETS, ETMIS, ETMISS, etc.). Précisons qu'à l'international, la définition de technologie de la santé englobe les modes d'intervention. D'ailleurs, le concept de technologie se définit comme suit:

The application of scientific or other organized knowledge – relating to tools, techniques, products, processes, methods, modes of intervention, or systems – to practical tasks.

Note: In health care, technology encompasses: drugs; diagnostic tests, including indicators and reagents; devices; equipment and supplies; medical and surgical procedures; support systems; and organizational and managerial systems used in prevention, screening, diagnosis, treatment and rehabilitation. (INAHTA, 2020)

1.2 Définition de l'ETMI

La définition de l'ETMI a considérablement évolué de sa conception dans la seconde moitié des années 1960 à aujourd'hui. Considérée, au départ, comme étant « a form of policy research that examines short- and long-term social consequences (for example, societal, economic, ethical, legal) of the application of technology » (Banta, 2009), l'évaluation des technologies est d'abord vue comme un processus multidisciplinaire qui, lorsqu'appliqué, vient à l'appui de la prise de décision en informant l'ensemble des dimensions conférant de la valeur à une technologie (c.-à-d., efficacité, faisabilité, indications, coût, coût-efficacité, et considérations sociales, économiques et éthiques) (Banta, 2009; Busse *et al.*, 2002; Draborg *et al.*, 2005; Institute of Medicine, 1985; "Introduction to the EUR-ASSESS Report," 1997; OTA, 1976). En effet, l'idée véhiculée par les premiers utilisateurs de ce terme est que l'information relative aux technologies est rarement disponible ou accessible au décideur sous la bonne forme (US Congress. House of Representatives. Committee on Science and Astronautics., 1967). Un décideur ne peut estimer la valeur ou les conséquences d'un choix technologique en se fondant uniquement sur son caractère technique. Le décideur doit tenir compte des implications sociales, économiques et juridiques que la technologie entraîne (NIH, 2019). Plusieurs agences, instituts, et réseaux d'évaluation se

sont créés en se ralliant à cette définition générale de l'ETMI, tout en l'adaptant à leur contexte. C'est le cas notamment, de l'Institute of Medicine (Institute of Medicine, 1985) et de l'International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) (Draborg *et al.*, 2005; Luce *et al.*, 2010).

Appliquée aux technologies de la santé, l'évaluation des technologies traite rarement de l'ensemble des conséquences inhérentes à l'utilisation de la technologie (Draborg *et al.*, 2005; Hofmann, 2008; Menon et Topfer, 2000; Perry *et al.*, 1997). À cet effet, Draborg *et coll.* réalise une étude d'envergure internationale recensant les dimensions considérées dans un échantillon de 433 rapports d'ETMI publiés entre 1989 et 2002. Les résultats de l'étude révèlent l'attention des rapports d'abord sur les aspects cliniques, suivi des aspects économiques des technologies. La dimension organisationnelle est très peu analysée et encore moins la dimension éthique (Draborg *et al.*, 2005). Si bien qu'avec le temps, les agences d'évaluation modifient leurs définitions de l'ETMI pour s'approcher de celle proposée par Goodman CS, soit « Healthcare technology assessment is the systematic evaluation of the properties, effects, or impact of medical technology. The main purpose of this assessment is to inform technology-related policy making in healthcare. » (C. S. Goodman, 1998).

À la fin des années 2010, la volonté de se doter d'une définition unique et acceptée internationalement de l'ETMI émerge de l'INAHTA et Health Technology Assessment International (HTAi) (O'Rourke, Oortwijn, *et al.*, 2020). Cette volonté se concrétise par la création d'un groupe de travail pour analyser la question. Ce groupe de travail est composé de représentants de plusieurs réseaux, sociétés et agences d'évaluation des technologies reconnues mondialement. La nouvelle définition entérinée et publiée en 2020 par ce groupe est la suivante, « HTA is a multidisciplinary process that uses explicit methods to determine the value of a health technology at different points in its lifecycle. The purpose is to inform decision-making in order to promote an equitable, efficient, and high-quality health system. » (O'Rourke, Oortwijn, *et al.*, 2020)

Le Tableau 1 présente différentes définitions relevées lors de la revue des écrits, en concordance avec l'évolution de ce terme.

« Génération »	Sources	Définitions
I	OTA 1976, <i>Development of medical technology : Opportunities for assessment</i> . (OTA, 1976)	«Technology Assessment is a form of policy research that purports to provide a systematic and comprehensive format for considering the broad implications of introducing a new technology. »
I	Banta D. 2009, <i>What is technology assessment?</i> (Banta, 2009)	« In early studies on technology assessment, it was defined as a form of policy research that examines short- and long-term social consequences (for example, societal, economic, ethical, legal) of the application of technology. »
I	Institute of Medicine 1985, <i>Assessing Medical Technology</i> . (Institute of Medicine, 1985)	« We shall use the term assessment of a medical technology to denote any process of examining and reporting properties of a medical technology used in health care, such as safety, efficacy, feasibility, and indications for use, cost, and cost-effectiveness, as well as social, economic, and ethical consequences, whether intended or unintended. »
I	1997, <i>Introduction to the EUR-ASSESS Report</i> ("Introduction to the EUR-ASSESS Report," 1997)	« Health technology assessment – also known as health care technology assessment or medical technology assessment – is a form of policy research that systematically examines short- and long-term consequences of the application of a health technology, a set of related technologies, or an issue related to technology. The goal of HTA is to provide input to decision making in policy and practice. The essential properties of HTA are this orientation to decision making and its multidisciplinary and comprehensive nature. »
I	Busse R. et coll. 2002, <i>Best Practice in Undertaking and Reporting Health Technology Assessments</i> . (Busse et al., 2002)	« Health technology assessment (HTA) is a multidisciplinary activity that systematically examines the technical performance, safety, clinical efficacy, and effectiveness, cost, cost-effectiveness, organizational implications, social consequences, legal, and ethical considerations of the application of a health technology »
I	Draborg A. et coll. 2005, <i>International comparison of the definition and the practical application of health technology assessment</i> . (Draborg et al., 2005)	« Technology assessment in health care is a multidisciplinary field of policy analysis. It studies the medical, social, ethical, and economic implications of development, diffusion, and use of health technology. » Définition antérieure de l'INAHTA

« Génération »	Sources	Définitions
II	Goodman C.S. 1998, <i>Healthcare Technology Assessment : Methods, Framework, and Role in Policy Making</i> (C. S. Goodman, 1998)	« Healthcare technology assessment is the systematic evaluation of the properties, effects, or impact of medical technology. The main purpose of this assessment is to inform technology-related policy making in healthcare. »
II	Oortwijn, W. 2017, <i>Towards Integrated Health Technology Assessment for Improving Decision Making in Selected Countries.</i> (Oortwijn et al., 2017)	« Health technology assessment (HTA) is defined as a systematic evaluation of the properties and effects of a health technology, addressing the direct and intended effects of this technology, as well as its indirect and unintended consequences, and aimed mainly at informing decision making regarding health technologies. » Définition antérieure de l'INAHTA
II	INESSS 2017, <i>Typologie des produits de connaissances de l'INESSS.</i> (INESSS, 2017)	« Démarche systématique en vue d'évaluer les propriétés et les effets d'une technologie, d'un mode d'intervention ou d'une pratique clinique et organisationnelle, qui peuvent porter tant sur les effets directs et intentionnels de cette technologie ou de ce mode d'intervention que sur ses conséquences indirectes et non intentionnelles, et dont le principal objectif est d'éclairer la prise de décision relativement aux politiques publiques »
II	ACMTS 2019, <i>Sigles et acronymes courants dans les publications et le site Web de l'ACMTS.</i> (ACMTS, 2019)	« Examen systématique des effets directs et escomptés d'une technologie de la santé ainsi que de ses conséquences indirectes et inattendues; vise habituellement à aider un tiers à prendre une décision sur l'utilisation ou l'acquisition d'une technologie. »
II	NICE 2020, <i>Glossary.</i> (NICE, 2020)	« Independent research about the effectiveness, costs and broader impact of healthcare (treatments and tests) for those who plan, provide or have care in the NHS. »

« Génération »	Sources	Définitions
III	<p>O'Rourke B. <i>et coll.</i> 2020, <i>The new definition of health technology assessment: A milestone in international collaboration.</i> (O'Rourke, Oortwijn, <i>et al.</i>, 2020)</p>	<p>« HTA is a multidisciplinary process that uses explicit methods to determine the value of a health technology at different points in its lifecycle. The purpose is to inform decision-making in order to promote an equitable, efficient, and high-quality health system.</p> <p>Note 1: A health technology is an intervention developed to prevent, diagnose or treat medical conditions; promote health; provide rehabilitation; or organize health delivery. The intervention can be a test, device, medicine, vaccine, procedure, program, or system (definition from the HTA Glossary; https://htaglossary.net/health+technology).</p> <p>Note 2: The process is formal, systematic, and transparent, and uses state-of-the-art methods to consider the best available evidence.</p> <p>Note 3: The dimensions of value for a health technology may be assessed by examining the intended and unintended consequences of using a health technology compared to existing alternatives. These dimensions often include clinical effectiveness, safety, costs and economic implications, ethical, social, cultural and legal issues, organisational and environmental aspects, as well as wider implications for the patient, relatives, caregivers, and the population. The overall value may vary depending on the perspective taken, the stakeholders involved, and the decision context.</p> <p>Note 4 : HTA can be applied at different points in the lifecycle of a health technology, that is, pre-market, during market approval, post-market, through to the disinvestment of a health technology. »</p> <p style="text-align: right;">Définition actuelle de l'INAHTA (https://htaglossary.net/)</p>

Tableau 1. – Définitions de l'ETMI

1.3 Finalité de l'ETMI

La finalité de l'ETMI est d'informer la prise de décision pour une meilleure allocation des ressources en santé (Banta, 2009; Battista et Hodge, 1999; C. S. Goodman, 1998; INAHTA, 2020; O'Rourke, Oortwijn, *et al.*, 2020; OTA, 1976). Comme le suggèrent les définitions lui ayant été données, l'ETMI constitue une manière systématique, transparente et scientifiquement robuste de déterminer la valeur de la technologie. La démarche qu'elle sous-tend vise par ailleurs à minimiser les effets de la croissance exponentielle de l'information scientifique observée depuis

le début des années 60, de l'escalade des coûts des technologies, des contraintes budgétaires, de la demande de services de santé grandissante et illimitée, et des variations observées dans la pratique médicale. En pratique, l'ETMI permet de faire le pont entre le monde de la recherche et le monde de la prise de décision (Battista, 1996). Elle s'appuie autant sur les données cliniques que sur les données contextuelles pour déterminer la valeur de la technologie, contrairement à l'evidence-based medicine (EBM), qui se focalise sur les éléments cliniques et qui renvoie à une approche individualisée, soit la prise de décisions concernant les soins à prodiguer, du praticien à son patient (David L Sackett, 1996; Draborg *et al.*, 2005). Le public cible de l'ETMI est formé principalement des décideurs au niveau de l'élaboration des politiques de santé (policy level). Mais en réalité, l'ETMI s'adresse autant aux décideurs politiques, qu'aux gestionnaires, médecins, professionnels de la santé usagers et tiers payeurs. Ces acteurs se concentrent en trois espaces décisionnels : le niveau macro qui régit les programmes de santé pour les populations, le niveau meso où les décisions relèvent des administrateurs de centres hospitaliers, les comités de formulaires, les gestionnaires de régimes privés d'assurances et les organisations professionnelles, et le niveau micro qui regroupe les prestataires de soins (p. ex., médecins et autres professionnels de la santé) et les patients. Le Tableau 2 résume les différents utilisateurs de l'ETMI et les raisons pouvant justifier leur utilisation de l'ETMI.

Décideur	Utilisation de l'ETMI
Agences réglementaires	- Autorisations de mise en marché (p. ex., commercialisation d'un médicament, d'un dispositif ou d'une autre technologie réglementée)
Tiers payeurs (p. ex., autorités sanitaires, employeurs, etc.)	- Inscriptions aux listes de médicaments remboursés - Conditions d'inscription aux listes de médicaments remboursés - Corrections et aux modifications apportées aux listes de médicaments remboursés - Contributions au paiement des technologies et services couverts
Cliniciens	- Utilisation appropriée des technologies et modes d'intervention afin de répondre aux besoins et circonstances cliniques d'un patient particulier
Patients	- Contribution au choix de la meilleure solution pour répondre à une problématique de santé - Guide pour prise en charge d'une condition de santé
Population générale	- Information pour des décisions futures de santé
Associations de professionnels de la santé	- Élaboration de protocoles cliniques - Élaboration de guides de pratique clinique
Hôpitaux Réseaux de soins de santé Groupes d'achats Autres établissements de santé	- Acquisition et gestion des technologies (p. ex., achat d'équipement, traitements offerts) - Conseils sur les systèmes d'organisation dans lesquels les soins de santé sont fournis - Négociation du prix des technologies
Organismes de normalisation des technologies de la santé et de la prestation des soins de santé	- Bonnes pratiques de fabrication - Mesure et analyse de la performance - Utilisation appropriée des technologies
Gouvernement (ministère de la Santé)	- Déploiement de programmes et de services de santé (p. ex., programmes de vaccination, de dépistage et de protection de l'environnement) - Établissement des priorités dans les soins de santé
Législateurs et autres dirigeants politiques	- Établissement de politiques concernant l'innovation technologique, la recherche et le développement, la réglementation, le paiement et la prestation des soins de santé
Entreprises de technologies de la santé	- Recherche et développement - Développement de produits - Marketing
Investisseurs	- Investissements et désinvestissements - Autres transactions concernant les entreprises de technologies de la santé
Entités de recherche et entités académiques	- Lacunes en matière de données probantes - Identification des besoins de santé non satisfaits

Sources : Tiré et adapté de INAHTA, 2014; NIH, 2019

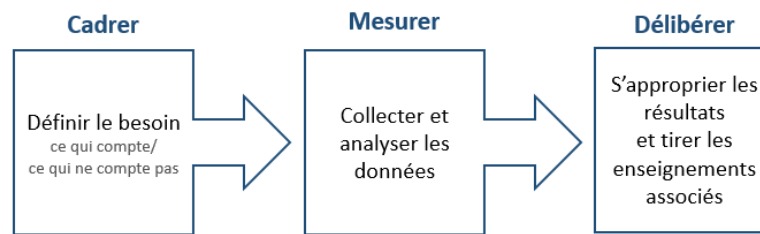
Tableau 2. – Finalités de l'ETMI

1.4 Pertinence de l'ETMI en milieu hospitalier

Plusieurs auteurs ont mis en évidence l'intérêt d'effectuer des activités d'ETMI au niveau local (milieu hospitalier) (Cicchetti A, 2008; Gagnon *et al.*, 2014; Sampietro-Colom *et al.*, 2015; Uphoff, 1998). En tant que principaux fournisseurs des services de santé, les hôpitaux sont le point d'entrée des nouvelles technologies (Cicchetti A, 2008; Sampietro-Colom *et al.*, 2012). Avec leurs enveloppes budgétaires fixes et leurs ressources limitées, les hôpitaux doivent sélectionner judicieusement les nouvelles technologies, en addition ou en remplacement des technologies existantes. Ceci est d'autant plus vrai pour les CHU ayant sous leur gouverne l'offre de services spécialisés et surspécialisés, ainsi que la génération et la diffusion du savoir médical (R. Carignan, *et al.*, 2002). L'ensemble de ces activités requièrent une infrastructure lourde en équipement et en personnel. Lorsqu'elle est réalisée au milieu local, la démarche d'ETMI peut prendre en considération les besoins et les priorités propres à la situation de l'hôpital (p. ex., comparateur local, ressources disponibles pour le déploiement de la technologie, développement des compétences et courbe d'apprentissage, implication des décideurs locaux, échéanciers d'évaluation). Cependant, tel que le mentionne Martin *et coll.*, il peut y avoir apparence de conflit d'intérêt entre les producteurs et les utilisateurs de l'ETMI : « Close proximity to decision makers and clinicians is a distinct advantage of providing HTA within an institution, but at the same time, scientific independence must be maintained to avoid influence bias. » (Martin *et al.*, 2016).

1.5 Réalisation de l'ETMI

Évaluer consiste à « porter un jugement sur la valeur de quelque chose » (Robert, 2003). L'évaluation est devenue un exercice incontournable dans le domaine de la santé et des services sociaux. Avec son double objectif d'efficacité et de contrôle des coûts, l'évaluation permet de rationaliser les choix et orienter les actions posées par les différents acteurs du système de santé. Quelle que soit la méthodologie choisie, toute démarche d'évaluation comprend trois étapes principales et incontournables, soit le cadrage, la mesure et la délibération entourant les résultats de l'évaluation (Figure 1).



Source : Tirée et adaptée de Avise, 2017

Figure 1. – Étapes d’une démarche d’évaluation

D’un point de vue méthodologique, le processus d’ETMI consiste en une collecte systématique et structurée d’information permettant de répondre à une question clairement formulée. Tel que le suggère Luce *et coll.*, l’ETMI permet de répondre aux questions « Does it work? » et « Is it worth it? » (Luce *et al.*, 2010). L’ETMI repose sur un principe d’accumulation des connaissances scientifiques (Kelly et Moore, 2012). Elle permet d’éliminer ou de réduire l’incertitude des données scientifiques et tirer profit de la croissance exponentielle de celles-ci :

EBM and HTA depend on the principle of evidence accumulation. In other words, they make a virtue out of the exponential growth in medical knowledge. The idea is that the greater the number of observations, the greater the degree of accuracy about that which is being observed and the greater the chance of the elimination of uncertainty if multiple studies with multiple results are pooled, then there is an even better chance of the results being averaged out in an optimally accurate way. This is a way of dealing with uncertainty. It recognizes explicitly that single observations may be unreliable and that multiple observations offer protection against outliers. It also presumes that repeated observations will in the long run be more likely to be a truer representation of the outcomes of interest, and those initial and single observations are a poor basis for inductive reasoning. (Kelly et Moore, 2012)

Suivant la collecte de données vient l’analyse de celles-ci afin de vérifier leur validité et leur utilité (qualité de la preuve), puis d’apprécier la valeur de la technologie. Les données probantes obtenues permettent de procéder à l’élaboration de recommandations.

L'ETMI diffère des méthodes d'aide à la décision appliquées à la santé p. ex., AHP, FUZZY, EVIDEM, ANP, etc. (Frazao *et al.*, 2018; Goetghebeur et Cellier, 2018; Goetghebeur *et al.*, 2012; Marsh *et al.*, 2017; Tony *et al.*, 2011). Suivant ces méthodes, il est possible d'estimer la valeur globale de chaque alternative technologique pouvant répondre à une problématique de santé. La combinaison entre l'importance accordée (poids) à chaque critère d'importance à la prise de décision et la performance de la technologie (score) pour chacun de ces critères permet ce calcul. Ces approches visent ainsi la résolution de problèmes complexes en permettant de sélectionner, ranger, sélectionner ou décrire les différentes alternatives pour une problématique ciblée (Roy, 1985). Dans le domaine de la santé, un nombre annuel croissant de publications sont publiées sur le sujet, particulièrement depuis 2014 (Diaby, 2013; Frazao *et al.*, 2018). L'intégration des méthodes d'aide à la décision à l'évaluation des technologies ou d'approches multicritères réflexives permettant d'organiser l'information et de soutenir une délibération structurée et éclairée à l'égard des technologies a également été suggérée (Baltussen *et al.*, 2019; Daniels, 2018; Ghabri *et al.*, 2019; C. J. Goodman, 1998; Hall *et al.*, 2018; INESSS, 2021; Marsh *et al.*, 2017; Muhlbacher et Kaczynski, 2016; Ritrovato *et al.*, 2015).

1.6 Influence de l'ETMI

Comme la finalité de l'ETMI est d'informer la prise de décision pour une meilleure allocation des ressources en santé, il est tout à fait naturel de se demander si les informations et les recommandations fournies à travers les activités d'ETMI sont consultées, acceptées, influencent la prise de décision, sont implantées, et résultent en des retombées positives à court, moyen, et à long terme pour le système de santé. L'influence de l'ETMI est teintée par la manière par laquelle le ou les décideurs procéderont pour prendre une décision.

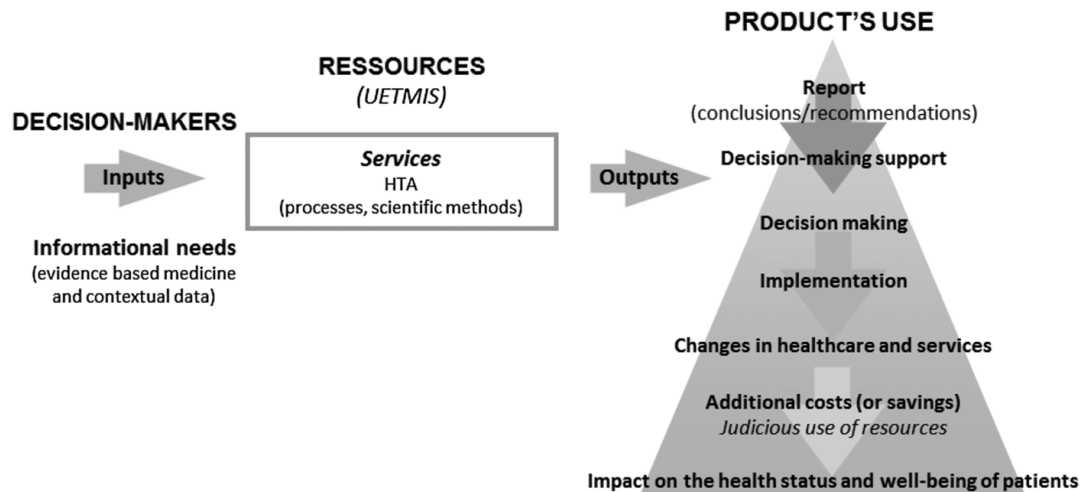
1.6.1 Pertinence d'étudier l'influence de l'ETMI

Telle que définie par Hailey *et coll.*, l'influence de l'ETMI correspond à «any action or activity that can be credibly linked to information provided to a decisionmaker by an assessment» (Hailey *et al.*, 2016). Comme le précise Ouimet *et coll.*, faire preuve de l'utilité et de l'influence de l'UETMI est nécessaire pour assurer sa pérennité :

An HTA unit that is integrated within a health care facility owes its existence and survival to the level of demand for its assessment services. Considering the context of budgetary rationalization that prevails in the health sector and insofar as these units have an evaluation role and do not provide any essential management or clinical services, the survival and expansion of such units directly depend on their ability to stimulate demand for their services. As requests for health technology assessment are non-mandatory, the demand depends on the perceived usefulness of such services. (Ouimet *et al.*, 2017)

1.6.2 Mesure et analyse de l'influence de l'ETMI

Peu d'études ont analysé l'influence de l'ETMI en milieu hospitalier. C'est d'ailleurs le constat que révèle une revue systématique réalisée en 2014 (Gagnon *et al.*, 2014). Parmi l'ensemble des études répertoriées sur le sujet, seulement deux auteurs ont appuyé leur démarche d'évaluation de l'impact de l'ETMI sur un modèle théorique. Il s'agit de Schumacher *et coll.* et de Poder *et coll.* (Poder *et al.*, 2018; Schumacher et Zechmeister, 2013). Dans son étude, Poder *et coll.* propose différents niveaux d'utilisation des rapports d'ETMI (Figure 2). Cette hiérarchisation de l'utilisation des rapports d'ETMI rejoint l'idée de Knott et Wildavsky (1980) voulant que la disponibilité de l'information n'induit pas nécessairement une utilisation immédiate et un impact direct de celle-ci (Knott et Wildavsky, 1980). À cet effet, Knott et Wildavsky mentionnent que sept étapes caractérisent l'utilisation de l'information, allant de la diffusion de l'information à l'observance des effets attendus. Ces sept étapes sont : la réception, la cognition, la référence, l'effort, l'adoption, l'implémentation et l'impact (Knott et Wildavsky, 1980). La correspondance des niveaux d'utilisation proposés par les deux auteurs est présentée au Tableau 3.



Source : Tirée de Poder *et al.*, 2018

Figure 2. – Modèle théorique d'évaluation de l'impact de l'ETMI

Afin d'apprécier le contenu des études traitant de l'influence de l'ETMI en milieu hospitalier, nous avons identifié le nombre d'études rapportant de l'information pour chaque niveau d'utilisation. Des exemples d'indicateurs pour chacun de ces niveaux d'utilisation ont également été répertoriés (Tableau 3). Cet exercice a permis de constater que la majorité des travaux mesurant l'influence de l'ETMI se concentrent sur l'utilisation des rapports lors du processus de prise de décision et mesurent la proportion des recommandations ayant été adoptées. En matière d'effets sur le système de santé, l'impact financier des recommandations adoptées (c.-à-d., dépenses ou économies réalisées) est le résultat le plus mesuré. Peu d'études évoquent des résultats correspondants à des bénéfices pour le patient ou pour la pratique clinique. Encore moins d'information est disponible concernant les effets à long terme sur le système de santé ou l'amélioration de l'état de santé de la population. Il est à noter que plus les effets souhaités sont attendus à long terme, plus le lien avec les rapports d'ETMI est faible (Hailey *et al.*, 2016). En effet, une panoplie de facteurs internes et externes peuvent entrer en ligne de compte et influencer les résultats observés (p. ex., groupes de pressions, médias, contraintes organisationnelles, contexte politique, *etc.*) (Hailey *et al.*, 2016; Hivon *et al.*, 2005). Jacob et McGregor soulèvent également les difficultés associées à l'identification de l'impact de l'ETMI.

Par exemple, l'attribution d'une relation de cause à effet entre les recommandations des rapports d'ETMI et les résultats observés, et l'influence des variables confondantes. (Jacob et McGregor, 1997)

Étapes d'utilisation de l'information Knott et Wildavsky, 1980	Niveaux d'utilisation des rapports d'ETMI Tirés de Poder <i>et al.</i> , 2018	Nombre d'études ayant analysé ce niveau d'utilisation et exemples d'indicateurs retenus pour mesurer ce type d'utilisation
<p>1. « Reception » L'information est reçue</p> <p>2. « Cognition » Le rapport est lu, décortiqué et compris</p>	<p>1. « Awareness » Le rapport est connu et a été consulté</p>	<p>N= 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de téléchargement des rapports - Nombre de citations dans les médias - Perception/satisfaction des décideurs
<p>3. « Reference » L'information change la vision, les préférences ou la compréhension de l'ampleur ou probabilité de l'impact</p>	<p>2. « Acceptance » Le rapport est pertinent et perçu comme utile à la prise de décision</p>	<p>N= 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perception/satisfaction des décideurs
<p>4. « Effort » L'information influence les actions; un effort est consenti pour adopter les recommandations de l'étude</p>	<p>3. « Appropriation » Les recommandations sont explicitement considérées par les décideurs</p>	<p>N= 15</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proportion des rapports considérés dans la prise de décision
<p>5. « Adoption » Les informations sont intégrées aux politiques</p>	<p>4. « Adoption » Les recommandations sont adoptées</p>	<p>N= 12</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de recommandations adoptées
<p>6. « Implementation » L'information est implantée</p>	<p>5. « Implementation » Les recommandations sont implantées</p>	<p>N= 6</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de recommandations implantées
<p>7. « Impact » Les politiques sont implantées avec les effets désirés</p>	<p>6. « Outcomes » 6.1 « Used as reference material » : Les rapports et les recommandations sont utilisés par les cliniciens et les gestionnaires et sont considérés comme des références pour aider à améliorer la pratique</p>	<p>N= 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proportion de rapports/recommandations utilisés comme matériel de référence

Étapes d'utilisation de l'information Knott et Wildavsky, 1980	Niveaux d'utilisation des rapports d'ETMI Tirés de Poder <i>et al.</i> , 2018	Nombre d'études ayant analysé ce niveau d'utilisation et exemples d'indicateurs retenus pour mesurer ce type d'utilisation
	6.2 « Inclusion in policies or administrative documents » : Les rapports et les recommandations sont incorporés dans la documentation utilisée par les cliniciens et gestionnaires	N= 3 - Proportion de rapports inclus dans les politiques ou documents administratifs
	6.3 « Practitioners' conditions of practice » : Les rapports et les recommandations ont un impact sur les conditions de travail des professionnels de la santé	N= 2 - Proportion de rapports ayant amené des changements aux conditions de pratique
	6.4 « Change in practice » : Les rapports et les recommandations induisent des changements dans la pratique clinique ou la gestion	N= 5 - Proportion de rapports ayant amené des changements de pratique
	6.5 « Efficient use of the resources » : Un meilleur rapport qualité-prix est fourni (c.-à-d., réduction des coûts ou amélioration des résultats)	N= 9 - Impact budgétaire: (Montant dépensé pour de nouvelles technologies / Montant économisé) - Proportion de technologies abandonnées - Proportion de technologies dont l'indication a été modifiée
	6.6. « Impact on patients » : L'état de santé et/ou le bien-être des patients sont améliorés	N= 3 - Nombre de rapports/recommandations ayant eu un impact sur les patients - Proportion de patients traités (donnée réelle) en concordance avec les chiffres attendus (donnée prévue) - Durée moyenne de séjour - Taux de complication

Sources : (Bodeau-Livinec *et al.*, 2006; Cram *et al.*, 1997; Ehlers *et al.*, 2006; Folkersen et Pedersen, 2006; Grenon *et al.*, 2016; Knott et Wildavsky, 1980; Landaas *et al.*, 2020; Lee *et al.*, 2003; Luce et Brown, 1995; McGregor, 2012; McGregor et Brophy, 2005; Mitchell *et al.*, 2010; Patail et Aranha, 1995; Poder *et al.*, 2018; Poulin *et al.*, 2012; Rashiq *et al.*, 2006; Rosenstein *et al.*, 2003; Saaid, 2006; Schumacher et Zechmeister, 2013; Veluchamy et Alder, 1989; Weingart, 1995; Zechmeister et Schumacher, 2012)

Tableau 3. – Niveaux et types d'utilisation des rapports d'ETMI relevés lors de la revue des écrits

En terminant, notre revue de littérature révèle qu'il est toujours pertinent et actuel de s'intéresser à l'influence de l'ETMI. Les décideurs se doivent de faire des choix en prenant inévitablement en compte une multitude de critères simultanément (Baltussen et Niessen, 2006; Jacob et Battista, 1993; Tanios *et al.*, 2013). L'ETMI est l'une des voies permettant d'obtenir de l'information en soutien à la prise de décision. Toutefois, cette voie n'est pas la seule. En plus des rapports d'ETMI, une série de facteurs non reliés aux connaissances scientifiques peuvent influencer la décision. Ces facteurs comprennent le marketing, les médias, les pressions des groupes, les décisions légales, *etc.* (Deyo 2020). Dans leur analyse, Lehoux, Battista et Lance reconnaissent le besoin de monitorer l'impact des ETMI sur le système de santé. Comme ils mentionnent:

A better understanding of the institutional environment in which HTA agencies operate is required, and a continuous monitoring of their influence on the health care system could enhance their organizational performance, as well as their overall impact.

Encore en 2020, la mesure et l'analyse de l'influence de l'ETMI font partie du top 10 des enjeux énoncés par l'INAHTA concernant les activités d'ETMI, à savoir : quel est l'impact des recommandations d'ETMI sur les décisions et sur la pratique clinique, comment élargir la portée des rapports en matière de diffusion des résultats, et comment bien implanter les recommandations des rapports d'ETMI (O'Rourke, Werko, *et al.*, 2020). En ce sens, McGregor affirme que «HTAs that fail to inform health policy decisions are a waste of time and effort» (McGregor, 2012). Et comme l'indique Hailey *et coll.*, l'influence de l'ETMI est symbole de son efficacité (Hailey D, 2014).

1.7 Conclusion

En résumé, ce premier chapitre fait état des éléments qui caractérisent le concept d'ETMI. Comme sa définition la plus récente l'indique, l'ETMI se veut un processus multidisciplinaire qui utilise des méthodes explicites pour permettre de déterminer la valeur d'une technologie nouvelle ou déjà implantée. L'ETMI a pour finalité de contribuer à l'allocation efficiente des ressources limitées en santé puisqu'elle offre aux décideurs l'opportunité d'appuyer leurs

décisions sur les savoirs disponibles (c.-à-d., l'ensemble des données scientifiques, expérientielles et contextuelles issues de diverses sources pertinentes et complémentaires). Comme le milieu hospitalier est le principal lieu d'accueil des technologies au sein du système de santé, il représente un emplacement de choix pour la réalisation d'activités d'ETMI. Le processus d'ETMI, reposant sur des éléments clés de légitimité et de justice, se veut une démarche rigoureuse, systématique, équitable et transparente dont l'apport potentiel à la prise de décision est reconnu théoriquement (Daniels, 2000). Il n'en demeure pas moins que la mesure de l'influence de l'ETMI en contexte réel de pratique de cette activité est nécessaire.

Chapitre 2 – Évolution de l’ETMI au sein du système de santé québécois

2.1 Introduction

De manière à identifier les éléments de contexte qui ont caractérisé l’évolution de l’ETMI en milieu hospitalier québécois, ce chapitre décrit les périodes charnières, du point de vue historique, qui ont occasionné des transformations majeures du système de santé. Ce voyage dans le temps est réalisé en y situant le rôle des technologies et en mettant l’accent sur les facteurs qui expliquent l’importance accordée à l’ETMI au sein du système de santé. Le point de départ est les années dix, considérant qu’il s’agit d’une période florissante en termes de développement de nouvelles technologies. Une frise chronologique reprenant ces éléments marquants pour l’évolution des activités d’ETMI au Québec est présentée à la Figure 3.

2.2 Années dix – cinquante

La première moitié du siècle est marquée par les périodes sombres de la Première et de la Seconde Guerre mondiale. Ces deux guerres amènent néanmoins une prospérité économique sans pareil autant au Québec qu’au Canada, et donnent lieu à des avancées majeures dans le domaine médical (Anciens Combattants Canada, 2017; Gouvernement du Canada, 2018). On pense entre autres aux nouveaux médicaments, aux agents anti-infectieux (pénicilline, sulfamides), à la transfusion sanguine, aux nouvelles techniques d’anesthésie et aux premiers appareils radiographiques mobiles. Le gouvernement s’implique davantage dans le domaine de la santé et dispose d’argent pour investir dans les nouvelles technologies. Le coût, la complexité et l’utilité des technologies font en sorte qu’ils sont d’avantages localisés à l’hôpital où œuvre un grand nombre de professionnels spécialisés et où l’on peut justifier l’achat de ces technologies. C’est une période riche en investissements technologiques.

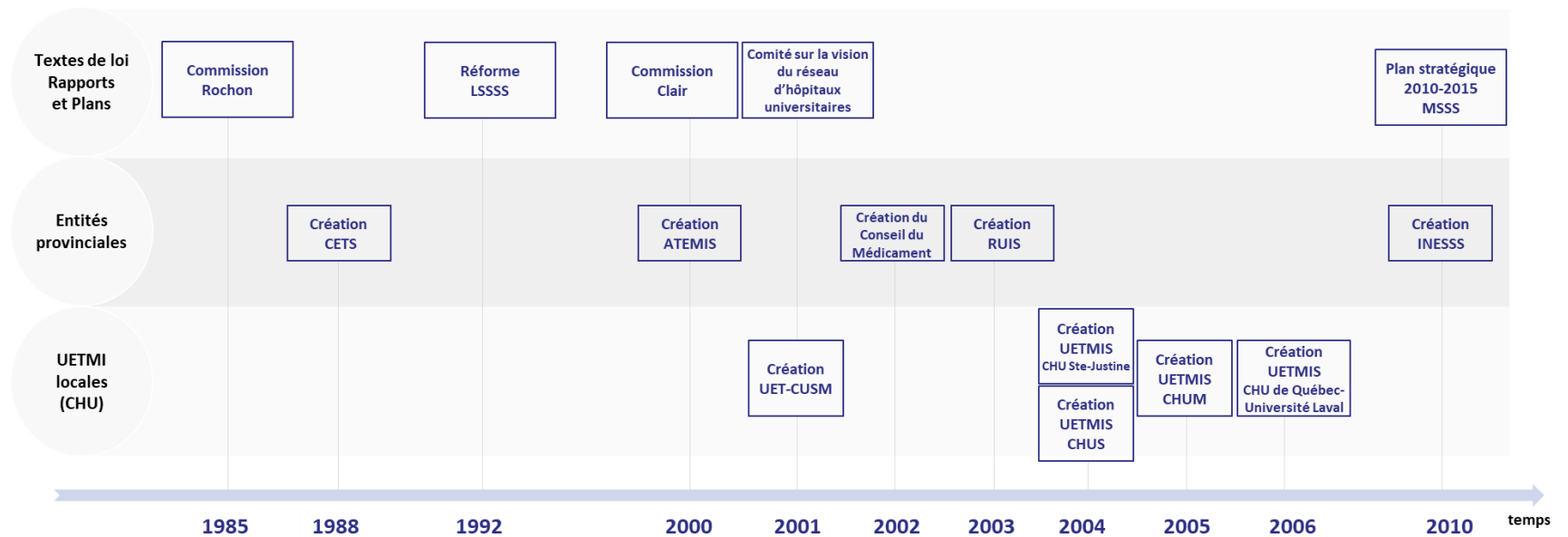


Figure 3. – Frise chronologique des événements ayant marqué l'évolution des activités d'ETMI au Québec

2.3 Années soixante – soixante-dix

L'élection générale de 1960, l'une des plus marquantes de l'histoire du Québec, a été le point d'amorce d'importantes mutations au niveau du fonctionnement du système de santé québécois. Mettant fin à seize années de pouvoir de l'Union nationale³, le parti libéral de Jean Lesage, alors guidé par les principes de l'État-providence, institue un très grand nombre de changements dans les mesures sociales et la conduite des institutions du Québec incluant les établissements de santé. Les inégalités sociales sont alors criantes dans ce secteur. L'accès aux services de santé et aux services sociaux diffère entre les riches et les pauvres, ainsi qu'entre les populations urbaines et les populations rurales. De plus, le coût des soins de santé est l'une des principales causes d'endettement des familles. Le gouvernement nouvellement élu choisit, contrairement à ses prédécesseurs, de répondre positivement aux initiatives répétées de l'État fédéral visant l'institution d'un programme public et universel de soins médicaux (Desrosiers & Gaumer, 2004; Guérard, 1996). Cette vague de changement s'amorce par l'adoption de la Loi sur l'assurance hospitalisation, qui se concrétise par son entrée en vigueur au Québec le 1^{er} janvier 1961. Cette loi assure aux Québécois l'accès gratuit aux soins de santé en milieu hospitalier. Le financement des hôpitaux étant autrefois majoritairement sous la gouverne des communautés religieuses, devient progressivement une responsabilité équitablement partagée par l'État provincial et fédéral (Guérard, 1996; Laurin, 1996). Cependant, on se rend vite compte des failles du système nouvellement établi; bien que les soins hospitaliers soient rendus gratuits et universels, encore faut-il que les usagers défrayent, eux-mêmes ou par le biais d'assurances, le coût de ces mêmes soins lorsque ceux-ci sont prodigués en milieu communautaire. Cela fait dire à Bélanger (1992) :

On comprendra rapidement le vice profond d'un tel système : les patients avaient intérêt à se faire envoyer le plus rapidement possible vers un spécialiste travaillant dans un centre hospitalier ou à s'y faire admettre par l'intermédiaire des services d'urgence. (Bélanger, 1992)

³ Le parti de l'Union nationale est gouverné par Maurice Duplessis. Il occupera la fonction de premier ministre du Québec de 1936 à 1939 puis de 1944 à 1959.

C'est dans ce contexte que le gouvernement canadien adopte la Loi sur les soins médicaux qui prévoit le remboursement ou le partage de la moitié des coûts assumés par les provinces et les territoires pour les services médicaux offerts par un médecin à l'extérieur des hôpitaux (Gouvernement du Canada, 2018). En 1966, le Québec se penche sur la mise sur pied d'un régime d'assurance maladie au Québec, par la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay-Nepveu). Les commissaires en profitent également pour réfléchir sur l'élargissement du rôle social de l'État. La Commission Castonguay-Nepveu recommande, un an plus tard, l'adoption du régime d'assurance maladie (Gaumer, 2008). Elle suggère d'y inclure une protection pour les médicaments. Le régime d'assurance maladie du Québec entre en vigueur le 1^{er} novembre 1970, donnant ainsi accès gratuitement aux services médicaux de première ligne. En bref, on assiste durant cette période au développement de l'État social québécois qui en réponse aux disparités sociales et économiques cherche à mettre en place une nouvelle forme équitable de partage de la richesse. L'objectif de l'époque est clair : rendre accessibles les soins médicaux, sans égards aux revenus, et améliorer les conditions de vie de la population québécoise.

2.4 Années quatre-vingt

Le début des années 80 est marqué par un ralentissement de la croissance économique. L'état des lieux ainsi que des finances publiques incite les élus de l'époque à repenser le rôle de l'État. L'un des principaux questionnements est le suivant : est-ce que l'État peut continuer d'offrir autant de services à la collectivité et le faire de manière efficace? En ce qui a trait à la santé, le constat est que les services augmentent et se diversifient à un rythme démesuré d'une part, et que le système n'a pas, d'autre part, la flexibilité, la capacité, ni les moyens financiers à long terme pour répondre à ces développements (Bélanger, 1992). À cela s'ajoute le fait que le gouvernement fédéral réduit peu à peu la contribution financière délivrée aux provinces pour couvrir les dépenses publiques engendrées par les soins de santé (Guérard, 1996). Le Parti québécois alors au pouvoir commande la tenue d'une Commission d'enquête sur les services de

santé et les services sociaux. Cette dernière est présidée par le Dr Jean Rochon et se tiendra de 1985 à 1988. La question du développement technologique figure parmi les sujets traités.⁴

2.4.1 Le développement technologique : Constats et propositions de la Commission Rochon

Déjà les technologies de la santé représentent une part importante des dépenses des hôpitaux. La culture québécoise « véhicule l'idée que la qualité des soins est synonyme de haute technologie » (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon), 1988).⁵ Précisons que les technologies médicales englobent « les instruments, les appareils, les médicaments et les procédures utilisés dans la prestation de services de santé, mais également les techniques de soutien assurant l'infrastructure de la production des soins, l'informatique et l'organisation des systèmes de santé » (Office of Technology Assessment, 1978). La profusion de nouvelles technologies place les têtes dirigeantes des établissements de santé devant l'embaras du choix. La concurrence et les impératifs de marché favorisent la mise au point de versions des technologies toujours plus perfectionnées, accélérant l'obsolescence d'équipements coûteux. La Commission rapporte que « les patients comme la plupart des médecins sont souvent mal informés des possibilités et des limites des technologies et étourdis par leur développement rapide » (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon), 1988).⁶ D'une part, les technologies se retrouvant de plus en plus dans une variété de champs médicaux et faisant partie intégrante du système de santé permettent de repousser les limites de la pratique clinique en donnant accès à des diagnostics plus précoces et précis, des procédures moins invasives, et élargissent les options de traitement. Cependant, d'autre part, elles n'ont pas toutes la même efficacité. Elles entraînent des coûts autant à l'achat que pour leur fonctionnement. La rationalisation des achats et l'optimisation des technologies sont déjà des mandats confiés aux conseils régionaux de la santé et des services

⁴ Le développement de la technologie dans le domaine de la santé est l'un des volets du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Dans ce volet, on cherche à analyser : l'influence de la technologie médicale sur la dynamique du système de santé Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon). (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Les Publications du Québec.

⁵ Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon). (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. p.423.

⁶ Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon). (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. p.423.

sociaux (Turgeon, 1989; Gaumer, 2008). Cependant, les mécanismes de contrôle en place s'avèrent imparfaits. Étant donné que la majorité des investissements technologiques majeurs ont eu lieu dans les décennies précédentes, nombreux sont ceux qui témoignent de la vétusté des équipements de haute technologie dans les hôpitaux québécois. Selon certains, le Canada accuse un retard technologique par rapport aux autres pays (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon), 1988). Les commissaires s'entendent pour dire que les attentes envers la technologie sont élevées, mais une utilisation parfois non judicieuse des technologies existe. De plus, ils constatent une « diffusion anarchique des technologies, en fonction de jeux d'influence politiques et non des besoins ».⁷ Enfin, les bénéfices réels qu'apportent les technologies sont pour la plupart inconnus. Aucun mécanisme n'existe pour évaluer l'efficacité des nouvelles technologies et pour étudier les questions éthiques soulevées par leur utilisation. L'absence d'évaluation ne fait qu'accentuer les difficultés reliées au contrôle de la diffusion des technologies. À ce sujet, la Commission écrit : « La technologie soulève les passions. Les intérêts économiques qui sont derrière sont gigantesques et les besoins auxquels elle peut répondre sont considérables. Or, paradoxalement, c'est un de nos investissements collectifs les moins évalués » (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon), 1988).⁸

L'une des recommandations du rapport Rochon, déposé en 1987, est de mieux gérer les technologies, surtout médicales, en planifiant mieux leur acquisition, en les utilisant judicieusement et en évaluant constamment leur efficacité. De cette idée naît le Conseil d'évaluation des technologies de la santé (Conseil d'évaluation des technologies de la santé, 2001). Le CETS est ainsi créé pour une période de quatre ans par le gouvernement en place en janvier 1988 (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon), 1988).⁹ L'organisme mène des activités de transfert de connaissances, de formation et

⁷ Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon). (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Les Publications du Québec. p.423.

⁸ Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon). (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Les Publications du Québec. p.423.

⁹ Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon). (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Les Publications du Québec. p. 637.

de rayonnement scientifique. Le mandat de cet organisme est composé de deux volets, soit : « Promouvoir et supporter l'évaluation des technologies de la santé, d'en diffuser les résultats et de favoriser leur utilisation dans les décisions de tous les intervenants impliqués dans la diffusion de ces technologies » et « Conseiller le ministre sur les questions concernant l'introduction, la diffusion et l'utilisation des technologies de la santé et, à cette fin, fournir des avis fondés sur l'évaluation de leur efficacité, sécurité, coût, leurs impacts sur le système de santé ainsi que leurs implications économiques, éthiques et sociales. » (Conseil d'évaluation des technologies de la santé, 2001). L'appréciation positive de l'organisme conduit à un renouvellement sans limites de temps de son mandat. En résumé, en créant une institution comme celle-ci, le MSSS souhaite instaurer une culture d'évaluation et favoriser la production d'information spécialisée portant sur les technologies de la santé mise ensuite à la disposition des décideurs du système de santé.

2.5 Années quatre-vingt-dix

Les initiatives de l'État dans les années 90 vont encore plus loin. Une refonte complète de la LSSSS est adoptée en 1992. Dans celle-ci, le MSSS fait de l'évaluation des technologies, l'une des quatre conditions à remplir pour être reconnu comme CHU ou IU. Cependant, aucune directive claire n'est émise concernant la manière de réaliser ce nouveau mandat. De plus, aucune ressource supplémentaire n'est octroyée aux établissements afin de faciliter l'intégration de la mission d'évaluation des technologies au fonctionnement des établissements. Les ressources financières publiques sont elles-mêmes précaires. Lucien Bouchard, qui succède en 1996 à Jacques Parizeau, se donne comme objectif d'assainir les finances publiques en atteignant l'équilibre budgétaire en l'espace de quatre ans. Les compressions budgétaires pour le système de santé sont colossales et limitent la réforme actuellement en cours (réforme Rochon).

2.5.1 Du CETS vers l'AETMIS

Le CETS, organisme-conseil qui relève du MSSS depuis sa création, est transféré sous la responsabilité du nouveau ministre de la Recherche, de la Science et de la Technologie du Québec

le 15 décembre 1998, puis revient sous la responsabilité du MSSS le 29 avril 2003. Une restructuration du CETS est décrétée le 28 juin 2000. L'organisme est transformé en l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Son mandat est élargi afin d'y inclure l'évaluation des modes d'intervention, c'est-à-dire différentes modalités de dispensation et d'organisation des services de santé, et l'évaluation des aides techniques pour les personnes handicapées. Il a également pour mandat de soutenir les CHU et les IU dans la réalisation de leur mission d'ETMI.

2.6 Années deux mille

Le 15 juin 2000, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair) est créée (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair), 2000). Son mandat consiste à tenir un débat public sur les enjeux auxquels fait face le système de santé et de proposer des pistes de solutions pour l'avenir. L'une des conclusions du rapport est qu'il existe une confusion autour du rôle des hôpitaux universitaires et de la signification réelle de leur désignation. Le Dr Raymond Carignan est alors nommé président du comité sur la vision du réseau d'hôpitaux universitaires, et est chargé de revoir la mise en œuvre de la mission de ces établissements. Rappelons que la mission des établissements universitaires est composée de quatre volets, soit les soins, l'enseignement, la recherche et l'ETMI. C'est au cœur des travaux de la Commission Carignan, publiés en 2002, que pour la première fois, des modèles organisationnels d'implantation de l'ETMI sont officiellement proposés, soit que la mission d'évaluation soit sous l'égide d'une direction distincte, relevant de la direction générale, ou donne lieu à la création d'une unité d'évaluation faisant partie du centre de recherche (Carignan *et al.*, 2002). La première UETMI à être créée en milieu hospitalier universitaire est celle du CUSM en juin 2001, suivi du CHUS en 2004, de l'hôpital Ste-Justine en novembre 2004, du CHUM en 2005 et du CHU de Québec – Université Laval en 2006 (Bellemare *et al.*, 2017; CHU Sainte-Justine, 2014; Lepanto, 2017; McGregor, 2017; Rhinds *et al.*, 2017). Dr Carignan propose également la création des Réseaux universitaires intégrés en santé (RUIS) qui ont comme responsabilité la cohérence et la convergence entre les différents volets de la mission

universitaire en santé. Les RUIS sont mis en place en 2003 par la loi 25, Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Suivant la loi 25, la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (loi 83) entre en vigueur pour intégrer les changements de structure effectués. La mise sur pied des RUIS est l'occasion idéale de créer une communauté active de producteurs et d'utilisateurs d'ETMI en vue de solidifier le déploiement de la quatrième mission des établissements universitaires. L'AETMIS préside la table sectorielle des RUIS sur l'ETMI. L'AETMIS offre un soutien à la pratique de l'ETMI dans les établissements universitaires. Cette aide contribue au déploiement et la solidification de la mission universitaire.

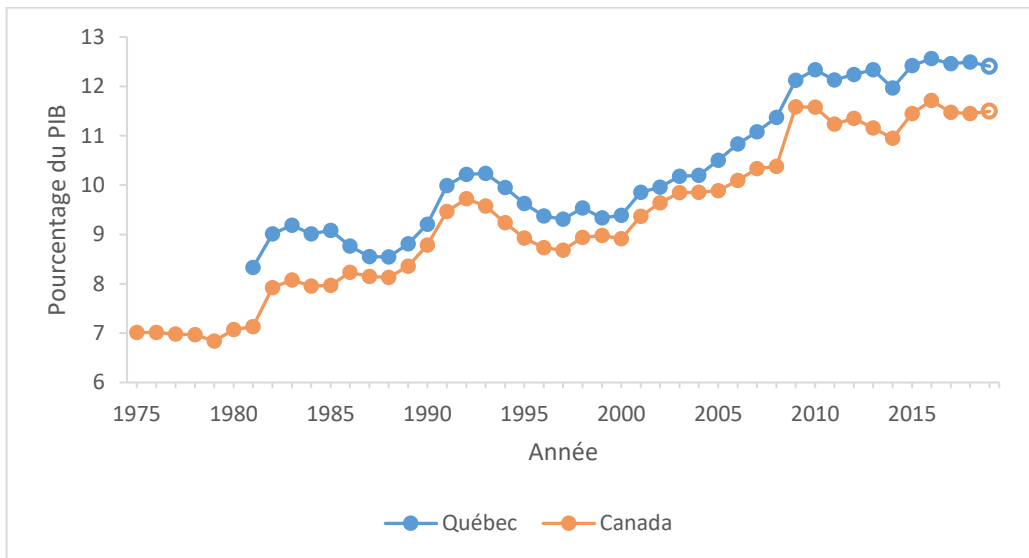
Le 13 juin 2002, le Conseil du médicament est créé dans l'intention de favoriser l'utilisation optimale des médicaments au Québec et de soutenir la prise de décision ministérielle relative à la mise à jour de la liste des médicaments.

Malgré l'ensemble des changements apportés au système de santé et les injections massives de fonds effectuées par le gouvernement, le rythme de croissance des dépenses publiques de santé demeure insoutenable. En effet, selon les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les dépenses de soins de santé de l'ensemble du Canada comptaient pour 7% du produit intérieur brut (PIB) en 1975. En 2010, ce pourcentage a atteint un sommet de 11,6%. Le Québec se situe au-dessus de la moyenne canadienne avec un total de dépenses de santé s'élevant à 12,3% en 2010 (Figure 4) (Gouvernement du Canada, 2018). Les facteurs d'accroissement des dépenses de santé identifiés par l'ICIS pour la période de 1998 à 2008 sont les changements démographiques (croissance et vieillissement), l'inflation, la technologie et l'utilisation accrue des services de santé (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2011). Le Groupe de travail sur le financement du système de santé est mandaté pour formuler des recommandations quant aux meilleurs moyens à prendre pour assurer un financement adéquat du système de santé et assurer la pérennité du système de santé québécois tout en protégeant son caractère universel. Il publie son rapport en février 2008. Celui-ci est intitulé : « *En avoir pour son argent* » (Groupe de travail sur le financement du système de santé,

2008). Inspiré notamment par l'exemple britannique du National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), le groupe de travail propose de fusionner le Conseil du médicament, l'AETMIS et le commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) pour ne former qu'un seul organisme responsable d'évaluer la pertinence et la qualité des services de santé assurés par le régime public. L'objectif est de renforcer l'influence de la pratique évaluative en réunissant les forces des différents organismes chargés de faire de l'évaluation. Le nom suggéré pour cette nouvelle entité est l'Institut national d'excellence en santé.

Du rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé découle le projet de loi 67 (Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux) qui vient renforcer l'influence de la pratique évaluative dans la prise de décision en santé au Québec. La loi est adoptée en juin 2010. Depuis le 19 janvier 2011, l'INESSS réalise des activités de production scientifique, des activités de soutien en ETMI, et des activités de partenariat, telle que la communauté de pratique en ETMI santé qui regroupe des unités d'ETMI principalement du secteur hospitalier et vise un partage de l'expertise en ETMI. En 2015, l'INESSS établit la direction des services sociaux et assoit ainsi un mandat couvrant les médicaments, les services de santé et les services sociaux. Également, l'INESSS préside la table sectorielle des RUIS en ETMI qui « *vise à favoriser le développement d'une vision commune du quatrième volet de la mission universitaire (ETMI). »* (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair), 2000)

Toujours dans la même période, le MSSS publie en 2010 son plan stratégique 2010-2015 (MSSS, 2010). Il y énonce les résultats que son ministère et son réseau s'engagent à atteindre au cours des cinq prochaines années. La valorisation de l'apport de la mission universitaire au sein du RSSS est l'une des orientations mises de l'avant dans ce plan. Les établissements ayant une désignation universitaire ont pour responsabilité d'assurer la réalisation d'ETMI et s'engagent à augmenter le nombre d'évaluations réalisées.



Note : Les données pour l’année 2019 sont des prévisions

Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, Institut canadien d’information sur la santé, Tableau B 1.3

Figure 4. – Total des dépenses de santé en pourcentage du PIB au Québec et au Canada, 1975 à 2019

2.7 Aujourd’hui

Aujourd’hui encore, le système de santé subit d’importantes transformations, dont la dernière qui fut l’entrée en vigueur en avril 2015 de la Loi modifiant l’organisation et la gouvernance du système de santé et des services sociaux, notamment par l’abolition des agences régionales. Cette réforme effectuée par le ministre Barrette a entraîné l’abolition des agences régionales. Elle a également donné lieu à une nouvelle répartition des établissements et a résulté en un nouveau partage des responsabilités entre les paliers de gestion du système de santé et des services sociaux. Au niveau des dépenses de santé, la tendance à la hausse du total des dépenses de santé en pourcentage du PIB est observable depuis plus de 40 ans (Institut canadien d’information sur la santé (ICIS), 2019).

2.8 Conclusion

En conclusion, les repères historiques évoqués dans ce chapitre permettent de mieux cerner le contexte qui caractérise le système de santé et entoure les activités d'ETMI. D'abord de propriété privée, nous avons vu que les institutions de santé sont tranquillement passées aux mains de l'État et ont changé progressivement de vocation. La pratique médicale même s'est modernisée à partir des nouvelles technologies mises à la disposition des professionnels de la santé, sans savoir si le progrès connu apportait les bénéfices escomptés. Très rapidement, les limites du système en matière de ressources se sont fait sentir et ont poussé les instances gouvernementales à revoir la gouvernance du système. Relativement aux technologies de la santé, plusieurs initiatives ont été proposées pour assurer une meilleure introduction, diffusion et utilisation des technologies. Toutefois, comme l'affirme l'ICIS, les effets des changements technologiques comme facteur d'accroissement des dépenses sont difficiles à quantifier (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2011). Les moments clés de l'évolution de l'évaluation au Québec sont présentés au Tableau 4. Au fil du temps, l'approche privilégiée relativement à l'ETMI a évolué, toujours dans l'objectif d'appuyer les décideurs de la santé pour une allocation optimale des ressources.

Mois, Année	Événement	Courte description
Juin 1985	Constitution de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon)	Analyse du développement rapide des nouvelles technologies, de la vétusté des équipements de haute technologie. Nécessité d'un contrôle des coûts
Janvier 1988	Création du CETS	L'évaluation des technologies, une solution apportée pour répondre aux besoins de nouvelles technologies exprimés par les professionnels de la santé tout en considérant les budgets limités du MSSS
Juin 1992	Modification de la LSSSS	Ajout du volet d'évaluation des technologies à la mission des établissements désignés universitaires
Juin 2000	Création de l'AETMIS	Remplacement du CETS par l'AETMIS à la suite de l'élargissement de son mandat d'évaluation
Juin 2001	Création de l'UET-CUSM	Implantation d'une UETMI dans le CHU
Juin 2002	Création du Conseil du médicament	Nouvelle entité responsable de l'émission d'avis relativement aux mises à jour de la Liste des

Mois, Année	Événement	Courte description
		médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments, l'émission d'avis relativement à certaines inscriptions prioritaires de médicaments et quant à l'évolution du prix des médicaments
Décembre 2003	Création des RUIS	Consolidation de la mission d'évaluation par l'identification de territoires de responsabilité. Rôle d'appui dans l'organisation des soins et services, ainsi que l'intégration des quatre volets de la mission universitaire sur ces territoires
Novembre 2004	Création de l'UETMIS du CHU Ste-Justine	Implantation d'une UETMI dans le CHU
2004	Création de l'UETMIS du CHUS	Implantation d'une UETMI dans le CHU
2005	Création de l'UETMIS du CHUM	Implantation d'une UETMI dans le CHU
2006	Création de l'UETMIS du CHU de Québec – Université Laval	Implantation d'une UETMI dans le CHU
Juin 2010	Création de l'INESSS	Intégration des activités d'évaluation; fusion de l'AETMIS, du Conseil du médicament et du CSBE en l'INESSS, et développement subséquent du mandat pour intégrer les services sociaux
Novembre 2010	Plan stratégique MSSS 2010-2015	L'ETMI figure sur le plan stratégique 2010-2015. Les établissements ayant une désignation universitaire doivent assurer la réalisation de projets d'évaluation et augmenter leur nombre de projets réalisés.

Tableau 4. – Moments clés de l'évolution de l'ETMI au Québec

Chapitre 3 – Le milieu hospitalier : l’hôpital en tant qu’organisation

3.1 Introduction

L’hôpital est un lieu de prestation de services de santé et de services sociaux où usagers, professionnels de la santé, personnel administratif, personnel de soutien, personnel en formation et personnel de recherche, œuvrent en interaction dans le but de régler ou de minimiser les problèmes de santé et de bien-être de la population. Il existe différentes façons d’appréhender ce type d’organisation pour en comprendre les rouages et la manière dont s’y déroule l’action. L’étendue très vaste du champ des théories des organisations en témoigne. Tel que le suggèrent Burrell et Morgan (1979), chaque perspective théorique se fonde sur une vision du monde précise (Burrell et Morgan, 1979). Ces différentes perspectives sont associées à des concepts et théories qui leur sont propres. Le choix d’une approche permet une lecture particulière d’une situation organisationnelle donnée. C’est pourquoi cette section propose un survol des principaux repères théoriques identifiés pour représenter l’hôpital en tant qu’organisation et lieu d’accueil des activités d’ETMI.

3.2 L’hôpital et sa structure organisationnelle

Pour les théoriciens de l’École classique, les activités d’une organisation constituent une suite d’actions conçues, structurées et dirigées de manière rationnelle et efficace pour atteindre des résultats fixés à l’avance (Hatch et Cunliffe, 2009; Morgan, 1999). Pensons entre autres à deux des grands principes de l’École classique, soit la hiérarchie de Fayol (1956) et la division du travail de Taylor (1911) (Fayol, 1956; Taylor, 1967). Ces principes sont souvent représentés par l’ensemble des postes et des voies de décision constituant l’organigramme d’une organisation (Morgan, 1999). Selon Morgan (1999), la vision classique de l’organisation s’apparente au fonctionnement d’une machine. Autrement dit, l’organisation est conçue comme:

[...] un réseau de pièces : des services fonctionnels (comme la production, la mercatique, les finances, le personnel, la recherche et le développement) qui sont ensuite subdivisés en réseaux de postes de travail délimités de manière précise. Les responsabilités de ces postes s'imbriquent les unes dans les autres, de façon à se compléter du mieux possible, et sont reliées entre elles selon la voie hiérarchique qui se traduit par l'expression familière : « Un homme, un patron ». (Morgan, 1999)¹⁰

En s'inspirant des idées de l'approche classique et des propos évoqués à ce sujet par Dufour et Lamothe (1999), on peut affirmer que penser l'hôpital, selon l'approche classique, c'est considérer celui-ci tel un système rationnel et technique, constitué d'un ensemble fonctionnellement intégré de composantes qui s'imbriquent les unes aux autres et qui fonctionnent efficacement (Dufour, 1999).

Selon les théories de la contingence, les organisations se comparent plutôt à des organismes vivants (Bertalanffy, 1993; Morgan, 1999). Elles sont composées de sous-systèmes reliés entre eux. Ceux-ci doivent être soigneusement administrés pour répondre aux besoins internes. Il faut également équilibrer ces sous-systèmes et les adapter au milieu et à ses modifications. Ces approches mettent l'accent sur l'environnement dans lequel évoluent les organisations. Pour survivre, les organisations doivent s'adapter continuellement à leur environnement changeant. D'où l'intérêt de réfléchir aux relations intra et interorganisationnelles servant à configurer l'organisation et ses sous-systèmes dans son environnement. Les travaux de Woodward (1965), Burns et Stalker (1961), Lawrence et Lorsch (1973) soutiennent cette approche (Burns et Stalker, 1961; Lawrence et Lorsch, 1973; Woodward, 1965).

Dans ses écrits, Mintzberg (1982) fait la démonstration que la structure d'une organisation ne se résume pas à son organigramme (Mintzberg, 1982). Il propose ainsi l'existence de plusieurs modèles de structures organisationnelles. Ces représentations des organisations correspondent à une combinaison logique de cinq composantes fondamentales dont le poids relatif et

¹⁰ Morgan, G. (1999). *Images de l'organisation* (Nouv. éd. é. éd.). Presses de l'Université Laval; De Boeck. p.19.

l'importance varient pour former ce qu'il appelle les configurations possibles d'une organisation. Les cinq composantes de base sont : le centre opérationnel; le sommet stratégique; la ligne hiérarchique; la technostructure; et les fonctionnels de support logistique. À chaque type d'organisation, correspond une partie clé dominante.

Les composantes de base de l'organisation, une fois réunies pour constituer un type d'organisation, sont régies par ce que Mintzberg nomme des flux. Les flux d'autorité, d'information et de décisions identifiés par Mintzberg sont directement liés à la répartition du pouvoir dans l'organisation. Le pouvoir formel réside quant à lui à l'intérieur de la ligne hiérarchique. Il peut y avoir délégation de pouvoir là où il est plus logique que la décision se prenne (décentralisation verticale). Un système de communication informelle et de relations de pouvoir peut également émerger en dehors de ces flux régulés, soit hors de la ligne hiérarchique (décentralisation horizontale).

Selon la typologie des organisations de Mintzberg, l'hôpital entre dans la catégorie de bureaucratie professionnelle. Sa composante de base dominante est son centre opérationnel, où médecins et autres professionnels de la santé joignent l'organisation avec un savoir, des qualifications et des compétences, qui leur permettent d'exécuter leur travail de manière autonome et sur la base de leur propre jugement. D'après Mintzberg¹¹:

Pour coordonner ses activités, la Bureaucratie professionnelle s'appuie sur la standardisation des qualifications et sur le paramètre de conception qui y correspond, la formation et la socialisation. Elle recrute des spécialistes dûment formés et socialisés – des professionnels – pour son centre opérationnel, et leur laisse une latitude considérable dans le contrôle de leur propre travail. (Mintzberg, 1982)

En plus de vouloir garder le contrôle sur leur propre travail, les professionnels du centre opérationnel désirent également réduire le pouvoir des autres membres de l'organisation afin de mieux contrôler les décisions administratives qui les affectent. Les administrateurs non

¹¹ Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Éditions d'organisation; Éditions Agence d'Arc. p.310.

professionnels se trouvent contraints dans leurs actions et n'ont pas l'autorité de qualifier le travail des professionnels.

Dans la bureaucratie professionnelle, la structure est décentralisée aussi bien verticalement qu'horizontalement. Le pouvoir du professionnel a deux origines : la complexité de son travail et la demande élevée pour ses services (Mintzberg, 1982). Deux lignes hiérarchiques coexistent : la ligne hiérarchique professionnelle qui va du bas vers le haut et dont le pouvoir est celui de l'expertise; puis la ligne hiérarchique non professionnelle qui va du haut vers le bas et pour laquelle le pouvoir est tributaire du statut et fonctions occupées.

3.3 L'hôpital et sa dimension politique

Une autre façon de concevoir l'hôpital en tant qu'organisation est d'accorder une importance dominante à sa dimension politique. Dans son analyse, Morgan (1999) suggère le système politique en guise de métaphore de cette vision de l'organisation (Morgan, 1999). Pour lui, les organisations vues selon la perspective politique se comparent à des « mini-États au sein desquels les rapports entre individus et société deviennent des relations entre individu et organisation » (Morgan, 1999). Les théories qui analysent le fonctionnement des organisations au travers du comportement de leurs membres représentent généralement celles-ci comme des arènes politiques. C'est d'ailleurs l'idée proposée dans les travaux d'auteurs tels Cyert et March, ainsi que Crozier et Friedberg (Crozier et Friedberg, 1992, c1977; Cyert et March, 1963).

D'après l'approche politique, bien qu'un individu joigne une organisation dans le but de contribuer à l'atteinte d'objectifs collectifs, sa présence repose également sur des raisons d'ordre pratique. L'individu, par sa participation à l'organisation, désire aussi combler ses intérêts personnels. Ceux-ci peuvent diverger du but commun partagé avec les autres membres de l'organisation. La réalité vécue au sein de l'organisation pousse chaque acteur à se comporter de manière à atteindre ses objectifs personnels, autrement dit, agir politiquement.

Le conflit survient lorsque les intérêts contradictoires des acteurs donnent lieu à des tensions. Comme le suggère Morgan :

Le conflit peut être d'ordre personnel, interpersonnel ou encore se manifester entre groupes rivaux et coalitions. Il peut être inhérent à la structure de l'organisation, aux rôles, aux attitudes et aux stéréotypes ou bien survenir à propos d'une pénurie de ressources. Il peut être explicite ou implicite. Quelle qu'en soit la raison et quelle que soit la forme qu'il prend, sa source se trouve dans une divergence d'intérêts, réelle ou perçue comme telle. (Morgan, 1999)

Il est donc nécessaire d'équilibrer les dynamiques émergent de l'organisation pour assurer sa survie. Le pouvoir est au centre des stratégies permettant de contrecarrer les conflits. À travers des jeux de pouvoir soigneusement articulés, les acteurs s'allient, négocient, ou délaissent ce qu'ils souhaitent obtenir. Les jeux de pouvoir : « signifient que toute personne active dans l'organisation acquiert, développe et utilise du pouvoir et d'autres ressources afin d'obtenir les résultats qu'elle privilégie dans une situation où il y a de l'incertitude ou du désaccord quant aux choix à poser » (Pfeffer, 1981).

L'une des théories importantes véhiculant l'approche politique est celle de Crozier et Friedberg (1977), soit l'analyse stratégique. Pour ces auteurs, l'organisation ne peut se réduire à une vision mécanique de sa structure et de son fonctionnement. En raison de la pluralité de leurs intérêts et des conflits qui émergent de leurs interrelations, les acteurs adoptent des stratégies qui dérogent du cadre formel proposé par l'organisation. L'organisation n'est donc pas un phénomène naturel, mais plutôt un construit social, où tous les individus qui la compose disposent d'une marge d'autonomie leur permettant d'élaborer des stratégies en fonction des objectifs qui leur sont propres.

Cohen, March et Olsen (1972), présentent également une vision politique de l'organisation qui est celle de l'anarchie organisée (Cohen, 1972). D'après ce modèle théorique, certains types d'organisation génèrent des flots d'actions hors du contrôle des acteurs et se soldent par une logique décisionnelle contradictoire et non hiérarchisée. Comme l'énonce Enhard Friedberg lorsqu'il fait référence à ce modèle : « Le message, en effet, est clair. Contre la tentation de raisonnements trop linéaires, il faut relâcher les liens entre le comportement d'un individu et ses préférences, ses représentations et ses buts [...] Les préférences et les buts des acteurs ne

sont pas figés, mais se découvrent et se modifient au contraire dans et par l'action. » (Friedberg, 2009). Les objectifs de telles organisations sont ambigus et évolutifs. Les solutions à un problème peuvent émerger avant qu'un problème ne soit connu.

3.4 Conclusion

En résumé, les centres hospitaliers désignent la catégorie d'établissement du réseau de la santé et des services sociaux québécois assurant la prestation des services de courte durée de première, deuxième, et troisième lignes en matière de soins de santé généraux et spécialisés, ainsi que des soins psychiatriques (MSSS, 2008). La configuration particulière de ces établissements, qualifiés d'organisations professionnelles, réunit une multiplicité d'acteurs, avec une prédominance de professionnels possédant l'expertise pour fournir les soins. La compétence technique de ces derniers leur permet d'exercer des fonctions spécialisées dans l'établissement, et leur confère du pouvoir (Mintzberg, 2004). Chaque acteur, selon ses connaissances, ses ressources, ses valeurs, sa logique d'action, ses perspectives distinctes, est ainsi amené à interagir stratégiquement avec les autres acteurs, tout en étant structuré par l'organisation dans laquelle il interagit. Les activités d'ETMI s'insèrent sous forme d'unité dans ces organisations.

Les organisations se différencient par la façon dont elles se structurent et la manière qu'elles s'y prennent pour assurer leur bon fonctionnement. Différents concepts clés nous sont apparus essentiels afin de mieux comprendre la structure et le fonctionnement de l'action collective organisée en milieu hospitalier. Il s'agit des concepts de structure, d'intérêts, de conflit et de pouvoir. D'une part, les activités d'ETMI formalisées sous la forme d'unité font partie d'une structure organisationnelle que l'on peut voir non pas comme un simple organigramme, mais plutôt comme un ensemble de composantes ayant la capacité de s'agencer naturellement selon les forces existantes à l'intérieur de l'organisation. D'autre part, la divergence d'intérêts des acteurs impliqués dans les activités d'un établissement de santé se manifeste dans les situations conflictuelles et les jeux de pouvoir qui émergent au sein de l'organisation. Les jeux de pouvoir permettent de résoudre ces conflits et ainsi assurer un équilibre entre objectifs individuels et objectifs communs partagés par les individus impliqués dans ce type d'organisation. Les

approches classiques ne tiennent pas compte de la nature humaine de l'organisation. Les approches politiques sont plus appropriées pour symboliser l'hôpital en tant que cadre d'analyse. Opter pour une approche analysant le contexte politique de l'organisation c'est reconnaître qu'il s'agit d'une dimension essentielle de la vie des organisations.

Chapitre 4 – Cadre théorique et objectif de recherche

Ce chapitre présente le cadre théorique retenu dans cette thèse afin de mieux comprendre les aspects humains et organisationnels existants lorsqu'il est question des activités d'ETMI en milieu hospitalier. Tel qu'évoqué dans le chapitre précédent, il existe plusieurs manières de lire et de comprendre le fonctionnement des organisations. Dans notre démarche, la théorie de l'acteur stratégique de Crozier et Friedberg a été retenue pour sa vision politique de l'organisation. L'hôpital est un type d'organisation doté d'une énorme complexité. Ses acteurs forment un système dans lequel les membres de l'UETMI constituent l'un des types de détenteurs d'enjeux. Ils rivalisent pour l'atteinte de leurs buts individuels tout en visant l'atteinte des objectifs collectifs de l'organisation. En partant du point de vue que l'acteur organisationnel est un acteur politique, s'intéresser aux enjeux, aux stratégies, aux intérêts individuels et collectifs, aux dynamiques de groupe, et aux relations de pouvoir fait sens.

4.1 Théorie de l'action organisée

4.1.1 Origines

À la fin des années 50, Crozier réalise une série d'enquêtes dans les manufactures de la Seita, industries de tabac et d'allumettes françaises (Crozier, 1963). Crozier étudie le comportement des individus à l'intérieur des organisations et tente de décoder la signification de leurs interactions. À travers son analyse, il met au jour le lien fondamental qui existe entre l'incertitude et les relations de pouvoir. En effet, les acteurs qu'il observe mettent en œuvre des stratégies qui, en fonction des ressources dont ils disposent, leur permettent de s'imposer auprès des autres, toujours dans la limite où l'autre, jamais totalement dépourvu de ressources, peut en retour négocier sa participation à l'action. Il en conclut qu'au-delà des règles organisationnelles et techniques définissant la structure formelle de l'organisation, celle-ci dépend également des relations de pouvoir qui érigent sa structure informelle et qui contraignent les individus à coopérer (Crozier et Friedberg, 1992, c1977).

4.1.2 Fondements

Les travaux empiriques de Crozier et Friedberg les amènent à élaborer la théorie de l'action organisée (1977) (Crozier et Friedberg, 1992, c1977). Cette théorie repose sur 4 postulats. 1) D'abord, l'organisation est un construit social. Autrement dit, l'action organisée repose sur une élaboration contingente de règles. La résultante dépend des actions des individus qui forment l'organisation.¹² 2) Ensuite, l'acteur dispose toujours d'une marge de liberté, aussi minime soit-elle, et ce, quel que soit son statut ou sa fonction. 3) Puis, les individus formant une organisation refusent d'être traités comme des moyens au service de buts fixés par l'organisation. Les acteurs vont utiliser leur marge de liberté au profit de leurs objectifs propres. Leur marge de liberté dépend de leurs ressources et des contraintes créées par les règles organisationnelles; tandis que leurs objectifs doivent être vus comme des orientations pour l'action. 4) Enfin, les stratégies élaborées par les acteurs pour atteindre leurs objectifs individuels et collectifs sont toujours rationnelles du point de vue de l'acteur qui les met en œuvre. Crozier et Friedberg parlent de stratégie situationnelle.

Basé sur ces éléments, il est possible d'apprécier la structure informelle d'une organisation. Le jumelage des structures formelle (mission, organigramme, règles et règlements, etc.) et informelle permet de dresser une représentation complète de l'organisation. L'organisation est ainsi la résultante d'une combinaison entre le fonctionnement visible (formel) et les actions des individus qui participent au fonctionnement de l'organisation (informel).

4.1.3 Concepts clés

Les concepts clés abordés par Crozier et Friedberg sont ceux d'enjeux, d'acteurs, de ressources, de zones d'incertitudes, de pouvoir, de stratégie et de système d'action concret. Le Tableau 5 résume chacun d'entre eux.

¹² Crozier, M. et Friedberg, E. (1992, c1977). *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*. p. 38.

Concept	Définition
Enjeu	<p>Problèmes importants récurrents non résolus, tensions et difficultés rencontrées, aléas, points clés</p> <p>« ce que chacun peut espérer gagner ou risque de perdre en engageant ses ressources dans une relation de pouvoir » (Crozier et Friedberg, p.80)</p>
Acteur	Individu concerné et capable d'intervenir sur un problème. Un acteur peut être collectif
Ressource	Atouts et handicaps qui influent sur la situation. Les ressources mobilisables sont variées (hiérarchiques, savoir-faire technique, relationnel, informations et connaissances (savoir-faire), techniques (site web, blogue, recours auprès du tribunal administratif, etc.))
Zone d'incertitude	<p>Part d'indétermination d'une situation, et la manière que l'on peut agir sur elle. Zone discrétionnaire où l'on peut utiliser ses ressources ou pas</p> <p>Un problème organisationnel qui conditionne le fonctionnement et la survie d'une organisation, pour lequel les règles sont insuffisantes pour éliminer entièrement l'imprévisibilité, pour lequel toutes les solutions n'ont pu être prévues</p>
Pouvoir	<p>A a du pouvoir sur B dans la mesure où il peut faire faire à B quelque chose que B ne ferait pas sans l'intervention de A (R.A. Dahl)</p> <p>Le pouvoir d'une personne A sur une personne B, c'est la capacité de A d'obtenir que B fasse quelque chose qu'il n'aurait pas fait sans l'intervention de A. (Crozier 1963 p.211)</p> <p>Capacité d'un individu (ou d'un groupe d'individus) à modifier la conduite d'autres individus ou groupes d'individus, de la manière dont il le désire (R.H. Tawney)</p> <p>Dans une organisation, le pouvoir n'est pas distribué de façon égale entre tous les acteurs, certains ont plus d'atouts que d'autres</p> <p>Le pouvoir possède trois caractéristiques : le pouvoir n'est pas un attribut personnel, mais une relation; le pouvoir est réciproque, autrement dit le dominé n'est jamais totalement dépourvu de ressource face au dominant, car le pouvoir est une relation d'échange voire de marchandage; le pouvoir possède un caractère évolutif</p> <p>L'analyse stratégique identifie 4 principales sources de pouvoir qu'on peut tirer d'une zone d'incertitude : 1) l'expert- la compétence (savoir-faire, connaissance et expérience); le marginal sécant – celui qui a l'aptitude d'influer sur l'environnement extérieur; l'aiguilleur - l'information ou la position favorable dans un circuit de communication (contrôle des flux d'information); et la norme ou la manipulation de la règle (Crozier et Friedberg, 1977 p.71)</p>
Jeu	« Le jeu est l'instrument que les hommes ont élaboré pour régler leur coopération. C'est l'instrument essentiel de l'action organisée. Le jeu concilie la liberté et la contrainte. Le joueur reste libre, mais doit, s'il veut gagner, adopter une stratégie rationnelle en fonction de la nature du jeu et respecter les règles de celui-ci. » (Crozier, 1963 p.97)

Concept	Définition
Règles de jeu	Arrangements qui stabilisent les jeux entre acteurs (homéostasie des jeux) – compromis où chacun des acteurs concernés trouve une solution acceptable pour lui
Stratégie	Ensemble de comportements cohérents, orientés par les enjeux et la maîtrise des zones d'incertitude, qu'un acteur va adopter en vue de préserver ses intérêts Fondement inféré ex post des régularités de comportements observés empiriquement (Crozier et Friedberg, 1977, p.48) La stratégie possède un caractère défensif quand elle vise à préserver sa situation, ses marges de manœuvre ou un caractère offensif quand elle vise à les améliorer
Système d'action concret	Résultante de la combinaison des différentes stratégies adoptées par les acteurs d'une organisation. Certains acteurs lient des alliances, d'autres vont s'opposer Construit social – produit contingent des relations de pouvoir entre des acteurs interdépendants « Ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure, c'est-à-dire la stabilité de ses jeux et les rapports entre ceux-ci, par des mécanismes de régulation qui constituent d'autres jeux » (Crozier et Friedberg, 1977, p.286)

Sources : Adapté de (Crozier, 1963; Crozier et Friedberg, 1992, c1977; Gransjoen *et al.*, 2019)

Tableau 5. – Concepts clés de l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg

Les enjeux procurent un moyen d'identifier les acteurs concernés par une situation, soit les individus impactés et qui ont les moyens d'agir. Les acteurs sont d'autant plus influents lorsqu'ils disposent de ressources et qu'ils peuvent mobiliser celles-ci dans leurs actions (marge de liberté). On dit alors qu'ils disposent davantage de pouvoir. Les rapports de pouvoir permettent de contraindre les individus à coopérer (Crozier et Friedberg, 1992, c1977).¹³ Fondé sur le postulat de la rationalité limitée, on peut se mettre à la place de l'acteur et retracer la manière dont il pense et élabore ses stratégies; il n'y a pas de comportements irrationnels (Crozier et Friedberg, 1992, c1977).¹⁴

Crozier et Friedberg associent les jeux de pouvoir à des mécanismes de régulation des organisations, d'où la notion de système d'action concret. En clair, il s'agit d'un « ensemble

¹³ Crozier, M. et Friedberg, E. (1992, c1977). *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*. p.18-31.

¹⁴ Crozier, M. et Friedberg, E. (1992, c1977). *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*. p.48.

humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure, c'est-à-dire la stabilité de ses jeux et les rapports entre ceux-ci, par des mécanismes de régulation qui constituent d'autres jeux ». ¹⁵ Ces jeux reflètent les rapports de force existant entre les différents acteurs en présence, et correspondent à la structure informelle de l'organisation.

4.1.4 Utilité

En résumé, l'analyse stratégique constitue un cadre de lecture et de compréhension des fonctionnements réels des organisations. Selon cette perspective, les structures et les règles d'une organisation définissent les rôles de ses membres. Cependant, aussi poussée que soit la réflexion préalable autour de la définition des fonctions de chacun des acteurs, toutes les éventualités ne peuvent être anticipées. De ce fait, il reste toujours dans l'organisation des zones mal définies. Les acteurs cherchent à contrôler ces zones d'incertitude et développent autour d'elles des relations de pouvoir. Chaque acteur tente de mettre à profit sa marge de liberté, ses ressources, sa capacité d'action pour négocier sa participation à l'organisation de telle sorte que celle-ci lui soit payante. Chaque acteur poursuit un but individuel qui diffère du but collectif. De multiples jeux stratégiques se tissent alors entre eux. Le fonctionnement réel de l'organisation est le produit des arrangements entre les acteurs qui la compose. Cette conception de Crozier et Friedberg, décrivant l'interrelation existant entre la structure de l'organisation et les acteurs, représente un système d'action concret, où un jeu permanent de coopération et de concurrence existe et guide l'atteinte des objectifs individuels des acteurs et des objectifs collectifs de l'organisation (Crozier et Friedberg, 1992, c1977). Étudier l'organisation sous l'angle de l'analyse stratégique permet donc d'expliquer les comportements humains en termes d'enjeux, de stratégies et de jeux de pouvoir (Crozier et Friedberg, 1992, c1977; Foudriat, 2011).

¹⁵ Crozier, M. et Friedberg, E. (1992, c1977). *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*. p.246.

4.2 Objectif de la recherche

Le changement apporté à la LSSSS, soit l'ajout de l'ETMI à la mission des CHU est à l'origine de l'intégration des UETMI à la structure organisationnelle de ces établissements de santé. En s'inspirant des travaux de Crozier et Friedberg, on peut penser que ces transformations ont exigé une adaptation des individus composant l'organisation face à leur manière d'intégrer les technologies. Ce projet s'intéresse à l'apport de l'ETMI dans les CHU du Québec. Plus spécifiquement, il vise à étudier l'influence des activités d'ETMI sur les dynamiques humaines et organisationnelles des chercheurs, gestionnaires et professionnels de la santé, dans les différents CHU du Québec, depuis les années 2000. Une telle démarche de recherche est entreprise dans le but d'évaluer le degré de cohérence entre les finalités attendues et les atteintes réelles de l'ETMI en termes de prise de décision, et d'être en mesure de proposer des pistes d'amélioration des activités d'ETMI, si nécessaire. Aborder la question de recherche sous cet angle est intéressant puisque le succès de l'ETMI dépend largement du jeu des acteurs qui exercent un contrôle important dans les organisations politiques telles que les organisations de santé.

4.2.1 Questions de recherche

Le fil conducteur de ce projet se canalise autour de la question générale suivante :

QUESTION DE RECHERCHE GÉNÉRALE

Comment les processus d'évaluation, visant une allocation optimale des ressources en santé, ont-ils été influencés par l'introduction de l'ETMI dans les CHU du Québec ?

De cette question générale découlent des questions spécifiques qui reflètent la logique avec laquelle a été abordée cette recherche. Ce sont ces questions qui ont guidé la réflexion et ont mené à la construction du modèle présenté dans la thèse. Les questions spécifiques sont les suivantes :

- Quelle est la chronologie des événements associés à l'intégration de l'ETMI dans les différents CHU du Québec depuis les années 2000 ?
- Comment l'implantation de l'ETMI dans les CHU du Québec a-t-elle transformé les relations entre les différents acteurs qui composent ces établissements ? Quel sens les acteurs des CHU du Québec donnent-ils à l'ETMI ?
- Comment l'implantation de l'ETMI dans les CHU du Québec a-t-elle modulé/réorganisé la structure décisionnelle de ces derniers ?
- Quel est le contenu des évaluations et quelles sont les procédures d'évaluation actuellement en place ?
- Quelles sont les retombées de l'implantation des UETMI dans les CHU du Québec ?
- Quelles sont les différences entre les divers lieux d'implantation de l'ETMI ? Comment expliquer ces différences ?

4.2.2 Cadre conceptuel

Tel qu'illustré ci-dessous (Figure 5), un long cheminement est nécessaire pour améliorer l'allocation des ressources du système de santé. Sur le plan de l'ETMI, les projets d'évaluation se succèdent. Les résultats de ces derniers supportent les processus décisionnels guidant la trajectoire suivie pour atteindre l'objectif d'allocation optimale des ressources.

Selon les écrits, le processus d'ETMI peut être décomposé en plusieurs étapes qui se résument bien en trois grandes phases : Phase 1 – la conception de l'évaluation; Phase 2 – la réalisation de l'évaluation; et Phase 3 – l'utilisation de l'évaluation. Un modèle politique tel que l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg, permet de conceptualiser l'ensemble des jeux structurés auxquels participent les acteurs interpellés par les divers projets d'ETMI. On retrouve dans ces interactions, des gestionnaires, des cliniciens, des patients et d'autres types d'acteurs (p. ex., autres types de professionnels de la santé, citoyens, scientifiques, etc.), animés par les objectifs collectifs de l'organisation et leurs intérêts personnels. Ce sont ces acteurs qui façonnent la dynamique organisationnelle interne de l'organisation.

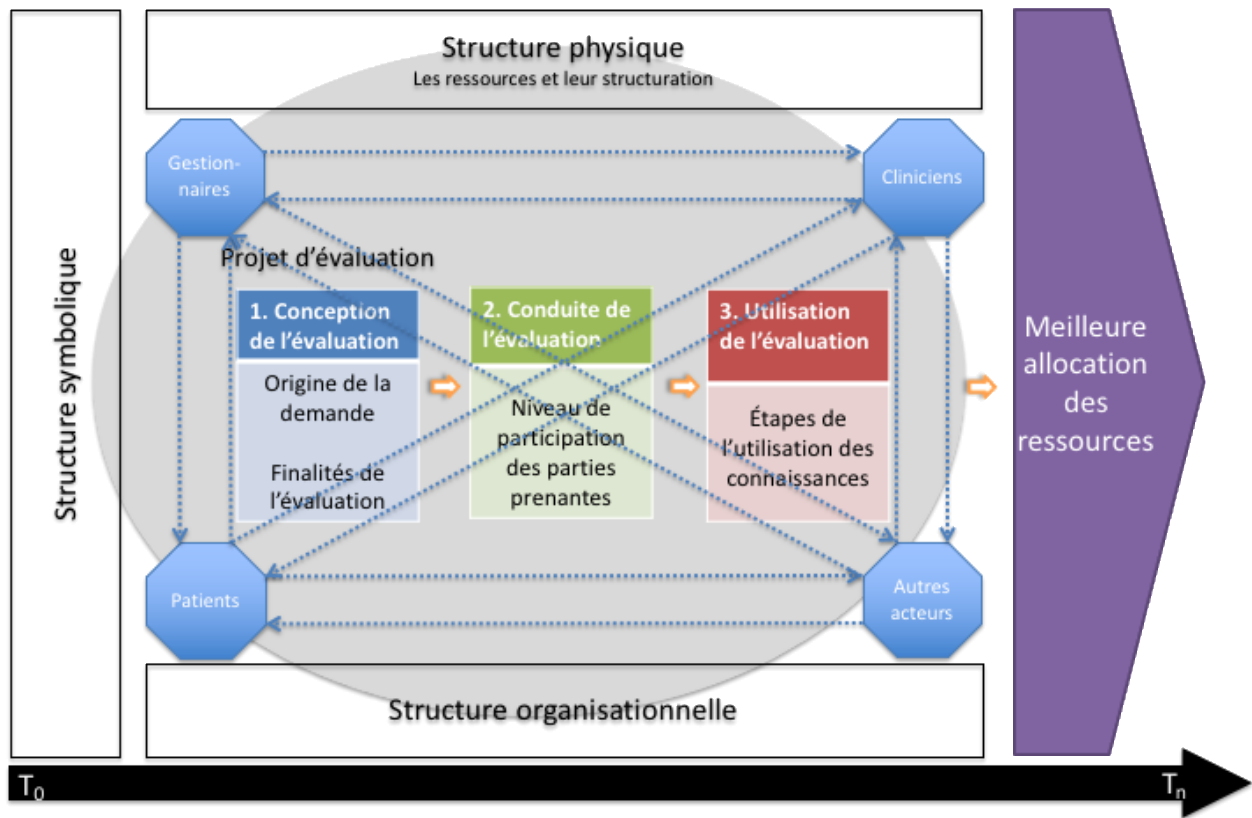


Figure 5. – Cadre conceptuel initial de la recherche

L'organisation peut être vue comme un espace circonscrit dans lequel s'articule une relation tridimensionnelle entre ses structures physique, organisationnelle et symbolique. La structure symbolique reflète les croyances et valeurs des acteurs qui composent l'organisation. La structure organisationnelle représente les modalités d'organisation et de régulation du système, autrement dit, l'ensemble de règles encadrant la distribution des ressources. La structure physique représente les ressources financières, humaines, et matérielles de l'organisation (Contandriopoulos, 2008). Ce tout est influencé par la présence des environnements physique, économique, historique, culturel, politique et social dans lesquels l'organisation se situe. Les acteurs interagissent entre eux et avec l'environnement les entourant. Bref, l'ETMI n'est pas une activité neutre et déconnectée du milieu où elle se réalise. Au contraire, l'ETMI s'insère dans la dynamique sociale de l'organisation et est assujettie aux forces qui habitent et qui entourent celle-ci.

Chapitre 5 – Méthodologie

Dans les prochaines lignes, la stratégie de recherche ayant permis de répondre aux questionnements soulevés au chapitre précédent est présentée. La manière par laquelle les données ont été collectées, l'approche retenue pour l'analyse des données, ainsi que les démarches mises en place pour assurer la validité de la recherche sont également discutées.

5.1 Stratégie de recherche

La stratégie de recherche choisie est l'étude de cas multiple. L'étude de cas se définit comme « une technique particulière de cueillette, de mise en forme et de traitement de l'information qui cherche à rendre compte du caractère évolutif et complexe des phénomènes concernant un système social comportant ses propres dynamiques. » (Mucchielli, 2009). Dans le cadre du présent projet de recherche, le but est de mieux comprendre les dynamiques organisationnelles et humaines entourant la concrétisation de la mission d'ETMI dans les CHU du Québec, depuis les années 2000. L'étude de cas est légitime puisque les questions de recherche sont centrées sur le « comment » et le « pourquoi » du phénomène étudié (Yin, 1994). L'hypothèse de départ établit que les changements apportés en intégrant l'ETMI dans le processus d'évaluation des technologies et modes d'intervention ont modulé les relations de pouvoir entre les acteurs des CHU et ont eu une influence sur l'allocation des ressources. La méthodologie qualitative a été retenue pour obtenir des données riches, faisant le portrait du phénomène dans sa globalité tout en tenant compte de sa complexité (Patton, 2002).

L'intérêt d'opter pour l'étude de cas multiple s'explique également par le fait que les CHU ont connu différentes expériences d'implantation de l'ETMI, et que les dynamiques organisationnelles et humaines observées lors des processus d'évaluation dépendent de cette expérience. Les multiples changements de structure administrative ayant eu lieu à travers le temps et à l'intérieur même des CHU sont également des facteurs qui peuvent influencer la lecture des phénomènes étudiés. Pour chaque cas, des relations de pouvoir contingentes au

contexte ont pu se tisser entre les différents acteurs de l'organisation. En plus, étudier les dimensions stratégiques et systémiques de multiples cas augmente la robustesse de l'étude (Yin, 1994).

Deux des cinq cas possibles ont été retenus dans le cadre de cette analyse. Ces deux cas font état des particularités organisationnelles propres aux CHU, dans le contexte du système de soins et services de santé québécois. L'un représente l'image établie d'un CHU dont la vocation est centrée sur les activités de soins et services de santé de troisième ligne (spécialisés et surspécialisés). Alors que l'autre CHU fait partie d'un établissement fusionné en raison de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (LMRSSS). Ce CHU assure la prestation de soins et services de santé à tous les niveaux du continuum de soins et services du système de santé, soit de la première à la troisième ligne.

L'unité d'analyse est le processus d'ETMI selon ce que nous avons proposé à la section 4.2, soit la démarche initiée dès le moment où une problématique est soulevée jusqu'à ce que les résultats de l'évaluation soient utilisés. Le processus d'ETMI se résume en trois étapes, soit la conception de l'évaluation, la réalisation de l'évaluation et l'utilisation de l'évaluation. Au travers de projets d'évaluation judicieusement sélectionnés pour chacun des CHU, il a été possible de représenter les jeux stratégiques engendrés par l'UETMI entre les différents acteurs impliqués dans les processus d'ETMI, de constater comment les éléments de structure sont mobilisés par les acteurs, et d'explorer leur influence sur la prise de décision et les autres résultats attendus des travaux d'ETMI.

5.2 Collecte de données

La collecte de données a été fondée sur deux sources d'information principales afin d'avoir une idée plus complète du processus d'ETMI. Il s'agit de l'analyse documentaire et l'entretien semi-directif.

L'analyse documentaire a servi à recueillir de l'information sur l'historique du CHU et de l'UETMI, sur les changements de nature organisationnelle et humaine ayant eu lieu au sein de l'organisation, sur l'évolution de l'ETMI dans l'organisation, sur la structure officielle des instances responsables de l'ETMI, ainsi que sur l'opérationnalisation de la mission d'évaluation dans chacun des CHU. Des documents tels que les plans stratégiques, les rapports annuels de gestion, les formulaires de demande d'évaluation, les rapports d'ETMI ont été consultés par la chercheuse pour aider à la compréhension des processus organisationnels établis dans les CHU, à la compréhension du fonctionnement de l'ETMI en milieu hospitalier, et à l'identification de projets d'évaluation représentatifs des travaux d'ETMI réalisés dans les CHU.

L'entretien semi-directif a été adopté pour collecter de l'information auprès des personnes impliquées dans les projets d'ETMI. Ces données ont permis de faire ressortir les éléments pertinents entourant les activités d'ETMI, ainsi que les perceptions, les enjeux, les ressources et les comportements des acteurs lorsqu'il est question d'évaluation des technologies. La grille d'entretien est présentée à l'annexe 1. Ces entretiens semi-directifs ont été réalisés dans un premier temps, auprès de quatre ou cinq représentants clés de l'UETMI de chaque CHU, soit des membres du personnel des UETMI ou des personnes pouvant renseigner sur la structure et l'évolution de l'UETMI dans les CHU. Le but de ces entretiens était de discuter de la structure organisationnelle des CHU, de reconstituer l'historique et le processus d'implantation de l'UETMI, de valider le fonctionnement de l'UETMI, d'aborder le positionnement des acteurs dans le processus d'ETMI, et d'identifier les projets d'évaluation déjà réalisés ou en cours, représentatifs du travail effectué par les UETMI, au sein de chaque CHU. Les projets d'évaluation proposés ont servi d'illustrations types permettant de comprendre les dynamiques générées entre les acteurs lors de chacune des trois étapes du processus d'ETMI. Pour être retenu, un projet devrait être représentatif de l'approche évaluative de l'UETMI, en ce qui concerne la procédure et le contenu de l'évaluation. Le projet devait avoir été effectué au cours des cinq dernières années afin de s'assurer que ce dernier représentait bien les dynamiques actuelles rencontrées dans les CHU. Une deuxième série d'entretiens semi-directifs a été effectuée auprès de personnes qui ont été impliquées ou concernées par les projets d'ETMI retenus. La liste des acteurs potentiels contactés

figure au Tableau 6. Une technique de « boule de neige » a été utilisée pour identifier les informateurs clés nécessaires à la compréhension des dynamiques. Cette technique d'échantillonnage consiste à identifier les personnes à interviewer selon les recommandations des individus déjà sondés (Miles et Huberman, 2003). L'ensemble des entretiens semi-directifs a été réalisé par la chercheuse. Les entretiens ont été enregistrés numériquement avec la permission des participants. Chaque enregistrement a été précédé de la signature d'un formulaire de consentement (voir Annexe 3).

Acteurs stratégiques potentiels	
Gestionnaires d'établissements	Cliniciens
Membres d'UETMI	Cliniciens-chercheurs
Représentants de patients	Autres professionnels d'établissements

Tableau 6. – Liste des acteurs potentiels contactés

5.3 Analyse des données

L'analyse des données documentaires a été effectuée de manière continue, et ce, tout au long de la recherche. Cette analyse a permis de reconstituer l'historique des CHU, de l'UETMI et de brosser un premier portrait des processus d'ETMI. Ces portraits ont été mis à jour à plusieurs moments au cours de la recherche.

Au niveau des entretiens semi-directifs, l'analyse des données a été réalisée en 4 étapes. Chaque étape d'analyse a fait l'objet de discussions approfondies avec la directrice de recherche. Les entretiens ont été transcrits manuellement par la chercheuse (transcription intégrale) pour numériser les propos des personnes interviewées et avoir une première idée du contenu à analyser (étape 1). Les verbatim d'entretiens obtenus lors de cette première étape ont permis, dans un premier temps, de valider et de compléter l'information recueillie par l'analyse documentaire, puis d'identifier les projets d'évaluation représentatifs des travaux des UETMI. La deuxième étape a été de procéder au codage des entretiens afin de sélectionner, catégoriser, regrouper et organiser l'information contenue dans ceux-ci. Le codage a également été réalisé par la chercheuse au moyen d'un logiciel d'un traitement de texte (Word). Pour ce faire, les

segments d'entretiens abordant les différents concepts tirés du cadre conceptuel ont été repérés. Le codage initial intégrait les trois grandes phases du processus d'évaluation, ainsi que les concepts clés de Crozier et Friedberg (Crozier et Friedberg, 1992, c1977). Cette démarche de codage a permis de produire une première version des comportements et des messages clés tirés du discours des interviewés. Tel que le suggère Foudriat (2011), les données ont été recueillies pour construire des hypothèses d'enjeux et de stratégies pour chacun des acteurs sur la base: des arguments concrets que l'acteur utilise pour justifier son action, ses comportements ou ses relations ; les sentiments qu'il exprime par rapport aux autres ; les interactions dans lesquelles évoluent les acteurs (Foudriat, 2011). Les informations manquantes ou insuffisamment explorées ont été adressées à partir d'une rectification des questions à poser pendant la deuxième série d'entretiens. Les dynamiques entre les acteurs ont été explorées et différenciées selon leur occurrence lors de chacune des trois étapes du processus d'ETMI, soit : a) la conception de l'évaluation, b) la réalisation de l'évaluation, et c) l'utilisation de l'évaluation. Dans une démarche d'analyse suivant un modèle itératif, des va-et-vient ont été réalisés entre les données collectées (codage) et les données organisées (analyse) afin de rendre l'organisation des données la plus cohérente et intelligible que possible. Lors de la troisième étape, les résultats de l'analyse ont été structurés sous la forme d'histoires de cas. Ces histoires de cas ont fait l'objet d'une validation auprès d'un responsable de chaque UETMI, et de bonification au besoin. C'est à partir de ces histoires de cas validées qu'une réflexion transversale a été menée pour dégager un portrait final de la situation des activités d'ETMI dans les CHU. En quatrième étape, les données analysées ont été interprétées pour répondre aux objectifs de recherche.

Comme le dictent Crozier et Friedberg, « *Toute structure d'action collective se constitue comme système de pouvoir* ». ¹⁶ L'acteur et le système sont interreliés, puisqu'ils se contraignent et se définissent mutuellement. Les phénomènes sociaux sont fonction des actions des individus qui, eux-mêmes, sont fonction à la fois du contexte social ainsi que des préférences personnelles des acteurs. L'analyse documentaire et les entretiens ont servi à constituer une représentation

¹⁶ Crozier, M. et Friedberg, E. (1992, c1977). *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*. p.25.

du système d'action concret illustrant les relations de pouvoir entre les acteurs, la mobilisation des structures organisationnelles par ceux-ci, et les contraintes de l'action collective. Ceci a été possible en appliquant d'abord un mode de raisonnement stratégique, soit une démarche inductive où l'on part des acteurs et leurs comportements pour mieux comprendre l'action organisée dans l'organisation. Puis, par un mode de raisonnement systémique, qui part du système qui s'impose aux acteurs pour expliquer l'ordre construit.

5.4 Validité de la recherche

Pour assurer la qualité de la recherche, les méthodes adoptées ont tenu compte des critères de crédibilité «credibility», transférabilité «transferability», validité «dependability – fiability» et neutralité «confirmability – objectivity» explicités par Lincoln et Guba (Lincoln et Guba, 1985). Tout d'abord et en ordre d'importance, le premier critère de qualité ciblé a été celui de la crédibilité «credibility» – validité de construit. La crédibilité des résultats correspond au degré de similitude entre les données collectées et la réalité. Pour répondre à ce critère, la cohérence des données obtenues a été validée en demandant à des intervenants clés de vérifier que les conclusions tirées reflètent leur perspective (triangulation par multiples analyses). Cette option de triangulation a permis d'identifier les informations problématiques et d'obtenir des idées pour de nouvelles interprétations. De plus, une démarche rigoureuse d'analyse a été appliquée, soit la retranscription des entrevues et la codification des données. Un « journal de réflexivité » a aussi été tenu. Dans ce type de journal, le chercheur justifie ses décisions méthodologiques dans le but de rendre explicites les valeurs et intérêts d'influence potentielle. Cette démarche a assuré le maintien de l'objectivité et la reproductibilité de l'étude. Les fruits de ces actions permettent de démontrer la fiabilité «dependability – fiability» et la neutralité «confirmability – objectivity» de la procédure. Enfin, une démarche de synthèse détaillée des résultats sous forme narrative a servi à assurer la transférabilité «transferability – external validity» des propos énoncés.

5.5 Considérations éthiques

Le projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation éthique du Comité d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal, ainsi que des comités d'éthiques de la recherche des CHU

participants (Annexe 3). Tous les participants ont été informés verbalement et à l'écrit de leur liberté de prendre part à la recherche et leur pouvoir de se retirer à n'importe quel moment, sans aucun préjudice à leur égard. Les principaux enjeux éthiques de ce projet ont été au niveau du maintien de la confidentialité des participants et des données d'études. Les enregistrements et verbatims d'entrevue ont été anonymisés pour assurer la confidentialité des données.

5.6 Utilité de la recherche

L'intérêt de réaliser un tel projet de recherche est de répondre à une question dont les réponses ne sont que partiellement abordées dans les écrits scientifiques. Actuellement, la validité théorique de l'ETMI est claire, mais la possibilité d'un décalage entre la théorie et la pratique reste envisageable et correspond à un phénomène encore peu étudié. La contribution de cette étude est théorique et empirique. Au plan théorique, il sera possible de mieux comprendre les dynamiques existantes entre les acteurs du processus d'ETMI et faire ressortir les dimensions qui qualifient ces dynamiques. Ceci permettra de fournir des éclairages nouveaux qui pourraient enrichir ou nuancer les conceptions théoriques actuelles de l'ETMI, et aller même jusqu'à envisager des actions transformatrices pour améliorer les processus d'ETMI en milieu hospitalier. Au plan empirique, la description de l'ETMI en milieu hospitalier, présentée sous forme d'histoires de cas, fournira une analyse riche et détaillée de la situation actuelle de l'ETMI au sein des CHU du Québec.

Chapitre 6 – Le cas de l’UETMISSS du CIUSSS de l’Estrie - CHUS

6.1 Introduction

Ce chapitre présente les résultats tirés du premier cas analysé, soit l’UETMISSS du Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de l’Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l’Estrie – CHUS). Le chapitre est divisé en trois parties.

La première partie présente d’abord un aperçu général du CIUSSS de l’Estrie - CHUS en répertoriant ses caractéristiques distinctives les plus récentes. Elle relate ensuite, sous forme de récit chronologique, la manière dont s’est inscrite la mission universitaire à travers l’évolution de cette entité. Puis, elle décrit le contexte historique dans lequel s’est développée l’UETMISSS. La deuxième partie présente, dans un premier temps, la structure et les activités instaurées au sein de l’UETMISSS, avant et après la loi 10, afin de combler le volet ETMI de la mission universitaire du CIUSSS de l’Estrie – CHUS. Dans un deuxième temps, elle détaille les réalisations de l’unité. La troisième partie aborde les dynamiques humaines et organisationnelles qui se sont créées autour des activités d’ETMI du CIUSSS de l’Estrie-CHUS, avant l’entrée en vigueur de la loi 10, et se termine par une réflexion autour de l’évolution de ces dynamiques, une fois la loi 10 instaurée.

6.2 Le CIUSSS de l’Estrie – CHUS et l’évolution de sa mission universitaire

6.2.1 Portrait du CIUSSS de l’Estrie - CHUS

Le CIUSSS de l’Estrie – CHUS est né le 1^{er} avril 2015, à la suite de l’entrée en vigueur de la *Loi modifiant l’organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux*

(Éditeur officiel du Québec, 2015, 7 février). Parmi les 14 établissements ayant été fusionnés pour former cette nouvelle entité, on retrouve le CHUS, soit l'un des cinq centres hospitaliers du Québec à s'être vu octroyer la désignation de centre hospitalier universitaire (CHU) par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)¹⁷. Le CIUSSS de l'Estrie – CHU est le seul CIUSSS à intégrer un CHU dans ses lignes. Ajoutons qu'il est le seul établissement à offrir presque 100% de la gamme de services de santé et de services sociaux, c'est-à-dire un éventail de soins et services allant des soins généraux aux soins ultraspécialisés. Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS couvre une superficie de près de 13 000 kilomètres carrés. Son territoire comprend la région de l'Estrie et une partie de la Montérégie. En plus d'être le deuxième plus grand CIUSSS du Québec en ce qui concerne le nombre d'employés, il est également le plus grand employeur de la région de l'Estrie (Noël, 2015). Avec plus de 18 000 employés, 1300 médecins et pharmaciens, 1500 étudiants et résidents en médecine, auxquels s'ajoutent près de 13 000 étudiants en stage, 400 chercheurs¹⁸ et avec un budget annuel de 1,4 milliard de dollars réparti à travers ses différents points de services, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS dessert 121 municipalités qui totalisent 474 000 habitants au 1^{er} avril 2015 (CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2016, 2017, 2018a).

6.2.2 Évolution de la mission universitaire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Le cheminement historique du CHUS met en lumière l'omniprésence de la mission universitaire au cours de l'évolution de cet établissement qui deviendra, en 2015, un constituant du CIUSSS de l'Estrie-CHUS. Il est pertinent de partir des balbutiements de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, créée le 9 février 1961, pour identifier les

¹⁷ Le CHUS ayant été désigné centre hospitalier universitaire (CHU) en 1992, confère cette désignation au CIUSSS de l'Estrie-CHUS. L'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS) qui a été désigné institut universitaire (IU) en gériatrie le 19 avril 1996, et le CSSS-IUGS qui a reçu la désignation d'institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS) le 31 mars 2015, confèrent également ces désignations universitaires au CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Données tirées du site Web du CSSS-IUGS : <http://www.csss-iugs.ca/>, et de la publication du Conseil médical du Québec (1998).

¹⁸ Les 400 chercheurs dont fait mention le texte sont répartis dans les différents centres de recherche affiliés au CIUSSS de l'Estrie – CHUS : Centre de recherche du CHUS (CRCHUS), Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS), Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV), Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS).

premières initiatives d'intégration d'une offre de soins, à même le campus de l'université. Comme exposé dans les lignes qui suivent, la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke fonde le CHUS, en 1969, dans l'optique de centraliser ses activités d'enseignement, de soins et de recherche en santé à un même endroit.

Mise en place de la mission universitaire

Inspiré des modèles d'hôpitaux d'enseignements américains de l'époque¹⁹, le Conseil de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke exprime le désir d'intégrer un hôpital à son école de médecine (Maltais, 1980). La Faculté projette d'y dispenser des soins aux malades et d'y développer de l'expertise dans des secteurs de pointe et de haute technologie, dans l'optique de combler les besoins croissants de la région en matière d'enseignement clinique et d'encourager les activités de recherche fondamentale et clinique. Convaincu de la plus-value que peut générer sa démarche, le Conseil de la Faculté fait tout ce qui est en son pouvoir pour se doter d'un centre médical qui formera un complexe hospitalo-universitaire unique au Canada, le CHUS (Goulet, 2004; Goulet et Gagnon, 2014; Maltais, 1980).

Le CHUS (initialement dénommé Clinique de l'Université de Sherbrooke)²⁰ voit officiellement le jour en accueillant ses premiers patients le 14 janvier 1969 (Goulet, 2004;

¹⁹ Les constats rapportés par le Dr Larouche, alors doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Sherbrooke, est qu'« il existe 3 catégories d'hôpitaux d'enseignement aux États-Unis: 1) l'hôpital appartenant à l'Université, c'est l'hôpital universitaire ; 2) l'hôpital qui n'appartient pas à l'Université, mais qui y est intégré physiquement, administrativement et financièrement et ; 3) l'hôpital en tant qu'institution indépendante qui permet à des degrés divers l'enseignement médical, c'est l'hôpital affilié.» Ce sont les deux premières catégories qui prédominent à l'époque dans près de 90% (70/81) des Facultés de médecine des États-Unis. Le Conseil de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke retient que « le contrôle de l'hôpital d'enseignement par la Faculté de médecine est nécessaire pour l'établissement d'un programme adéquat d'enseignement » et souhaite répondre aux normes actuelles d'éducation médicale en convoitant la construction d'un hôpital de première catégorie pour leur Faculté de médecine Maltais, R. (1980). *Le Centre médical de l'Université de Sherbrooke : une esquisse de son histoire, 1961-1979*. Editions de l'Université de Sherbrooke. p. 36-37.

²⁰ En 1966, les appellations « Clinique de l'Université de Sherbrooke » et « Centre hospitalier universitaire » furent les noms donnés pour désigner l'hôpital universitaire et l'ensemble faculté-hôpital, respectivement. Auparavant, ces deux entités étaient souvent confondues de par leur même nom de « centre médical ». C'est en 1974 que la Clinique de l'Université de Sherbrooke prendra le nom officiel de « Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke » *Le Centre médical de l'Université de Sherbrooke : une esquisse de son histoire, 1961-1979*. Editions de l'Université de Sherbrooke. p. 234,235.

Maltais, 1980). L'établissement partage la même bâtisse que la Faculté de médecine. Cette dernière devient la première Faculté de médecine du Québec à posséder un hôpital intégré à son campus. Le recrutement des médecins y est stimulé par la possibilité d'enseigner, de faire de la recherche et de pratiquer la médecine sous un même toit. Cette mise en commun d'infrastructures facilite la collaboration entre cliniciens, chercheurs et étudiants. Des relations de complémentarité s'établissent entre plusieurs d'entre eux et maximisent le potentiel de chacun. Dans la même période, la Société des médecins de l'Université de Sherbrooke (SMUS) est créée (SMUS, 2017). Ce regroupement permet, par un plan de pratique, le partage des tâches, des responsabilités et la mise en commun des revenus provenant de l'enseignement, de la recherche, de la gestion et des soins cliniques. Pour les médecins, l'existence d'une telle association offre la possibilité d'opter pour une carrière universitaire diversifiée tout en assurant une rémunération compétitive (SMUS, 2017).

Obtention d'une désignation universitaire

Dès sa création, le CHUS élabore des structures administratives congruentes à une vocation universitaire. L'arrimage avec la Faculté de médecine s'exerce de manière naturelle. Cet avantage distinctif par rapport aux autres CHU du Québec fait en sorte que le CHUS est désigné CHU en 1992²¹ (Conseil médical du Québec, 1998). Suivant cette désignation officielle, le CHUS est sujet à plusieurs vagues de fusions, dont une première qui découle du virage ambulatoire de 1995. Les compressions budgétaires imposées par le gouvernement entraînent le regroupement des hôpitaux de soins de courte durée de la ville de Sherbrooke : le CHUS, l'Hôtel-Dieu, l'Hôpital Saint-Vincent-de-Paul, et les activités de soins de courte durée du

²¹ Rappelons qu'en 1991, avec l'entrée en vigueur de la LSSSS (articles 88-91), le MSSS reconnaît et convient légalement des responsabilités particulières qu'assument les établissements désignés universitaires tels que le CHUS. Toutefois, la loi se contente d'énoncer les critères afin d'être reconnu comme étant un établissement universitaire. Aucune directive n'est émise par le MSSS ni pour financer, ni pour expliquer comment les établissements désignés peuvent parvenir à réaliser leur mission universitaire Éditeur officiel du Québec. (1991, 28 août). *Projet de loi 120 (1991 chapitre 42) : loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* [181p.].

<http://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2362696?docsearchtext=projet%20de%20loi%20120,%201991>. L'opérationnalisation de la mission universitaire relève d'initiatives locales.

Sherbrooke Hospital. L'hôpital nouvellement constitué ne tarde pas à être redésigné CHU le 25 septembre 1995 (Conseil médical du Québec, 1998; MSSS, 2005a).

Maintien de la mission universitaire

Durant les années qui suivent, le CHUS continue de surmonter des enjeux découlant de la transformation de son environnement social, politique et économique. Pensons entre autres à :

- la restructuration de son offre de soins et services de santé dans deux installations, soit Hôtel-Dieu et Fleurimont;
- son virage d'une culture «d'établissement» à une culture «réseau» avec la mise en place des Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS)²² ;
- l'élargissement de son bassin de desserte, de par ses rôles d'hôpital régional et suprarégional, pour ce qui est des soins spécialisés et ultraspecialisés, à la suite de l'implantation des Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS)²³, et ;
- son intégration au CIUSSS de l'Estrie - CHUS, en raison du découpage du territoire du Québec en Réseaux territoriaux de services (RTS) et à la création d'établissements à mission élargie²⁴.

²² L'adoption de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et services sociaux, en 2003, amène la création d'agences régionales responsables du développement et de la coordination de réseaux locaux de santé (RLS). L'objectif des RLS est d'assumer la responsabilité de la santé de la population de leur territoire en offrant le plus de services possibles à proximité des individus et en facilitant, par l'intégration des services, le cheminement de ces derniers dans le réseau de la santé et des services sociaux Éditeur officiel du Québec. (2003, 17 décembre). *Projet de loi 25 (2003 chapitre 21): Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*[16 p.].

<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2003C21F.PDF>
MSSS. (2004). *L'intégration des services de santé et des services sociaux - Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-009-08.pdf>.

²³ La mise sur pied des RUIS, en 2003, a pour objectif de favoriser le partenariat et la concertation entre les établissements de santé ayant une désignation universitaire et les universités ayant une faculté de médecine, de manière à ce que les volets de soins, d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies de la mission dont ils sont tributaires soient harmonisés à l'intérieur d'un même réseau universitaire Éditeur officiel du Québec. (2005, 23 novembre). *Projet de loi 83 (2005 chapitre 32): Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*.

<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2005C32F.PDF>.

²⁴ Le découpage territorial en réseaux territoriaux de services (RTS) et la création d'établissements à mission élargie (CISSS et CIUSSS) font partie des changements apportés à l'organisation du système de santé, à la suite de l'adoption de la LMRSSS Éditeur officiel du Québec. (2015, 7 février). *Projet de loi 10 (2015 chapitre 1): Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition*

Malgré cela, la mission universitaire demeure invariablement l'une des pierres angulaires de son fonctionnement. On note toutefois que, bien que l'ETMI fasse partie intégrante de cette mission depuis 1992, aucune activité en ce sens n'est réalisée au CHUS avant le début des années 2000, faute de personnel qualifié et de financement (CHUS, 2009).

6.2.3 Déploiement du volet ETMI de la mission universitaire

Le début des années 2000 concorde avec les premières initiatives répertoriées au CHUS, en ce qui a trait à l'ETMI. À l'instar de pionniers dans le domaine de l'enseignement clinique et de la recherche, ayant capitalisé sur la complémentarité de leurs champs d'expertise pour développer d'importants créneaux de soins et de recherche, un physicien médical²⁵, le directeur scientifique du Centre de recherche, et la directrice des services professionnels du CHUS, s'unissent durant cette période pour contribuer au développement des activités d'évaluation des hautes technologies que veut acquérir l'hôpital. Ensemble, ils rendent possible la création de l'UETMIS, en 2004, sous la gouverne de la direction des services professionnels (DSP) (Bellemare *et al.*, 2017). Soulignons qu'également, l'un des éléments catalyseurs derrière la création de l'unité est le refus de la part du MSSS de remplacer un des appareils d'hémodynamie du centre hospitalier (CHUS, 2009a; UETMIS-CHUS, 2003). Le désaccord des cardiologues-hémodynamiciens du CHUS avec les conclusions du rapport à l'origine de cette décision conduit l'établissement à effectuer sa propre évaluation de la situation de ses salles de cathétérisme (UETMIS-CHUS, 2003).

des agences régionales[94 p.].

<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2015C1F.PDF>

MSSS. (2004). *L'intégration des services de santé et des services sociaux - Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-009-08.pdf>.

²⁵ On parle ici de M. Renald Lemieux, physicien médical qui se joint au CHUS en 1997. En 2000, il débute ses travaux en évaluation des technologies. Il cherche également à se spécialiser en ETMI en acquérant une maîtrise internationale en méthodologie d'évaluation des technologies. Il occupe le rang de chercheur de l'axe évaluation des modes d'intervention en santé et des technologies (EMIST) du CRCHUS à partir de l'année 2002-2003. M. Lemieux est supporté par le directeur scientifique du Centre de recherche de l'époque. Celui-ci l'encourage à poursuivre ses travaux. Il est également supporté par la directrice de la DSP, qui le libère afin qu'il puisse poursuivre sa formation. Lemieux, R. (2004). *Évaluation d'un système de téléradiologie composé d'un numériseur de films* [Thèse M.Sc., Université de Montréal]. p.iii-iv

Structure et mandat de l'UETMIS

À ses débuts, l'unité est constituée de deux membres : un coordonnateur chargé de faire connaître l'unité à travers l'établissement, et un conseiller en évaluation en charge de réaliser les travaux d'ETMI. Sous l'aile de la DSP, l'unité se dote de la mission suivante :

produire des avis susceptibles d'influencer les décisions prises par l'administration hospitalière concernant les investissements en technologies de la santé, l'implantation des technologies émergentes, les changements dans la pratique des soins et les modes d'intervention en santé (dispensation des soins et organisation des services) (UETMIS-CHUS, 2003)

La stratégie de développement adoptée par l'UETMIS du CHUS est de maximiser ses forces en développant des liens avec d'autres professionnels de l'organisation (c.-à-d., le génie biomédical, les technologies de l'information; la télésanté) et en réalisant les projets demandés. L'unité produit entre autres plusieurs travaux axés sur la télésanté.

En 2006, en réponse à l'attente du gouvernement qui veut que les CHU accordent plus d'importance au volet de l'ETMI, le CHUS modifie son plan d'organisation, dissocie l'UETMIS de la DSP et crée, une Direction de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (DETMIS). Cette nouvelle direction encadre les travaux de l'unité et soutient le développement de la télésanté en collaboration avec le RUIS de l'Université de Sherbrooke. Cette structure organisationnelle demeure en place jusqu'en avril 2009. L'UETMIS connaît entre temps une expansion, passant de 2 à 4 membres en l'espace de 3 ans.

Coïncidant avec le départ de quelques directeurs, le CHUS revoit une fois de plus son plan d'organisation, en 2009 (CHUS, 2009b). La décision est prise d'annexer l'ensemble de ses activités de services-conseils (p. ex., Centre informatisé de recherche évaluative en services et soins de santé (CIRESS), UETMIS, télésanté, agrément, *etc.*) à sa Direction de la qualité et de l'innovation, qui prend alors le nom de Direction de la qualité, planification, évaluation et performance (DQPEP). L'UETMIS, quant à elle, continue de s'agrandir jusqu'à l'atteinte de 6 membres.

6.2.4 Repositionnement stratégique de l'UETMIS

En 2013, l'UETMIS entame une démarche de repositionnement stratégique directement liée au changement de garde au sein de l'unité²⁶. L'analyse qui en découle permet de positionner l'UETMIS dans le CHUS, d'identifier ses forces et faiblesses, ainsi que les opportunités et menaces qui l'entourent. L'une des résultantes de cette analyse est la transformation de la mission de l'UETMIS pour devenir la suivante :

«Soutenir et conseiller les décideurs du CHUS et du RUIS de l'Université de Sherbrooke dans la prise de décision par la synthèse et la production de connaissances pour l'utilisation efficiente des ressources et l'amélioration de la qualité des soins et des services aux patients et de contribuer à la mission universitaire du CHUS par ses pointes d'excellence, ses activités de transfert de connaissances et ses partenariats»(Fisette, 2014)

En effet, l'UETMIS ne se présente plus comme étant un groupe d'experts responsables d'influencer les décideurs dans leurs choix, mais plutôt comme un partenaire pouvant apporter du support et des conseils aux décideurs lors de leurs divers processus de prise de décision.

Remaniement organisationnel initié par l'adoption du projet de loi 10 et retombées pour l'UETMIS

La naissance du CIUSSS de l'Estrie – CHUS en avril 2015 entraîne un remaniement organisationnel important des services de santé et des services sociaux de la région de l'Estrie et d'une partie de la Montérégie. Quatorze établissements n'en forment plus qu'un seul. La réflexion entourant la reconstruction de l'identité de la nouvelle organisation mène à l'identification d'attributs communs à l'ensemble de ses installations, et ce peu importe leur secteur d'exercice. L'utilisateur fait partie de ce nombre d'attributs. Dans une perspective d'agir POUR et AVEC l'utilisateur, ses proches et la population, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS place ces derniers au cœur de son système de gestion intégré de la performance (CHUS, 2014, 2015). L'établissement croit également au rôle majeur que peut jouer la mission universitaire au sein de sa structure et ses instances de gouvernance, comme levier de transformation des

²⁶ L'unité vit le départ de M. Lemieux en juin 2013. Il est remplacé par M. Sylvain Bernier à la fin de 2013. Le repositionnement est amorcé par ce dernier.

pratiques et d'innovation (Bernier, 2015). Le développement de cet axe d'action est d'abord confié à la direction administrative de la recherche (DAR) qui devient, à la suite de la révision du plan d'organisation de l'établissement, la direction de la coordination de la mission universitaire et de la pertinence (DCMUP) (CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2017). Un comité de coordination de la mission universitaire et de la pertinence (CCMUP) est mis en place et un cadre de référence sur la mission universitaire, qui met en lumière les mécanismes de coordination de cette nouvelle direction, est développé. Parmi ces mécanismes de coordination, mentionnons entre autres : la constitution d'un bureau des pratiques pertinentes (BPP); l'implantation d'un guichet unique d'accès; et l'élaboration d'un portefeuille de projets (CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2018b). La DCMUP devient effective en vigueur en juin 2018 et les mécanismes de coordination proposés sont officiellement lancés à l'automne 2018.

Pour le volet d'ETMI, cette métamorphose de l'organisation amène le déploiement de nouvelles trajectoires de travail. L'UETMIS du CHUS est regroupée avec l'UETMISSS du CSSS-IUGS pour former l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie-CHUS. L'unité actualise ses activités pour mieux répondre à son mandat qui demeure le soutien à la prise de décision des décideurs, gestionnaires et équipes cliniques, mais pour un établissement à mission élargie. Sa vision est revisitée dans un souci d'adéquation entre ses pratiques et le nouveau contexte de l'établissement.

Le Tableau 7 résume la chronologie des événements associés à l'évolution de la mission universitaire et le déploiement de l'ETMI au CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

ANNÉE	DESCRIPTION DE L'ÉVÈNEMENT
1961	(9 février) Création de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke
1969	(14 janvier) Ouverture officielle de la Clinique de l'Université de Sherbrooke Création de la Société des médecins de l'Université de Sherbrooke
1974	La Clinique de l'Université de Sherbrooke devient le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
1980	Création du Centre de recherche clinique du CHUS
1992	Désignation de CHU octroyée au CHUS
1995	Regroupement des 4 hôpitaux de soins de courte durée de Sherbrooke (CHUS, Hôtel-Dieu de Sherbrooke, Hôpital Saint-Vincent-de-Paul de Sherbrooke et les soins de courte durée du Sherbrooke Hospital) sous l'appellation Centre universitaire de santé de l'Estrie (CUSE) (25 septembre) Désignation de CHU accordée à la nouvelle entité créée par la fusion des établissements de soins de courte durée de Sherbrooke
2003	Création du RUIS de l'Université de Sherbrooke Publication du 1er rapport du CHUS, intitulé «Évaluation du Service d'hémodynamie du programme cardiopulmonaire du CHUS»
2004	Création de l'UETMIS du CHUS
2006	Création de la direction d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé (DETMIS)
2009	(1er avril) Création de la direction de la qualité, la planification, l'évaluation et la performance
2013	Repositionnement stratégique de l'UETMIS du CHUS
2015	(9 février) Création du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (Projet de loi 10) Création de la Direction administrative de la recherche
2016	Création de l'UETMISSS du CSSS-IUGS Mise en place d'un comité de coordination de la mission universitaire et pertinence
2017	Création de l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie-CHUS
2018	Création de la direction de la coordination de la mission universitaire et de la pertinence (DCMUP) Mise en vigueur: - de la direction de la coordination de la mission universitaire et de la pertinence - du bureau des pratiques pertinentes - du guichet unique d'accès

Sources : (CHUS, 2009a; Conseil médical du Québec, 1998; Maltais, 1980; MSSS, 2005a; RUIS Sherbrooke, 2017; SMUS, 2017) Ceci inclus également les rapports annuels, les rapports annuels de gestion ainsi que les plans stratégiques du CHUS de 2007 à 2017. Disponibles sur le site web du CHUS : <http://www.chus.qc.ca>, repérés le 07-04-2017

Tableau 7. – Résumé chronologique des événements associés au CIUSSS de l'Estrie-CHUS et à l'évolution de sa mission universitaire

6.3 Structure et activités de l’UETMISSS du CIUSSS de l’Estrie-CHUS

Les données relatives à la structure et aux activités de l’UETMISSS du CIUSSS de l’Estrie – CHUS ont été recueillies en deux étapes. La première période de collecte de données s’est échelonnée de novembre 2015 à mars 2017, période à laquelle il a été possible de brosser le portrait de sa gouvernance et son mode de fonctionnement depuis son repositionnement stratégique de 2013 jusqu’à l’entrée en vigueur de la LMRSSS (projet de loi 10). Une deuxième période de collecte de données a eu lieu d’avril à juin 2018. Cette dernière a permis de représenter l’UETMISSS en transformation à la suite de la réforme du système de santé. Pour chacune des périodes, une recherche documentaire et une série d’entretiens ont été réalisées.

Cette section constitue un premier niveau de traitement des données colligées pour chacune des périodes. En premier lieu, la gouvernance de l’unité est décrite. Vient ensuite une description de la démarche d’évaluation et pour terminer, l’offre de service est présentée.

6.3.1 Avant le projet de loi 10

Gouvernance et mode de fonctionnement

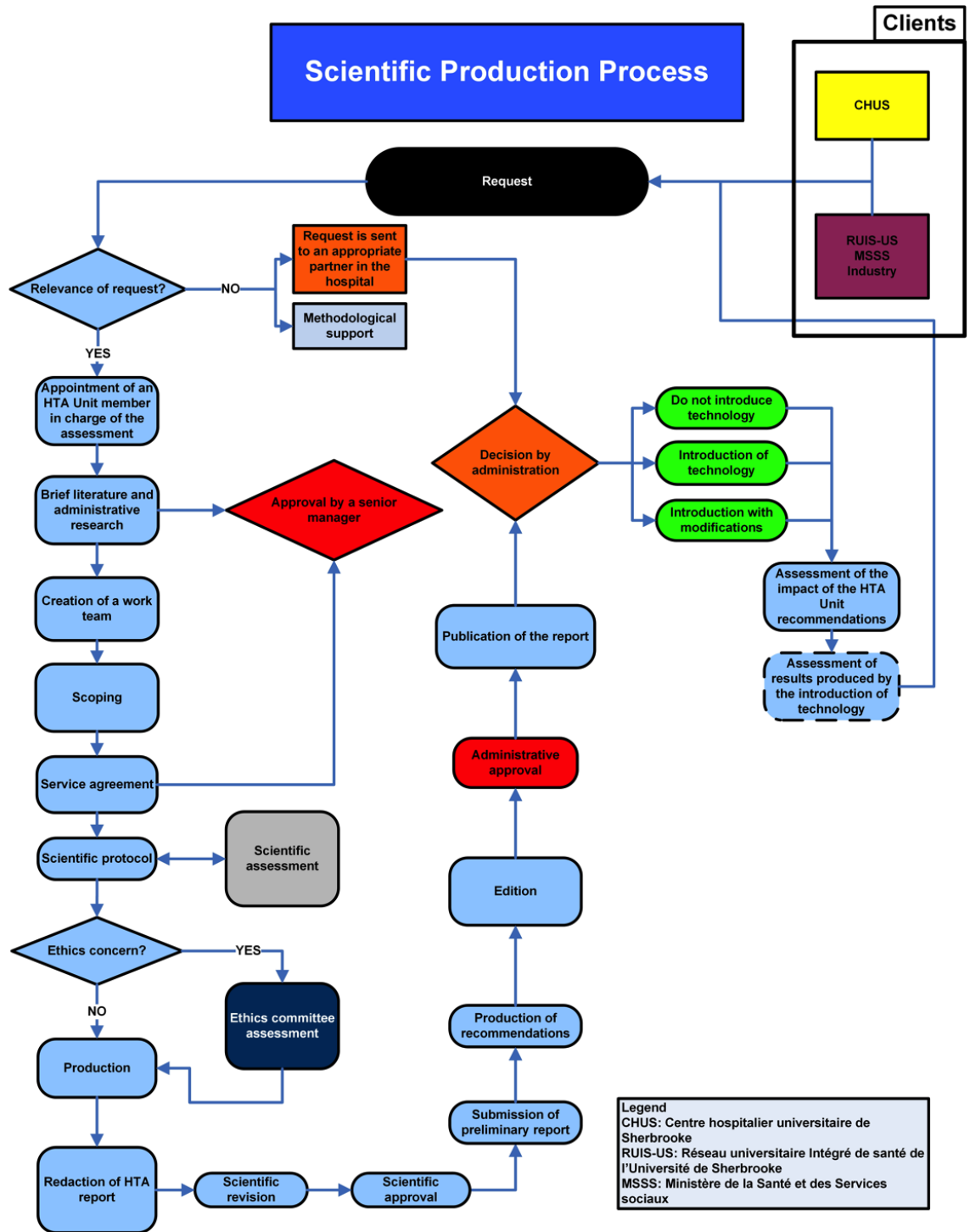
Avant l’entrée en vigueur de la loi 10, l’UETMIS relevait du directeur adjoint de la DQPEP. Ses activités étaient chapeautées par un individu non médecin, assurant le rôle de coordonnateur de l’unité. Incluant le coordonnateur, l’unité était constituée de six membres et détenait une capacité de travail approximative de 4,5 équivalents temps complet (ETC). Au sein de l’équipe, on comptait : des conseillers en évaluation des technologies, un conseiller-cadre en évaluation des technologies, une agente administrative et un médecin-conseil. Les conseillers agissaient tous à titre de spécialistes en ETMI. Étant issus de diverses disciplines (recherche fondamentale, sociologie, santé publique, économie de la santé), ils étaient assignés par le coordonnateur aux différents projets d’ETMI, selon leur champ d’expertise. En plus d’exercer les mêmes fonctions qu’un conseiller en évaluation des technologies, le conseiller-cadre offrait du support terrain aux équipes de soins évaluant de nouvelles technologies et/ou modes d’intervention et ayant besoin de soutien au niveau

méthodologique. Contrairement aux conseillers dédiés à temps plein aux activités de l'UETMIS, le conseiller-cadre travaillait à temps partiel pour l'unité et occupait parallèlement un poste de chercheur au CRCHUS. Quant à l'agente administrative, elle était responsable, entre autres, de la correction d'épreuves et de la mise en page des rapports d'évaluation. Depuis 2015, un médecin-conseil avait joint l'UETMIS. En raison de son expertise médicale et sa vaste expérience en ETMI, il jouait un rôle clé dans le développement méthodologique et stratégique de l'unité, en plus d'apporter un support aux activités courantes de l'unité.

Aucun comité sous-jacent n'existait formellement pour assurer l'exécution de fonctions telles que : la sélection et priorisation des demandes d'évaluation; l'élaboration des recommandations; l'approbation des rapports d'évaluation. En cas de besoin, les membres de l'UETMIS s'alliaient des personnes clés ou créaient des comités *ad hoc* (p. ex., dirigeants de l'organisation, experts externes, banque de données locales, *etc.*) pouvant les épauler dans leur démarche d'évaluation.

Démarche d'évaluation

Suivant l'analyse de ses activités et de son environnement réalisé en 2013, l'UETMIS s'était dotée d'un processus de production scientifique décrivant le cheminement d'un projet d'évaluation du moment où une demande d'évaluation était présentée à l'UETMIS, jusqu'à ce qu'une décision relative à la technologie soit prise (Figure 6). En voici les grandes lignes selon les trois phases du processus d'évaluation présentées au chapitre 4.

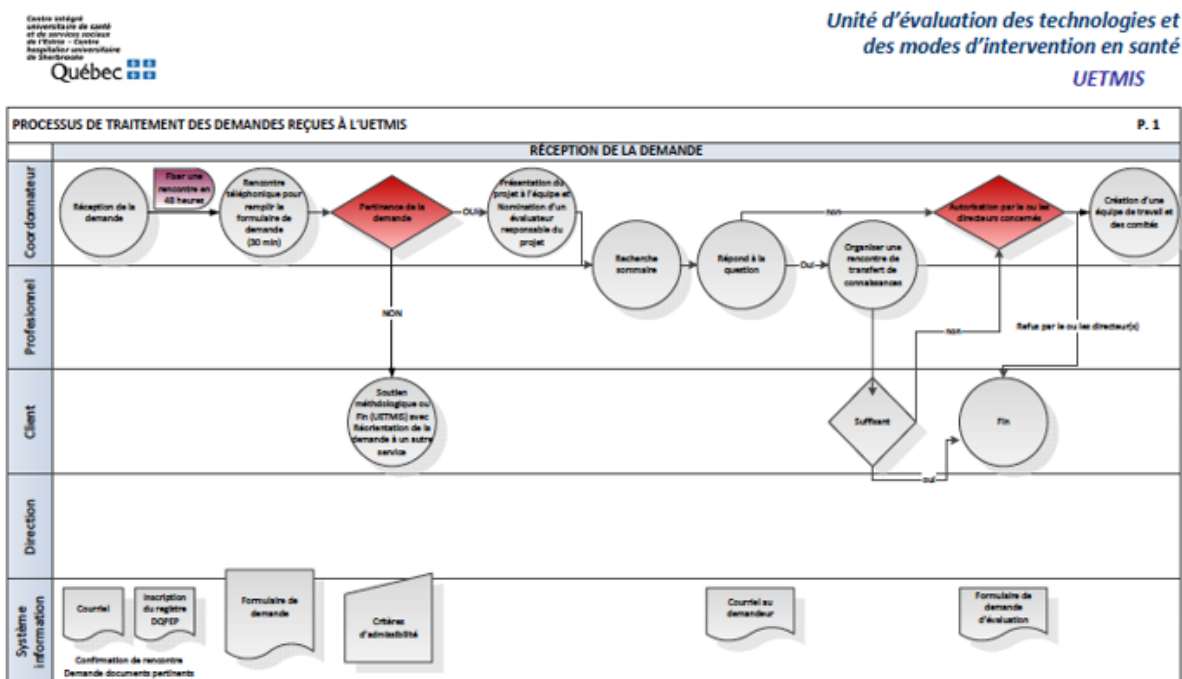


Source : UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Figure 6. – Processus de production scientifique de l'UETMIS du CHUS avant le projet de loi 10

Phase 1 - Conception du projet d'évaluation

Avant l'entrée en vigueur de la LMRSSS (projet de loi 10), le processus de traitement des demandes reçues à l'UETMIS débutait une fois la requête présentée au coordonnateur (Figure 7). Ce dernier était responsable de fixer une rencontre téléphonique servant à remplir, avec le gestionnaire demandeur, un formulaire de demande. Une fois le formulaire complété, le coordonnateur de l'UETMIS évaluait la pertinence de la demande.

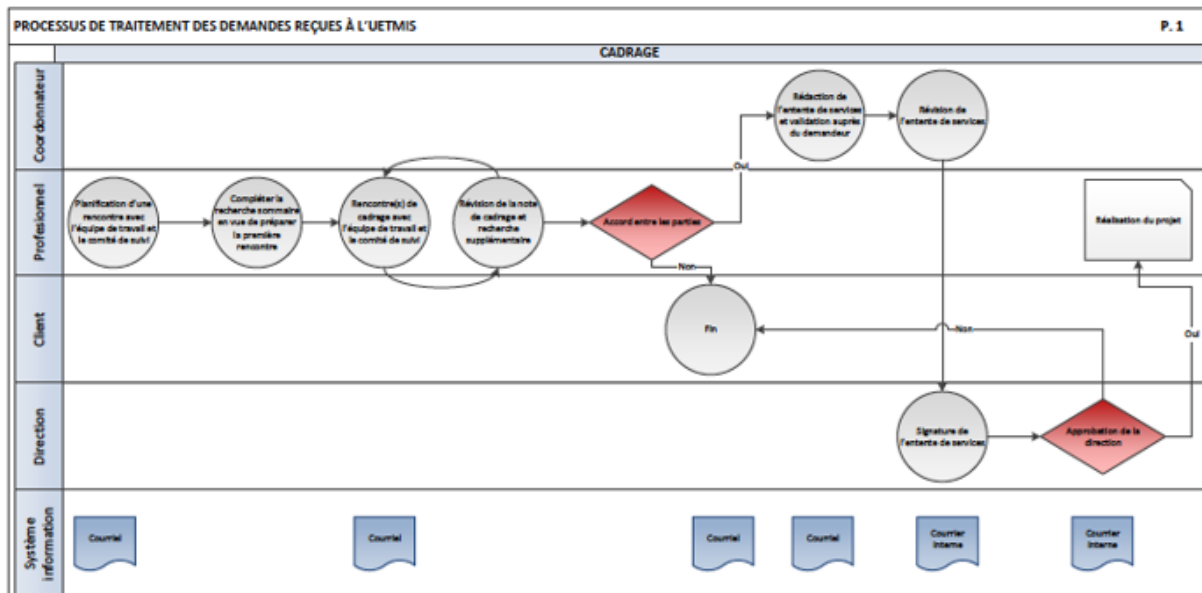


Source : UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Figure 7. – Processus de traitement des demandes reçues à l'UETMIS avant le projet de loi 10 – Réception de la demande

Lorsque le projet n'était pas reconnu comme étant un projet d'ETMI par le coordonnateur de l'UETMIS, ce dernier offrait du soutien méthodologique au gestionnaire demandeur ou le redirigeait vers le bon service. Dans le cas contraire, le coordonnateur de l'UETMIS présentait le projet à son équipe et l'un des conseillers en évaluation effectuait une recherche sommaire d'information en vue de préparer une seconde rencontre,

communément appelée rencontre de cadrage (Figure 8). La rencontre de cadrage visait à : clarifier la (ou les) question(s) à l'origine de la demande, préciser les besoins du gestionnaire demandeur, identifier les enjeux impliquant la technologie ou le mode d'intervention, et assembler l'information déjà disponible auprès des demandeurs. Cette rencontre réunissait l'équipe complète de l'UETMIS ou l'un de ses membres, et le gestionnaire demandeur. Si la recherche sommaire qu'avait effectuée l'UETMIS répondait à toutes les questions du gestionnaire demandeur, des activités de transfert de connaissances étaient alors organisées. Lorsque des questions subsistaient, les informations recueillies durant la rencontre de cadrage servaient au coordonnateur de l'UETMIS pour procéder à la rédaction d'une entente de service, qui était ensuite validée par le gestionnaire demandeur. L'étape de validation confirmait dans un premier temps que les besoins décisionnels avaient bien été cernés et traduits en question d'évaluation par l'équipe de l'UETMIS, et dans un second temps précisait les sujets qui allaient être traités au cours de l'évaluation tout comme ceux qui ne le seraient pas. L'approbation de l'entente de service par la direction de l'établissement mettait fin au cadrage ainsi qu'à l'étape de conception de l'évaluation. En signant l'entente de service, la direction confirmait que la question à l'étude représentait réellement un enjeu pour l'organisation et engageait la direction à tenir compte éventuellement des résultats de l'évaluation dans la prise de décision.



Source : UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Figure 8. – Processus de traitement des demandes reçues à l'UETMIS avant la loi 10 – cadrage

Les principaux acteurs concernés par l'étape de conception du projet d'évaluation étaient les membres de l'UETMIS, les gestionnaires demandeurs de l'évaluation et le personnel de la direction.

Phase 2 - Réalisation de l'évaluation

L'étape de la réalisation du projet d'évaluation consistait en la recherche de données probantes dans la littérature scientifique ou sur le terrain, la synthèse et l'analyse des données, la rédaction du rapport, et l'élaboration des recommandations. L'approbation administrative du rapport mettait fin à cette étape.

Au CHUS, la réalisation du projet d'évaluation s'entamait par la constitution d'une équipe de travail au sein de l'UETMIS. C'est cette équipe qui effectuait la majeure partie du travail de production scientifique. De temps à autre, le gestionnaire demandeur était contacté par le conseiller en évaluation, par téléphone ou par courriel, pour répondre à des questionnements de l'équipe ou pour s'assurer que le projet d'évaluation évoluait dans la bonne direction. En cas de besoin, le conseiller en évaluation était dirigé vers un référent, c'est-à-dire un professionnel de la santé détenant l'expertise clinique nécessaire pour répondre aux questions soulevées par les membres de l'UETMIS. Le conseiller en évaluation pouvait également communiquer directement avec des personnes qu'il jugeait pertinentes pour obtenir davantage d'information concernant le sujet d'évaluation. Avec les données probantes provenant de la littérature scientifique ainsi que les données locales disponibles, il y avait rédaction du rapport d'ETMI. Une fois la rédaction complétée, le rapport d'ETMI était soumis à un processus de révision et d'approbation scientifique interne avant d'être envoyé, sous forme de rapport préliminaire, au gestionnaire demandeur et autres personnes jugées pertinentes, afin d'obtenir leurs commentaires et suggestions. Le rapport préliminaire servait également à l'élaboration des recommandations. Une fois le rapport édité, il était soumis au directeur de l'UETMIS pour l'obtention de l'approbation administrative. Une fois l'approbation administrative obtenue, le rapport pouvait être diffusé à grande échelle; ce qui concluait la phase de réalisation de l'évaluation.

Phase 3 - Utilisation de l'évaluation

Lorsque les rapports d'évaluation étaient finalisés, il était temps de passer à l'étape de diffusion des connaissances afin d'alimenter la prise de décision. L'implication de l'unité dans la phase d'utilisation de l'évaluation n'était pas détaillée dans ses outils. Ceci s'explique par le fait que ces documents traitaient exclusivement du processus de production scientifique.

Comme expliqué par les membres de l'UETMIS lors de la tenue des entretiens, la diffusion des connaissances s'effectuait d'abord à l'interne et était dirigée, soit par les membres de l'unité ou par les gestionnaires demandeurs. Dans un premier temps, les rapports

d'évaluation étaient envoyés par courriel aux gestionnaires demandeurs et aux parties prenantes ayant été impliquées dans le projet. Dans un second temps, l'UETMIS offrait aux gestionnaires demandeurs la possibilité de présenter les résultats des rapports d'évaluation lorsque des occasions de divulgation des résultats se présentaient, telles que des réunions départementales, rencontres de comités, rencontres du conseil d'administration ou de la direction, *etc.* En cas de refus de la part d'un gestionnaire demandeur souhaitant lui-même divulguer le contenu du rapport, l'UETMIS demeurait disponible pour accompagner ce dernier dans sa préparation, afin qu'il comprenne bien et soit en mesure de vulgariser le contenu du rapport. Dans un troisième temps, les rapports d'évaluation étaient publiés en ligne sur le site du RUIS de l'Université de Sherbrooke²⁷. Ils étaient ainsi accessibles à tout le personnel du CHU et au grand public. Dans un quatrième temps, l'UETMIS faisait état des travaux effectués au courant de l'année dans le rapport annuel de l'établissement.

Afin de faire connaître les travaux effectués par l'unité, autant à l'interne qu'à la communauté de pratique en ETMI du Québec et à l'international, des démarches étaient également effectuées par les membres de l'UETMIS pour qu'un numéro international normalisé des publications en série (ISSN) soit attribué par la bibliothèque des Archives du Canada, à chacun des rapports d'évaluation publiés. Une autre initiative des membres de l'UETMIS du CHUS était de préparer une infolettre nommée Vigies en ETMIS. Cette infolettre avait été créée en 2011. Elle avait comme objectif de recenser les activités d'ETMI de tous les CHU du Québec et de l'INESSS. Un résumé et un lien vers le rapport complet y étaient présentés pour chaque publication. Enfin, l'UETMIS du CHUS s'investissait auprès de la communauté scientifique en publiant des articles scientifiques sur les revues systématiques qu'elle a réalisées, et effectuait des présentations orales ou par affiches, autant dans des événements nationaux, qu'internationaux (Poder *et al.*, 2018; Roy, 2018).

²⁷ Avant la création du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, les rapports d'évaluation du CHUS étaient diffusés sur le site du RUIS de l'Université de Sherbrooke. Pendant une certaine période, ils ont été disponibles sur la page internet du CHUS. Maintenant on les retrouve sur la page du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Offre de service

Comme illustré par son processus de production scientifique, les services offerts par l'UETMIS prenaient principalement deux formes : soit la réalisation de projets d'évaluation, ou du soutien méthodologique (c.-à-d., outils nécessaires et conseils personnalisés) à une équipe locale réalisant un projet d'évaluation.

L'UETMIS possédait un portefeuille de produits/services diversifié incluant : a) le rapport classique (revue systématique contextualisée (avec ou sans méta-analyse)); b) le bref rapport (revue narrative ou examen de la portée (scoping review)); c) la note de synthèse (survol de la littérature avec quelques données contextuelles); d) le soutien méthodologique; et e) le transfert de connaissance.

Les données probantes provenaient de deux sources d'information : soit la littérature scientifique ou l'expérience terrain. Lorsque les données probantes provenaient de la littérature scientifique, le rapport classique reposait sur une évaluation approfondie de l'ensemble des données probantes disponibles. Il incluait une évaluation de la qualité de chacune des études retenues pour l'analyse. La synthèse des données était quantifiée ou non. Les données étaient également contextualisées par rapport aux réalités de l'organisation menant l'étude. La démarche de synthèse des connaissances menait automatiquement à l'élaboration de recommandations. Lorsque les données probantes provenaient d'une évaluation terrain, une brève revue de la littérature scientifique pouvait également accompagner les données terrain.

Le bref rapport était réalisé à partir d'une revue partielle des connaissances disponibles, soit en se limitant à certaines catégories de sources de données, soit principalement les revues systématiques et les rapports d'évaluation d'autres organismes d'évaluation. Les particularités quant au contenu, à la méthodologie et la qualité des études étaient parfois énoncées. Autrement dit, les différentes composantes de la revue systématique

étaient simplifiées ou omises dans l'intention de produire l'information demandée dans un délai variant entre 4 à 8 mois. La présence de recommandations était alors optionnelle.

La note de synthèse quant à elle correspondait à un bref survol de la littérature ou à une synthèse succincte des données disponibles. Elle ne divulguait pas de recommandations.

6.3.2 Après le projet de loi 10

Gouvernance et mode de fonctionnement

La reconfiguration organisationnelle engendrée par la création du CIUSSS de l'Estrie-CHUS a induit la transformation de l'UETMIS en une UETMISSS qui s'adresse désormais à plus de 100 installations de secteurs d'exercices variés. La convergence de plusieurs événements a fait en sorte que le directeur de la direction administrative de la recherche (DAR) s'est approprié le volet administratif de gestion de l'unité, et a confié à une médecin gestionnaire qu'il a nommée directrice scientifique, les mandats de coordonner les activités scientifiques de l'unité, de positionner cette dernière à l'intérieur de l'organisation, et de créer de nouveaux canaux d'échange et de collaboration avec les autres directeurs du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Son entrée en poste en octobre 2016 a fait de la directrice scientifique, une joueuse clé supplémentaire dans le développement stratégique et méthodologique de l'UETMISSS. Le poste de coordonnateur a quant à lui été aboli. Pour les conseillers, tous sont maintenant à la fois spécialistes en ETMI et chercheurs d'établissement. En plus de soutenir la prise de décision et la transformation des pratiques, les travaux qu'ils mènent intègrent des composantes de développement méthodologique de l'ETMI et de recherche et développement. Le Tableau 8 résume les modifications apportées à la composition de l'équipe l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie-CHUS en date du 31 mars 2018.²⁸ Soulignons, entre autres, la nomination d'un conseiller en évaluation spécialisé en services sociaux.

²⁸ L'UETMISSS vivra le départ de sa directrice scientifique en mai 2018. Elle sera remplacée par le Médecin-conseil de l'unité qui deviendra à son tour directeur scientifique de l'UETMISSS au 28 février 2019. Une nouvelle professionnelle en ETMI joindra également l'équipe en 2019.

AVANT LE PROJET DE LOI 10 (au 31 mars 2015)	APRÈS LE PROJET DE LOI 10 (au 31 mars 2018)
Conseiller en évaluation (2)	Conseiller en évaluation*, ** (2)
Cadre intermédiaire* (1)	Cadre intermédiaire* (1)
Médecin - conseil (1)	Médecin-conseil (1)
Coordonnateur de l'UETMIS (1)	Directrice scientifique (1)
Agente administrative (1)	Agente administrative (1)

* Les personnes occupant ces postes remplissent ou sont en démarche pour remplir également des fonctions de chercheur d'établissement

** Inclus un évaluateur spécialisé en services sociaux

Tableau 8. – Composition de l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie-CHUS

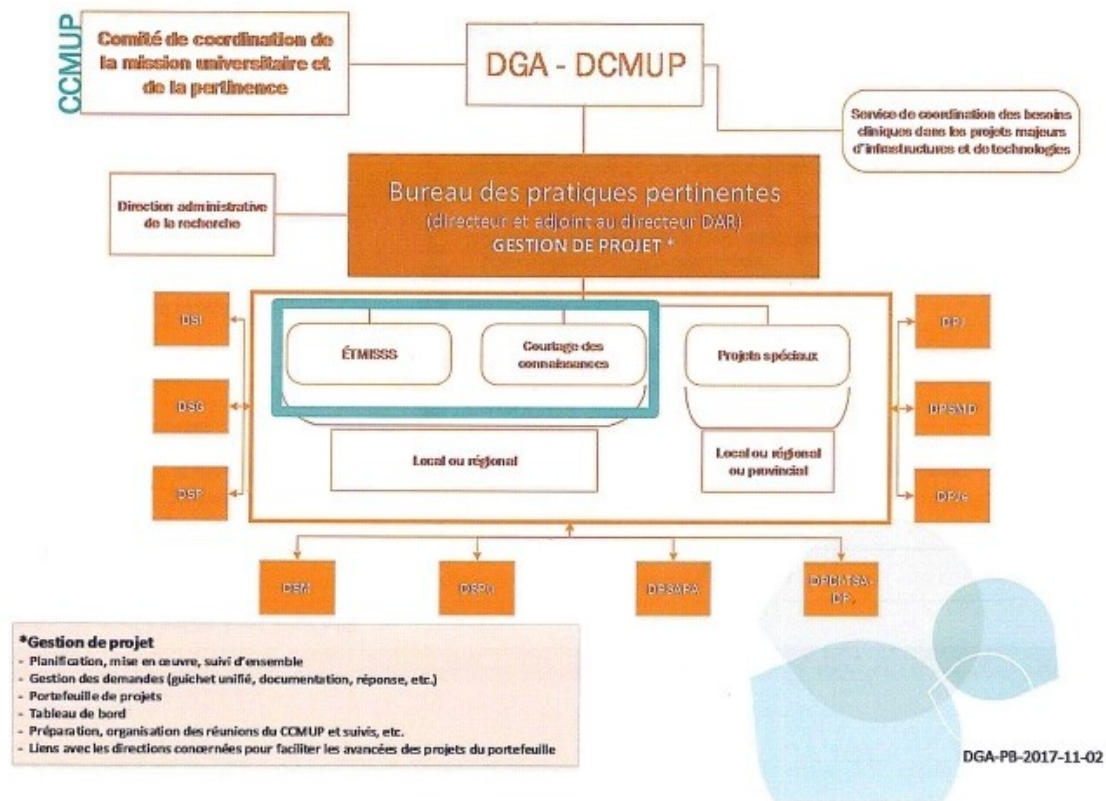
L'évolution naturelle de l'ETMI à l'échelle internationale, ainsi que la revue des priorités organisationnelles du CIUSSS de l'Estrie-CHUS ont amené l'UETMISSS à se remettre en question et à s'actualiser pour répondre plus adéquatement au nouveau contexte de l'établissement. Avec le support des autorités du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, la coordination de la mission universitaire a été repensée. Sa structure de gouvernance a été remodelée dans le but de mettre en place un contexte collaboratif favorable aux différentes dimensions de la mission universitaire, faciliter l'arrimage de leurs travaux, et ultimement potentialiser l'impact de la mission universitaire à travers l'organisation. C'est dans cette optique que trois entités ont été constituées ou sont en cours d'implantation. On parle ici du Bureau des pratiques pertinentes (BPP), du guichet unique d'accès et du CCMUP (Figure 9).

Le BPP est une instance qui regroupe l'UETMISSS, le courtage de connaissances et les projets spéciaux à grand déploiement. Il est sous la responsabilité du directeur adjoint de la DCMUP, qui se trouve à être le directeur scientifique de l'UETMISSS. Ses activités sont administrées par un coordonnateur, aussi responsable du service de courtage des connaissances. Le BPP est impliqué dans le dépôt, la sélection et la priorisation des projets d'ETMI. Par son guichet unique d'accès, les demandeurs formulent leurs demandes

d'évaluation. Le formulaire rempli permet au coordonnateur du BPP d'analyser le projet et déterminer s'il correspond à l'ETMI et/ou du transfert de connaissances. Il achemine ensuite la demande vers le bon service, qui évalue à son tour le projet. Selon les projets retenus, le BPP contribue à la priorisation des projets par sa gestion des capacités interservices.

Selon l'envergure des projets d'évaluation, le CCMUP est également sollicité pour sélectionner et prioriser les projets. Le CCMUP regroupe les grands directeurs de l'établissement (c.-à-d. le/la président-directeur général adjoint (PDGA), le directeur général adjoint (DGA) santé physique, le DGA services sociaux/réadaptation, tous les directeurs cliniques, les ressources humaines, les responsables de la direction des ressources informationnelles et technologiques (DRIT), le directeur santé publique). Une fois les projets déposés et analysés préliminairement par le BPP, ceux identifiés comme étant majeurs sont sujets à une analyse subséquente effectuée par le CCMUP. Cette démarche permet à la direction de l'établissement de prendre connaissance des projets en cours, d'accorder un niveau de soutien approprié aux équipes (c.-à-d., accélérateur, incubateur, concepteur porteur, éclaireur) et d'être impliqué dans le suivi et l'avancement de ces projets.

ORGANIGRAMME



Source : CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Figure 9. – Organigramme de la DCMUP

Démarche d'évaluation

À l'interne, les membres de l'UETMISSS ont témoigné d'une volonté de revoir et standardiser leur démarche d'évaluation. Tout en préservant les forces de leur unité, les membres de l'UETMISSS se sont donnés comme objectif d'arrimer leurs fonctionnements à ceux des meilleures pratiques internationales et de l'INESSS (Husereau *et al.*, 2016; Sampietro-Colom *et al.*, 2015).

Au niveau de la conception du projet d'évaluation, la sélection et la priorisation s'effectuent de concert avec le BPP et le CCMUP. Les équipes associées à la réalisation des différentes dimensions de la mission universitaire et pouvant collaborer au projet d'évaluation

sont identifiées tôt dans le processus. Un modèle logique et un cadre d'analyse sont élaborés pour tous les projets.

En ce qui a trait à la réalisation de l'évaluation, la prise en compte du savoir expérientiel des patients, proches aidants et citoyens dans chacun des projets d'évaluation est systématique. (Annexe 4 – Politique de participation des usagers, proches aidants et citoyens à l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie - CHUS (PUPACS)). Le plus rapidement possible, un comité consultatif est créé. Ce comité est constitué de manière à englober l'ensemble des parties prenantes. Il peut également inclure des partenaires des autres dimensions de la mission universitaire. Le comité consultatif accompagne l'UETMISSS en suivant l'évolution et en prenant connaissance des résultats de ses travaux, en partageant ses commentaires et en suggérant des orientations à sa démarche d'évaluation, puis en participant à l'élaboration des recommandations.

Contrairement au passé, le rapport n'est plus vu comme étant une fin en soi, mais plutôt comme un outil de changement de pratiques. C'est pourquoi la démarche d'évaluation et l'implication de l'UETMISSS ne s'arrêtent pas obligatoirement à la production d'un rapport d'évaluation. La volonté d'assurer l'utilisation de l'évaluation, en identifiant les pratiques pertinentes et en fournissant les outils pouvant aider à la transformation des pratiques, est au cœur de la démarche d'ETMI. Dans l'éventualité où, à la suite d'une évaluation, un projet est identifié comme étant non pertinent pour l'organisation, l'UETMISSS étend ses démarches pour identifier les options possibles du demandeur. Par exemple, les rapports peuvent être utilisés pour la création d'outils dérivés des rapports en vue de soutenir la transformation des pratiques; la question d'évaluation peut être élargie, en cas de besoin, afin de pouvoir proposer des alternatives au demandeur.

Offre de service

La typologie des produits de connaissances de l'UETMISSS est résumée à la Figure 10. (Voir également Annexe 5 – Offre de service de l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS). Cette

dernière s'arrime, tout comme la démarche d'évaluation, aux meilleures pratiques internationales ainsi qu'à la typologie de l'INESSS (INESSS, 2017). On dénote quatre produits : 1) l'avis d'évaluation; 2) l'avis d'évaluation rapide; 3) l'état des connaissances; et l'état des pratiques. Les étapes du processus de production sont intégrées à la description de chaque produit. La présence de recommandations est clairement établie et le délai de production requis est indiqué. Ces délais respectent les meilleures pratiques à l'échelle internationale. De plus, un visuel a été conçu de façon à différencier chaque produit. Les revues systématiques sont également enregistrées dans la base de données internationale PROSPERO.

DEUX PRODUITS AVEC RECOMMANDATION(S)		DEUX PRODUITS SANS RECOMMANDATION	
Avis d'évaluation	Avis d'évaluation rapide*	État des connaissances*	État des pratiques
Descriptif Revue systématique et/ou étude de terrain accompagnée d'une analyse approfondie du contexte et des enjeux.	Descriptif Examen rapide des connaissances scientifiques existantes accompagné d'une brève analyse du contexte et des enjeux.	Descriptif Synthèse des données scientifiques existantes accompagnée d'une analyse du contexte et des enjeux.	Descriptif Analyse descriptive ou comparative de l'utilisation d'une technologie, d'une intervention, d'un continuum ou d'une trajectoire de services (au CIUSSS, au RUIS ou ailleurs).
Format Rapport complet	Format Rapport abrégé	Format Note de synthèse	Format Note de synthèse
Durée 12 à 24 mois	Durée 4 à 12 mois	Durée 4 à 6 mois	Durée 4 à 6 mois

Source : UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Figure 10. – Typologie des produits de connaissances de l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

6.3.3 Réalisations de l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Rapports d'évaluation

Entre 2003 et 2018, l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a produit 51 rapports d'évaluation relevant du domaine public (CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2018c). Ce nombre

correspond à près d'une trentaine de projets d'évaluation, dont certains ont été exploités en plusieurs publications ou ont été mis à jour pour compléter l'information antérieurement disponible. L'Annexe 7 résume les rapports d'évaluation de l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS en fonction de la classification proposée à l'Annexe 6. En moyenne, l'unité a publié trois rapports d'évaluation par année. À partir de 2013, le rythme de publication s'est accru. Ceci concorde avec l'apparition de deux nouveaux types de rapports dans le portefeuille de produits de l'unité, soit le bref rapport et la note de synthèse. L'année la plus productive a été celle de 2015 avec la publication de 11 rapports d'évaluation. Au total, on dénombre 29 rapports classiques, 8 brefs rapports et 14 notes de synthèse.

Dès le début, l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a eu recours aux données issues de l'expérience terrain pour éclairer la prise de décision. En effet, la principale source de données des premiers rapports d'évaluation de l'unité a été la collecte de données primaires locales. Parmi les 51 publications de l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, 30 ont été classifiées comme étant de l'ETMI, tandis que 21 se sont avérées être de l'évaluation terrain avec développement de la preuve.

En grande majorité, les publications ont porté sur des équipements technologiques (19 publications) ou des modes d'intervention (23 publications), autant en usage (27 publications) que non utilisés, au CIUSSS de l'Estrie - CHUS (22 publications). Les dimensions les plus souvent évaluées ont été l'efficacité (71%) et l'innocuité (46%) des interventions. Alors que les dimensions organisationnelles (35%), éthiques (0%) ou légales (0%) ont rarement été celles à l'origine de la demande d'évaluation.

Avec les nouvelles trajectoires de travail de l'UETMISSS, on observe déjà les changements apportés progressivement aux différents produits de connaissances. Citons entre autres, l'ancrage des rapports d'ETMI par rapport aux différents niveaux d'engrenage du VRAI NORD, soit la boussole rappelant la bonne direction et l'alignement des décisions et des

actions de l'ensemble de l'organisation à conserver pour atteindre les objectifs du plan stratégique; les pistes d'actions intégrées aux rapports, *etc.*

Présentations lors de conférences

L'UETMISSS a pris part à plusieurs conférences d'envergure internationale. Entre autres, la 5^e Journée Nationale des Innovations Hospitalières, Colloques Health Technology Assessment International (HTAi), Agence canadienne d'évaluation des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS), *etc.*

Publication d'articles scientifiques

En plus des initiatives visant à diffuser le plus largement possibles ses rapports d'ETMI, l'UETMISSS a publié différents articles scientifiques, notamment sur l'impact de ses rapports d'ETMI et sur sa politique interne de participation des patients, usagers, proches aidants et citoyens (Poder 2018; Roy 2018).

Soutien méthodologique à divers projets

L'UETMISSS a offert du soutien méthodologique à certains membres de l'organisation. Cette participation a parfois été recensée sous forme de rapport, pour décrire la contribution de l'UETMISSS au projet d'évaluation (p. ex., Travaux préparatoires visant à acquérir des pompes volumétriques intelligentes au CHUS : La contribution de l'UETMISSS aux activités de la direction interdisciplinaire des services cliniques (DISC) et de la DRIT).

En somme, lorsque l'on se réfère à la mission de l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie - CHUS et aux écrits décrivant son mode de fonctionnement, les projets d'évaluation sous sa gouverne devraient se dérouler de la manière déterminée par sa démarche d'évaluation et ses réalisations, témoignant de son apport aux divers processus de prise de décision et des répercussions que sa contribution génère. Le Tableau 9 résume l'ensemble de ces informations. Or, en pratique, les enjeux et dynamiques organisationnels et humains viennent

moduler le déroulement du processus d'évaluation. La section suivante traite des enjeux qui surviennent dans le processus d'évaluation, tels qu'identifiés à partir des discours des intervenants interrogés.

UETMISSS – CIUSSS ESTRIE-CHUS						
Périodes ¹	1985 - 1991	1992 - 2001	2002 - 2008	2009 - 2014	2015 - 2017	2018 -
Positionnement dans l'organisation			2004 à 2006 : Relève de la DSP 2006 : Relève de la DÉTMIS	2009 : Relève de la DQPEP	2015 : Relève de la DAR	2018 : Relève de la DCMUP (Au sein du BPP)
Mission de l'unité	N/A	N/A	<i>Depuis sa création</i> « Produire des avis susceptibles d'influencer les décisions prises par l'administration hospitalière concernant les investissements en technologies de la santé, l'implantation des technologies émergentes, les changements dans la pratique des soins et les modes d'intervention en santé (dispensation des soins et organisation des services) »		<i>À partir de 2014</i> « Soutenir et conseiller les gestionnaires du CHUS et du RUIS de l'Université de Sherbrooke dans la prise de décision par la synthèse et la production de connaissances pour l'utilisation efficiente des ressources et l'amélioration de la qualité des soins et des services aux patients. Contribuer à la mission universitaire du CHUS par ses pointes d'excellence, ses activités de transfert de connaissances et ses partenariats. »	
Nombre de membres			2003 (2) 2004 (3) 2006 (2)	2009 (4) 2012 (5) 2015 (6)	2016 (5)	2018 (6)
Nombre publications			2003 (1) 2006 (2) 2004 (1) 2007 (1) 2005 (3) 2008 (2)	2009 (2) 2012 (2) 2010 (1) 2013 (6) 2011 (4) 2014 (6)	2015 (11) 2016 (4) 2017 (2)	2018 (3)
Types de rapports			Rapports d'évaluation : (10) Brefs rapports : (0) Notes de synthèse : (0)	Rapports d'évaluation : (16) Brefs rapports : (1) Notes de synthèse : (4)	Rapports d'évaluation : (2) Brefs rapports : (6) Notes de synthèse : (9)	Rapports complets : (1) Rapports abrégés : (1) Notes de synthèse : (1)

Remarques : Intervalles de temps définis à partir des moments clés identifiés à partir du contexte général (1985 : Mise en place de la Commission Rochon; 1992 : Ajout du volet d'évaluation à la mission des établissements universitaires ; 2002 : Rapport Carignan/ Création des RUIS ; 2009 : Commission Castonguay/ Création de l'INESSS; 2015 : Projet de loi 10/ Création des CIUSSS, CISSS)

DAR : Direction administrative de la recherche ; DSP : Direction des services professionnels ; DQPEP : Direction de la qualité, planification, évaluation et performance ; N/A : non applicable ; UETMISSS : Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé et services sociaux

Tableau 9. – Tableau synthèse de la structure et des activités de l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie - CHUS

6.4 Enjeux et dynamiques de l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Les sections précédentes ont permis de dresser le parcours réalisé par l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS depuis sa création, de présenter son fonctionnement interne et de lister ses réalisations à ce jour.

Comme énoncé au chapitre 4, l'analyse stratégique éclaire distinctement le fonctionnement de l'organisation. En effet, cette approche théorique focalise sur les relations de pouvoir qui se tissent entre les membres qui composent l'organisation. Étant soumis aux contraintes structurelles de cette dernière, et en fonction de leurs intérêts et de leur capacité à mobiliser leurs ressources, les acteurs élaborent des jeux stratégiques leur permettant de poursuivre leurs objectifs individuels tout en unissant leurs efforts en vue de l'atteinte de l'objectif commun. Le fonctionnement réel de l'organisation est ainsi la résultante de ces jeux stratégiques entre les acteurs.

La lecture de l'organisation sous l'angle de l'analyse stratégique est possible par l'écoute des points de vue des membres de l'organisation et par l'observation de leurs comportements et actions, en réponse aux tensions et difficultés rencontrées lors de l'exécution de leur mission. La prochaine section présente les résultats de l'analyse des points de vue, comportements et actions des individus touchés par les activités de l'UETMIS du CHUS (Avant le projet de loi 10), de leurs enjeux et de leurs jeux stratégiques. La section se divise en deux sous-sections; l'une présente les acteurs et leurs enjeux alors que l'autre décrit la microdynamie créée par leurs jeux stratégiques.

Comme soulevé dans la première section de ce chapitre, d'importants changements ont été apportés à la gouvernance et au mode de fonctionnement de l'UETMISSS une fois que la LMRSSS est entrée en vigueur. La présente section se termine par une ouverture sur ces

changements et leurs effets possibles sur les dynamiques humaines et organisationnelles entourant l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

6.4.1 Les acteurs et leurs enjeux

L'UETMISSS est le groupe d'acteurs stratégiques central sur le plan de mise en application de l'ETMI au CIUSSS de l'Estrie-CHUS. L'UETMISSS supporte les décideurs, autant le corps médical et les professionnels de la santé et des services sociaux occupant des fonctions de gestion au niveau opérationnel et tactique (deuxième groupe d'acteurs), que les gestionnaires du niveau stratégique de l'établissement (formant un troisième groupe d'acteurs). Ce sont les trois groupes d'acteurs clés, identifiés au sein de l'organisation.

Avant le projet de loi 10, trois grandes thématiques englobaient l'ensemble des enjeux véhiculés par les personnes interviewées : l'UETMIS se trouvait en tension pour : 1) valoriser une culture d'ETMI au sein de l'établissement; 2) susciter l'acceptabilité de sa participation au processus de prise de décision organisationnelle et; 3) survivre dans un contexte organisationnel contraignant. La prochaine section présente les éléments, soulevés lors des entrevues, qui ont mené à l'identification de ces trois grandes thématiques.

Thématique 1 - valoriser une culture d'ETMI

On entend par valoriser une culture d'ETMI, considérer et mettre à contribution l'ETMI pour une allocation optimale des ressources. En d'autres mots, c'est partager le sentiment qu'en contexte hospitalier, recourir aux données probantes constitue un atout pour une prise de décision éclairée, transparente et responsable en ce qui a trait au choix et à la gestion des technologies et modes d'intervention utilisés par les établissements de santé et de services sociaux.

On constate qu'avant le projet de loi 10, malgré les années d'existence de l'UETMIS au sein CHUS, son travail demeurait méconnu des membres de l'organisation. Tel qu'énoncé par un professionnel de l'unité:

Il y a peut-être la moitié des services qui savent qui on est. Puis de la moitié de ceux qui savent qui on est, il y a peut-être la moitié qui ont fait appel une fois à nos services. Donc un quart, en gros, qui nous connaissent bien. Un autre quart qui nous connaissent et l'autre moitié qui ne nous connaissent pas. [UE2]

Parfois même, une série d'intermédiaires étaient interpellés avant qu'une demande d'évaluation aboutisse à l'UETMIS. C'est ce qui a été partagé par l'un des gestionnaires interrogés :

Je voulais avoir une technologie... J'en ai parlé à mon collègue et ce dernier m'a impliqué dans le projet. Mais, je n'avais jamais entendu parler avant de cette organisation... C'est par hasard que j'ai été mis avec eux... [MED1]

Le mandat de l'UETMIS était souvent incompris. Cette réponse d'un gestionnaire à qui nous avons demandé depuis quand il connaissait l'UETMIS, nous a paru révélatrice en ce sens.

Moi j'ai été parachuté avec ces gens-là [UETMIS]. Je n'avais aucune idée de ce qu'ils faisaient. Moi on m'a juste dit : Voilà, si tu veux avoir tes affaires, il faut que ça passe par ça... Est-ce qu'ils ont un mot à dire dans la balance pour l'achat d'un équipement? De toute évidence oui, ça a l'air que oui, mais je ne sais même pas. Ils sont mandatés par qui? Est-ce qu'ils sont mandatés par l'hôpital lui-même? Est-ce une volonté du ministère de la Santé et des Services sociaux d'avoir cette institution dans les établissements? Je ne sais pas. [MED1]

L'incompréhension était également perceptible chez un autre gestionnaire, lorsqu'il a été question de la démarche d'évaluation mise en place par l'UETMIS.

Je demeure, malgré cette expérience, naïf de tout ce qui s'est passé entre le moment que l'on a jasé, on s'est rencontré, on a fait valoir nos points puis le moment où le rapport est sorti... Pour moi c'est une boîte noire; il y a eu avant, il y a eu ce qu'on a fait quand on nous a rencontré, les demandes qu'on nous a faites pour de l'information puis notre point de vue clinique. Puis, il y a eu le rapport. Entre les deux, je sais que

l'évaluateur n'était pas seul là-dedans, mais comment ça fonctionne, qui a fait quoi demeure un point d'interrogation [MED2]

Comme l'a dit un membre de l'UETMIS :

Les gestionnaires ne savent pas ce que c'est l'ETMI... Quand on leur explique, ils trouvent que c'est bien trop long puis ils disent qu'ils sont capables de prendre une décision avec une information incomplète [UE2]

Cependant, des gestionnaires de l'établissement partageaient plutôt l'avis suivant:

L'UETMIS n'a pas à être connue de tous... ils vont être incorporés dans le processus lorsqu'ils sont concernés... Si on veut soutenir la prise de décision, ce sont nos dirigeants qui doivent savoir ce que c'est l'UETMIS, puis à quoi ça sert; on parle des directeurs, directeurs adjoints, les hors cadres. Je pense qu'ils le connaissent assez bien. Je pense plus que le problème c'est que l'UETMIS n'était pas capable de rencontrer leurs attentes. [GES1]

Ce gestionnaire avait renchéri en disant:

Historiquement, je dirais qu'on avait créé une UETMI qui avait une approche très scientifique des questions qui lui étaient posées, puis qui avait des processus de production de rapports qui étaient très longs. On avait une qualité qui était, je pense, très bonne au niveau de l'ETMI, mais des processus qui étaient longs puis qui ne répondaient pas nécessairement toujours aux besoins de l'organisation. C'est-à-dire que ce n'était pas la haute direction qui nous confiait des mandats. C'était plutôt des médecins qui disaient à l'époque, moi je trouve que telle technologie est intéressante. J'aimerais la faire rentrer à l'hôpital. Peut-être que je pourrais demander une évaluation; ça pourrait m'aider après ça à mettre une pression sur la direction générale [GES1]

Au niveau de la direction, la question était plutôt de savoir: « Comment on peut s'assurer que notre unité devienne vraiment pertinente pour nous? » [GES1] Et effectivement, lorsque venait le temps d'évaluer de nouvelles technologies et modes d'interventions ou de renouveler certains appareils au CHUS, on remarque que l'UETMIS n'était qu'occasionnellement sollicitée par les dirigeants de l'établissement. Plusieurs investissements importants avaient même été

réalisés par l'établissement sans que l'UETMIS soit interpellée. Un gestionnaire a témoigné en ce sens en rappelant que ce n'était pas tous ses collègues qui faisaient appel aux services de l'UETMIS : « Ce n'est pas la direction qui fait appel à nos services... On achète des équipements de 5 millions puis on ne demande pas à l'UETMIS de faire un rapport ». [GES1]

En résumé, pour valoriser une culture d'évaluation et atteindre le but ultime de l'unité qui est de soutenir la prise de décision, les enjeux de l'UETMIS étaient de s'intéresser, comprendre et répondre aux besoins et aux priorités de l'établissement. L'unité devait également faire connaître et faire apprécier ses activités en mettant en valeur la richesse de son processus soit : une démarche cohérente, systématique, transparente et tenant compte des normes de qualité comme établies par la littérature scientifique.

Thématique 2 - Susciter l'acceptabilité de la participation de l'UETMIS aux processus de prise de décision organisationnelle

Susciter l'acceptabilité de la participation de l'UETMIS aux processus de prise de décision organisationnelle signifie que les parties prenantes conviennent que l'ETMI représente un atout favorable au bon déroulement des processus de prise de décision qui concernent les technologies et modes d'intervention en santé et services sociaux.

En contribuant à la prise de décision, l'UETMIS était parfois perçue comme une entité composée d'un groupe d'experts venant s'immiscer dans la gestion de professionnels de la santé et d'administrateurs hautement qualifiés, à qui l'on avait conféré des responsabilités de gestion. L'extrait suivant, tiré d'une entrevue avec l'un des membres de l'UETMIS, illustre la nécessité pour l'unité de démontrer son utilité et sa pertinence aux personnes à qui elle était adressée pour qu'elle soit acceptée et qu'elle puisse accomplir sa mission. Pour ce membre, la perception des gestionnaires s'expliquait par leur vision de l'art de la prise de décision:

[...]si tu es un gestionnaire qui prend des décisions avec 80% de certitude, tu es un mauvais gestionnaire. C'est ça la mentalité qu'on a. Quand tu as une UETMIS, je pense que tu peux avoir le loisir de dire: on va augmenter notre niveau de certitude, on va

descendre les incertitudes, pour prendre une meilleure décision. Mais, la gestion classique n'est pas basée sur un modèle comme ça [UE1]

Pour démontrer la pertinence de l'ETMI, les membres de l'unité avaient comme défi de convaincre les décideurs qu'en temps opportun et grâce à leur expertise distincte, ils pouvaient les soutenir dans leurs démarches de prise de décision sans interférer dans leur pouvoir décisionnel. Comme l'a soulevé un des gestionnaires lorsqu'il expliquait les difficultés d'acceptation de l'UETMIS:

Si on voulait avoir un plus grand rôle, un meilleur rayonnement, mieux soutenir la décision, il fallait s'intéresser à ce à quoi l'établissement s'intéressait. Il fallait leur fournir une réponse dans des temps acceptables, parce que ça c'était un enjeu; on n'arrivait pas à fournir des rapports dans des temps acceptables. [GES1]

L'acceptation de l'UETMIS était également tributaire de sa composition :

On n'avait pas, au sein de l'équipe, cette connaissance fine du clinique qui nous permettrait de vraiment bien comprendre les enjeux qu'ils [le corps médical] vivent, puis de faire le passage entre le rapport puis l'implantation des recommandations du rapport [GES1]

De leur côté, les gestionnaires-demandeurs s'attendaient, lorsqu'ils faisaient appel à l'UETMIS, à satisfaire aux exigences de la haute direction ou encore à connaître la position de cette dernière face à la technologie qu'ils convoitaient. La justification la plus souvent évoquée par les gestionnaires à qui nous avons demandé les raisons qui les avaient poussés à faire appel à l'UETMIS, était la nécessité de convaincre la haute direction d'opter pour une technologie ou un mode d'intervention qu'ils proposaient. Comme l'a dit un gestionnaire :

[...] L'évaluation des technologies est un levier pour valider ou invalider des choix, orienter les décisions... Deux raisons nous poussent à faire appel à l'évaluation des technologies : 1) la plus-value scientifique qu'elle apporte représente un levier au niveau politique; et 2) le processus initié amène un esprit de compétition entre les compagnies et parfois on arrive à faire baisser le prix des technologies ... [CPC1]

Comme l'a affirmé également un autre gestionnaire :

On avait besoin de convaincre l'hôpital. Puis moi, je savais un peu le mécanisme le plus simple à utiliser. Alors, à ce moment-là, nous avons décidé de passer par l'UETMIS parce que l'UETMIS c'est comme une voie indépendante qui évalue de façon possiblement plus objective que moi, qui est impliqué dans la pratique à tous les jours. A chaque fois que j'ai demandé à l'UETMIS, c'est parce que je sais la réponse. On n'est pas niais. On ne demanderait pas à l'UETMIS d'évaluer quelque chose qu'on ne connaît pas... [CPC2]

Il a ajouté : « Je le savais que l'une des façons de faire bouger l'administration était surtout d'avoir l'appui de l'UETMIS. » [CPC2]

Dans ces deux cas, la contribution scientifique de l'UETMIS était perçue comme un atout et incitait les gestionnaires à faire appel à l'unité. Selon un autre gestionnaire à qui nous avons posé la même question, l'ETMI était plutôt une étape incontournable visant à qualifier une technologie que l'on souhaite obtenir.

L'ETMI est un peu un passage obligé : 1) pour voir si c'est [la nouvelle technologie] une frivolité ou si c'est vraiment quelque chose qui a une valeur ajoutée pertinente pour l'organisation; et puis 2) que l'on ait une certaine idée de l'impact économique [de la nouvelle technologie] ... [CPC3]

Bien que faire appel à l'UETMIS leur amenait des avantages, selon les gestionnaires, la contribution de l'UETMIS pouvait comporter également certains dangers :

Le piège je pense de l'utilisation de ces unités-là, c'est maintenant de dire : il faut que tout passe par l'unité. Puis là, d'avoir des temps d'attente démesurément longs pour avoir la production d'un rapport puis, à la suite de ça, encore une autre période d'attente... Ça peut devenir comme une espèce de moyen de bloquer des projets pour « empêcher » au lieu de « favoriser » l'entrée de nouvelles technologies dans l'hôpital [...] Moi, je vois les dangers de dire : ah les unités c'est extraordinaire, il faut que tout passe par les unités. Bien, il n'y aura jamais assez de ressources pour évaluer les dossiers rapidement. Puis là, à ce moment-là, tu crées un goulot d'étranglement... [CdS2]

En d'autres mots, on ne voulait pas que la quantité de demandes ralentisse la prise de décision, soit à cause d'un manque de ressources, par le prolongement du temps nécessaire pour mener l'évaluation, ou encore parce que le passage par l'UETMIS était une manière détournée de délibérément différer la prise de décision.

Pour les dirigeants de l'établissement, l'UETMIS a longtemps été un groupe dont on ne pouvait percevoir la plus-value dans le processus de décision: « L'établissement disait : nous on ne sait pas ce qu'ils font tous seuls dans leur coin. Ils nous livrent des rapports, on ne savait même pas qu'ils travaillaient là-dessus; ça nous met devant le fait accompli. Des fois, ça nous met de la pression... » [GES1]

Ainsi, chaque groupe d'acteurs interprétait à sa façon l'apport que pouvait avoir l'UETMIS dans l'accomplissement de ses fonctions. De son côté, l'UETMIS constituait un partenaire stratégique au service de l'établissement. Elle agissait en complémentarité avec les autres intervenants du système de santé. L'UETMIS avait conçu et diffusé sa démarche d'évaluation. Pour que l'ETMI intègre la culture, il fallait que les membres de l'organisation adhèrent à cette conception de l'ETMI et en perçoivent la plus-value. Les éléments qui constituaient des enjeux étaient si l'UETMIS s'adressait aux bonnes personnes; étudiait les bons projets; saisissait les besoins des décideurs; s'y adaptaient; et y répondaient dans des délais opportuns.

Thématique 3 : Survivre dans un contexte organisationnel contraignant

L'établissement, autant ses membres que sa structure, évolue. Tous ses constituants, incluant l'unité, doivent s'adapter au changement. Les préoccupations et actions des différents groupes d'acteurs mettent en branle les activités de l'UETMIS. Les lignes suivantes énumèrent les éléments qui prévalaient avant le projet de loi 10.

Pour les gestionnaires ainsi que pour les membres de l'UETMIS, l'organigramme de l'établissement était révélateur de l'importance qu'accordait la haute direction à l'unité. À plusieurs reprises au cours de son existence, le positionnement organisationnel de l'UETMIS a été

revu et modifié. Ces changements ont façonné la transformation de l'unité. Plusieurs exemples le démontrent, dont le suivant :

À l'époque de la DQPEP, on était dans un environnement où tout le monde était en soutien à la prise de décision. Auparavant, les collègues autour de la table, quand on faisait des rencontres de gestionnaires ou quelque chose comme ça, vivaient des réalités semblables tandis que maintenant on n'a plus cette dynamique-là. Quand on est autour de la table, ce qu'on a à côté de nous ce sont les directeurs scientifiques, ce sont des gens qui produisent de la connaissance... J'espère qu'on ne s'éloignera pas trop du soutien à la prise de décision, mais ça pourrait avoir cet impact-là [GES1]

Le profil des gestionnaires faisant appel à l'unité l'a également obligé à s'ajuster. Selon un membre de l'UETMIS, les jeunes médecins entrant en fonction dans des postes administratifs sollicitaient récemment davantage l'UETMIS :

[...] Les médecins un peu plus jeunes qui rentrent en fonction administrative, on voit qu'eux autres nous sollicitent un peu plus, les médecins de fin trentaine, début quarantaine. Ils ont une perception un peu plus différente de la chose [l'ETMI] puis ils ont été intégrés à ce processus-là à la formation; les médecins ont de plus en plus de connaissances sur l'évaluation des technologies puis sur les revues systématiques puis sur la donnée probante... [UE1]

Avec le temps, les membres de l'UETMIS avaient observé que les gestionnaires faisant appel à leurs services privilégiaient de plus en plus les réponses rapides et se tournaient donc vers des formats de rapports qui se produisent plus rapidement, moyennant une moins grande exhaustivité/rigueur scientifique de l'évaluation. Comme le dit l'un d'entre eux :

Les gens veulent davantage des petits produits, plus rapides, donc on a inversé la tendance qui est plus à la revue brève ou à la note de synthèse qui s'en vient de plus en plus populaire. [UE1]

Bien que des processus aient été établis pour assurer un fonctionnement optimal de l'unité, il arrivait parfois qu'il y ait dérogation des processus établis (p. ex., omettre de faire ou procéder à la rencontre de cadrage). Parfois même, l'UETMIS s'engageait à piloter des projets qui débordaient du cadre de l'ETMI :

À date il me semble qu'il n'y a qu'une seule fois où l'on a refusé [de mener le projet d'évaluation]. C'était pour une raison de délais, on n'était pas capable de fournir la marchandise dans les délais qui étaient demandés. C'était la raison principale. Sinon, pour des raisons de "est-ce que ça fait partie du mandat de l'UETMI", à date, pas vraiment... [UE2]

Ou encore :

La réalité, c'était que la demande était tellement faible que l'on prenait ce qui passait. C'était ça là. Eux autres [l'UETMIS], il faut qu'ils justifient leur présence dans l'établissement. [GES1]

L'opinion des membres de l'UETMIS divergeait à cet égard. Pour certains l'unité devait s'en tenir aux projets d'évaluation qui répondent aux critères d'ETMI. Pour d'autres, une fois que le projet aidait à la prise de décision, l'UETMIS se trouvait à accomplir son devoir. Ces écarts aboutissaient à la frustration pour des membres de l'équipe de l'UETMIS. Comme le dit un membre de l'UETMIS : « ... Ma seule option lorsque cela arrive est de me décliner du projet... » [UE2]

Dans un autre ordre d'idées, le soutien monétaire demeurait toujours un prérequis pour assurer son financement. L'établissement était plus favorable à octroyer des fonds pour la réalisation des activités de l'UETMIS lorsque cette dernière démontrait la valeur ajoutée qu'elle amenait à la prise de décision. Mais malgré tout, le financement demeurait un défi :

Le financement d'une activité comme l'UETMIS est plus difficile pour un hôpital qui se doit d'offrir des soins de la 1re ligne jusqu'à la 4e ligne. Les fonds à investir dans une telle activité doivent être déduits ailleurs; mais où? [UE1]

Et comme l'a expliqué un des gestionnaires:

Ici on a 1,1 milliard de dollars de budget. Mais, 95 à 98% de ce budget-là est fixe. Ce n'est pas un budget qui est variable. Mes soins de santé, mes soins infirmiers, mes machines, mon équipement, mon chauffage, toutes ces dépenses-là vont rester. La proportion du budget sur laquelle on a vraiment une marge de manœuvre, puis que l'on décide de l'investir dans tel ou tel secteur est beaucoup plus restreinte [...] Des fois on entend dire qu'on pourrait bien investir 2-300 000\$ de plus en ETMI; sur 1,1 milliard 2-300 000\$ ce n'est rien. Non, ce n'est pas sur 1,1 milliard de dollars, c'est sur la marge

qui reste. Puis, il y en a très peu. Il y a plein de besoins aussi. On a des gens qui n'ont pas accès à nos services... [GES1]

C'était donc un cercle vicieux parce que l'UETMIS avait besoin d'énormément de ressources, entre autres financières, humaines et matérielles, pour bien assumer sa mission. À ce sujet, un membre de l'UETMIS a affirmé :

C'est clair qu'on est toutes des petites équipes. Puis on n'a pas le soutien nécessairement administratif, le soutien de communication, le soutien de valorisation par différents secteurs, de traduction, de rédaction. On n'est pas soutenu comme à l'INESSS où ils vont avoir une personne qui va faire la révision, une personne qui va faire la révision linguistique, une personne qui va faire la mise en page, une personne qui va faire la recherche bibliothécaire. Alors, c'est un frein à la production... [UE1]

Les entités externes qui auraient pu soutenir l'UETMIS dans son développement (c.-à-d., INESSS, RUIS de l'Université de Sherbrooke, Table sectorielle, etc.) ont contribué marginalement à l'essor de l'UETMIS. Comme l'a dit un des gestionnaires:

Si on parle des RUIS comme tel, ils ont favorisé beaucoup la télésanté. L'ETMIS, je n'ai pas vu beaucoup... [UE1]

J'ai l'impression qu'il y a toujours une concurrence un peu entre l'INESSS puis les unités d'établissements... Ce que l'on a vu dans les dernières années, c'est plus une INESSS qui était capable d'offrir de meilleures conditions, des salaires un petit peu plus élevés, puis qui venait tirer les ressources un peu des unités... [GES]

La formule RUIS n'a jamais levé puis je pense qu'elle va encore moins lever au niveau de l'ETMI. On avait une communauté RUIS en ETMI puis ça n'a pas fonctionné. [GES]

En somme, l'UETMIS devait se positionner de manière à équilibrer les tensions suivantes :

- 1) valoriser la culture d'évaluation;
- 2) susciter l'acceptabilité de sa participation aux processus de prise de décision; et
- 3) survivre au contexte contraignant dans lequel elle se retrouve.

Cet équilibre était de nature instable et était constamment remis en cause, car le contexte évolue, les gestionnaires changent et les demandes se transforment. Cet équilibre était également nécessaire pour permettre à l'UETMIS de mener sa mission, préserver sa crédibilité et être adoptée par les décideurs. Cette toile de fond était omniprésente dans le déroulement de l'action.

L'objectif central de l'UETMIS était ainsi de se positionner adéquatement dans l'organisation pour lui permettre d'effectuer sa mission d'ETMI.

6.4.2 Microdynamie de l'évaluation

Dans le quotidien de l'unité, les tensions évoquées se transposaient sur la réalisation de ses activités d'évaluation. En effet, la microdynamie de l'évaluation, schématisée par les phases du processus d'évaluation, découlait de cet équilibre instable et difficile à maintenir; elle aidait au positionnement de l'UETMIS dans l'organisation; les membres de l'UETMIS réalisaient leur mission tout en cherchant à résoudre les tensions vécues dans l'organisation. La microdynamie de l'UETMIS se transposait dans chacune des évaluations menées par l'UETMIS.

Les prochaines sections visent à expliquer comment l'UETMIS, en plus de jouer son rôle d'évaluation, utilisait dans ses interactions avec les autres acteurs de l'organisation, des stratégies pour tenter de résoudre les tensions relatives à sa participation à l'action collective de l'organisation. En reprenant chaque phase du processus d'évaluation, il a été possible, à l'aide d'exemples précis, de voir à l'œuvre les tensions de positionnement de l'UETMIS dans la microdynamie de l'évaluation, et de constater comment l'UETMIS manœuvrait pour résoudre ces tensions.

Phase 1 – Conception de l'évaluation

Lors de la conception de l'évaluation, des défis étaient rencontrés du moment qu'un projet d'ETMI était initié jusqu'à ce que le projet soit clairement défini et prêt à être entamé. Les enjeux véhiculés par les acteurs tournaient autour de deux thématiques distinctes : la définition de l'évaluation et l'acceptation du projet.

Définir l'évaluation

L'UETMIS avait la tâche de décoder les motivations des demandeurs pour savoir d'abord quels projets correspondaient réellement à de l'ETMI et après, quels étaient les projets dans lesquels il s'avérait le plus rentable pour l'organisation d'impliquer l'UETMIS. Les demandes d'évaluation pouvaient provenir de tous les types de gestionnaires quel que soit leur niveau de gestion.

Dans les faits, la décision de faire appel à l'UETMIS pouvait être motivée par plusieurs raisons qui répondaient ou s'écartaient de la mission d'ETMI. La justification des demandes, habituellement donnée, mais parfois cachée aux membres de l'UETMIS, pouvait être d'obtenir davantage d'information sur une technologie ou mode d'intervention, justifier une décision, s'enlever le fardeau de prendre une décision, réduire les coûts, améliorer l'accès, l'organisation ou la planification d'un service ou programme, composer avec un dilemme entre améliorer la santé ou le bien-être des usagers, recruter ou retenir les savoirs, *etc.*

Pour les membres de l'UETMIS, il était convenable de faire appel à l'UETMIS lorsqu'une décision devait être prise concernant une technologie, mais qu'un besoin d'information supplémentaire subsistait et devait être pris en considération avant de trancher sur la question. Autrement, le sentiment dégagé des membres de l'UETMIS était de « travailler pour pas grand-chose ». C'est ce qu'un membre de l'UETMIS a soulevé en évoquant l'expérience vécue lors d'un projet d'évaluation antérieur. « Au départ, ils n'auraient pas dû nous demander de faire une revue de la littérature parce que la décision était déjà prise, mais ça ils nous l'ont caché... » [UE2]

C'est pourquoi l'UETMIS avait mis en évidence un processus de production scientifique qu'elle mettait en branle chaque fois qu'une demande d'évaluation lui était présentée. Ce processus permettait aux conseillers en évaluation de suivre une démarche standardisée d'évaluation et d'aider les parties prenantes à comprendre son fonctionnement. Des points de contrôle permettaient d'exclure les projets pour lesquels les membres de l'unité jugeaient que l'objectif s'écartait de la mission d'ETMI. C'était le cas par exemple avec la rencontre de cadrage.

Le processus de production avait également pour but de bien cerner les besoins et les attentes des demandeurs afin d'y répondre adéquatement. Pour les gestionnaires, « ... Il y a un équilibre à avoir entre la vitesse à laquelle ils réussissent à générer la synthèse ou les données versus le besoin que l'on a, parce que souvent, nos besoins c'était pour hier » [CDS]

L'UETMIS avait également diversifié ses services et produits offerts. La note de synthèse, un des formats de rapport possible découlant d'un survol de la littérature et de quelques données contextuelles, pouvait être produite entre une semaine et quatre mois. Elle faisait l'affaire à de plus en plus de gestionnaires. Comme le témoigne l'un d'entre eux, que nous avons rencontré à la suite de son implication dans l'un des projets d'évaluation menés par l'UETMIS:

La note de synthèse, c'était très bien. C'était parfait même. C'est-à-dire il [le conseiller en évaluation] a bien synthétisé. Il a bien écrit en très peu de mots. Tu n'as pas besoin de mettre cinquante mille pages. Surtout nous autres les médecins chirurgiens, nous il faut que ça opère. On ne niaise pas avec les bouts de phrases et puis tout ça, il faut que ce soit efficace, vite fait, bien fait. [MED1]

En revanche, les demandeurs devaient définir avec justesse les questions qu'ils se posaient et les dimensions qu'ils souhaitaient voir être traitées par l'UETMIS. Dans le cas contraire, les résultats risquaient de ne pas correspondre à leurs attentes.

Accepter de faire le projet d'évaluation

Alors que la possibilité d'accepter ou de refuser un projet d'évaluation représentait une ressource pour l'UETMIS, elle représentait un enjeu pour les gestionnaires qui ne savaient pas si l'UETMIS allait accepter de mener le projet d'évaluation qu'ils proposaient. En voici un exemple concret soulevé par un des gestionnaires interviewés :

On a demandé de soumettre une étude à l'UETMIS puis ça fait au-dessus d'un an et demi ou deux ans même, puis on n'a pas de nouvelles... Ils m'ont dit qu'ils étaient débordés. [CdS2]

En même temps, comme l'a expliqué un gestionnaire, l'autorisation qu'obtenait l'UETMIS de la direction, avant d'entamer un projet d'évaluation, constituait une plus-value pour les gestionnaires.

Avant même d'entamer un projet d'évaluation, l'équipe de l'UETMIS s'assure d'avoir l'autorisation de la direction de l'hôpital. Pour les demandeurs, cette étape représente une des forces du processus, car elle démontre l'intérêt des hauts gestionnaires pour la question à l'étude. [CPC1]

Toute personne souhaitant que l'UETMIS participe à un projet d'évaluation devait également obtenir l'approbation de ses supérieurs immédiats pour que le projet soit considéré. Une fois approuvé, il était possible de passer à la prochaine phase du processus d'évaluation.

Phase 2 – Réalisation de l'évaluation

Le travail de recherche d'information, d'analyse et de synthèse des données en lien avec la phase de réalisation de l'évaluation s'effectuait par les membres de l'UETMIS. Les enjeux soulevés lors de cette phase se manifestaient vers la fin de celle-ci, plus précisément lors de la révision du rapport préliminaire par les parties prenantes et de l'élaboration des recommandations.

Susciter l'acceptabilité des conclusions des rapports d'ETMI

La majorité des projets d'évaluation se soldaient par la production d'un rapport d'évaluation. Ce dernier était révisé par les demandeurs qui prenaient alors connaissance du contenu et étaient amenés à faire part de leurs commentaires/suggestions avant la publication officielle du rapport. Les parties prenantes avaient donc l'occasion de soumettre leur avis lors de la lecture du rapport préliminaire.

Il arrivait que les conclusions ou recommandations suggérées n'aillent pas dans la direction souhaitée par les gestionnaires demandeurs. Comme l'a témoigné un gestionnaire, lorsque cette situation se présentait, l'ensemble du processus de production scientifique était remis en question :

J'ai lu la conclusion du rapport et je suis plus ou moins d'accords avec la conclusion. Je ne suis pas sûr qu'ils ont vraiment écouté ce qu'on avait à dire, autant moi que les autres intervenants... J'aurais aimé qu'on nous envoie le document avant pour qu'on puisse le commenter. Peut-être qu'on a tort dans nos commentaires, mais j'aurais aimé ça que ce soit reflété dans le document... Je pense qu'ils ont manqué le bateau franchement. J'ai fait des commentaires que je leur ai envoyés; je ne sais pas ce qu'ils ont fait avec ça parce que je ne les ai pas revus après [CdS1]

Il a ajouté :

Et là, tu peux te poser la question, est-ce qu'il y a une influence politique derrière ça? Est-ce qu'ils ont bien compris les enjeux? [...] Les conclusions peuvent être parfois différentes, des fois basées sur des faits, des fois basées sur l'expérience, des fois basées sur autre chose, la politique qui entoure, comment est-ce que ça fonctionne? [...] alors moi, je pense qu'ils sont passés à côté... [CdS1]

L'opinion était également partagée par d'autres:

Par contre, au niveau des conclusions, il y a eu des désaccords. En fait les conclusions ne répondaient pas aux questions que l'on posait ; la raison pour laquelle on a fait faire le rapport. Ce que l'on fait des résultats peut faire en sorte que l'on passe complètement à côté et c'est ce qui aurait pu arriver pour les 2 rapports dans lesquels nous avons été impliqués. [CPC 1]

L'UETMIS visait, bien sûr, la production d'un rapport d'évaluation à la hauteur des attentes des demandeurs et pour ne pas s'éloigner de l'objectif visé par ceux-ci, l'UETMIS allait valider à plusieurs moments clés son cheminement auprès des demandeurs. Pour faciliter l'acceptabilité des conclusions et recommandations des rapports, l'UETMIS impliquait les décideurs et parties prenantes le plus tôt possible dans le processus d'évaluation. Les modifications de la mission et du fonctionnement de l'UETMIS avaient aidé en ce sens.

On a évolué, puis je pense que tout le monde a évolué en ce sens-là, à une implication plus importante des parties prenantes, des décideurs; on parle même maintenant du patient [...] l'UETMIS a une mission qui a changé vers plus une mission d'aide, de soutien à la prise à la décision [...] maintenant dans nos processus, les dirigeants sont impliqués dès le départ. [UE1]

Mais si tu n'es pas impliqué dans la décision, tu vas la remettre en question. Du moment où tu fais partie du groupe, tu es impliqué dans le processus, dans la décision, puis dans les recommandations, quand le bon groupe d'acteurs est autour de la table, il n'y a rien de surprenant dans les recommandations pour personne. Il y a bien plus de chances qu'ils les mettent en œuvre. [GES1]

Mais en fin de parcours, le constat de l'UETMIS était le suivant:

Les dynamiques sont très fluctuantes non pas dans la façon dont nous faisons notre travail, mais dans la façon dont nos recommandations vont être perçues... [UE1]

Et comme cela nous a été témoigné par un membre de l'UETMIS:

Si ça [la recommandation] va dans leur sens bien, ils sont super contents. Par contre, quand ce n'est pas dans leur sens, là ils sont embêtés. C'est pour ça que des fois, ils nous disent bien, ne faites pas de recommandations. On va se débrouiller avec vos conclusions seulement, c'est tout. Donc les conclusions énoncent les faits, mais ne se prononcent pas en faveur ou en défaveur. [UE2]

On n'est pas non plus à la solde des gestionnaires ; ils ne nous disent pas non plus quoi écrire dans notre rapport. Mais il reste quand même qu'il faut être capable de les accompagner puis de les aider [GES1]

Présenter des recommandations

Il arrivait fréquemment que les gestionnaires demandeurs s'opposent à l'inclusion de recommandations dans le rapport d'évaluation. Comme elles suggéraient les actions à poser en fonction des conclusions du rapport, les recommandations pouvaient rendre mal à l'aise les gestionnaires qui avaient à prendre la décision. Ceci était d'autant plus vrai lorsque les recommandations avaient été établies en mode délibératif; il pouvait être gênant pour les décideurs de s'opposer aux recommandations lorsque celles-ci avaient été élaborées par un groupe d'acteurs représentant les diverses parties prenantes concernées par un projet.

Comme l'a expliqué un membre de l'UETMIS :

les gestionnaires commencent à être un peu mal à l'aise étant donné qu'on élabore les recommandations en mode délibératif... le gestionnaire qui voit ça, puis que dans le rapport il est marqué que le groupe c'est tel groupe qui soutient la recommandation, il y a un petit malaise à dire non... [UE1]

Pour l'UETMIS, le mode délibératif avait plusieurs effets escomptés. Cette démarche permettait d'arriver à un accord entre plusieurs parties prenantes ayant chacune une perspective différente. Comme l'a dit un membre de l'UETMIS :

Chaque partie motive son discours de par les enjeux qui l'affectent. Il faut être à l'écoute de chacun pour en arriver à un consensus [UE2]

Ce qui est fort de cette méthode c'est que tous les membres du comité doivent s'entendre. Le problème est identifié et tout le monde doit être d'accord. Si quelqu'un n'est pas d'accord, il faut modifier le texte ou réduire pour que ça convienne à tous. La valeur ajoutée est qu'en ayant des représentants des différentes parties, on peut aller chercher un côté ou une perspective qui pourrait échapper au chercheur. Le chercheur en effectuant la recherche devient inévitablement subjectif. Le manque d'objectivité est comblé en impliquant d'autres personnes subjectives. Il y a une plus-value de procéder ainsi, oui, définitivement. [UE3]

De plus, l'émission de recommandations en mode délibératif favorisait également la dissémination des résultats parce que par la suite, chaque participant devenait un agent multiplicateur pour la valorisation des résultats auprès de ses pairs. Cependant il y avait un risque pour l'UETMIS à émettre des recommandations en mode délibératif, soit le risque de perdre le droit d'émettre des recommandations.

On verra si on se fait enlever cette chose-là [l'émission de recommandations]; pour l'instant elle est maintenue... sinon on transformera ça en conclusion tout simplement.... Une recommandation déguisée en conclusion. [UE1]

Phase 3 – Utilisation de l'évaluation

Une fois les rapports publiés par l'UETMIS, un grand travail devait être exécuté afin d'assurer une bonne diffusion de la publication. Il fallait également que les résultats soient lus et

pris en considération. En bref, plusieurs étapes restaient à franchir afin de réellement arriver à engendrer un changement de pratiques. Tout d'abord, il fallait assurer la diffusion des résultats.

Participer au transfert de connaissances

Le transfert de connaissances se faisait de différentes façons, soit par l'envoi du rapport au gestionnaire demandeur et autres participants au projet; des présentations du rapport faites par l'équipe de l'UETMIS aux équipes touchées, lorsque possible; présentation au conseil d'administration (CA); préparation des équipes qui feraient des présentations aux autres instances de l'établissement. Les rapports d'évaluation et autres réalisations favorisant le transfert de connaissances (p. ex., Vigies en ETMI publiées quatre fois par année) représentaient un véhicule pour faire connaître les activités réalisées par l'UETMIS. Le rayonnement externe (p. ex., publication d'articles scientifiques, présentations) pouvait permettre aux décideurs de découvrir les activités d'ETMI. Les membres de l'UETMIS avaient soulevé cependant le manque à combler une fois les rapports publiés. Un de ceux-ci a expliqué :

Là il y a un petit problème. On sent que le transfert de connaissances ne se fait pas. Il y a certaines choses que l'on a réussi à faire; on a réussi à s'implanter dans quelques comités... mais traditionnellement, oui on envoie le rapport au demandeur, aux gens qui ont participé, on offre toujours d'aller présenter les résultats, mais ça ne marche pas toujours [...] Il y a un bout qui nous manque pour favoriser l'utilisation, l'impact de l'ETMIS. [UE1]

En plus de réaliser sa mission d'évaluation, l'UETMIS devait voir à la publicisation et au rayonnement de l'ETMI au sein de l'organisation. Bien souvent, cela signifiait de confier cette tâche à un ou des membres de l'équipe. Conséquemment, moins de personnel demeurait disponible à titre de conseiller en évaluation. Pour certains conseillers en évaluation, la responsabilité de diffuser les résultats des rapports n'était pas de leur ressort. Comme l'a dit l'un d'eux :

Le travail du conseiller est d'obtenir de l'information sur la qualité et l'utilité de son travail. Il effectue un retour sur le rapport et vérifie si tous les éléments étaient adéquats. En bref, il s'assure de la satisfaction du client. [UE3]

Et pour les gestionnaires, bien que les rapports d'évaluation soient du domaine public, ils n'étaient pas facilement accessibles et certains ne savaient même pas où aller pour les consulter.

Il y en a des affaires dans l'hôpital [...] Comme docteur, on se demande : Comment c'est rentré cette affaire-là ? Ça coûte dont bien cher; ça n'a pas de maudit bon sens [...] Je n'haïrais pas ça moi, voir les rapports de l'UETMIS sur ces technologies pour que le processus soit transparent. Quand on discute de quelque chose, c'est sûr qu'on devrait pouvoir aller voir le rapport, que ce ne soit pas quelque chose d'un peu caché. [CdS2]

En général, les démarches suivant la publication de rapports d'évaluation demeuraient longues et parfois incomprises pour les gestionnaires demandeurs. Bien que les résultats du rapport aient été en faveur d'une technologie ou d'un mode d'intervention, beaucoup de temps s'écoulait avant d'en connaître les retombées sur leur pratique.

Ce qui s'est passé après [la publication du rapport] a été un flou un peu là ... On a fait état des résultats du rapport, puis c'est comme ça que j'ai envoyé un courriel à mon supérieur puis j'ai dit regarde là... qu'est-ce que vous attendez? Le rapport dit qu'il y a un coût qui est nul... on sauve un peu d'argent puis en plus on a un bénéfice net démontré suite aux discussions avec le personnel... Puis après ça, ça a été quand même assez long avant que la technologie rentre là... Je ne sais pas ce qui est arrivé, ça s'est perdu dans les limbes! Puis on demandait de façon régulière qu'est-ce qui se passe, vous avez le rapport... Puis je n'en n'ai pas entendu parler tant que ça jusqu'à un moment donné où ils nous ont dit bon bien, la technologie va rentrer! Je pense que ça a pris 1 an ou 1 an et demi après qu'on ait déposé le rapport; il y a quand même un bon délai. [CdS2]

En bref, la méthode de diffusion et d'appréciation des rapports n'était pas définie et variait d'un rapport à l'autre.

Faire rayonner l'UETMIS

Le rayonnement de l'UETMIS s'effectuait également à partir du transfert de connaissances découlant des rapports d'évaluation produits. Les rapports d'évaluation étaient distribués à toutes les parties prenantes ayant été impliquées dans un projet. Toutefois, bien souvent, les demandeurs voulaient être ceux qui présentent les rapports à la haute direction. Parfois, l'UETMIS réussissaient à effectuer la présentation des résultats du projet d'évaluation aux autres membres des équipes.

Favoriser la prise en compte des rapports d'évaluation lors de la prise de décision

Il ne suffisait pas que les décideurs lisent les rapports. Il fallait également qu'ils soient enclins à se baser sur l'information qu'ils renferment. Les rapports pouvaient ainsi être utilisés de différentes manières. Pour l'UETMIS l'enjeu était que les rapports soient considérés lors de la prise de décision. Comme le mentionne un membre de l'UETMIS :

On n'est pas prescriptif, c'est-à-dire on ne dira pas tu dois obligatoirement appliquer la recommandation, mais, au moins, considère-la! [UE1]

On n'arrive pas à convaincre un opposant avec des faits... si on ne va pas dans ses valeurs, dans ses préoccupations, dans ses paradigmes [...] on passe à côté. [UE1]

Les gestionnaires étaient également sensibles aux préoccupations et à l'usage que feraient les décideurs des rapports. Comme l'a dit l'un d'entre eux :

Il faut que la question qui est posée dans le rapport soit vraiment une question que se pose l'administration parce que sinon, les recommandations qui sont émises ne servent pas. On ne sait même pas s'ils lisent les rapports... [CPC1]

Ils planifiaient leur démarche en conséquence : « Amène-moi quelque chose de blindé pour que je puisse passer ça au conseil d'administration (CA) » [UE3]

Ou ils laissaient tomber le rapport lorsqu'il ne faisait pas leur affaire :

Dans ce rapport, il fallait faire la démonstration que le mode d'intervention est sécuritaire...Si le mode d'intervention présentait un danger puis qu'il fallait obtenir le consentement du patient pour le faire, il n'y aurait aucun intérêt à faire progresser davantage le rapport... [UE3]

Dans un autre ordre d'idées, l'UETMIS subissait également de la pression au niveau organisationnel. Comme l'a soulevé un membre de l'UETMIS :

il y a eu des orientations stratégiques qui ont été changées entre temps ou si on met 8 mois pour faire un rapport, et que au bout du 4e mois il y a une orientation qui a changé puis qu'on ne nous tient pas informés de ça, bien nous, on continue de faire notre rapport et puis on arrive à une situation où la recommandation, elle est imaginons positive, mais elle ne sera pas mise en œuvre parce que les orientations ont changé. Donc ça, on ne contrôle pas l'agenda politique de l'établissement donc on n'y peut pas grand-chose. [UE2]

L'utilisation du rapport dépendait de la raison pour laquelle le rapport avait été écrit. Le savoir-faire de l'UETMIS, démontré par la méthodologie structurée et la production de rapports d'évaluation lorsque des projets d'évaluation étaient confiés aux membres de l'unité, permettait à l'UETMIS de faire valoir son apport à l'organisation. Comme l'a dit un membre de l'UETMIS :

Les rapports sont utilisés pour démontrer que l'on a fait des choses. Ils laissent une trace sur le site des travaux qui ont été effectués. [UE2]

Les démarches de l'UETMIS n'étaient qu'une parcelle du cheminement pour en arriver à la prise de décision. Si on se référait au processus de prise de décision, une fois le rapport déposé, on avait accompli la phase d'analyse de l'intervention. Encore fallait-il décider et mettre en œuvre les fruits de la décision. Alors en plus de procéder au processus d'évaluation, il y avait le processus de prise de décision.

Enfin, un tableau synthèse résumant les enjeux et stratégies évoqués par les acteurs mobilisés par les activités d'ETMI est présenté (Tableau 10).

Thématiques	Enjeux	Stratégies
Valoriser une culture d'ETMI	UETMIS <ul style="list-style-type: none"> • Se faire connaître • Enrailler l'incompréhension autour du rôle de l'UETMI • Rencontrer les attentes des parties prenantes • Être sollicitée pour les investissements d'envergure de l'établissement • Réduire la compétition entre les différentes sources qui soutiennent la prise de décision 	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser le réseautage – être actif dans les comités locaux • Standardiser le processus de production scientifique • Travailler en collaboration avec le demandeur • Élaborer les recommandations en mode délibératif • Diversifier les produits de connaissances • Faire rayonner l'UETMIS au sein de l'établissement et de la communauté scientifique
	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ/ CLINICIENS-GESTIONNAIRES <ul style="list-style-type: none"> • Assurer la reconnaissance et la prise en compte de leur expertise • Connaître la position de la direction concernant la technologie • Obtenir les technologies souhaitées 	<ul style="list-style-type: none"> • Informer ou non les dirigeants de la publication du rapport • Entreprendre ou non des représentations auprès des dirigeants
	DIRIGEANTS <ul style="list-style-type: none"> • Obtenir l'information juste pour une prise de décision éclairée transparente et responsable 	<ul style="list-style-type: none"> • Impliquer ou non l'UETMI dans les choix de technologies
	Susciter l'acceptabilité de la participation de l'UETMIS aux processus de prise de décision organisationnelle	UETMIS <ul style="list-style-type: none"> • Démontrer l'utilité et la pertinence des activités d'ETMI • Susciter l'acceptabilité des rapports • Répondre dans les délais souhaités par les demandeurs • Comprendre les enjeux cliniques vécus dans l'établissement • Décoder les motivations des demandeurs
PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ/ CLINICIENS-GESTIONNAIRES		

Thématiques	Enjeux	Stratégies
	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaire aux exigences de la haute direction • Convaincre les autorités d'acquiescer la technologie • Faire accepter ses projets d'ETMI • Se plier aux contraintes qu'impose la démarche d'ETMI • Éviter les goulots d'étranglement <p>DIRIGEANTS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se doter d'une UETMI pertinente pour ses besoins • Se plier aux contraintes qu'impose la démarche d'ETMI 	<ul style="list-style-type: none"> • Choisir de présenter ou non une demande d'évaluation à l'UETMI • Opter ou non pour un produit qui se réalise plus rapidement • Opter pour des produits de connaissances qui n'incluent pas de recommandations <p>Approuver ou non les projets qui devront être évalués</p>
Survivre dans un contexte organisationnel contraignant	<p>UETMIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer un recours justifié aux activités d'ETMI • Justifier les fonds octroyés aux activités d'ETMI • Composer avec des ressources limitées • Faire preuve de flexibilité <p>PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ/ CLINICIENS-GESTIONNAIRES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer une prise en charge optimale des patients • Disposer de la meilleure technologie pour offrir des soins et services de qualité • Recruter des collègues spécialistes • Attirer des étudiants dans leurs services <p>DIRIGEANTS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer une allocation optimale des ressources • Assurer une saine gestion des budgets alloués • Fournir aux professionnels de la santé le matériel et les ressources dont ils ont besoin pour assumer leurs fonctions 	<ul style="list-style-type: none"> • Circonscrire l'objet d'évaluation afin qu'il soit réalisable dans les délais prescrits • Faire rayonner l'UETMIS <p>Obtenir l'appui de l'UETMIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser les rapports d'ETMI en guise de levier au niveau politique • Avoir recours aux projets de recherche <p>Considérer ou non la demande d'une nouvelle technologie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exiger ou non qu'un rapport d'ETMI soit produit • Considérer ou non le rapport d'évaluation

Tableau 10. – Tableau synthèse des enjeux et des stratégies des acteurs mobilisés par les activités de l'UETMIS de CHUS

6.5 Conclusion

Finalement, lorsque l'on convient que l'organisation est une construction sociale et que l'on s'intéresse aux enjeux vécus et aux stratégies individuelles développées par les acteurs qui forment cette organisation, on s'expose à une compréhension nouvelle des logiques d'action des acteurs et des dynamiques du système. Ici, l'analyse stratégique apporte un nouvel éclairage sur l'ETMI. Celle-ci s'appuie sur une pratique formelle, rationnelle dont la légitimité est reconnue. Par ailleurs, sa pertinence s'appuie sur sa place dans le contexte d'action organisationnel en relation avec les autres acteurs du contexte.

Le constat que l'on peut faire avec cet exercice réalisé pour l'UETMIS du CHUS est, qu'avant les changements apportés par le projet de loi 10, l'unité avait progressivement évolué dans l'organisation, mais son positionnement ne lui était pas encore entièrement favorable. D'ailleurs, l'UETMIS visait un public cible qui reconnaissait sa crédibilité, mais qui peinait à discerner son utilité considérant ses besoins. Ces individus étaient plus ou moins enclins à faire appel à l'ETMI dans le cadre de leurs projets d'évaluation. Il y avait également un manque de compréhension du rôle de l'unité qui faisait en sorte que l'UETMIS était interpellée dans des situations qui ne concordaient pas avec sa mission. C'est pourquoi l'UETMIS avait développé un mode de fonctionnement où elle sollicitait un engagement des dirigeants de l'établissement et ainsi assurer une meilleure sélection des projets.

Il est intéressant de voir qu'avec le nouveau contexte organisationnel issu de la LMRSSS et le renouveau apporté par la suite à l'UETMISSS, on peut déjà percevoir une transformation des dynamiques entourant l'unité. Incidemment, on observe un engagement clair des autorités de l'organisation face à l'importance de la mission universitaire et l'ETMI. De nouvelles synergies se forment entre les acteurs des divers volets de la mission universitaire pour générer un effet levier plus fort dans l'organisation. Un plan d'action concret et une vision ciblent la transformation des pratiques et la pertinence de ses actions. En bref, le volet d'ETMI est une dimension de la mission

universitaire en constant développement, sous la gouverne d'acteurs clés qui ont une capacité pour légitimer l'ETMI au sein du CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Cette capacité s'appuie sur leurs ressources : leur expertise en ETMI, la compétence des personnes en place et leur capacité à bien inscrire l'ETMI dans les dynamiques organisationnelles existantes.

Chapitre 7 – Le cas du CHUM

7.1 Introduction

Le deuxième cas analysé est celui de l’UETMIS du CHUM. Structuré comme le cas précédent, le chapitre commence par un bref portrait de l’établissement suivi d’un récit chronologique des évènements précurseurs et des moments clés ayant marqué le développement de son UETMIS. La composition, les activités et les réalisations de l’unité au moment de la collecte de données sont ensuite décrites. Le chapitre se termine par une analyse et une réflexion sur les dynamiques humaines et organisationnelles qui entourent les activités d’ETMI au CHUM.

7.2 Le CHUM et l’évolution de sa mission universitaire

7.2.1 Portrait du CHUM

Le CHUM est l’un des 2 CHU affiliés à l’Université de Montréal.²⁹ Il est né de la fusion administrative de trois hôpitaux montréalais: l’Hôtel-Dieu-de-Montréal, l’Hôpital Notre-Dame et l’Hôpital Saint-Luc, le 1^{er} octobre 1996.

Depuis l’automne 2017,³⁰ le CHUM occupe un site unique situé au cœur du centre-ville de Montréal. Il offre des soins et services généraux et spécialisés à sa clientèle immédiate, et dessert une clientèle adulte régionale et suprarégionale en offrant des services spécialisés et surspécialisés. Étant rattaché au Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l’Université de Montréal (RUISSS de l’UdeM), son territoire s’étend à travers sept régions sociosanitaires, soit : Saguenay–Lac-Saint-Jean, Mauricie et Centre-du-Québec, Montréal, Laval,

²⁹ Le CHU Ste-Justine, centre hospitalier universitaire à vocation pédiatrique, est également affilié à l’Université de Montréal CHU Sainte-Justine. (2019). *CHU Sainte-Justine - Qui sommes-nous?* <https://www.chusj.org/fr/A-propos-de-nous/Qui-sommes-nous>.

³⁰ L’inauguration du nouveau CHUM a eu lieu le 17 septembre 2017 CHUM. (2019b). *Rapport annuel de gestion 2018-2019*. https://www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files/2019-10/Rapport_annuel_CHUM_2018_2019.pdf.

Lanaudière, Laurentides et Montérégie. Ce territoire englobe plus de 40 % de la population du Québec (RUISSS de l'UdeM, 2016). Au 31 mars 2019, 13 136 personnes travaillaient au CHUM, soit 1 057 médecins, dentistes et pharmaciens; 3 741 infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires; 2 089 autres professionnels de la santé; 292 gestionnaires; 3 056 autres employés; 1 974 chercheurs, investigateurs, stagiaires postdoctoraux et autres membres du Centre de recherche (CRCHUM); 927 bénévoles; auxquels s'ajoutent 4 500 étudiants et stagiaires des niveaux universitaire, collégial et des écoles professionnelles (CHUM, 2019b). Le CHUM compte 772 lits et son budget annuel représente près de 1,4 milliard de dollars (CHUM, 2019c, 2020b).

7.2.2 Évolution de la mission universitaire au CHUM

La contribution des trois hôpitaux fondateurs du CHUM à l'histoire médicale du Québec s'étale sur plus de 375 ans.³¹ L'institutionnalisation de la formation médicale, ainsi que la nécessité d'avoir des cas cliniques permettant l'apprentissage de la médecine et l'avancement des connaissances dans le secteur biomédical, sont à l'origine des premières activités universitaires se déroulant dans les établissements de vocation hospitalière francophones du Québec. Ce survol historique rappelle le cheminement qui aura été nécessaire afin d'intégrer progressivement l'enseignement et la recherche aux opérations des centres hospitaliers qui forment aujourd'hui le CHUM.

L'essor de l'enseignement

Le milieu des années 1800 marque l'essor des premières écoles de formation de médecins en langue française à Montréal, soit l'École de médecine et chirurgie de Montréal en 1843 et la Succursale de l'Université Laval à Montréal en 1877 (Goulet, 1993; Goulet et Gagnon, 2014; Goulet et Paradis, 1992). Les étudiants de l'École de médecine et chirurgie de Montréal

³¹ L'Hôtel-Dieu de Montréal, l'hôpital Notre-Dame et Hôpital Saint-Luc ont été fondés en 1642, 1880 et 1908, respectivement Goulet, D. et Paradis, A. (1992). *Trois siècles d'histoire médicale au Québec : chronologie des institutions et des pratiques (1639-1939)*. vlb éditeur.

obtiennent l'accès à l'Hôtel-Dieu de Montréal pour l'enseignement pratique de la médecine à partir de 1850. Pour sa part, la Faculté de médecine de la Succursale de l'Université Laval à Montréal s'affilie à l'Hôpital Notre-Dame dès sa fondation en 1880 pour rendre possible l'enseignement clinique. Ces deux écoles de médecine deviennent la Faculté de médecine de l'Université de Montréal en 1920 (Goulet, 1993; Goulet et Gagnon, 2014; Goulet et Paradis, 1992).

À plusieurs reprises au cours de son existence, la Faculté de médecine de l'Université de Montréal projette la construction d'un hôpital universitaire (Goulet, 1993; Lacroix et Maheu, 2010). À l'instar des grands centres universitaires américains de l'époque et de sa consœur, la Faculté de médecine de l'Université McGill, elle souhaite se munir d'un hôpital directement sur son campus afin d'élever sa notoriété et se positionner parmi les meilleures au monde dans le secteur biomédical. Cependant, le contexte économique et le contrôle exercé par l'État l'empêchent de suivre l'exemple tracé par ses rivales anglophones. Pour substituer ce projet, la Faculté de médecine développe au fil du temps un réseau d'établissements affiliés. Plus d'une vingtaine d'hôpitaux et d'Instituts, avec lesquels elle prend entente, lui permettent de pourvoir l'enseignement clinique à ses étudiants. Cette alternative présente son lot de contraintes. D'abord, le mandat premier de ces établissements demeure la dispensation de soins et services de santé. S'ajoute à cela le fait que leur structure de gouvernance et leurs ressources disponibles rendent impossible l'intégration complète et harmonieuse d'une vocation universitaire. Enfin, la contribution de leurs membres à la mission d'enseignement de la Faculté de médecine est inégale. Le fonctionnement de cette structure d'hôpitaux et d'instituts affiliés repose sur le bon vouloir des médecins et des professionnels en place qui croient en l'importance de l'enseignement et qui choisissent d'investir généreusement de leur temps et de leur expertise dans cette activité alors peu reconnue et peu compensée monétairement (Lacroix et Maheu, 2010).

L'accroissement de la recherche

La recherche biomédicale, quant à elle, débute uniquement dans les années 1900 (Goulet, 1993, 2017). Le Québec cumule alors du retard dans ce secteur. Les premières initiatives

observées dans les établissements du CHUM proviennent de cliniciens isolés tels le Dr Thomas Brennan avec son laboratoire de bactériologie à l'Hôpital Notre-Dame et le Dr Pierre Masson avec ses travaux dans les laboratoires de pathologie de l'Hôpital Notre-Dame, l'Hôtel-Dieu de Montréal et l'Hôpital Sainte-Justine. Quelques étudiants en médecine complètent leurs études à Montréal et vont se spécialiser en recherche à l'étranger. C'est le cas, entre autres, du Dr Jacques Genest qui, à la suite de ses études en médecine à l'Université de Montréal et d'une spécialisation en recherche à l'Hôpital John-Hopkins de Baltimore, crée le premier département de recherche clinique de l'Hôtel-Dieu de Montréal en 1952 (Goulet, 1993, 2017). Malgré ces initiatives isolées, l'expansion de la recherche en milieu hospitalier s'avère au départ difficile. Le rôle de clinicien-chercheur est vu d'un mauvais œil; peu de locaux, d'équipements et de financement sont alloués à la recherche dans les établissements. Ce n'est qu'au début des années 1960 que le sort de la recherche médicale s'améliore par la reconnaissance de l'importance de cette activité, l'avantage de s'y intéresser pour rattraper l'avance des pays qui se relèvent de l'après-guerre, et la multiplication des sources de financement possibles (Goulet, 1993, 2017).

Bénéficiant ainsi d'un bassin de chercheurs formés provenant des trois établissements composant le CHUM, du soutien financier d'organismes public et privé, et d'équipements à la fine pointe de la technologie, le CRCHUM est fondé en 1996. Il faudra attendre octobre 2013 pour que l'ensemble de ses chercheurs soient rassemblés en un site unique.³²

L'obtention d'une désignation universitaire

À la suite de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux de 1988 et suivant l'entrée en vigueur de la LSSSS de 1992, trois des six grands hôpitaux affiliés à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal sont sélectionnés pour former le CHUM. La fusion est effective à partir du 1^{er} octobre 1996. Toutefois, beaucoup de temps est nécessaire

³² L'inauguration du nouveau CRCHUM a eu lieu le 8 octobre 2013 MSSS. (2013). *Un investissement de près de 470 millions de dollars - Inauguration du nouveau Centre de recherche du CHUM*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communique-629/>.

pour surmonter les contraintes et les tensions liées à cette transformation majeure, et réellement parvenir à constituer un CHU.³³ Ce n'est que le 7 décembre 2000 que le CHUM est officiellement désigné CHU (MSSS, 2005b). En plus des deux pôles de la médecine universitaire déjà présents dans l'établissement, un nouveau volet s'ajoute officiellement à sa mission, l'évaluation des technologies de la santé.

7.2.3 Déploiement du volet ETMI de la mission universitaire du CHUM

En 2004, le CHUM et le CUSM entament des négociations pour créer une UETMIS conjointe (CUSM, 2005b, 2006). Desservant une clientèle adulte similaire, les deux CHU montréalais perçoivent des avantages à jumeler expérience et expertise au profit de futurs travaux communs en ETMI. Ensemble, les Dr Denis R. Roy, directeur général du CHUM, et Dr Arthur Porter, chef de la direction du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) concluent un accord visant la création de l'Unité conjointe d'évaluation des technologies de la santé (UET-CUSM/CHUM). Ils nomment au titre de directeur de l'UET-CUSM/CHUM le Dr James Brophy étant déjà à la tête de l'UETMIS du CUSM en tant que directeur depuis juin 2001 (CUSM, 2005a). L'UET-CUSM/CHUM devient effective à partir de novembre 2006 (CUSM/CHUM, 2007). Deux professionnels se joignent à l'unité pour représenter le CHUM. Des membres de la haute direction du CHUM sont également désignés pour siéger au comité directeur de l'UET-CUSM/CHUM. On parle de représentants des médecins, des pharmaciens, de la direction générale, des soins infirmiers, des patients, de l'administration et du conseil multidisciplinaire.

À ses débuts, l'UET-CUSM/CHUM occupe un positionnement unique dans la structure organisationnelle du CHUM comparativement aux autres UETMI et leurs CHU respectifs. En effet, l'UET-CUSM/CHUM est la seule unité formant une direction autonome nommée Direction de

³³ Pour ces trois hôpitaux dont l'histoire et la culture divergent, cette fusion signifie de former un CHUM fonctionnel (p. ex., conseil d'administration unique, regroupement de spécialités, reconfiguration de l'enseignement et des activités de recherche, etc.), réparti sur 3 sites éloignés l'un de l'autre, et loin du campus universitaire.

l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (DETMIS). Cette direction publie son premier rapport en mai 2007 (CUSM/CHUM, 2007).

L'année 2008 est toutefois marquée par la démission du directeur général du CHUM, Dr Denis R. Roy, et le départ du Dr James Brophy à la tête de l'UET-CUSM/CHUM. Ces départs sont suivis par la dissolution de l'unité conjointe (CUSM, 2009). Le directeur général intérimaire alors désigné pour le CHUM, M. Serge Leblanc, nomme le Dr Luigi Lepanto au titre de directeur de la DETMIS. La DETMIS fonctionne dorénavant de manière autonome avec un directeur étant membre de la haute direction de l'établissement, puis continue ainsi d'évoluer et de se renouveler de manière constante jusqu'à son abolition en 2014. Ce changement survient au moment où le CHUM connaît un redressement majeur de ses activités. Le nouvel organigramme entre en vigueur le 2 avril 2014. On ne parle plus alors de la DETMIS, mais plutôt du Service de l'ETMIS. Celui-ci est intégré à la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance, et de la planification stratégique (DQEPPS). Cette union ne dure qu'un an.

Pendant une courte période subséquente, l'UETMIS sera sous la gouverne de la direction générale, avant d'être placée sous l'aile de son directeur qui devient alors directeur des services professionnels à la Direction des affaires médicales et universitaires (DAMU). L'entrée en vigueur de la LMRSSS (projet de loi 10) peu de temps avant cette période entraîne peu de conséquences directes sur la structure organisationnelle du CHUM étant donné que cet établissement demeure non fusionné. Au moment de rédiger ces lignes, l'UETMIS du CHUM relève de la direction des services professionnels (DSP)³⁴, un emplacement prometteur étant donné son positionnement très près du monde clinique.

Le Tableau 11 résume la chronologie des événements associés à l'évolution de la mission universitaire et l'implantation de l'UETMI du CHUM.

³⁴ La direction des services professionnels du CHUM sera subséquentement rebaptisée en la Direction des Affaires Médicales et Universitaires (DAMU). Il s'agit d'une exception dans le réseau.

ANNÉE	DESCRIPTION DE L'ÉVÈNEMENT
1645	(8 Octobre) Fondation de l'Hôpital Hôtel-Dieu dont les origines datent de 1642
1843	Création de l'École de médecine et de chirurgie de Montréal
1850	1 ^{re} entente entre l'Hôtel Dieu et l'École de médecine et de chirurgie de Montréal pour une implication de l'hôpital dans la formation médicale et la dispensation des soins
1880	(27 juillet) Fondation de l'Hôpital Notre-Dame pour répondre aux besoins de la succursale de l'Université Laval à Montréal et à l'augmentation des malades.
1908	(25 avril) Fondation de l'Hôpital St-Luc
1996	(1 ^{er} octobre) Fusion des 3 hôpitaux fondateurs (Hôpital St-Luc, Hôtel-Dieu, Hôpital Notre-Dame) pour constituer le CHUM Création du CRCHUM
2000	(Janvier/ Mai) Annonce de l'implantation du CHUM dans un immeuble neuf Autorisation du gouvernement pour la création d'un nouveau CHUM
2002	Nomination de Denis R. Roy comme DG du CHUM
2003	Création du RUISSS de l'Université de Montréal
2005	(24 mars) Choix définitif de l'emplacement du nouveau CHUM (24 octobre) Nomination du Dr. James Brophy au poste de directeur de l'UET – CUSM/CHUM Création de l'UETMIS du CHUM
2006	(Novembre) Création de l'UET – CUSM/CHUM
2008	(8 Juillet) Denis R. Roy quitte les fonctions de DG du CHUM (16 Juillet) Nomination de Serge Leblanc comme DG intérimaire du CHUM Dissolution de l'UET – CUSM/CHUM Nomination du Dr Lepanto au poste de directeur de la DETMIS du CHUM
2009	(30 novembre) Mr Christian Paire DG du CHUM
2013	(Octobre) Ouverture du nouveau CRCHUM (Décembre) Départ Mr Christian Paire, DG du CHUM
2014	(2 avril) Abolition de la DETMIS. L'UETMIS du CHUM devient le Service de l'ETMIS et relève de la DQEPPS (Mai) Jacques Turgeon devient DG du CHUM
2015	(Mars) Départ du DG du CHUM, Jacques Turgeon (1er avril) Entrée en vigueur de la LMRSSS (projet de loi 10)
2016	(Mai) Le service de l'ETMIS est dissocié de la DQEPPS et relève de la direction générale
2017	(Septembre) L'UETMIS ne relève plus de la DG, mais plutôt de la DSP
2019	(Septembre) Nomination du Dr Alphons Pomp au titre d'assistant au directeur des services professionnels

Sources : La documentation consultée pour produire ce tableau inclut les références suivantes: (Goulet, 1993, 2017; Goulet et Gagnon, 2014; Goulet *et al.*, 1993; Goulet et Paradis, 1992; Lacroix et Maheu, 2010). À ceux-ci s'ajoutent les rapports annuels du CHUM de 2005 à 2019, disponibles sur le site web du CHUM : <https://www.chumontreal.qc.ca>, et les rapports annuels de l'UETMIS du CUSM de 2006 à 2009, disponibles sur le site web du CUSM : <https://muhc.ca/tau/page/annual-reports>.

Tableau 11. – Résumé chronologique des événements associés au CHUM et l'évolution de son UETMIS

7.3 Structure et activités du Service de l'ETMIS du CHUM

La structure et les activités de l'UETMIS du CHUM, telles que décrites ci-dessous, reposent sur la collecte de données réalisée tout au long de la rédaction de ce texte ainsi que les entrevues exécutées en deux périodes : une première phase d'entrevues réalisée en 2017 auprès des membres de l'unité et, une deuxième phase d'entrevues effectuée auprès d'utilisateurs des services de l'UETMIS à l'automne 2018. Durant cette période, l'UETMIS était en transition entre la direction générale et la DSP.

7.3.1 Description de l'UETMIS du CHUM

La mission de l'UETMIS du CHUM se résume tel qu'il suit:

L'UETMIS a pour mission de conseiller les décideurs du CHUM dans leurs choix de technologies et de modes d'intervention en santé, en basant sa méthodologie sur les données probantes, les pratiques les plus efficaces dans le domaine de la santé et l'état des connaissances actuelles. En outre, en conformité avec la mission universitaire du CHUM, elle travaille à diffuser les connaissances acquises au cours de ses évaluations, tant au sein de la communauté du CHUM qu'à l'extérieur, contribuant ainsi à l'implantation d'une culture d'évaluation et d'innovation...³⁵ (CHUM, 2019a)

Son rôle principal consiste à soutenir la prise de décision relative aux technologies ou modes d'intervention, par l'évaluation objective et rigoureuse de l'ensemble de la preuve disponible. Elle contribue à la valorisation de l'innovation et le transfert des connaissances par la diffusion des connaissances acquises au cours de ses évaluations, tant au sein de la communauté du CHUM que dans le réseau de la santé et à l'international. Au fil du temps, les mandats de l'UETMIS se sont diversifiés pour inclure la production et le transfert de connaissances à différentes fins :

- À des fins de gestion – dans l'optique de permettre aux gestionnaires de décider de l'adoption ou de l'utilisation des technologies et des modes d'intervention au CHUM, en tenant compte des priorités et des ressources disponibles;

³⁵ Pour l'énoncé complet de la mission de l'UETMIS, se référer au site web du CHUM, disponible à : <https://www.chumontreal.gc.ca>

- En soutien aux évaluations terrain avec développement de la preuve – en contribuant au développement des devis méthodologiques et à l’identification des indicateurs à étudier pour générer de nouvelles données probantes en temps réel, particulièrement lorsque ces dernières sont insuffisantes ou inexistantes dans la littérature;
- Dans un souci d’amélioration continue de la performance – en comparant les données internes à celles de la littérature, en vue de positionner l’établissement par rapport à ses pratiques cliniques, et cibler les meilleures pistes d’amélioration possibles (p. ex., la surutilisation des tests diagnostiques, l’évaluation de la pertinence des traitements, l’évaluation de la qualité des soins);
- En collaboration avec le CRCHUM et l’industrie – pour permettre de mieux comprendre l’environnement visé par une nouvelle technologie non commercialisée (p. ex., validation de concepts, étude de faisabilité, stratégies de commercialisation).

Les évaluations visent à répondre à des questions touchant l’acquisition, l’implantation ou la réévaluation d’équipements et de procédures, nouvelles ou déjà en usage (CHUM, 2020a; Lepanto, 2017).

Gouvernance et mode de fonctionnement

Au moment de la collecte de données, l’équipe de l’UETMIS était composée de 5 membres. Elle était dirigée, à raison d’un équivalent de 2 jours/semaine, par un radiologue, chercheur et professeur titulaire de clinique au Département de radiologie, ayant également une affiliation secondaire avec le département de gestion, d’évaluation et de politique de santé (DGEPS) de l’École de santé publique de l’Université de Montréal (ESPUM). Trois conseillers en ETMI accomplissaient l’essentiel du travail de production scientifique. Ces derniers possédaient tous une formation de cycle supérieur, dans une discipline des sciences biomédicales ou des sciences sociales, ainsi qu’une expertise en ETMI. Le soutien administratif était assuré par une agente administrative temps plein. Au total, l’équipe disposait d’une capacité de travail d’environ 4,2 ETC.

Des démarches afin d’instaurer une structure de gouvernance impliquant le comité de coordination clinique de l’établissement et un comité consultatif ont eu lieu en cours d’existence de l’UETMIS :

- Le comité de coordination clinique, comité permanent composé du DGA et des directions cliniques de l’hôpital, dont le rôle est d’évaluer les services cliniques offerts par l’hôpital, est de temps à autre consulté afin de savoir s’il y a des sujets d’évaluation pertinents qui devaient être traités par l’UETMIS. Ce comité siégeant toutes les deux semaines est à l’occasion impliqué dans la sélection des projets d’ETMI. Autrement, les sujets d’évaluation sont discutés et priorisés directement avec le DG/DGA;
- Un comité consultatif, réunissant plusieurs représentants de la direction et des conseils professionnels du CHUM, a été conçu en 2017 et présidé par le directeur de l’UETMIS. Le mandat premier du comité consultatif était d’entériner les rapports d’évaluation produits par l’UETMIS avant leur diffusion (approbation scientifique). L’intention de départ était que le comité se rencontre 3 à 4 fois par année, en plus d’échanges électroniques entre les rencontres. Cependant, à la suite des premiers mandats confiés au comité, ce dernier s’est transformé en une plateforme de discussion des recommandations provenant des rapports d’évaluation et des enjeux qu’ils soulèvent pour l’organisation. En raison d’une absence de plus-value de tenir ces rencontres, le comité a été dissout en 2018.

Démarche d’évaluation

Les prochaines lignes décrivent la démarche d’ETMI au CHUM selon les trois phases du processus d’évaluation préalablement proposées au chapitre 4.

Phase 1 – Conception de l'évaluation

La démarche d'évaluation est initiée lorsqu'un directeur, chef de département ou chef de service soumet une demande d'évaluation à l'UETMIS. Un formulaire électronique est disponible à cet effet afin d'indiquer à l'unité quelle est la technologie ou procédure à évaluer, la clientèle cible, l'usage clinique visé, les coûts associés, et les besoins du demandeur, pour permettre une évaluation préliminaire de la demande. Les premiers échanges avec le demandeur sont alors entrepris pour préciser la question d'évaluation et faire ressortir les dimensions sur lesquelles portera l'évaluation. Un expert clinique de la technologie est identifié dès ce moment par le demandeur. Ce dernier agit en tant que personne-ressource pour le professionnel de l'UETMIS tout au long de l'évaluation. Les projets soumis sont idéalement présentés, par le directeur de l'UETMIS, au comité de coordination clinique ou au DG/DGA pour la sélection et la priorisation des demandes. Lorsque le projet est retenu et assigné à un membre de l'équipe de l'UETMIS, le professionnel d'ETMI procède à la revue approfondie de la littérature. Si la contribution de l'UETMIS est jugée pertinente pour un projet, mais que la charge de travail dépasse les capacités de l'équipe, il peut arriver que l'évaluation soit effectuée par le directeur de l'UETMIS. Le directeur de l'UETMIS est, dans tous les cas, responsable de déterminer le type de livrable qui sera produit (c.-à-d., rapport d'évaluation ou note de synthèse).

Phase 2 – Réalisation de l'évaluation

Pendant la recherche d'information, l'analyse des données, ainsi que la rédaction du rapport, le professionnel d'ETMI demeure en contact avec le demandeur afin de l'informer de l'évolution du projet et s'assurer que celui-ci progresse dans la bonne direction. Le professionnel d'ETMI est autonome dans ses tâches. En cas de besoin, il fait appel à la collaboration de l'expert clinique désigné en début de projet, au service des bibliothèques, à l'équipe de gestion de l'information, ou à de l'expertise disponible via l'équipe de chercheurs du CRCHUM en biostatistiques, en évaluation économique et/ou en modélisation.

Lorsque le professionnel d'ETMI possède une ébauche complète du rapport, il en présente le contenu au directeur de l'unité. Le rapport est également envoyé au demandeur pour validation. À cette étape, le rapport n'est pas encore muni de recommandations. Fondés sur la qualité des données, les conclusions tirées et les échanges avec le demandeur ou son représentant, le directeur de l'unité élabore les recommandations du rapport.

Phase 3 – Utilisation de l'évaluation

Une fois prêt, le rapport est rendu disponible sur l'intranet du CHUM. L'UETMIS possède son propre tableau de bord. Cet outil de diffusion liste et informe du statut des projets sur lesquels l'unité travaille. Le rapport est également diffusé sur le portail web du CHUM. Celui-ci est ouvert au public. Un envoi électronique du rapport à toutes les directions est également effectué.

Une fois les rapports d'ETMI publiés, il arrive que le professionnel d'ETMI soit impliqué au niveau de l'implantation des recommandations. C'est le cas notamment si le décideur opte pour la mise en place d'un registre ou la tenue d'une évaluation terrain.

Lorsque les recommandations suggèrent la tenue d'une évaluation terrain ou la mise en place d'un registre, l'UETMIS peut être interpellée à nouveau pour accompagner le personnel dans les choix qu'ils feront pour mener à terme l'exercice. Dans ce cas, une nouvelle contribution de l'UETMIS se résume bien souvent à la réalisation d'une revue de la littérature visant à préciser le devis méthodologique de l'étude ou à identifier les indicateurs pertinents à monitorer pour évaluer adéquatement la technologie ou le mode d'intervention. La responsabilité de mener l'évaluation terrain ou de tenir un registre incombe au personnel terrain. Lorsqu'une évaluation terrain ou un registre est mis en place et génère de nouvelles connaissances, un addendum ou une mise à jour du rapport initial peut être préparé et publié par l'UETMIS.

Offre de service

La principale activité de l'UETMIS est la réalisation de projets d'évaluation, se matérialisant par la production de rapports d'évaluation pouvant être classés en deux grandes catégories: l'évaluation technologique et la note de synthèse.

L'évaluation technologique correspond à une synthèse et une analyse approfondie des données probantes provenant d'un repérage exhaustif de la littérature disponible concernant une technologie ou mode d'intervention. Le contenu du rapport suit les lignes directrices en matière de réalisation et de rédaction d'ETMI en fournissant un résumé complet de la démarche d'évaluation, les résultats de la collecte de données, l'appréciation de la qualité des données, ainsi que les recommandations suggérées considérant le contexte de l'établissement (Busse *et al.*, 2002).

La note de synthèse repose quant à elle sur une revue rapide de la littérature, en raison de l'étendue moins large de la stratégie de recherche retenue. Celle-ci est souvent limitée aux ETMI et revues systématiques publiées. Si ce type d'articles est inexistant dans la littérature, une revue rapide de la littérature ne peut pas être effectuée. La différence entre l'évaluation technologique et la note de synthèse se trouve également au niveau de la période de temps allouée à la production du rapport et au niveau de détail qui y est présenté. Ce type de rapport peut contenir des recommandations.

Les rapports d'évaluation peuvent également être classifiés selon l'horizon temporel des données. On parle alors des rapports de synthèse des connaissances qui jettent un regard rétrospectif sur les données probantes disponibles; des évaluations terrain qui permettent la production de données en temps réel, complétée par une brève revue de la littérature validée par des experts cliniques pour identifier les enjeux d'implantation ou les indicateurs pertinents; et de la modélisation pour apprécier les données clinico-économiques et budgétaires propres au contexte du CHUM (Lepanto, 2017).

7.3.2 Réalisations de l'UETMIS du CHUM

Rapports d'évaluation

57 rapports d'évaluation relevant du domaine public ont été publiés entre 2007 et 2020 par l'UETMIS du CHUM (CHUM, 2020a). L'Annexe 9 résume chacun de ces rapports. L'unité a publié en moyenne quatre rapports par année. Le rythme de publication est demeuré variable tout au long de cette période. Cinq technologies ont fait l'objet de plus d'une publication. Ces évaluations répétées ont été motivées soit par: la mise à jour du rapport à la suite du repérage de nouvelles publications dans la littérature scientifique, l'évaluation d'une même technologie, mais pour une indication différente, ou la planification d'une éventuelle évaluation terrain avec développement de la preuve.

En se fondant sur la structure et le contenu des rapports, 31 évaluations technologiques et 26 notes de synthèse ont été identifiées. Le format des rapports et l'appellation de ceux-ci varient entre les professionnels de l'UETMIS (p. ex., note de synthèse, compte-rendu narratif, évaluation technologique, revue brève, note évaluative, note informative, etc.). Cependant, des différences mineures en termes de contenu des rapports ont été observées. La majorité des notes de synthèse ont été publiées à partir de 2015. Elles varient entre 5 et 35 pages (excluant la bibliographie et les annexes), tandis que les évaluations technologiques contiennent plus de 30 pages. Le type d'évaluation est, dans près de 90% des cas, une ETMI alors que 10% des rapports sont le produit ou sont associés à une évaluation terrain. 67% des notes de synthèses contiennent des recommandations alors que pour les évaluations technologiques, on parle de 80% des rapports. Les recommandations forment une section indépendante du rapport ou sont intégrées à la conclusion. Parfois, elles figurent uniquement en avant-propos ou dans le résumé du rapport.

En se fondant sur la forme de technologie évaluée, les rapports d'évaluation sont répartis de la manière suivante : 35% des rapports (20 publications) porte sur un équipement; 25% (14 publications) sur un dispositif; 18% (10 publications) sur une intervention; 11% (6 publications)

sur un mode d'intervention, 11% (6 publications) sur un système de soutien et 2% (1 publication) a été non classée. (Figure 11) Certaines technologies (40% des rapports) étaient déjà en usage au moment de la réalisation du rapport. Les dimensions évaluées, tant qu'à elles, ont été évaluées en proportion différentes dans les rapports: efficacité (86%), innocuité (49%), enjeux économiques (42%), enjeux organisationnels (35%). Les dimensions éthiques et légales sont quasi absentes (2%). Près de 40% des rapports sont accompagnés d'une analyse des données contextuelles du CHUM.

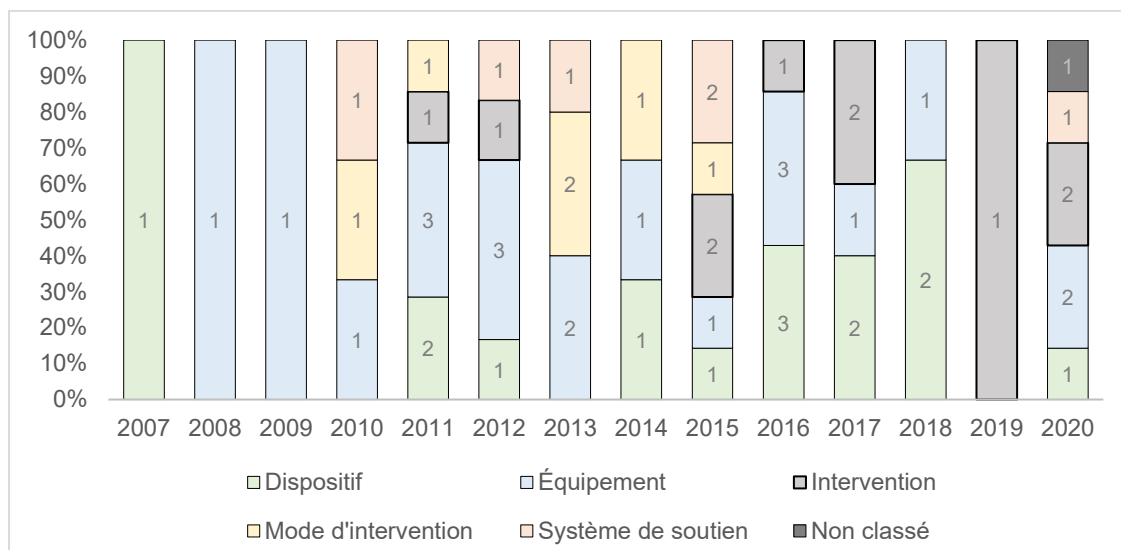


Figure 11. – Classification des rapports de l'UETMIS du CHUM selon la forme de technologie évaluée

Activités internes et externes

L'UETMIS maintient également des liens étroits avec le CRCHUM. Dans certains cas, l'unité requiert le soutien de spécialistes du centre de recherche pour la production de ses rapports. Alors que dans d'autres cas, c'est le Carrefour de l'innovation et de l'évaluation en santé du centre de recherche qui peut tirer profit des travaux de l'UETMIS en identifiant de nouveaux créneaux de recherche d'intérêt pour l'établissement.³⁶

³⁶ Le Carrefour de l'innovation et de l'évaluation en santé est l'un des axes de recherche du CRCHUM. Voir site web du CHUM : <https://www.chumontreal.qc.ca/crchum/axes-de-recherche>.

Une initiative supplémentaire de l'unité est d'obtenir un numéro d'enregistrement ISBN à la bibliothèque nationale du Québec pour chacune des revues systématiques qu'elle produit.

L'UETMIS du CHUM rayonne à l'extérieur de ses murs. Quelques-uns de ses rapports d'évaluation ont mené à des présentations orales ou des présentations par affiches dans des congrès scientifiques (p. ex., 5^e rendez-vous de la gestion des maladies chroniques 2014; 15th World Congress of Pain (2014), l'ACMTS, etc). D'autres ont fait l'objet d'articles scientifiques.

Voici la liste des articles scientifiques publiés à ce jour :

- *Yield of CT pulmonary angiography in the diagnosis of acute pulmonary embolism: short report* paru en 2019 dans le journal BMC Research Notes. (Chen *et al.*, 2019)
- *Interventions to Reduce the Overuse of Imaging for Pulmonary Embolism: A Systematic Review* parut en 2018 dans la revue Journal of Hospital Medicine. (Deblois *et al.*, 2018)
- *Lean and Six Sigma in acute care: a systematic review of reviews* paru en 2016 dans le journal International journal of health care quality assurance. (Deblois et Lepanto, 2016)
- *Speech recognition in the radiology department: a systematic review* paru en 2015 dans Health Information Management. (Hammana *et al.*, 2015)

L'UETMIS s'implique activement dans la formation en ETMI d'étudiants gradués. Le directeur de l'UETMIS est lui-même largement impliqué dans le monde académique, antérieurement en tant que co-responsable du programme de maîtrise internationale en évaluation des technologies en santé et gestion (Ulysse) et à l'heure actuelle en tant que chercheur du CRCHUM, professeur titulaire de clinique au département de radiologie de l'Université de Montréal, et professeur titulaire de clinique au DGEPS de l'ESPUM. Depuis 2012, l'UETMIS du CHUM accueille des stagiaires de l'Université de Montréal et de l'École polytechnique de Montréal. Ces étudiants contribuent sous forme de participation à l'élaboration de rapports d'évaluation avec les professionnels de l'UETMIS.

Jusqu'à présent, les éléments présentés ont permis de dresser un portrait de l'UETMIS et de son contexte afin de représenter sa situation organisationnelle au sein du CHUM. Cependant, les acteurs qui composent une organisation ne sont jamais entièrement contraints par la structure de celle-ci et détiennent leur propre marge de liberté lorsqu'ils sont en interrelation avec d'autres acteurs. Il demeure important de s'intéresser aux enjeux que vivent les acteurs et comprendre comment leurs comportements modulent la portée de l'action collective. Ce sera le sujet abordé dans la prochaine section.

7.4 Enjeux et dynamiques de l'UETMIS du CHUM

7.4.1 Les acteurs et leurs enjeux

Vu selon la perspective de l'analyse stratégique, l'UETMIS du CHUM est confrontée à différents enjeux qui ont été regroupés en trois thématiques:

Thématique 1 – Valoriser une culture d'ETMI

Accorder une importance significative aux données probantes pour une prise de décision éclairée, transparente et responsable en ce qui a trait au choix et à la gestion des technologies et modes d'intervention est une thématique regroupant plusieurs enjeux auxquels fait face l'unité.

D'entrée de jeu, le défi pour l'UETMIS est de se faire connaître. Comme l'exprime un professionnel de l'unité: « Je dois avouer que depuis que je suis là, les gens m'interrogent beaucoup à savoir ce que l'on fait. Mais c'est sûr qu'ils n'ont pas vraiment de liens non plus avec l'évaluation des technologies, mais quand même... » [UE4]

La même idée est véhiculée par des gens ayant fait appel à l'unité : « Quand je parle à des collègues des autres professions, l'UETMIS c'est quelque chose de mystérieux que les gens ne connaissent pas... » [GES1]

Selon plusieurs, l'UETMIS gagnerait à être davantage visible au sein de l'établissement. Autrement dit, pour que la culture d'ETMI imprègne l'organisation, l'omniprésence de l'unité doit s'y faire ressentir. Une visibilité ponctuelle de celle-ci ne peut amener les individus ciblés par sa mission à moduler leur comportement et intégrer l'ETMI dans leur prise de décision. Comme le partage l'un des gestionnaires interrogés qui se réfère à son expérience de chercheur :

Si quelqu'un veut faire une collaboration de recherche avec moi, ce qui va aider, c'est quand il se dit: moi j'ai besoin de faire telle chose. Puis, deux minutes après, il me croise dans le corridor et se dit: justement lui, il pourrait m'aider pour cette affaire-là! L'UETMIS, on ne la voit pas se promener dans les corridors, c'est-à-dire, on n'entend pas souvent parler de l'UETMIS. Ceci fait en sorte qu'on ne pense pas souvent à elle... [GES2]

Avoir le réflexe de faire appel à l'UETMIS est également un enjeu soulevé. En effet, lorsque vient le temps de se positionner par rapport à une technologie ou un mode d'intervention, l'automatisme des décideurs de se questionner et de déterminer s'il faut interpeller l'unité est limité, voire quasi absent. Comme l'indique un membre de l'unité : « Cette culture de se retourner vers l'UETMIS n'est pas généralisée... Ce n'est pas un réflexe naturel de dire on a un questionnement, pourquoi on n'appelle pas l'UETMIS! » [UE4] Ceci est vrai même pour des membres de l'organisation ayant déjà collaboré avec l'unité :

Même si j'ai travaillé avec l'UETMIS, c'est vrai que je me pose la question: Est-ce que j'aurais le réflexe d'aller voir l'UETMIS? [...] Si je me pose la question pour moi, bien j'imagine que pour quelqu'un qui n'a jamais fait un projet avec l'UETMIS ça peut être pire... Oui on avait fait affaire avec eux autres, mais depuis, est-ce que ça existe encore au CHUM, je ne sais même pas... Ça serait intéressant d'en être un petit peu plus informé alors à ce moment-là, on les demanderait plus précocement dans nos évaluations. [GES1]

Même lorsque l'unité occupait une position la rapprochant du cœur décisionnel de l'établissement, le constat était le suivant : « on ne recevait pas assez de mandats et parfois on prenait des décisions au niveau de l'établissement qui auraient probablement profité d'un apport

de l'UETMIS, mais on n'avait pas ce réflexe.... C'était plus intuitif ou on faisait appel à une table d'experts. » [DIR1] Et comme le dit un membre de la direction :

Moi je pense que même si l'UETMIS existe depuis 2005, il faudrait qu'elle soit mieux connue. Il faudrait que les gens du terrain, que ce soit les médecins ou les gestionnaires, aient plus le réflexe de penser à eux. Ça serait déjà une amélioration. Et quand on pense introduction de nouvelles technologies, de nouvelles approches, il faudrait qu'on se pose toujours la question : Est-ce qu'il ne faudrait pas que j'aille me chercher un avis de l'UETMIS? Mais comme je disais tantôt, même si on en demandait pour tout, d'abord, je ne pense pas que ce serait approprié. Mais en plus, ils ne suffiraient pas à la tâche. Mais, que chacun on se pose cette question-là, ça développerait peut-être un petit peu plus de rigueur. [DIR2]

Enfin, les décideurs ont recours à diverses stratégies de prise de décision qui nécessitent des besoins d'information scientifiques plus ou moins grands. Bien que l'unité ait trouvé sa niche au sein de la DSP, les nombreuses voies d'entrées de la technologie dans l'organisation demeurent un enjeu pouvant influencer la contribution apportée par l'ETMI au processus de prise de décision et comme le mentionne un membre de la direction:

Un des problèmes c'est que la technologie chemine par différentes voies... Je peux avoir un projet de recherche qui existe, qui a utilisé une nouvelle technologie et des fois, on nous l'amène dans la pratique... [DIR2]

Préserver l'importance de l'ETMI parmi l'ensemble des raisons qui justifient une décision est une préoccupation supplémentaire pour l'unité. Comme l'affirme un gestionnaire:

Tous les jours, on est confronté à des questions soit d'organisation, soit de technologie, comment on fait si, comment on fait ça. C'est drôle moi, à chaque fois, je dis bien qu'est-ce que la littérature dit? Mais les autres n'ont pas ce réflexe. Souvent, dépendant de leur formation, s'ils sont déjà médecins, s'ils sont infirmières, s'ils sont autres professionnels de la santé, ils vont se baser un peu sur leur intuition, expérience, et dire bien moi, je pense que ça devrait être comme ça. Ok, bien avez-vous des biais? Alors moi plutôt, je me retourne vers l'UETMIS. [DIR1]

Thématique 2 – Comblent les attentes des décideurs

Par comblent les attentes des décideurs, on réfère à l'idée que l'on s'attend à ce que les résultats qui découlent de la démarche d'ETMI représentent une plus-value d'information pour ceux-ci. Les impressions partagées suggérant que des enjeux empêchent, d'un côté, les décideurs à tirer pleinement profit du travail accompli par l'unité, et de l'autre côté, l'unité à satisfaire les besoins de ses utilisateurs, ont été regroupés sous cette thématique.

Avant tout, il convient de mentionner que la pertinence de la démarche d'ETMI est admise par les gestionnaires du milieu. En contexte d'interdisciplinarité, comme le mentionne un membre de la direction :

Plutôt que de se chicaner, on va demander un avis. Ils vont nous sortir un peu ce qui existe, puis à partir de là, on essaie de prendre la meilleure décision pour le patient... Ce que dit la science, ce n'est pas toujours des choses évidentes [...] Quand c'est gris, ce n'est pas évident! Parfois, on a besoin d'une instance plus neutre, plus objective et plus scientifique, et c'est pour ça qu'on fait appel à l'UETMI [DIR2]

C'est aussi ce que partage un professionnel de santé impliqué dans la sélection d'équipements et fournitures à offrir à un groupe de patients, tout en étant parallèlement confronté aux moyens de pression d'entreprises de matériel médical:

On avait besoin de littérature et malheureusement, on n'a pas le temps avec notre charge clinique pour se lancer là-dedans. C'était un vœu pieux que l'on avait à faire sur notre « to do list », mais on n'aurait jamais pu l'adresser comme l'UETMIS l'a fait; avec autant de sérieux puis autant de temps dédié à ça. [GES3]

La réalité fait cependant en sorte que les décideurs ne peuvent pas toujours se plier aux contraintes de la démarche d'ETMI (c.-à-d., lourdeur du processus, temps requis pour l'évaluation, rapidité d'action). C'est vrai pour les gestionnaires cliniciens:

En médecine on est toujours pressé [...] Il y a quand même une certaine lourdeur dans l'ETMI qui fait en sorte que les choses progressent plus lentement... C'est pour ça qu'un moment donné tu te dis : bon, on s'embarrasse-tu de demander en consultation puis d'être retardé de 6 mois parce qu'on demande à un groupe officiel, ou bien on part, puis on se fera une petite évaluation maison? [...] Ces groupes-là, ils ont besoin de temps puis on le comprend... mais quand toi tu as le momentum, puis ton groupe est prêt à faire l'activité, bien tu n'as peut-être pas toujours la patience d'attendre des semaines et des mois que l'évaluation se fasse... [GES1]

Et c'est également vrai du point de vue de la direction :

On a toujours l'énervement qu'on veut une réponse vite vite vite mais on leur demande une recherche fouillée... Des fois, il faut prendre la décision trop rapidement puis on n'a pas le temps de passer par eux; ou on demande une petite revue de littérature simple, puis on a assez d'éléments... [DIR2]

Pour l'UETMIS, être interpellée en temps opportun est un enjeu. Lorsque ce n'est pas le cas, ceci l'amène à joindre des projets déjà entamés ou à devoir refuser d'y participer. Comme l'affirme un gestionnaire à qui cette situation est arrivée:

C'est vraiment par hasard que quelqu'un a suggéré à notre gestionnaire de l'époque : vous n'avez pas interpellé l'UETMIS? Puis on s'est dit pourquoi pas! Alors quand on a interpellé l'UETMIS, on s'est assis avec eux puis on s'est rendu compte que le projet était trop avancé. Il y avait peu de choses que l'UETMIS pouvait nous proposer par rapport à ce projet, alors on s'est dit que ce ne serait pas pour cette fois-ci. [GES3]

C'est également ce qui est partagé par un autre gestionnaire :

Quand on a rencontré les gens de l'UETMIS, ils nous ont dit qu'ils auraient aimé être impliqués dès le départ. Je comprends bien, à postériori, on aurait peut-être dû le faire, mais on n'avait pas pensé du tout à ça au départ. [GES1]

Sans oublier que l'unité compose majoritairement avec le contenu disponible dans la littérature scientifique. La quantité parfois limitée de données peut décevoir les attentes ou moduler la satisfaction du demandeur. C'est l'impression que laisse planer la réponse d'un directeur interrogé :

Des fois, on souhaite avoir une réponse claire comme de l'eau de roche [...] On aurait aimé avoir des recommandations... On est revenu avec notre p'tit bonheur! Et là les gens de l'UETMIS disaient, on ne peut pas arriver avec des recommandations, ce n'est pas assez (il manque de données...). On est resté un peu sur notre appétit! » [DIR2]

Tel que partagé par ce même membre de la direction, le constat général est le suivant :

L'UETMIS répond partiellement au besoin. Pour que ça réponde complètement, il faudrait qu'ils soient plus rapides, plus agiles, mais pour ça, il faudrait augmenter le nombre de personnes significativement ...Être capable de plus interroger, de les amener à l'intérieur quand on commence à parler de certains sujets, qu'ils puissent être là! Mais c'est impossible avec le nombre de personnes déjà impliquées. [DIR2]

Thématique 3 – Occuper une position permettant le développement de partenariats et l'optimisation de la réalisation de sa mission

La réussite de l'UETMIS repose sur les partenariats (alliés) autant à l'interne (départements cliniques, comités de travail, *etc.*) qu'à l'externe (industrie, recherche, *etc.*) qu'elle arrive à mettre en place pour la supporter dans l'accomplissement de sa mission. Le réseautage de l'unité se fait en partie grâce à son positionnement dans l'organisation.

À travers les impressions exprimées, on peut tirer les constats suivants relativement aux positionnements antérieurs de l'UETMIS dans l'organisation. D'abord à ses débuts, « La DETMIS était une direction qui n'avait pas les ressources pour agir telle une direction... Ce positionnement

l'isolait plus que d'autres choses » [DIR1] Le même constat est partagé pour le temps passé sous la gouverne de la direction générale :

Le titre de direction était plus pour le show que pour la substance [...] alors relever de la direction générale c'était un peu la même chose [...] l'UETMIS n'était pas vraiment dans l'organigramme. Elle ne s'insérait pas vraiment dans une logique décisionnelle quelconque, mais elle était importante parce qu'elle se rapportait à la direction générale. [DIR1]

Tandis que le temps passé à la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de la planification stratégique (DQEPPS) fut trop court pour juger de ses bienfaits : « Ça aurait pu être autrement quand l'unité était à la direction de la qualité, mais bon... ça n'a pas été un grand succès non plus... elle n'a pas eu le temps de s'y établir. » [DIR1]

En somme, l'impression partagée par un membre de l'unité résume bien le manque à gagner pour l'unité: « Il n'y a pas eu beaucoup de changement au niveau du positionnement dans l'organisation. C'est un petit peu une déception là [...] Il y a eu une évolution, mais qui a apporté peu de changements au niveau de notre influence au processus de décision. » [UE1]

7.4.2 Microdynamie de l'évaluation

Alimentée par le contexte dans lequel elle a évolué, l'UETMIS du CHUM a adapté son fonctionnement pour lui permettre d'atteindre ses objectifs tout en répondant à ceux de l'organisation. En décortiquant et analysant la microdynamie de l'évaluation, on peut mieux comprendre, avec des exemples d'actions concrètes posées, les stratégies adoptées pour résoudre les tensions entre les acteurs. C'est ce qui est illustré dans les lignes qui suivent, au travers de chacune des étapes du processus d'évaluation.

Phase 1 – Conception de l'évaluation

Les stratégies développées lors de la phase de conception de l'évaluation ciblent davantage l'identification et l'élaboration de projets d'évaluation plutôt que la démarche menant à la sélection des projets d'évaluation.

Susciter la demande pour des projets d'évaluation

Tel que soulevé précédemment, le réflexe de faire appel à l'UETMIS n'étant pas commun à l'ensemble des décideurs, il a été observé que des décisions qui auraient bénéficié de l'apport de l'UETMIS ont été prises de manière intuitive ou *via* d'autres méthodes de délibération minimisant ainsi la prise en compte rigoureuse des données probantes disponibles. Bien que l'UETMIS soit présente dans l'organisation depuis 2005 et que divers exercices de positionnement aient été effectués pour maximiser sa contribution à la prise de décision, un manque au niveau de son intégration dans la logique décisionnelle de l'organisation a été soulevé.

Pour pallier cette situation, on constate que le directeur de l'UETMIS joue un rôle proactif dans l'élaboration des demandes d'évaluation. De par son statut de médecin-spécialiste lui conférant d'entrée de jeu une notoriété au sein de l'organisation, il porte également le chapeau d'ambassadeur de l'ETMI dans l'établissement. En effet, dans sa pratique clinique et ses responsabilités de gestion, il véhicule cet esprit de rigueur scientifique dans les choix technologiques faits par l'organisation. Ses actions débutent en amont de la phase de conception de l'évaluation, soit l'intervalle de temps précédant le dépôt d'une demande d'évaluation. Par exemple, la présence du directeur de l'UETMIS à des tables de concertation clés de l'établissement lui permet d'identifier les projets pouvant bénéficier des travaux de l'UETMIS et de proposer la participation de son équipe. Pour baliser davantage l'intégration de nouvelles technologies et faire en sorte que l'UETMIS soit sollicité en amont des projets, le directeur de l'UETMIS a recommandé que l'unité soit raliée à la DSP. Cette proposition a été acceptée et génère de nouvelles possibilités pour l'unité, comme d'identifier en amont les projets dans lesquels l'unité peut être impliquée. Comme l'indique un membre de la direction:

Maintenant on a installé l'UETMIS avec la DSP. Elle n'évalue pas toujours une question médicale, mais, en la collant à la DSP, on fait travailler nos trois directeurs cliniques, directeur des services professionnels (DSP), directeur des soins infirmiers (DSI), directeur des services multidisciplinaires (DSM) très conjointement parce qu'il ne faut pas se leurrer, la plupart du temps c'est clinique. Dans tous les cas, au comité de coordination clinique où toutes les directions cliniques et le DGA s'y retrouvent, bien souvent, c'est discuté s'il y a des choses où l'on souhaiterait que l'UETMIS soit sollicitée. [DIR2]

Une volonté de centraliser en un lieu les demandes relatives à l'acquisition de nouvelles technologies et de minimiser les multiples voies de réception des demandes est mentionnée. Autrement dit, un désir de formaliser l'activité d'ETMI pour en faire une pratique fluide dans l'organisation et non un détour parfois engagé pour informer une décision est soulevé. L'ambassadeur ne peut pas tout contrôler, mais impose des règles favorisant l'accroissement de la culture d'évaluation. Voici une initiative partagée afin de travailler en ce sens :

Je préside une table de tous les chefs de départements cliniques et j'ai lancé la commande pour chacun des chefs de me soumettre deux projets de pertinence. Alors, autour de cette table, il y a une vingtaine de chefs alors on va se retrouver avec une cinquantaine de projets. J'essaie d'amener cette culture de questionnement, de dire ça ne se peut pas, il y a toujours des sujets à évaluer! [DIR1]

Cela étant dit, l'UETMIS reçoit toujours de manière traditionnelle des demandes d'évaluation provenant des décideurs, mais joue également un rôle important dans l'identification des projets dans lesquels elle peut s'insérer.

Initier des projets pertinents pour l'organisation

Les questionnements internes de l'unité peuvent également donner naissance à des projets d'évaluation. Autrement dit, l'UETMIS a le pouvoir de jouer un rôle autant proactif que réactif dans l'identification de projets d'évaluation et le transfert de connaissance pour répondre à des besoins de gestion. À cet effet, l'UETMIS a intégré les thématiques de performance clinique,

qualité et pertinence, ainsi que le rôle de courtier de connaissances dans ses activités. Comme le mentionne un membre de l'équipe :

En plus d'être des professionnels de synthèse de connaissances, on est aussi des courtiers des produits d'évaluation. En d'autres mots, si on nous demande quelque chose rapidement, on peut rapidement réviser la littérature et dire bien voici ce que les organismes d'évaluation concluent et voir s'il y a une tendance ou autre. [UE4]

Participer à des projets d'orientations variées

Un projet d'évaluation peut présenter un intérêt de collaboration pour l'UETMIS, bien que l'objectif premier des parties prenantes impliquées ne soit pas d'alimenter une prise de décision. Pour l'aider à atteindre ses objectifs, l'unité mise également sur ce type de partenariats dans le choix de ses travaux. Cette réflexion d'un gestionnaire va effectivement en ce sens :

On a fait tout ça, mais qu'est-ce qu'on a fait nous autres pour changer notre pratique... C'est bien d'avoir mis toutes ces heures-là à produire un rapport, mais si on ne change rien en pratique par la suite, c'est vrai que c'est moins utile... Mon intérêt premier dans ce projet était en tant que chercheur alors c'est probablement une des raisons pourquoi je n'ai pas fait la promotion de ça par la suite... je ne l'ai pas fait en tant que gestionnaire.... Un chercheur ça veut faire quoi, ça veut publier.... Le réflexe est un peu naïf, mais une fois que c'est publié, on se dit voilà c'est fait je suis content et on passe à autre chose... Ce n'est pas comme ça qu'on devrait fonctionner... Une fois que c'est publié, c'est bien beau, mais on devrait en faire la promotion, ce que moi je n'ai pas fait. [GES2]

Phase 2 – Réalisation de l'évaluation

Une fois le projet accepté, un professionnel d'ETMI prend en charge la collecte, la synthèse et l'analyse des données. Si l'information disponible le permet, des recommandations seront également rédigées et un produit final sous forme de rapport d'évaluation ou de note de synthèse sera préparé. Enfin, cette phase du processus de l'évaluation se termine par l'approbation finale du produit d'évaluation prêt à être diffusé à l'ensemble des instances touchées par le projet, la haute direction, la communauté CHUM et le reste du public.

Miser sur l'expertise du professionnel d'ETMI

Ce que l'on observe c'est que les membres de l'UETMIS sont indépendants dans la conduite de leurs projets. Comme un membre de l'unité l'indique: « Le travail des professionnels est pas mal individuel. Il n'y a pas de partage dans les projets. S'il y a partage, ce serait avec un stagiaire... » [UE5] Ceci crée une dynamique propre à l'UETMIS du CHUM. Chaque professionnel entretient une relation bidirectionnelle avec le directeur de l'unité. En termes de livrables, bien qu'une évaluation technologique ou une note de synthèse demeurent standard, on peut à la lecture des rapports identifier des particularités propres à chaque professionnel d'ETMI en termes de format et de contenu des rapports. On peut donc dire que les travaux de l'unité reposent sur une démarche individuelle du professionnel d'ETMI qui s'apparente à un modèle de consultant interne plutôt que d'unité d'évaluation. « Il n'y a pas d'interaction entre les agents et les différents sujets. On est toujours intéressé par ce que l'autre fait, on peut lire les rapports, mais en fait, au niveau de la production et de la recherche, il n'y a pas de liens entre les agents ici » [UE1] Ou encore :

Vous savez... on est toujours l'équipe du Dr Lepanto qui va être DSP, mais qui seront dans la DAMU donc, pour moi, ce n'est pas une unité telle quelle. Les unités telles quelles ça n'existe... pour moi ça n'existe plus... Au contraire, il n'y a plus de développement d'unités, au contraire, elles sont absorbées, elles se fondent. [UE3]

Et comme le dit le directeur de l'unité :

Je me sers beaucoup de cette équipe-là pour approfondir les dossiers que je dois analyser pour m'aider dans mes prises de décision et ainsi de suite. Je le vois vraiment comme un groupe de consultants internes qui me guident quand j'ai un questionnement... [DIR1]

Impliquer le demandeur tout au long de l'exercice

Dans l'exécution de son travail, le professionnel s'entoure de collaborateurs et reste en contact avec le demandeur pour assurer que le projet demeure toujours dans la bonne direction.

L'idée générale partagée est de travailler de concert avec le demandeur dans l'avancement du projet. On peut en ressentir les avantages par le témoignage d'un gestionnaire ayant pris part à un projet d'évaluation:

On voyait vraiment qu'il y avait un intérêt à ce que l'on collabore. À la fin, ce qui a ajouté à notre surprise, c'est quand on nous a présenté les résultats. On nous a dit qu'en pensez-vous, qu'est-ce que vous voulez qu'on bonifie? On est ouvert à vos recommandations. Nous on s'attendait à se faire livrer un produit, se faire dire : nous avons étudié ceci, voici nos conclusions. Mais il y avait beaucoup d'échange. Alors on a vraiment apprécié ça. On ne savait pas que ça allait se passer comme ça au départ. [GES2]

Et comme le dit un membre de l'unité :

Don't surprise the king! Il ne faut jamais surprendre la personne qui demande... Si elle vous présente quelque chose, pour elle, c'est pour l'accepter. Donc si vous trouvez que ce n'est pas tout à fait ça qu'il va y avoir, il est important que la personne le sache avant que le rapport sorte... pas pour que vous changiez d'avis, mais simplement pour dire écoutez, voilà les données qu'on a, et vous, avez-vous d'autres arguments qui peuvent montrer comme quoi ce que l'on fait n'est pas juste ou il y a quelque chose qui contredit ça? [UE3]

Générer des recommandations

L'intérêt d'un processus tel que l'ETMI est de générer des recommandations qui permettront de lever les tensions entre les différentes parties prenantes exposées à une prise de décision. Mais ce processus est évidemment limité par la disponibilité et la qualité des données:

Pour faire des recommandations ça prend des données... il n'y a rien qui exclut que dans des notes de synthèse, il n'y ait pas de recommandations... quand on a assez de données, on va faire des recommandations... s'il n'y a rien qui se dégage, s'il n'y a pas assez d'indications qui se dégagent du processus d'évaluation, on ne fera pas de recommandations. [UE1]

L'approche de l'UETMIS est de développer les recommandations à l'interne :

Généralement, c'est comme un brainstorming... le directeur y va avec ses recommandations, nous on y va avec nos recommandations puis lui, il façonne le tout. Il fait des recommandations générales pour le rapport. [UE3]

Et l'unité garde actuellement le contrôle sur les recommandations produites. Comme le dit le directeur de l'unité : « Moi je préfère d'être un peu maître et juge et de tout décider moi-même, mais éventuellement, il faudrait passer à un mécanisme où des recommandations sont discutées au moins. » [DIR1]

Phase 3 – Utilisation de l'évaluation

Une fois le rapport prêt pour diffusion, l'UETMI adopte des stratégies qui diffèrent d'un professionnel d'ETMI à l'autre.

Impliquer les professionnels d'ETMI dans la diffusion des connaissances

Tout comme à la réalisation de l'évaluation, l'implication du professionnel d'ETMI lui appartient. Le professionnel d'ETMI peut jouer un rôle clé dans l'utilisation des connaissances issues des rapports d'évaluation. Ce rôle peut être variable d'un rapport à l'autre, mais demeure essentiel si on souhaite influencer la prise de décision. Pour certains membres de l'unité, le rôle du professionnel d'ETMI s'arrête à la réalisation du rapport et à la recherche d'information sur ses retombées dans l'organisation:

On ne le fait pas nécessairement, mais c'est d'avoir une rétroaction. Est-ce que notre rapport a été implanté? Est-ce qu'on a suivi les recommandations? Est-ce qu'on a fait ce que l'on suggère oui/non? Il faudrait sortir les rapports un à un et voir. L'aspect de rétroaction est encore à développer je dirais; de s'assurer que notre travail a une valeur pour l'institution... [UE2]

Alors que d'autres partagent le désir de vouloir aller plus loin :

Je vais parler de mon expérience à moi. Moi c'est ce que j'aime... ne pas être impliqué uniquement au niveau de la production du rapport, mais justement d'avoir un impact, d'accompagner dans une certaine mesure le milieu au niveau de l'implantation des recommandations. Moi c'est là que je vois l'avenir. Autrement, je veux dire, ça fait un rapport qui va ramasser la poussière sur une tablette. [UE1]

Le Tableau 12 présente une synthèse des enjeux et des stratégies évoqués par les acteurs mobilisés par les activités d'ETMI au sein du CHUM.

Thématiques	Enjeux	Stratégies
Valoriser une culture d'ETMI	UETMIS <ul style="list-style-type: none"> • Se faire connaître • Être visible au sein de l'établissement • Développer le réflexe de faire appel à l'UETMIS • Stimuler la demande pour de nouveaux projets d'évaluation • Minimiser les voies d'entrées de la technologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier en amont les projets pouvant bénéficier des travaux de l'UETMIS • Proposer la participation de l'UETMIS • Faire rayonner l'UETMIS au sein de l'établissement et de la communauté scientifique
	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ/ CLINICIENS-GESTIONNAIRES <ul style="list-style-type: none"> • Tirer pleinement profit des travaux de l'UETMIS 	<ul style="list-style-type: none"> • Interpeler l'UETMIS en amont des projets
	DIRIGEANTS <ul style="list-style-type: none"> • Tirer pleinement profit des travaux de l'UETMIS 	<ul style="list-style-type: none"> • Positionner l'UETMIS stratégiquement • Faire travailler les directeurs cliniques (DSP, DSI, DSM) de l'établissement ensemble • Imposer des règles favorisant l'accroissement de la culture d'évaluation • Informer les directeurs des projets où une implication de l'UETMIS est souhaitée
Comblent les attentes des décideurs	UETMIS <ul style="list-style-type: none"> • Satisfaire aux besoins des utilisateurs de l'UETMI • Être interpellé en temps opportun • Développer une rapidité et une agilité dans la réalisation de ses projets • Composer avec la donnée disponible 	<ul style="list-style-type: none"> • Accepter ou non de mener les projets • Impliquer le demandeur tout au long de la réalisation du projet • Faire valider le rapport par le demandeur avant publication
PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ/ CLINICIENS-GESTIONNAIRES		

Thématiques	Enjeux	Stratégies
	<ul style="list-style-type: none"> • Interpeller l'UETMIS en temps opportun • Tirer pleinement profit des travaux d'ETMI • Se plier aux contraintes qu'impose la démarche d'ETMI • Se positionner face à la pression des manufacturiers • Disposer de la meilleure technologie pour offrir des soins et services de qualité <p>DIRIGEANTS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer une allocation optimale des ressources • Assurer une saine gestion des budgets alloués • Fournir aux professionnels de la santé le matériel et les ressources dont ils ont besoin pour assumer leurs fonctions • Composer avec l'urgence décisionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser les projets avec ou sans le soutien de l'UETMIS • Avoir recours aux projets de recherche <p>• Opter pour des tables d'experts plutôt que l'UETMIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opter pour des avis rapides produits par l'UETMIS
Occuper une position permettant le développement de partenariats et l'optimisation de la réalisation de sa mission	<p>UETMIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduire les multiples voies d'entrées de la technologie dans l'établissement • Maximiser le réseautage à l'interne et à l'externe • S'insérer dans la logique décisionnelle de l'établissement • Disposer des leviers nécessaires pour pouvoir innover dans la réalisation de ses activités d'ETMI 	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer une présence de l'UETMIS aux tables de concertation de l'établissement • Participer au comité de coordination clinique • Diversifier les types de collaboration (ex. CRCHUM, industrie) • Produire des avis rapides (24-48h.) • Initier des projets d'évaluation jugés pertinents pour l'organisation (amélioration de la performance clinique)

Tableau 12. – Tableau synthèse des enjeux et des stratégies des acteurs mobilisés par les activités de l'UETMIS du CHUM

7.5 Conclusion

En résumé, tel qu'il est prévu théoriquement lorsqu'il est question d'activités d'ETMI, l'objectif de l'UETMIS est d'abord et avant tout de contribuer significativement au processus de prise de décision en fournissant de l'information (triée et analysée) aux décideurs, fondée sur les données probantes disponibles. Pour le CHUM, la mission d'ETMI trouve sa raison d'être en partie par la présence d'un champion stratégique dont la notoriété est reconnue dans l'organisation et à qui le mandat de diriger les activités de l'unité est confié. On remarque que la nature de ses activités repose sur une logique individuelle, et les expériences personnelles et différentes des professionnels d'ETMI, plutôt que sur une dynamique d'équipe. Notamment en raison de ressources limitées, l'unité a adopté une structure davantage individualisée pour opérationnaliser sa mission. Parmi les efforts investis pour concrétiser son mandat d'ETMI, l'UETMIS du CHUM mise sur la publication d'articles dans des revues scientifiques et l'ouverture à l'industrie. Dans ses interactions au sein de l'établissement, un des grands défis de l'UETMIS est de faire en sorte que le personnel en position de prendre les décisions concernant les choix technologiques et les modes d'intervention dans l'établissement soit au courant de son existence. L'UETMIS gagnerait à être présente aux instants clés qui permettront aux décideurs de développer une culture d'évaluation et ultimement, se poser systématiquement la question : devrait-on faire appel à l'ETMI pour nous appuyer dans la prise de cette décision? Et, bien que la pertinence et la crédibilité de l'ETMI soient établies, s'ajuster aux besoins des demandeurs, autant dans le temps qu'en termes de contenu, demeure un enjeu de taille. C'est pourquoi l'unité élabore des stratégies pour arriver à atteindre ses objectifs. Pour atteindre ce but, les fruits de ses travaux doivent être perçus comme étant à valeur ajoutée au processus de prise de décision, car ces données s'additionnent aux autres éléments pris en considération dans l'évaluation d'une intervention.

Chapitre 8 – Analyse transversale

8.1 Introduction

Ce chapitre est une analyse transversale des deux cas analysés afin de mieux comprendre l'influence des dynamiques organisationnelle et humaine sur la réalisation des activités d'ETMI dans les CHU. En prenant appui sur l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977), chacun des cas a été préalablement présenté (Chapitres 6 et 7). Rappelons que dans ces précédents chapitres, le contexte et le fonctionnement de chaque UETMI ont été décrits. Les problématiques vécues par les différents groupes d'acteurs ont été exposées à travers l'expérience partagée par ceux-ci sur les activités d'ETMI, le déroulement des projets d'évaluation, et les suites de l'évaluation. Pour chaque groupe d'acteurs, l'argumentaire évoqué relativement à l'ensemble du processus d'évaluation et les comportements adoptés afin de leur permettre d'atteindre leurs objectifs formels et informels ont d'abord été identifiés. Les enjeux et les stratégies liés plus spécifiquement à chacune des phases du processus d'évaluation ont ensuite été développés.

Dans les lignes qui suivent, les observations empiriques ont été jumelées à la recension des écrits afin de comparer les cas, faire émerger les constantes et les ruptures qui les caractérisent et expliquer la dynamique générale ainsi que la microdynamie des relations entre les acteurs. À la lumière de ces apprentissages, il a été ensuite possible de se pencher sur les résultats de cette analyse et de revoir le modèle conceptuel initialement proposé.

8.2 Dimensions d'analyse

8.2.1 Les enjeux

Dans les deux cas étudiés, les perceptions des acteurs quant aux activités réalisées par les UETMI ont été recueillies. L'expérience vécue au cours de participations à un ou plusieurs projets d'évaluation a également été questionnée. Bien que les enjeux liés aux activités d'ETMI aient été

exprimés légèrement différemment d'un cas à l'autre, les défis soulevés ont fait remarquer que ces deux UETMI rencontrent à la base des défis similaires dans la réalisation de leur mission. On parle ici des efforts déployés pour adopter une culture d'ETMI dans l'organisation, accorder une place de choix aux données probantes dans la prise de décision, et bénéficier d'un environnement propice à la réalisation de la mission d'ETMI. L'ampleur de ces enjeux est toutefois variable entre les établissements. Les Tableaux 13, 14 et 15 résument les enjeux présentés dans les chapitres précédents en détaillant l'information pour chaque catégorie d'acteurs stratégiques impliqués dans les activités d'ETMI, selon les trois thématiques identifiées lors de l'analyse des données.

Thématique 1 – Valoriser une culture d'ETMI	
Enjeux pour l'UETMI	
Se faire connaître/enrailler l'incompréhension autour du rôle de l'UETMI	« Ce n'est pas tout le monde qui nous connaît! »
Développer le réflexe de faire appel à l'UETMI	« Même s'ils nous connaissent, les gens n'ont pas le réflexe de penser à nous! »
Réduire la compétition entre les différentes sources qui soutiennent la prise de décision	« Une décision peut se prendre sur différentes bases (c.-à-d., expériences, croyances, intuitions, données probantes, etc.); on est constamment en compétition! »
Stimuler la demande pour de nouveaux projets d'évaluation	« Il faut stimuler la demande » « Il faut justifier notre présence dans l'établissement »
Minimiser les voies d'entrées de la technologie	« Des technologies qui coûtent cher entrent dans l'établissement sans que nous soyons sollicités » « On achète des équipements de 5 millions de dollars puis on ne demande pas à l'UETMIS de faire un rapport »
Enjeux pour les professionnels/cliniciens-gestionnaires	
Connaitre la position de la direction concernant la technologie	« Avant d'entamer un projet, l'équipe de l'UETMIS s'assure d'avoir l'autorisation de la direction de l'hôpital. Pour nous, cette étape représente une des forces du processus, car elle démontre l'intérêt des hauts gestionnaires pour la question à l'étude »
Faire valoir l'intérêt d'acquérir de nouvelles technologies	« La plus-value scientifique de l'ETMI apporte un levier au niveau politique »

Thématique 1 – Valoriser une culture d’ETMI	
	« On avait besoin de convaincre l’hôpital puis moi je savais que l’ETMI était le mécanisme le plus simple à utiliser » « Obtenir une nouvelle technologie influence même notre capacité à recruter du personnel »
Obtenir les technologies souhaitées	« Pour nous, l’UETMI est une voie indépendante qui évalue de manière objective la technologie » « Nous avons le besoin d’acquérir de nouvelles technologies; si on veut avoir nos affaires, il faut passer par l’UETMI »
<u>Enjeu pour les dirigeants</u>	
Minimiser les voies d’entrées de la technologie	« La technologie pénètre parfois sans l’aval de la direction »
Tirer profit des travaux d’ETMI	« L’ETMI ne répond pas toujours à nos attentes! »

Tableau 13. – Enjeux liés aux activités d’ETMI et extraits associés pour chaque catégorie d’acteurs stratégiques selon la thématique « Valoriser une culture d’ETMI »

Thématique 2 – Comblent les attentes des décideurs	
<u>Enjeux pour l’UETMI</u>	
Susciter l’acceptabilité des rapports	« En effectuant la recherche, le professionnel d’ETMI devient inévitablement subjectif »
Répondre dans les délais souhaités par les demandeurs	« Les exigences des demandeurs rendent difficiles de suivre la méthodologie d’ETMI »
Avoir le bon « timing »	« Il faut que les travaux s’alignent avec les intérêts de l’établissement! » « Il faut aussi que les demandeurs fassent leurs demandes au bon moment dans leur processus; il faut être interpellé en temps opportun sinon il est trop tard! »
Composer avec la donnée disponible	« La démarche d’ETMI repose sur la disponibilité de la donnée. La quantité parfois limitée déçoit les attentes »
Décoder les motivations des demandeurs	« Nos motivations pour faire de l’ETMI ne sont pas les mêmes! Il faut être clair sur ce que l’on peut faire. »

Thématique 2 – Comblent les attentes des décideurs	
Être utile	« Il faut faire en sorte que l’UETMI accomplisse sa mission »
<u>Enjeux pour les professionnels/gestionnaires</u>	
Se plier aux contraintes qu’impose la démarche d’ETMI	« On ne peut pas toujours se plier aux contraintes de la démarche d’ETMI (c.-à-d., lourdeur du processus, temps requis pour l’évaluation, etc.) « On n’a pas toujours le temps de passer par eux; quand on entreprend un projet, c’est qu’il y a un momentum, il faut que ça bouge! »
Se positionner face à la pression de manufacturiers qui défendent les avancées de leur technologie	« On vit les pressions des manufacturiers qui veulent que l’on utilise leur technologie ou imposent leurs règles de marché »
Convaincre les autorités de l’importance d’acquérir la technologie	« On veut être entendu, savoir ce que la direction pense et obtenir les technologies qui nous sont utiles »
Faire valoir l’intérêt/le besoin d’acquérir de nouvelles technologies	« Faire appel à l’UETMI permet de faire bouger les choses (l’administration)! »
Tirer profit des travaux d’ETMI	« Pour nous, l’ETMI c’est un levier pour valider/invalider des choix au niveau politique »
<u>Enjeu pour les dirigeants</u>	
Tirer profit des travaux d’ETMI	« Les données probantes sont-elles une plus- value d’information? » « La démarche d’ETMI repose sur la disponibilité de la donnée. La quantité d’information parfois limitée déçoit les attentes »
Se plier aux contraintes qu’impose la démarche d’ETMI	« On ne peut pas toujours se plier aux contraintes de la démarche d’ETMI (c.-à-d., lourdeur du processus, temps requis pour l’évaluation, etc. »
Composer avec diverses sources de pression	« On n’a pas toujours le temps de passer par eux; il faut prendre la décision trop rapidement! » « Avoir un rapport ou des recommandations développées en collaboration, surtout lorsque les attentes génèrent une certaine pression »

Tableau 14. – Enjeux reliés aux activités d’ETMI et extraits associés pour chaque catégorie d’acteurs stratégiques selon la thématique « Comblent les attentes des décideurs »

Thématique 3 – Être supporté adéquatement par l'organisation	
<u>Enjeux pour l'UETMI</u>	
S'insérer dans la logique décisionnelle de l'établissement	« Il faut que l'on s'insère dans la logique décisionnelle » « Il faut être bien positionné dans l'organigramme de l'établissement »
Composer avec des ressources limitées	« Les ressources dont on dispose limitent ce que l'on est en mesure de faire » « Les bons acteurs, les bons porte-parole » « Il faut vaincre les freins à la production »
Faire preuve de flexibilité / Être informé des changements de priorités et d'orientations	« On n'a pas le choix, il faut être flexible, il faut s'ajuster à notre interlocuteur (p. ex., le type de demandeur, le type de demandes, les délais, le type de rapport, etc.) » « On n'est pas à l'abri des changements de priorités et d'orientations »
<u>Enjeux pour les professionnels/gestionnaires</u>	
Composer avec des ressources limitées	« Il n'y aura jamais assez de ressources pour évaluer les dossiers rapidement. L'ETMI peut devenir un piège et un moyen de bloquer les projets »
<u>Enjeux pour les dirigeants</u>	
Composer avec des ressources limitées	« Être capable de plus les interroger, les amener à l'intérieur quand on commence à parler de certains sujets, mais c'est impossible avec le nombre de personnes déjà impliquées et ils ne suffiraient pas à la demande » « Il n'y aura jamais assez de ressources pour évaluer les dossiers rapidement. »

Tableau 15. – Enjeux reliés aux activités d'ETMI et extraits associés pour chaque catégorie d'acteurs stratégiques selon la thématique « Être supporté adéquatement par l'organisation »

8.2.2 Les acteurs

L'approfondissement des liens qui unissent les différents groupes d'acteurs, compte tenu de leurs enjeux respectifs, est une étape supplémentaire pour mieux comprendre la dynamique qui se crée autour des activités d'ETMI. En effet, l'interprétation des interactions existantes entre les acteurs, considérant les ressources pertinentes et mobilisables qu'ils détiennent et les actions

qu'ils posent mutuellement, permet d'expliciter les comportements adoptés par chacun pour pallier les problématiques vécues et assurer l'atteinte de leurs objectifs. Dans les paragraphes suivants, les liens existants entre les différentes catégories d'acteurs ont été présentés.

Une relation instrumentale existe entre les dirigeants des établissements et les UETMI. En effet, les dirigeants assurent la gouvernance de leurs établissements respectifs. Ils sont responsables de la saine gestion du budget qui leur est alloué par le MSSS pour remplir leur mission. Les dirigeants ont un regard d'ensemble sur les activités menées dans l'établissement. Concernant la technologie, ils disposent de l'autorité d'approuver de nouvelles acquisitions, de remplacer ou désinvestir dans celles-ci. Toutefois, ce ne sont pas par eux ni pour eux qu'est utilisée la technologie. Ce ne sont pas eux non plus qui ont à manipuler ou qui détiennent l'expertise clinique pour juger de la pertinence clinique de la technologie. Ils doivent s'informer adéquatement à propos de celle-ci, tenir compte de l'ensemble des enjeux (cliniques, humains, éthiques, matériels, financiers, *etc.*) que pose l'investissement dans une technologie particulière, et doivent évaluer le coût d'opportunité qu'implique le choix d'une ou plusieurs d'entre elles au détriment des autres. Les dirigeants d'établissements ont le devoir de prendre les meilleures décisions possibles dans l'intérêt des usagers et de la population. L'ETMI est un des moyens et une responsabilité énoncée en ce sens dans la LSSSS pour y parvenir. L'UETMI quant à elle répond à ce volet de la mission des établissements universitaires. En plus, l'UETMI a la responsabilité de la valorisation de ses travaux. Les décideurs constituent le public de première ligne visé par ses travaux, car ce sont eux qui entérineront les rapports d'ETMI et rendront possible, en grande partie, la concrétisation des recommandations que ceux-ci suggèrent. Ce sont également les dirigeants d'établissements qui attribuent les ressources nécessaires à l'UETMI pour assurer sa pérennité. Contrairement aux professionnels de la santé dont il sera question plus tard, l'UETMI représente une entité organisationnelle à laquelle les décideurs peuvent, selon leur volonté, faire appel lorsqu'ils doivent faire des choix souvent complexes par rapport à une technologie. L'UETMI fournit des données probantes, validées et contextualisées à la réalité de l'établissement concernant la technologie. Détenir une telle évaluation fournit de l'information supplémentaire permettant de réduire l'incertitude qui entoure ces choix. C'est également une façon de légitimer

une orientation allant dans le même sens que les recommandations proposées dans les rapports d'ETMI.

Dans la poursuite de leurs objectifs, explicites ou non, les membres de l'UETMI et les professionnels de la santé/cliniciens-gestionnaires sont amenés à collaborer. D'un côté, l'UETMI gagne à être informée des besoins qu'ont les professionnels de la santé/cliniciens-gestionnaires en termes de technologie. Une partie des projets d'évaluation émanent de ces échanges. De l'autre côté, les professionnels de la santé/cliniciens-gestionnaires dépendent de la technologie pour être en mesure de prodiguer les soins et services entrant dans leurs champs de compétence respectifs. Les connaissances cliniques et l'expérience terrain qu'ils possèdent leur confèrent du pouvoir qui ne peut être remis en cause par aucun autre groupe d'acteurs. L'UETMI trouve avantage à impliquer ce groupe d'acteurs le plus tôt possible dans la réalisation du projet d'évaluation. En effet, leur expertise clinique permet d'alimenter le contenu du rapport d'évaluation. La crédibilité des rapports d'évaluation produits par l'UETMI repose en partie sur le jugement qu'en feront les experts cliniques. L'UETMI a donc intérêt à s'allier avec les professionnels de la santé/cliniciens-gestionnaires pour s'assurer de bien prendre en compte leur point de vue clinique. Pour les professionnels de la santé/cliniciens-gestionnaires, l'UETMI est une entité qui les rapproche des preneurs de décision et permet de mettre en lumière le point de vue stratégique concernant la technologie qu'ils convoitent. Pour eux, l'ETMI représente une étape bureaucratique qui influence la démarche d'acquisition de la technologie. Si le projet qu'ils présentent à l'UETMI est accepté, c'est qu'implicitement, il y a un intérêt des dirigeants à en savoir davantage sur la technologie et que ceux-ci envisagent probablement la possibilité de l'acquérir. L'ETMI est aussi un moyen d'obtenir un avis découlant d'une analyse rigoureuse de la technologie afin de pouvoir approcher subséquentement les autorités et faire valoir l'intérêt d'acquérir la technologie. La démarche peut cependant paraître lourde et longue pour les professionnels de la santé/cliniciens-gestionnaires qui voudraient voir leurs besoins technologiques comblés rapidement considérant que ce sont eux qui se retrouvent confrontés à l'urgence de soigner les patients.

Enfin, les professionnels de la santé/cliniciens-gestionnaires et les dirigeants sont rarement amenés à interagir directement au regard de la technologie, mais ont tout de même besoin l'un de l'autre pour atteindre leurs objectifs. Les dirigeants ont la responsabilité de fournir aux professionnels de la santé le matériel et les ressources dont ils ont besoin pour assumer leurs fonctions. Ce sont eux qui reçoivent l'ensemble des demandes de nouvelles technologies et vivent les pressions véhiculées par les parties prenantes qui désirent voir entrer la technologie convoitée dans l'établissement. Les dirigeants doivent prioriser les demandes en fonction des contraintes imposées par les ressources limitées de l'établissement. La donnée qu'ils possèdent est différente de celle que détiennent les professionnels de la santé/cliniciens-gestionnaires. Ces derniers ont un point de vue centré sur leur spécialité. Ils connaissent les vertus cliniques des technologies propres à leur champ d'expertise et veulent pouvoir réaliser leurs activités professionnelles avec du matériel à la fine pointe de la technologie. Bien entendu, le fait que la technologie soit propre à leur spécialité engendre la possibilité d'une surestimation de leur besoin face aux besoins de leurs collègues. Il leur faut tout de même convaincre que la technologie qu'ils désirent est essentielle et prioritaire. Pour eux, la technologie peut même être un enjeu pour leur permettre de recruter des collègues spécialistes et attirer des étudiants dans leur service. L'ETMI est donc un moyen de mobiliser les connaissances cliniques de manière rigoureuse pour convaincre les dirigeants. Les professionnels de la santé/cliniciens-gestionnaires ont rarement la vue d'ensemble qu'ont les dirigeants de toutes les contraintes qui s'imposent à l'établissement. Ils peuvent même contourner les contraintes en faisant entrer la technologie dans l'établissement notamment par des projets de recherche ou des ententes conclues avec l'industrie.

8.2.3 Les stratégies

L'ETMI dans sa globalité et la dynamique entre les acteurs

Les stratégies observées à partir des deux études de cas ont ensuite été détaillées. L'analyse des données a d'abord porté sur les enjeux qui englobent l'ensemble du processus d'ETMI. Autrement dit, ce sont les problématiques qui ne se limitent pas à une seule phase du processus d'évaluation. Elles dressent la toile de fond qui sous-tend l'activité d'évaluation. C'est

ce qui a été identifié comme étant la dynamique de l'évaluation. Voici d'abord une synthèse de ces résultats.

En réponse aux enjeux évoqués précédemment, les stratégies des UETMI, reconnues par les comportements observés et les discours adoptés par les acteurs pour mobiliser leurs ressources et exercer un pouvoir sur les autres groupes d'acteurs, ont été répertoriées pour chaque cas à l'étude. Ce que l'on constate est que ces stratégies sont complètement distinctes d'un établissement à l'autre. Autrement dit, bien que les groupes d'acteurs vivent des enjeux similaires, leur contexte les mène à adopter des stratégies différentes. Un retour sur les stratégies observées dans chacun des cas est présenté dans les paragraphes suivants. Le Tableau 16 résume les stratégies des UETMI.

Enjeux	Stratégies des UETMI		
	Propres au cas 1	Propres au cas 2	Communes
Se faire connaître/enrailler l'incompréhension autour du rôle de l'UETMI	Standardiser le processus de production scientifique	Capitaliser sur le rôle d'ambassadeur/champion qui formalise, identifie, propose et élabore les projets d'évaluation	Favoriser le réseautage – Être actif au sein des comités locaux
Développer le réflexe de faire appel à l'UETMI	Mettre en place une structure administrative via laquelle les demandes de nouvelles technologies doivent être acheminées pour évaluation	Identifier et proposer la participation aux projets d'évaluation (Susciter la demande pour de nouveaux projets d'évaluation)	
S'insérer dans la logique décisionnelle de l'établissement			
Composer avec des ressources limitées	Travailler en partenariat avec		

Enjeux	Stratégies des UETMI		
	Propres au cas 1	Propres au cas 2	Communes
	l'équipe de transfert des connaissances		
Réduire la compétition entre les différentes sources qui soutiennent la prise de décision Stimuler la demande pour de nouveaux projets d'évaluation Minimiser les voies d'entrées de la technologie Avoir le bon « timing »	Formaliser la démarche de sélection des projets d'évaluation et prioriser la réalisation de ceux-ci	Impliquer les directeurs cliniques dans l'identification des projets susceptibles d'être menés par l'UETMI	
Répondre dans les délais souhaités par les demandeurs			Élargir l'éventail des types de livrables Diversifier les services et produits offerts
Faire preuve de flexibilité / Être informé des changements de priorités et d'orientations			Travailler en collaboration avec le demandeur

Tableau 16. – Enjeux et stratégies des UETMI liés à l'ensemble du processus d'ETMI

On peut voir à travers les stratégies observées que deux tangentes différentes ont été prises par les UETMI afin d'établir les assises de leur fonctionnement au sein de leur organisation respective. Dans un premier cas, la mise en place d'une structure administrative encadrant les démarches de dépôt, de sélection, et de priorisation des projets d'évaluation, ainsi qu'un

processus d'élaboration et de suivi de la mise en œuvre des recommandations, témoigne du choix d'élaborer des stratégies visant à mieux structurer le processus d'évaluation en regard des nouvelles interventions, et par conséquent mieux encadrer les activités d'ETMI. Le développement de partenariats avec les entités occupant des fonctions rapprochées à celles de l'UETMI est favorisé afin d'augmenter la portée de l'unité dans l'organisation. Dans le second cas, nonobstant la démarche rigoureuse méthodique que propose l'ETMI, une plus grande flexibilité est perceptible en termes de fonctionnement et d'intégration de l'unité au sein de l'établissement. En effet, on remarque une visibilité plus grande de l'unité au sein de l'organisation et un choix du portefeuille de projets reposant principalement sur la présence d'un porte-parole/ambassadeur qui occupe une position stratégique dans l'organisation, qui possède une notoriété auprès de ses pairs du fait de son statut professionnel, et qui détient un intérêt à opérer le dossier ETMI. Au sein de cette unité, davantage d'énergie est investie à offrir un service spécialisé s'ajustant en temps réel aux besoins de ses collaborateurs et à entrevoir comment l'unité peut moduler son offre de service pour réaliser sa mission. Les stratégies des professionnels/cliniciens-gestionnaires et des dirigeants sont quant à elles similaires d'un cas à l'autre. Les Tableaux 17 et 18 résument ces stratégies.

Enjeux	Stratégies des professionnels de la santé/cliniciens-gestionnaires
Faire valoir l'intérêt/le besoin d'acquérir de nouvelles technologies	Choisir de présenter ou non une demande d'évaluation à l'UETMI Se munir d'une évaluation rigoureuse de l'intervention, réalisée par l'UETMI, pour valider/invalider les choix au niveau politique
Convaincre les autorités de l'importance d'acquérir la technologie	Considérer ou non le rapport d'évaluation réalisé par l'UETMI pour faire valoir le besoin technologique
Connaitre la position de la direction concernant la technologie	Présenter le rapport d'évaluation réalisé par l'UETMI aux autorités de l'établissement

Enjeux	Stratégies des professionnels de la santé/cliniciens-gestionnaires
Se positionner face à la pression de manufacturiers qui défendent les avancées de la nouvelle technologie	
Se plier aux contraintes qu'imposent la démarche d'ETMI	<p>Opter ou non pour un produit d'ETMI qui se réalise plus rapidement</p> <p>Accepter ou non que des recommandations soient incluses dans le rapport d'ETMI</p>
Éviter la lourdeur administrative/ les possibles goulots d'étranglement	Choisir de présenter ou non une demande d'évaluation à l'UETMI
Accélérer l'entrée de la nouvelle technologie	Mettre en place un projet de recherche permettant de tester la technologie

Tableau 17. – Enjeux et stratégies des professionnels de la santé/cliniciens-gestionnaires liés à l'ensemble du processus d'ETMI

Enjeux	Stratégies des dirigeants de l'établissement
Composer avec la pression exercée par les différents détenteurs d'intérêts et l'incertitude relative à la technologie	<p>Considérer ou exiger qu'un rapport d'évaluation soit produit</p> <p>Opter pour des solutions alternatives à l'ETMI qui permettent d'alimenter la prise de décision (ex. groupes de travail, etc.)</p>
Tirer profit des projets d'évaluation (valeur ajoutée à la prise de décision)	<p>Positionner stratégiquement l'UETMI dans l'organisation</p> <p>Approuver les projets qui devront être évalués par l'UETMI</p>

Enjeux	Stratégies des dirigeants de l'établissement
Minimiser les voies d'entrées de la technologie	
<p>Être libre de prendre sa propre décision</p> <p>Se plier aux contraintes de la démarche d'ETMI (temps requis, limite de la donnée disponible, impossibilité d'émettre des recommandations, etc.)</p>	<p>Choisir de présenter ou non une demande d'évaluation à l'UETMI</p> <p>Accepter ou non que des recommandations soient incluses dans le rapport d'ETMI</p> <p>Impliquer ou non l'UETMI dans l'évaluation de technologies liées aux chantiers prioritaires de l'établissement</p> <p>Opter pour des solutions alternatives à l'ETMI qui permettent d'alimenter la prise de décision (ex. groupes de travail, etc.)</p>

Tableau 18. – Enjeux et stratégies des dirigeants de l'établissement liés à l'ensemble du processus d'ETMI

L'ETMI selon chacune de ses phases et la microdynamie entre les acteurs

À un second niveau, il est intéressant de voir comment les enjeux des acteurs et les stratégies qui en découlent se manifestent dans les différents stades d'avancement d'un projet d'évaluation mené par l'UETMI. C'est ce qui a été appelé la microdynamie de l'évaluation. Le découpage du processus d'évaluation en trois phases, soit la conception, la réalisation et l'utilisation de l'ETMI, a été proposé dans le cadre de la présente recherche afin d'analyser d'un point de vue micro et selon les étapes charnières par lesquelles cheminent les projets d'évaluation, le déroulement des activités d'ETMI (Chapitre 4). En voyant le processus d'évaluation comme un processus dynamique dans lequel entrent en jeu des acteurs, on convient que ces interactions sont susceptibles d'influencer l'apport de l'ETMI à la prise de décision et qu'il est pertinent de s'y intéresser pour mieux comprendre ce qui se passe réellement dans l'organisation. Dans les prochaines lignes, une synthèse de ce qui a été observé en termes de microdynamie pour chacune des phases d'évaluation sera présentée.

Phase 1 – Conception de l'évaluation

L'étape de la conception de l'évaluation est cruciale, car il s'agit du point de départ officiel de tout projet d'évaluation futur. Bien entendu, l'UETMI souhaite mettre à profit l'ETMI pour soutenir la prise de décision. Ses ressources sont toutefois limitées. Il est primordial que les projets dans lesquels elle s'implique soient à valeur ajoutée pour l'organisation et informellement, valorisent le rôle joué par ses membres en plus de permettre la justification de sa présence dans l'organisation. C'est pourquoi une unité ne peut se lancer dans quelconque projet. Si elle procède ainsi, elle risque de voir ses rapports « tablettés » et n'être d'aucune utilité pour l'organisation.

Au moment de la conception de l'évaluation, les principaux enjeux partagés de manière similaire dans les deux cas ont été de 1) cibler les projets qui correspondent réellement à de l'ETMI, 2) bien comprendre le besoin du demandeur et 3) être en mesure de définir un horizon de temps de production du rapport qui convienne à toutes les parties. Les positions évoquées par les personnes interrogées ont permis d'identifier des stratégies propres à chaque établissement. Pour l'un, l'accent a été mis sur : 1) le cadrage du projet d'évaluation; 2) l'évaluation de la pertinence de mener les projets proposés, autant en termes d'adéquation avec la mission d'ETMI qu'avec les chantiers prioritaires menés par l'établissement; ainsi que 3) d'avoir l'adhésion de la haute direction avant d'entamer un projet d'évaluation, car ceci garantit en quelque sorte l'utilisation éventuelle du rapport. Pour l'autre cas, la stratégie retenue a été majoritairement de renverser la méthode classique de faire en choisissant de proposer la participation de l'UETMI plutôt que d'attendre que celle-ci soit sollicitée via le dépôt d'une demande d'ETMI. On réalise ainsi que la conception de l'évaluation peut démarrer bien avant le dépôt d'un projet. En effet, la présence d'acteurs clés sensibles à l'ETMI et à la valeur ajoutée qu'apporte cette source d'information lors d'échanges/ discussions sur les projets, besoins, chantiers prioritaires de l'organisation permet de pallier le fait que bien souvent, on ne pense pas à elle ou parfois on y pense tardivement.

Une fois impliqués dans la démarche d’ETMI, les autres groupes d’acteurs concernés n’ont d’autres choix que de s’en remettre aux paramètres fixés par l’UETMI en étant plus ou moins transparents sur leurs volontés et réelles intentions quant à la technologie, pour conserver leur marge de manœuvre et indirectement, leur capacité d’action. Les Tableaux 19, 20 et 21 présentent un résumé des enjeux et stratégies des acteurs à l’étape de conception de l’évaluation.

Enjeux	Stratégies des UETMI		
	Propres au cas 1	Propres au cas 2	Communes
<p>Enrailler l’incompréhension autour du rôle de l’UETMI</p> <p>Bien cerner les besoins du demandeur / Définir l’évaluation</p> <p>Décoder les motivations des demandeurs</p>	<p>Tenir une rencontre de cadrage (équipe UETMI & demandeur)</p>	<p>Discuter du besoin (directeur de l’UETMI & demandeur)</p>	
<p>Initier des projets pertinents pour l’organisation</p>	<p>Exiger l’approbation du supérieur immédiat</p> <p>Obtenir l’autorisation de la direction d’entamer le projet d’évaluation</p>	<p>Vérifier l’avancement du projet avant de s’y engager</p>	<p>Accepter ou non de faire le projet d’évaluation</p>
<p>Susciter la demande pour des projets d’évaluation</p>		<p>Élaborer de nouveaux projets « rôle de courtier de connaissances »</p> <p>Identifier et proposer la participation aux projets d’évaluation</p>	

Tableau 19. – Enjeux et stratégies de l’UETMI durant la phase de conception de l’évaluation

Enjeux	Stratégies des professionnels de la santé/cliniciens-gestionnaires
Obtenir le consentement de l'UETMI de mener le projet d'évaluation	<p>Circonscrire/préciser l'objet de l'évaluation afin qu'il soit réalisable dans les délais prescrits</p> <p>Opter pour un produit qui se réalise rapidement</p> <p>Omettre de mentionner de l'information qui pourrait dissuader l'UETMI de procéder à l'évaluation</p>
Se plier aux contraintes qu'impose la démarche d'ETMI	Présenter ou non une demande d'évaluation à l'UETMI

Tableau 20. – Enjeux et stratégies des professionnels de la santé/cliniciens-gestionnaires durant la phase de conception de l'évaluation

Enjeux	Stratégies des dirigeants de l'établissement
Se plier aux contraintes qu'impose la démarche d'ETMI	Présenter ou non une demande d'évaluation à l'UETMI
Impliquer l'UETMI dans les projets à valeur ajoutée pour l'établissement	Approuver les projets d'évaluation

Tableau 21. – Enjeux et stratégies des dirigeants de l'établissement durant la phase de conception de l'évaluation

Phase 2 – Réalisation de l'évaluation

La phase de réalisation de l'évaluation est une étape reposant davantage sur le professionnel d'ETMI qui réalise les travaux d'évaluation. Son défi est de pouvoir appliquer la méthode privilégiée pour l'ETMI, c'est-à-dire une collecte systématique et exhaustive de l'information scientifique pertinente, l'appréciation de la qualité méthodologique des études issues de ce repérage d'information, et l'analyse des données probantes, pour nourrir une prise de décision éclairée. Un autre enjeu lors de cette phase est de ne pas s'éloigner de la question de

recherche ou de la préciser auprès du demandeur au fur et à mesure que le projet évolue. Le professionnel d'ETMI doit demeurer le plus neutre possible face à l'objet d'évaluation. Un des moyens utilisés pour y arriver est d'informer le demandeur de l'avancement du projet à des moments clés de cette phase et de tenir compte des points de vue de l'ensemble des parties prenantes qui peuvent être concernées par la technologie (c.-à-d., cliniciens, chercheurs, gestionnaires, éthiciens, patients, citoyens, *etc.*).

Encore une fois, on constate quand même qu'un certain nombre de stratégies mises en place d'une UETMI à l'autre se distinguent. Basé sur les UETMI étudiées, on voit que l'une d'entre elles mise sur l'uniformisation de la production et la présentation de ses rapports en s'appuyant sur une offre de service faisant état des travaux pouvant être effectués par l'unité, des contenus de livrables clairement définis, un design de rapport adapté pour faciliter l'adhésion des décideurs à leurs recommandations et des échéanciers proposés pour chacun de ces livrables que l'unité se compromet de respecter. L'unité s'engage également à impliquer les usagers et leurs proches par la ratification d'une politique à cet effet. Alors que l'autre UETMI privilégie une approche individualisée des professionnels d'ETMI, en modulant ses actions selon les besoins et les intérêts individuels de chacune des parties impliquées, incluant le format et le contenu de ses rapports. Aucune marche à suivre standardisée ne guide le travail des professionnels d'ETMI, autre que les bonnes pratiques à suivre lors de la réalisation d'une ETMI. Chaque professionnel travaille de manière indépendante, ou en binôme avec le directeur de l'UETMI, et moins d'attention est portée à l'uniformisation des produits d'ETMI générés par l'unité.

L'autre tâche à réaliser lors de l'étape de réalisation de l'évaluation est celle de l'élaboration des recommandations. Les recommandations s'adressent directement aux décideurs. Plusieurs stratégies peuvent être mises de l'avant par les acteurs. En voici quelques exemples : demander d'office d'avoir ou ne pas avoir de recommandations dans le rapport; choisir un type de rapport selon qu'il prévoit ou non la présence de recommandations; élaborer les recommandations individuellement ou collectivement; inclure ou non les parties prenantes

dans la démarche d'élaboration des recommandations. Ces choix ne sont pas anodins et émanent du jeu de chacun des acteurs au sein de l'organisation. Dans les deux cas étudiés, les stratégies des acteurs face à cet enjeu sont différentes. Dans l'un des cas, la concertation de l'ensemble des parties prenantes pour l'élaboration des recommandations est favorisée. La présence ou non de recommandations est déterminée à l'avance par le contenu type spécifié pour chacun des livrables. Alors que pour l'autre UETMI étudiée, les recommandations sont élaborées par le directeur de l'UETMI. Un livrable contient des recommandations dès que les données probantes disponibles sont assez étoffées pour en émettre. Les Tableaux 22, 23 et 24 rapportent les enjeux et stratégies des acteurs associés à la phase de réalisation de l'évaluation.

Enjeux	Stratégies des UETMI		
	Propres au cas 1	Propres au cas 2	Communes
Susciter l'acceptabilité des conclusions des rapports d'évaluation	Standardiser le processus de production scientifique ainsi que le contenu des produits	Favoriser une approche individualisée propre à chaque professionnel d'ETMI	<p>Informé le demandeur à des moments clés de l'exercice (points de contrôle)</p> <p>Impliquer les parties prenantes (c.-à-d., cliniciens, chercheurs, gestionnaires, patients, citoyens, éthiciens, etc.)</p>
Générer des recommandations	<p>Adopter un mode délibératif d'élaboration des recommandations</p> <p>Définir les produits qui contiennent des recommandations</p>	<p>Élaborer les recommandations à l'interne</p> <p>Présenter des recommandations dès que la donnée probante le permet</p>	

Tableau 22. – Enjeux et stratégies de l'UETMI durant la phase de réalisation de l'évaluation

Enjeux	Stratégies des professionnels de la santé/cliniciens-gestionnaires
Se plier aux contraintes de la démarche d'ETMI (c.-à-d., temps requis, limite de la donnée disponible, impossibilité d'émettre des recommandations, <i>etc.</i>)	Désigner un ou des experts-conseils en soutien à l'équipe de l'UETMI Participer ou non à l'élaboration des recommandations, si offert Être ou ne pas être en accord avec les recommandations/conclusions présentées dans le rapport

Tableau 23. – Enjeux et stratégies des professionnels de la santé/cliniciens-gestionnaires durant la phase de réalisation de l'évaluation

Enjeux	Stratégies des dirigeants de l'établissement
Se plier aux contraintes de la démarche d'ETMI (c.-à-d., temps requis, limite de la donnée disponible, impossibilité d'émettre des recommandations, <i>etc.</i>)	Désigner un ou des experts-conseils en soutien à l'équipe de l'UETMI Participer ou non à l'élaboration des recommandations, si offert Être ou ne pas être en accord avec les recommandations/conclusions présentées dans le rapport

Tableau 24. – Enjeux et stratégies des dirigeants de l'établissement durant la phase de réalisation de l'évaluation

Phase 3 – Utilisation de l'évaluation

De manière générale, plusieurs auteurs se sont intéressés aux formes d'utilisation possibles de l'évaluation par les preneurs de décisions (Beyer et Trice, 1982; Johnson, 1988; Weiss, 1979). De leurs travaux, quatre types d'utilisation peuvent être retenus. On parle d'utilisation instrumentale, d'utilisation conceptuelle, d'utilisation symbolique et d'utilisation processuelle. L'utilisation instrumentale correspond à une utilisation directe de la connaissance et vise à corriger une situation conformément à ce qui est proposé par l'évaluateur.

À l'inverse, l'utilisation conceptuelle reflète une utilisation indirecte et graduelle des résultats de l'évaluation. L'utilisation symbolique, quant à elle, consiste à s'appuyer sur les résultats de l'évaluation pour justifier, soutenir, ou légitimer certaines positions. L'utilisation processuelle, contrairement aux autres types d'utilisation, engendre des effets, non pas par les résultats de l'évaluation, mais plutôt par la sensibilisation des acteurs à la problématique évaluée, tout au long du processus d'évaluation. C'est cette implication au sein du processus d'évaluation qui mène instinctivement les acteurs à revoir et parfois même modifier leurs pratiques.

Sans vouloir minimiser l'effet de l'utilisation conceptuelle, autrement dit, l'importance des apprentissages qui se produisent tout au long de la démarche d'ETMI, la démarche d'évaluation prend une bonne partie de son sens une fois rendue à l'étape d'utilisation de l'évaluation. C'est à partir de ce moment que les données recueillies, analysées, et synthétisées, sont à la portée de tous les utilisateurs de connaissances pour supporter la prise de décision. Comme le mandat de l'UETMI est de produire les rapports d'évaluation et de les rendre disponibles aux décideurs, pour certains professionnels d'ETMI, leur rôle s'arrête là. Pour d'autres, des actions supplémentaires de leur part doivent être posées pour assurer l'utilité du rapport produit, valoriser l'apport de ce dernier, autant pour eux que pour l'organisation. Les deux UETMI font appel à des stratégies de diffusion similaires pour faire rayonner leurs travaux. La publication d'articles scientifiques, des communications lors de congrès nationaux et internationaux, fait entre autres partie de cette liste. Des variations s'observent une fois de plus entre les deux cas. Pour permettre aux UETMI de se rapprocher de leur but de soutien à la prise de décision, dans un cas, une préanalyse des étapes subséquentes à franchir ainsi qu'une alliance avec l'équipe chargée du transfert de connaissances dans l'établissement sont établies pour assurer une continuité du projet d'évaluation. Dans l'autre cas, l'implication de l'UETMI dans la suite des travaux est propre à chaque professionnel d'ETMI.

Au final, il appartient aux professionnels de la santé/cliniciens/gestionnaires et aux dirigeants de l'établissement de considérer ou non les rapports d'évaluation. Les stratégies

choisies auparavant par les différents groupes d'acteurs influenceront les actions lors de cette phase. Par exemple, un rapport dans lequel sont présentées des recommandations qui auront été développées en collaboration par l'ensemble des parties prenantes s'intéressant à une technologie, pourrait faire en sorte que les dirigeants de l'établissement se sentent contraints de suivre ces recommandations. Tandis que des recommandations élaborées sans l'appui des parties prenantes concernées sont exposées à un plus grand risque de rejet au moment de la décision et l'implantation suivant la publication du rapport. Les Tableaux 25, 26 et 27 résument les constats associés à la phase d'utilisation de l'évaluation.

Enjeux	Stratégies des UETMI		
	Propres au cas 1	Propres au cas 2	Communes
<p>Satisfaire/répondre adéquatement à la demande</p> <p>Favoriser la prise en compte des rapports d'évaluation lors de la prise de décision</p>	<p>Développer des alliances avec les équipes de transfert de connaissances</p> <p>Inclure dans la structure des rapports, une section qui présente des pistes d'actions à poser pour continuer à cheminer dans le sens suggéré par les recommandations</p> <p>Mise en place de comités de suivi de projet</p>	<p>Propre à chaque professionnel d'ETMI</p>	<p>Mettre en place des véhicules de valorisation des activités effectuées (ex. Communications externes, articles scientifiques, présentations, etc.)</p> <p>S'impliquer dans la diffusion des connaissances</p>

Tableau 25. – Enjeux et stratégies de l'UETMI durant la phase d'utilisation de l'évaluation

Enjeux	Stratégies des professionnels de la santé/cliniciens-gestionnaires
Faire en sorte que le rapport serve de levier au niveau politique	Considérer ou non le rapport d'évaluation Informer ou non les autorités de la publication du rapport Présenter ou non le rapport aux autorités

Tableau 26. – Enjeux et stratégies des professionnels de la santé/cliniciens-gestionnaires durant la phase d'utilisation de l'évaluation

Enjeux	Stratégies des dirigeants de l'établissement
Composer avec les pressions que peut induire la publication du rapport d'évaluation	Considérer ou non la publication du rapport d'évaluation

Tableau 27. – Enjeux et stratégies des dirigeants de l'établissement durant la phase d'utilisation de l'évaluation

8.3 Conclusion

Cet exercice d'identification des enjeux et stratégies mobilisant les groupes d'acteurs impliqués dans les activités d'ETMI nous a permis de mieux comprendre autant la dynamique générale que la microdynamie qui s'installent entre ceux-ci, et ce, au-delà de la structure formelle de l'organisation. On peut retenir à travers l'analyse des deux cas présentés que l'on est face à deux systèmes d'action concrets se distinguant au niveau de la capacité d'action des acteurs faisant partie de l'UETMI. Pour chaque établissement, les relations de pouvoir diffèrent et confirment que les acteurs se positionnent différemment pour arriver à leurs fins. Les règles de jeu établies par les acteurs pour tirer avantage de leur marge de liberté et maximiser leur capacité d'action reposent sur l'interdépendance qui existe entre ces acteurs et les relations de pouvoir

qu'ils entretiennent entre eux. Cette lecture est donc cruciale lorsque vient le temps d'apprécier l'effet de l'ETMI sur la prise de décision et l'état de santé de la population.

Chapitre 9 – Discussion

9.1 Introduction

L'allocation des ressources dans le système de la santé s'avère un exercice complexe. Les besoins sont grands, les ressources sont limitées, et l'exercice de répartition de ces ressources à travers le réseau de la santé est de plus en plus difficile considérant les avancées de la science, le vieillissement de la population, le développement rapide et accéléré de nouvelles technologies, et les prix de plus en plus élevés pour la plupart de ces nouvelles technologies. Les professionnels, les gestionnaires et les gouvernements se voient contraints de faire des choix. On peut se demander comment ils en arrivent à prendre de bonnes décisions en matière d'allocation des ressources pour les services de santé et les services sociaux? Par de bonnes décisions, on entend des choix d'interventions légitimes, justes et raisonnables, créant de la valeur en santé et services, au bénéfice des usagers, des patients et de l'ensemble de la population (Daniels, 1999, 2000; Goetghebeur et Cellier, 2018). Comment les décideurs du système de santé s'y prennent actuellement pour faire ces choix? Qu'est-ce qui se passe concrètement sur le terrain? Comment ces individus procèdent-ils? Comment les outils d'aide à la décision contribuent-ils à la prise de décision? Et ultimement améliorent-ils le bien-être et la santé de la population? On comprend que l'ETMI a été développée pour répondre en partie à ces besoins. Comment les activités d'ETMI se concrétisent-elles afin de soutenir les décideurs du système de santé et services sociaux?

La genèse de cette thèse vient de l'intérêt d'en savoir davantage sur le rôle que jouent les outils d'aide à la décision en contexte de santé et services sociaux. Pour mieux comprendre cette réalité, nous nous sommes penchés sur les activités d'ETMI en milieu local et la situation vécue dans les hôpitaux universitaires du Québec. Les activités d'ETMI sont pratiquées dans les CHU depuis maintenant près de 20 ans.

L'évolution de l'évaluation des technologies au sein des établissements étudiés a permis de comprendre l'historique de cette pratique, de caractériser le contexte d'étude et représenter la structure formelle de ces organisations. Puis, l'analyse des entretiens a permis de préciser le fonctionnement de l'UETMI, les particularités de chaque établissement, les enjeux et les stratégies résultant des interactions entre les acteurs. En effet, l'analyse des argumentaires et des comportements récurrents des acteurs a permis de déduire les enjeux (les situations problématiques récurrentes énoncées dans l'argumentaire des acteurs pour exprimer la valorisation qu'accorde l'acteur à ses objectifs formels et informels) et d'expliquer les stratégies des acteurs (reflétées par les comportements récurrents liés aux ressources pertinentes et mobilisables utilisées par chaque groupe d'acteur). Enfin, l'analyse de ces enjeux et stratégies ont permis de faire ressortir les principaux constats décrivant les règles de jeu et expliquant le système d'action concret. Ces constats ont par la suite été utilisés pour revoir le cadre conceptuel proposé au départ.

9.2 Constats dégagés de l'analyse transversale

De cette analyse se dégagent plusieurs constats qui seront expliqués ultérieurement dans cette section. Ces constats peuvent être regroupés en deux catégories :

- *Constats relatifs à la dynamique de l'évaluation et aux contextes dans lesquels ont lieu les activités d'ETMI*
 - Constat 1 – La gouvernance de l'ETMI propre à chaque palier de gestion du système de santé et de services sociaux
 - Constat 2 – L'importance de la place accordée à l'UETMI dans la structure organisationnelle des établissements
 - Constat 3 – Les différentes formes d'intégration de l'ETMI aux processus décisionnels des établissements
- *Constats relatifs à la microdynamie des relations entre acteurs lors de la réalisation des activités d'ETMI*

- Constat 4 – La variabilité et la justesse de représentation du processus de réalisation des activités d’ETMI
- Constat 5 – L’influence de l’ETMI sur la prise de décision

9.2.1 Constats relatifs à la dynamique de l’évaluation et aux contextes dans lesquels ont lieu les activités d’ETMI

Telle que mentionnée et illustrée à travers l’analyse transversale, l’analyse des données a d’abord porté sur les enjeux qui englobent l’ensemble du processus d’ETMI. Autrement dit, les problématiques qui ne se limitent pas à une seule phase du processus d’évaluation et qui dressent la toile de fond qui sous-tend l’activité d’évaluation. Les enjeux identifiés portent sur les efforts déployés pour 1) adopter une culture d’ETMI dans l’organisation, 2) accorder une place de choix aux savoirs disponibles dans la prise de décision, et 3) bénéficier d’un environnement propice à la réalisation de la mission d’ETMI.

Constat 1 – La gouvernance de l’ETMI propre à chaque palier de gestion du système de santé et de services sociaux

D’entrée de jeu, contrairement aux organismes d’évaluation menant des travaux à l’échelle nationale et jouissant d’une indépendance au niveau institutionnel (p. ex., l’INESSS), les UETMI à l’échelle locale réalisent leurs activités en étant une partie intégrante de leur établissement. Comme le mentionne Ouimet *et coll.*:

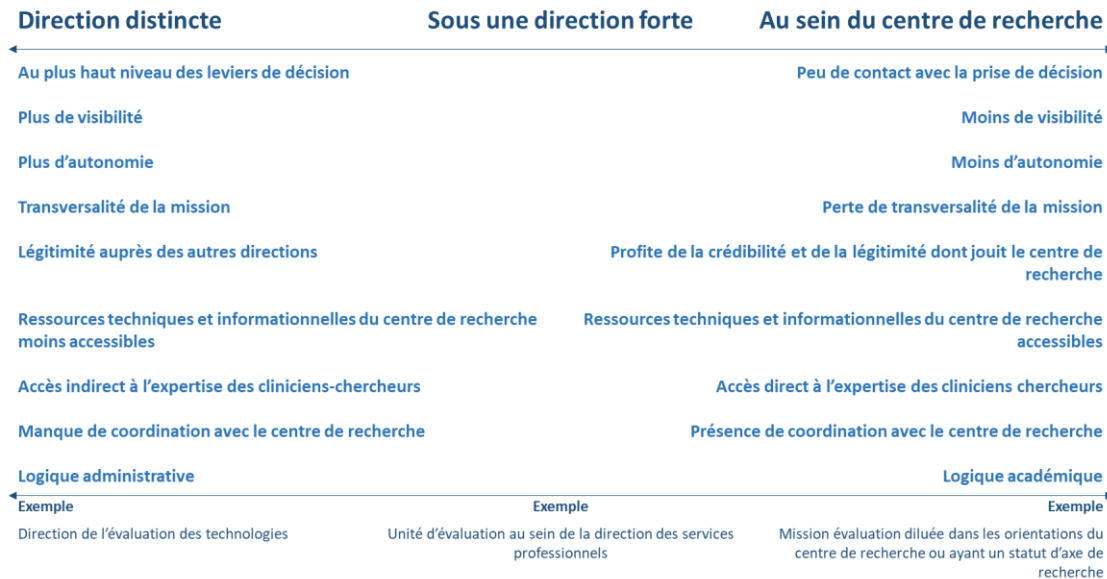
regardless of the health system in which it operates, any HTA unit that carries the mission of assessing technologies on behalf of stakeholders from the same organization lacks the structural independence that would protect it from internal vested interests... (Ouimet *et al.*, 2017)

Des mesures sont mises en place par les équipes d’ETMI pour préserver une autonomie dans la conduite de leurs travaux, autant dans les faits qu’en apparence. Toutefois, les UETMI à

l'échelle locale demeurent des entités soumises aux règles et aux jeux organisationnels de leur établissement; c'est le contexte politique de ce type d'organisation. La lecture de l'organisation selon l'approche théorique de Crozier et Friedberg abonde d'ailleurs en ce sens. Il est impossible de faire abstraction du fait que les UETMI à l'échelle locale s'intègrent dans une structure organisationnelle, œuvrent en interdépendance avec les autres directions et services de leur organisation, et sont influencées par les caractéristiques de leurs contextes interne et externe (p. ex., multiplicité des missions de l'organisation; positionnement dans l'organisation; valorisation de la culture d'évaluation, priorisation et octroi de budget pour les activités d'évaluation, etc.). Les dynamiques observées dans les deux cas étudiés en témoignent.

Constat 2 – L'importance de la place accordée à l'UETMI dans la structure des établissements

Dans un second temps, il était attendu qu'une UETMI intégrée à un établissement de santé puisse voir ses activités influencées par son positionnement au sein de l'organisation. Rappelons le rapport du Comité sur la vision du réseau des hôpitaux universitaires (rapport Carignan), dans lequel différentes structures organisationnelles avaient été suggérées afin d'inscrire la mission d'évaluation dans les établissements universitaires (Carignan *et al.*, 2002). Les avantages et les écueils anticipés de chaque scénario avaient d'ailleurs été identifiés dans ce rapport (voir Figure 12).



Source : Tiré et adapté de Carignan, Raymond *et coll.*, Vers un réseau universitaire intégré en santé - Rapport du comité sur la vision du réseau d'hôpitaux universitaires, 2002.

Figure 12. – Avantages et écueils des différents scénarios organisationnels pressentis afin d'inscrire la mission d'ETMI dans les établissements universitaires

Les travaux réalisés dans cette thèse ont confirmé, dans un premier temps, l'appropriation du concept d'unité d'évaluation par les centres hospitaliers universitaires pour concrétiser le volet « évaluation » de leur mission universitaire. En guise de stratégie de positionnement de leur UETMI respective, ces établissements ont opté autant pour le scénario d'unité formant une direction distincte, que les scénarios d'unité relevant d'une direction forte ou d'unité positionnée au sein d'un centre de recherche. Le positionnement de l'UETMI dans la structure organisationnelle de chaque établissement a évolué au fil du temps, en réponse à la transformation du contexte interne et de l'évolution de l'environnement et des pratiques d'évaluation. Les projets d'évaluation réalisés par l'UETMI sont marqués par cette évolution.

Constat 3 – Les différentes formes d’intégration de l’ETMI aux processus décisionnels des établissements

Finalement, différentes approches d’intégration du processus d’ETMI aux processus décisionnels en place dans les établissements ont été identifiées. Dans le premier cas analysé, une approche technocratique a été mise en évidence. En effet, la place accordée aux savoirs et à l’expertise en ETMI pour alimenter la prise de décision a été démontrée par l’émergence d’une structure de gouvernance encadrant l’avancement des projets prioritaires de l’établissement et dans laquelle les activités de sélection, de priorisation et d’élaboration des travaux d’ETMI ont été imbriquées. À l’opposé, le deuxième cas étudié a plutôt révélé une approche d’intégration de l’ETMI à caractère politique, à savoir une mise en application de l’ETMI reposant en majeure partie sur les relations de pouvoirs entre les acteurs de l’établissement. Les caractéristiques distinctives de chaque UETMI et leur établissement semblent expliquer les différences d’approches observées. Dans un cas, il est question d’une unité ayant été gérée une majeure partie de son existence par un gestionnaire non clinicien, dans un établissement à mission élargie, composé d’un nombre considérable d’installations, et offrant une gamme de services étendue de la première à la troisième ligne. Alors que dans l’autre cas, l’UETMI a été placée, dès sa création, sous la responsabilité d’un gestionnaire clinicien disposant d’une notoriété lui conférant du pouvoir au sein de l’établissement. Le rôle joué par ce dernier en amont des travaux d’ETMI s’est révélé important. Les services offerts par l’établissement sont des activités de soins spécialisés et surspécialisés où la place de la clinique et de l’innovation est très grande. La dynamique interne de l’unité est davantage de nature individuelle.

En lien avec les éléments soulevés précédemment, on peut affirmer que le positionnement de l’UETMI au sein de l’organisation ainsi que sa place dans la structure est révélatrice de l’importance accordée ou de ce que l’on attend de l’ETMI. Il convient donc d’ajuster le cadre conceptuel de départ en y intégrant les paliers et les instances impliquées dans les activités d’ETMI pour mieux représenter le contexte interne et externe entourant l’ETMI.

9.2.2 Constats relatifs à la microdynamie des relations entre acteurs lors de la réalisation des activités d'ETMI

La lecture de l'organisation sous l'angle de l'analyse stratégique, comme appliquée dans les deux cas présentés dans cette thèse, avait aussi pour but de comprendre les rouages du processus d'ETMI selon ses objectifs, les activités qui composent ce processus, les livrables attendus, et les multiples contraintes pouvant survenir lors de la conduite d'un projet d'ETMI. Comme l'intention était d'explorer la microdynamie des relations entre les acteurs liés à la réalisation des activités d'ETMI, il paraissait nécessaire d'effectuer un découpage du processus d'ETMI en sous-ensembles d'activités et de tâches qui, selon nous, représentaient les principaux jalons à franchir afin de mener à terme un projet d'ETMI et atteindre l'objectif d'aide à la décision visé par ce processus. D'autant plus qu'à chaque étape de réalisation des actions d'ETMI, différentes parties prenantes sont amenées à contribuer à l'avancement du projet.

Constat 4 – La variabilité et la justesse de représentation du processus de réalisation des activités d'ETMI

Plusieurs exemples sont venus marquer le fait que le processus d'ETMI est une séquence variable et consécutive d'activités et de tâches réalisées du moment où est initié un projet jusqu'à l'utilisation des résultats de l'évaluation. Dans les représentations visuelles des processus d'ETMI que nous avons répertoriées, le dépôt des demandes est souvent identifié comme étant l'étape initiale du processus d'ETMI. Or, les études de cas ont démontré qu'il arrive aussi que des échanges entre acteurs aient lieu bien avant le dépôt d'une demande et, par conséquent, teintent la suite des événements. Un autre exemple illustrant la diversité d'approches en termes de processus d'ETMI est le fait qu'il puisse y avoir présence ou non d'un comité dédié à la sélection et la priorisation des technologies à évaluer par l'UETMI. On peut également nommer les multiples approches en termes d'élaboration et de suivi des recommandations qui viennent également moduler la réalisation de cette étape du processus d'ETMI et, par conséquent, changer la manière d'influencer les décideurs. Enfin, ces exemples démontrent que le processus d'ETMI n'est pas constitué d'une série d'étapes immuables et composé de tâches précises qui marquent

le début et la fin de chacune de ces étapes. Ce regard porté sur le processus d'ETMI valide également qu'il n'y a pas d'étape de contrôle prévue pour vérifier l'atteinte ou la non-atteinte des objectifs fixés par les activités d'ETMI. Au contraire, dans le cas où une recommandation relative à une technologie est suggérée par l'ETMI, approuvée et implantée par les décideurs, mais n'apporte pas les résultats escomptés, on s'attend à ce que la technologie soit tout simplement délestée par les utilisateurs de celle-ci.

Constat 5 – L'influence de l'ETMI sur la prise de décision

Par l'analyse du processus d'ETMI, nous avons pu identifier plusieurs circuits d'interaction entre les individus (formels et informels). Ces différents circuits d'interaction ont la capacité d'influencer la prise de décision. On peut les regrouper selon les différents groupes d'acteurs.

Les membres de l'UETMI, pouvant également être identifiés comme étant les producteurs de connaissances, ont en leur pouvoir la capacité d'édicter les règles à suivre pour garantir la portée éventuelle de l'ETMI. C'est le cas notamment avec l'étape de cadrage de l'évaluation qui permet aux membres de l'UETMI d'obtenir l'information nécessaire pour retenir ou rejeter un projet d'évaluation. On peut également penser à l'approbation du projet par un gestionnaire avant d'entreprendre le projet, ou encore à la méthode d'élicitation des recommandations pour aller chercher l'adhésion des parties prenantes en amont de la publication du rapport. Le rapport d'ETMI est le livrable principal d'une UETMI. Il est produit avec l'intention de fournir au décideur un résumé des savoirs mobilisés et intégrés permettant d'émettre des recommandations justes et raisonnables sur la valeur de la technologie, sur les modalités permettant de concrétiser ou d'accroître la valeur de la technologie et sur les risques quant aux impacts de l'intervention, en guise de soutien à la prise de décision (INESSS, 2021). Toutefois, comme il est rare qu'un rapport d'ETMI couvre l'ensemble des dimensions qualifiant la technologie, celui-ci se trouve à être un complément à la liste d'informations fournies au décideur pour prendre une décision.

Le professionnel de la santé ou le clinicien-gestionnaire qui voit en l'ETMI un levier pour signifier un nouveau besoin aux dirigeants de l'établissement, a la latitude de présenter ou non une demande d'évaluation à l'UETMI. En effet, l'ETMI n'est pas un passage obligé. Dans cette catégorie d'acteurs se trouve une partie des demandeurs. Les motifs pour faire appel à l'UETMI peuvent être multiples et ne sont pas toujours en accord avec la philosophie de l'UETMI. Pour cette catégorie d'acteurs, pouvant être impliqués à plusieurs moments au cours du processus d'ETMI, les apprentissages faits au cours de cette implication peuvent être garants de l'influence de l'ETMI sur la prise de décision. Dans certains cas, inclure la technologie dans un projet de recherche devient une solution pour avoir accès à la technologie.

Les dirigeants d'établissements ont la plupart du temps, le dernier mot quant à l'avenir de la technologie au sein de l'établissement. Les propos de Lance et R. résument bien la position de ce groupe d'acteurs vis-à-vis les données probantes :

Bien que tout rapport d'évaluation puisse générer une information utile, celle-ci s'inscrit dans un processus de décision complexe devant intégrer des critères de décision sociaux, économiques ou politiques. Si ces décideurs accordent peu d'importance à la rationalité ou à la disponibilité d'informations objectives, les résultats d'évaluation risquent de moins contribuer à la prise de décision. (Lance, 2006)

Enfin, l'ensemble des exemples tirés de l'analyse démontrent que les acteurs détiennent chacun une capacité d'action plus ou moins grande lorsqu'il est question de la réalisation du processus d'ETMI. Les zones d'incertitude créées par la structure organisationnelle de chaque établissement permettent aux acteurs d'user de leur marge de manœuvre et laissent place à l'émergence de règles informelles, comme cité ci-dessus, qui régissent le processus d'ETMI et influencent la prise de décision.

9.3 Évolution du modèle théorique

À la lumière des constats précédemment cités, le modèle théorique initialement proposé a été revu pour mieux représenter le contexte dans lequel s'effectue l'ETMI. Le modèle revisité est présenté à la Figure 13. Une image agrandie du cœur du modèle est proposée à la Figure 14.

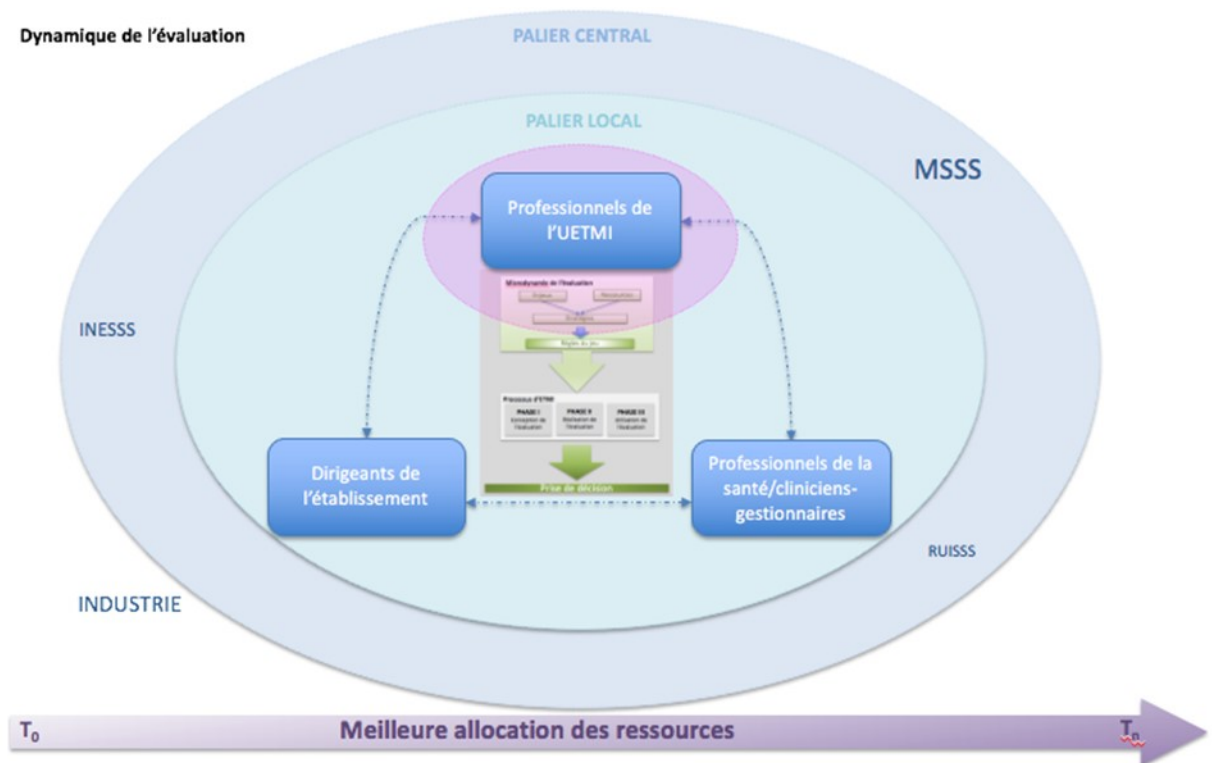


Figure 13. – Modèle conceptuel modifié après l'analyse des cas

Au cœur du modèle, on retrouve l'UETMI. L'UETMI est l'unité d'analyse. On la retrouve ainsi placée dans son contexte. L'UETMI est entourée de deux champs déployés en cercles concentriques représentant la structure du système de santé et son mode de gouvernance par palier. En effet, le système de santé repose sur deux paliers de gouvernance :

- Palier central - Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et ses organismes affiliés
- Palier local – Les établissements de santé, incluant les centres hospitaliers désignés universitaires (CHU) et les Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l’Estrie (CIUSSS)

Le palier central est constitué du MSSS et des organismes liés au domaine de la santé et des services sociaux qui relèvent du ministre. Il s’agit notamment de l’INESSS, Héma-Québec et la Régie de l’assurance maladie du Québec (RAMQ). Le palier local regroupe les établissements offrant des services directs à la population et dans le cas présent, les centres hospitaliers désignés universitaires (les CHU et le CIUSSS). Les champs sont ordonnés en suivant une relation de proximité avec l’acteur central étudié. Chaque champ se décline en plusieurs catégories d’acteurs pouvant également être nommés partenaires de l’ETMI. Les partenaires de l’ETMI contribuent de près ou de loin à la réalisation de la mission d’ETMI. Les lignes pointillées qui délimitent chacun des trois champs reflètent l’interrelation entre les acteurs et le fait qu’ils s’influencent mutuellement. La taille de chaque acteur permet d’apprécier leur importance dans le cadre de l’activité d’ETMI tel que véhiculé lors des échanges et tel que répertorié dans la revue de la littérature effectuée dans le cadre de cette recherche. Par exemple, le MSSS est un partenaire d’ETMI indiqué avec une grande taille étant donné son emprise forte sur le contexte global et les facteurs organisationnels qui structurent le système de santé. Les acteurs énoncés dans les encadrés constituent les groupes d’acteurs principaux ayant été identifiés dans le cadre de l’analyse. Les flèches qui accompagnent ces encadrés illustrent les interactions entre les acteurs. Les ressources, les enjeux et les stratégies qui émanent des interactions entre ces acteurs induisent les règles du jeu responsables de la microdynamie de l’évaluation. Cette microdynamie de l’évaluation a été placée au cœur des interactions qui relient ces trois catégories d’acteurs. Volontairement, les trois phases du processus d’évaluation ont été représentées par trois formes sans bordure, placées dans un cadre plus large, pour signifier le fait qu’il n’existe pas de coupure franche entre ces étapes. L’ETMI est un processus qui se déroule de manière dynamique et non linéaire, et il peut y avoir chevauchement entre les phases proposées. Il importe de rappeler qu’un processus d’évaluation constitue, dans les faits, les étapes franchies lors de la réalisation

d'un projet d'ETMI. Le processus d'évaluation est ainsi répété pour chaque projet d'ETMI mené à l'intérieur d'un établissement. Une flèche symbolisant le temps, et portant la mention « meilleure allocation des ressources », a été intégrée au modèle pour signifier que chaque projet d'ETMI a pour objectif de contribuer à l'amélioration de l'allocation des ressources. Plusieurs projets d'ETMI, réalisés à travers le temps, peuvent donc permettre à un établissement de tendre vers une meilleure allocation des ressources.

La figure 14 permet de faire un zoom sur les activités qui unissent les différents acteurs. Ayant démontré la pertinence d'utiliser la théorie de l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg pour expliquer les dynamiques et microdynamiques qui se créent entre les acteurs, on y présente donc les différents concepts clés à prendre en considération pour interpréter les interactions existantes.

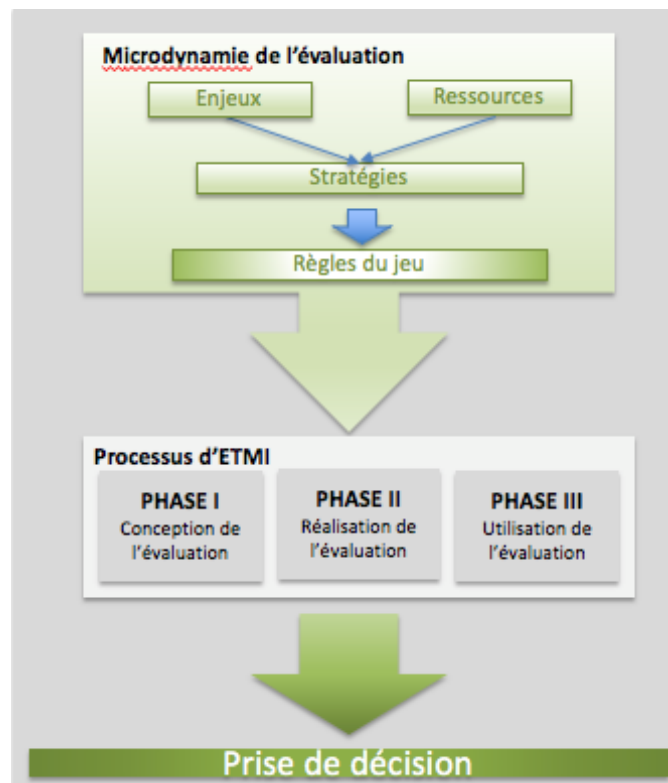


Figure 14. – Modèle conceptuel : schématisation du processus d'ETMI

9.4 Conclusion

Pour conclure, nous avons présenté dans ce chapitre les constats qui émergent des études de cas réalisées. Ces apprentissages nous ont permis d'apporter des bonifications au modèle conceptuel initialement proposé.

Le modèle conceptuel ainsi proposé reflète l'approche retenue pour mieux comprendre les dynamiques humaines et organisationnelles entourant l'activité d'ETMI. Il contient également la représentation du contexte organisationnel propre aux UETMI lorsque celle-ci est l'unité d'analyse. Une démarche similaire à celle réalisée dans le cadre de cette thèse pourrait être reprise pour étudier d'autres entités réalisant des activités d'ETMI. Mentionnons par exemple l'INESSS, pour lequel une attention particulière pourrait également être portée à l'opérationnalisation de son *Cadre d'appréciation de la valeur des interventions en santé et en services sociaux* dont il s'est récemment doté (INESSS, 2021). Dans une telle éventualité, l'approche présentée au présent modèle s'appliquerait une fois le contexte organisationnel adapté pour y représenter les bons partenaires gravitant autour de l'entité à l'étude.

Chapitre 10 – Contribution et perspectives

10.1 Introduction

L'objectif de cette thèse était de mieux comprendre l'influence des activités d'ETMI réalisées dans les CHU, sur les dynamiques humaines et organisationnelles liées à la prise de décision relative aux technologies et modes d'intervention en santé et services sociaux. En effet, la volonté de mieux comprendre les dynamiques humaines et organisationnelles entourant la concrétisation de la mission d'ETMI dans les CHU, a suscité l'intérêt d'approfondir nos connaissances à ce sujet. Afin d'y parvenir, nous nous sommes fondés sur les expériences vécues dans deux CHU québécois. Nous avons utilisé la théorie de l'acteur stratégique qui semblait appropriée pour une lecture globale de l'organisation de santé et de sa complexité. Le présent chapitre comporte cinq parties. La première vise à rendre compte de la démarche poursuivie pour répondre aux objectifs du projet de recherche. Les deuxième et troisième parties exposent les principales contributions théoriques et empiriques de cette thèse, et la quatrième aborde les limites de celle-ci. Finalement, des pistes de recherche futures sont proposées en cinquième partie.

10.2 Synthèse de la recherche

Afin de répondre à l'objectif de ce projet de recherche et ainsi d'être en mesure de mieux comprendre comment les activités d'ETMI réalisées dans les CHU influencent les dynamiques humaines et organisationnelles liées à la prise de décision relative aux technologies et modes d'intervention en santé et services sociaux, nous avons d'abord procédé à une recension des écrits. Au chapitre un, nous avons documenté les caractéristiques de l'ETMI, à savoir la manière qu'est définie l'ETMI, ses finalités, les étapes clés associées aux bonnes pratiques de l'ETMI, la pertinence de réaliser l'ETMI en milieu hospitalier et l'influence de l'ETMI. La documentation scientifique recensée a notamment permis d'identifier deux modèles de l'impact de l'ETMI en milieu local. Au chapitre 2, un survol historique du contexte dans lequel se sont inscrites et ont

évolué les activités d'ETMI au Québec est présenté. La période couverte s'étend du début des années 60 jusqu'à aujourd'hui. Nous y avons rappelé les grandes périodes ayant marqué l'histoire médicale du Québec, l'évolution du système de santé pour en arriver à sa configuration actuelle, et la contribution de chacune de ces périodes aux débuts et au développement des activités d'ETMI aux échelles nationale et locale. Nous avons ensuite effectué, au chapitre trois, un survol des différentes perspectives théoriques permettant d'appréhender l'organisation, d'en comprendre les rouages et la manière dont s'y déroule l'action. Dans le cas des établissements de santé, qualifiés d'organisations professionnelles et dans lesquels le contexte politique est marquant, il nous est apparu essentiel d'opter pour une approche théorique ayant pour base une conception politique de l'organisation. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous avons retenu le cadre théorique de Crozier et Friedberg (1977). Le chapitre quatre a servi à rappeler les origines de l'analyse stratégique, ses concepts clés et l'intérêt d'expliquer les comportements humains en termes d'enjeux, de stratégies et de jeux de pouvoir.

Au chapitre cinq, nous avons présenté la méthodologie employée pour répondre aux questions de recherche. Nous avons d'abord exposé et justifié le choix de l'étude de cas multiple comme stratégie de recherche pour mener à terme cet exercice. Ensuite, nous avons spécifié de quelle manière était organisée la collecte de données, constituée d'une analyse documentaire et d'entretiens semi-directifs. L'analyse des données, inspirée des travaux de Crozier et Friedberg, a été structurée de façon à appliquer la démarche hypothético-inductive de l'analyse stratégique. Enfin, les précautions prises pour assurer la validité de la recherche ont été abordées.

La présentation et l'analyse des résultats ont été entamées, dans les sixième et septième chapitres, par une description détaillée des deux cas étudiés. Nous avons d'abord présenté un aperçu général de chacun des établissements en répertoriant leurs caractéristiques distinctives les plus récentes. Nous avons ensuite décrit la structure et les activités d'ETMI de leurs UETMI respectives, ainsi que les réalisations de celles-ci. Nous avons subséquemment analysé le contenu des entretiens semi-directifs afin de faire ressortir les enjeux, les ressources et les stratégies des différents groupes d'acteurs. Cette démarche nous a permis de comparer les cas et de faire

émerger les constantes et les ruptures qui caractérisent et expliquent les dynamiques existantes entre les acteurs. Il s'agit de l'analyse transversale que nous avons présentée au chapitre huit. En guise de synthèse, nous avons exposé au chapitre neuf, les constats qui se dégagent de notre analyse. À la lumière de ces constats, nous avons proposé des améliorations à notre cadre conceptuel de départ.

10.3 Contribution théorique

10.3.1 Vision élargie relativement aux facteurs qui modulent l'influence de l'ETMI

Une première contribution associée aux travaux réalisés dans le cadre de cette thèse a été l'utilisation d'une approche sociologique pour mieux comprendre l'influence de l'ETMI en milieu hospitalier. D'entrée de jeu, la revue des écrits avait permis de faire état du nombre limité d'études portant sur l'influence de l'ETMI en milieu hospitalier. Notre attention avait également été portée au fait que les rapports résultant des activités d'ETMI servaient à la mesure de l'influence de l'ETMI. Autrement dit, l'approche généralement utilisée pour juger de l'influence de l'ETMI était d'apprécier la contribution individuelle des rapports d'ETMI à la prise de décision. Et, comme l'avait précédemment indiqué Hailey *et al.*, « A starting point in assessing influence is getting feedback from the decision maker following dissemination of an HTA ». Dans notre démarche, nous nous sommes davantage intéressés au processus d'ETMI dans son ensemble. Nous avons étudié les activités d'ETMI en les décomposant en différentes phases. Nous avons analysé les interactions entre les acteurs impliqués dans les activités d'ETMI, ainsi que le contexte dans lequel avaient lieu ces activités pour comprendre quels pouvaient en être les effets sur la prise de décision. Nous nous sommes penchés sur les acteurs, leurs enjeux, leurs ressources, et leurs stratégies, en utilisant comme cadre théorique l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg. Les effets attribuables à des facteurs tels que la formulation de la question décisionnelle, l'approche utilisée pour mener l'évaluation, la qualité des rapports d'ETMI, les échéanciers de réalisation, les mécanismes de diffusion des rapports d'ETMI avaient été identifiés, au préalable, comme étant responsables de l'influence de l'ETMI (Hailey 2014). Notre démarche est venue confirmer l'importance de ces facteurs, mettre l'emphase sur le rôle stratégique des acteurs (ex. intentions

du décideur; perception du rôle de l'UETMI), et l'importance du positionnement de l'ETMI dans l'organisation.

10.4 Bonification du modèle de l'influence de l'ETMI

Comme mentionné précédemment, la revue des écrits a permis d'identifier le modèle de l'impact de l'ETMI en milieu local de Poder *et coll.* Ce modèle démontre notamment comment l'utilisation des rapports d'ETMI, principaux extrants résultant des activités d'ETMI, génère des effets à court, moyen, et long terme, sur l'établissement de santé dont l'objectif ultime est l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de ses usagers. Une contribution supplémentaire de cette thèse est en lien avec le modèle développé par cet auteur. En effet, notre recherche a démontré qu'il est important de tenir compte de la dynamique qui s'installe entre les acteurs impliqués dans le processus d'ETMI. Les enjeux et les comportements de chacun laissent place à l'établissement de règles de jeu qui modulent la production des extrants et les effets observés sur l'établissement. On ne peut faire abstraction du sens politique des acteurs.

Notre recherche a également abordé le contexte particulier des unités d'évaluation exerçant en milieu local. Les activités d'ETMI, lorsqu'elles sont réalisées en milieu local, se trouvent intégrées au fonctionnement interne de l'organisation. Ceci amène des enjeux qui ne sont pas habituellement présents lorsque l'on compare ces activités d'ETMI à celles réalisées à l'échelle nationale. Il y a donc eu lieu de raffiner notre modèle en y ajoutant cette dimension relationnelle entre les acteurs qui interagissent au cours du processus d'ETMI.

Enfin, pour une représentation plus juste du phénomène étudié, les éléments soulevés précédemment ont été intégrés au cadre conceptuel de départ. Ce modèle synthétique constitue une troisième contribution de cette thèse.

10.5 Contribution empirique

D'un point de vue empirique, cette thèse a permis de mieux comprendre les dynamiques entourant les choix de technologies et modes d'intervention en milieu hospitalier. Étant conscient que les données produites dans le cadre d'un processus scientifique rigoureux ne sont pas forcément l'unique source d'information considérée dans la prise de décision, il avait lieu de se questionner à savoir de quelle manière les activités d'ETMI ont la capacité d'influencer la prise de décision. Cette démarche a apporté, d'une part, un éclairage sur le « comment » l'ETMI influence la prise de décision et, d'autre part, une lecture de sa contribution à l'objectif ultime d'améliorer l'état de santé et le bien-être de la population.

Une réalisation supplémentaire de cette thèse est la description en profondeur de la situation concrète de l'ETMI dans deux CHU. À notre connaissance, il n'existe pas d'études descriptives aussi détaillées et qui couvrent une aussi longue période de temps. Découlant de cette analyse, nous pouvons conclure que malgré la mise en place d'une démarche systématique et commune à l'ensemble des CHU, des variations dans le processus d'évaluation peuvent être observées d'un établissement à l'autre. Ces variations propres au contexte d'évaluation sont entre autres amenées par : les différents modèles d'implantation de l'ETMI adoptés; les structures et processus distincts des UETMI; les différents types d'évaluation menée; les multiples acteurs impliqués. Nous avons montré qu'il était pertinent de comprendre les dynamiques créées par les interactions entre les différents groupes d'acteurs impliqués dans les activités d'ETMI.

10.6 Limites de la thèse

La présente thèse comporte certaines limites méthodologiques et théoriques.

D'un point de vue méthodologique, il convient de mentionner que l'analyse réalisée est limitée considérant qu'elle porte uniquement sur deux cas. Bien qu'une analyse en profondeur ait été réalisée pour ces deux cas, il aurait été intéressant de mener l'étude dans l'ensemble des cinq CHU québécois. Ceci aurait garanti une plus grande confiance quant à la possibilité de généraliser les résultats obtenus. L'analyse des deux cas présentés dans cette thèse est également

influencée par le moment où celle-ci a été réalisée. Le suivi et l'analyse réalisée sur une longue période a pu toutefois réduire l'impact de cette limite.

Au niveau théorique, une question que nous souhaitons résoudre est à savoir comment les données probantes découlant des activités d'ETMI influencent la prise de décision, et ultimement contribuent à l'amélioration de la santé et du bien-être des usagers du système de santé. La recherche réalisée dans le cadre de cette thèse ouvre la discussion sur un éventail d'éléments à considérer pour y répondre, autant en termes de processus que de résultats liés aux activités d'ETMI. Toutefois, nos travaux démontrent qu'il est impossible d'isoler l'effet des activités d'ETMI pour en définir la contribution réelle. Une limite de notre étude est donc de répondre partiellement à cette question.

10.7 Perspectives futures

La compréhension des dynamiques humaines et organisationnelles entourant les activités d'ETMI en milieu hospitalier qu'apporte la présente étude, génère à son tour différentes questions qui pourraient faire l'objet de recherches futures.

Tout d'abord, notre projet de recherche a été réalisé dans le contexte d'un CHU offrant des services spécialisés et surspécialisés orientés vers la clinique, ainsi que dans le contexte d'un CIUSSS offrant autant des services de proximité que des services spécialisés et surspécialisés. Il serait intéressant d'analyser le processus d'ETMI, réalisé dans d'autres types d'institutions offrant des services de santé spécifiques (p. ex., soins pédiatriques, santé mentale, services sociaux, réadaptation, *etc.*), autant à l'intérieur qu'à l'extérieur du Québec. Il serait également intéressant de réaliser une analyse comparable à celle que nous avons faite dans une situation encore non explorée. Par exemple, il pourrait s'agir de la réalisation de l'ETMI dans un contexte où la technologie évaluée s'inscrit dans des rapports interorganisationnels, tels que la télésanté.

Nous avons observé au cours des dernières années un engouement pour l'intégration de méthodes d'analyse multicritère à la démarche d'ETMI. Il serait intéressant de réaliser une étude

similaire à celle-ci dans un contexte où est spécifiquement appliqué ce type de méthodologies. Il serait ainsi possible de voir comment ces approches influencent les dynamiques entre les acteurs. Il serait également pertinent d'explorer la manière dont d'autres bonifications apportées à la méthodologie de l'ETMI pourraient ultimement modifier ses retombées. Par exemple, l'intégration de principes et fondements éthiques comme constituants du processus d'ETMI ou l'utilisation de l'intelligence artificielle, pour accélérer le traitement des données (ex. automatisation de la recherche) et permettre un accès plus rapide aux données probantes, pourrait potentiellement changer la pratique de l'ETMI.

Enfin, la volonté d'impliquer activement les patients dans la gestion de leur santé de même que dans l'organisation et la structuration du système de santé a mené au développement de plusieurs approches de type « Patient Partenaire », visant l'engagement des patients dans la prise de décision relative aux soins et services de santé. C'est d'ailleurs le cas au niveau des activités d'ETMI, auxquelles a été intégrée la participation de patients. Il serait intéressant d'analyser spécifiquement le rôle de ce groupe d'acteurs aux activités d'ETMI et leur contribution potentielle à l'influence de l'ETMI.

Références bibliographiques

- ACMTS. (2019). *Sigles et acronymes courants dans les publications et le site Web de l'ACMTS*.
<https://www.cadth.ca/fr/sigles-et-acronymes-courants>
- AETMIS. (2001). *Plan stratégique 2001-2004*. <http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca//fr/>
- Anciens Combattants Canada. (2017). *Science et technologie durant la Seconde Guerre mondiale*.
<https://www.veterans.gc.ca/fra/remembrance/classroom/fact-sheets/science>
- Avisé. (2017). *Étapes d'une démarche d'évaluation*. <https://www.avise.org/evaluation-impact-social/demarches-et-methodes/etapes-dune-demarche-devaluation>
- Baltussen, R., Marsh, K., Thokala, P., Diaby, V., Castro, H., Cleemput, I., Garau, M., Iskrov, G., Olyaeemanesh, A., Mirelman, A., Mobinizadeh, M., Morton, A., Tringali, M., van Til, J., Valentim, J., Wagner, M., Youngkong, S., Zah, V., Toll, A., Jansen, M., Bijlmakers, L., Oortwijn, W. et Broekhuizen, H. (2019, Nov). Multicriteria Decision Analysis to Support Health Technology Assessment Agencies: Benefits, Limitations, and the Way Forward. *Value Health*, 22(11), 1283-1288. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2019.06.014>
- Baltussen, R. et Niessen, L. (2006). Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis. *Cost Eff Resour Alloc*, 4, 14. <https://doi.org/10.1186/1478-7547-4-14>
- Banta, D. (2009). What is technology assessment? *Int J Technol Assess Health Care*, 25 Suppl 1, 7-9. <https://doi.org/10.1017/S0266462309090333>
- Battista, R. N. (1996). Towards a paradigm for technology assessment. Dans S. R. Peckham M, eds. (dir.), *The scientific basis of health services*. BMJ Publishing Group.
- Battista, R. N. et Hodge, M. J. (1999). The evolving paradigm of health technology assessment: reflections for the millennium. *CMAJ*, 160(10), 1464-1467. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10352637>
- Bellemare, C. A., Fiset, J. F., Poder, T. G., Bédard, S. K. et Dagenais, P. (2017). The Health Technology Assessment Unit of the Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (Canada). Dans *Hospital-based health technology assessment : the next frontier for health technology assessment* (p. 1 ressource en ligne (xii, 397 pages).). Adis. Conditions

d'utilisation: https://bib.umontreal.ca/public/bib/conditions-utilisation/conditions-utilisation-fiche_005.pdf <https://doi.org/10.1007/978-3-319-39205-9> Accès réservé UdeM

- Bernier, S. (2015). *La direction administrative de la recherche au CIUSSS de l'Estrie-CHUS*. <http://cr.chus.qc.ca/le-centre-de-recherche/35-ans-de-recherche/>
- Bertalanffy, L. v. (1993). *Théorie générale des systèmes* (Nouv. éd.^e éd.). Dunod.
- Beyer, J. M. et Trice, H. M. (1982). The utilization process: A conceptual framework and synthesis of empirical findings. *Administrative science quarterly*, 27(4), 31.
- Bodeau-Livinec, F., Simon, E., Montagnier-Petrissans, C., Joel, M. E. et Fery-Lemonnier, E. (2006). Impact of CEDIT recommendations: An example of health technology assessment in a hospital network. *Int J Technol Assess Health Care*, 22(2), 161-168. <https://doi.org/10.1017/S0266462306050975>
- Burns, T. et Stalker, G. M. (1961). *The management of innovation*. Tavistock.
- Burrell, G. et Morgan, G. (1979). *Sociological paradigms and organisational analysis : elements of the sociology of corporate life*. Heinemann.
- Busse, R., Orvain, J., Velasco Garrido, M., Perleth, M., Drummond, M., Gurtner, F., Jørgensen, T., Jovell, A., Malone, J., Ruther, A. et Wild, C. (2002). Best practice in undertaking and reporting health technology assessments. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 18, 61.
- Carignan, R., et al. (2002). *Vers un réseau universitaire intégré en santé - Rapport du comité sur la vision du réseau d'hôpitaux universitaires*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-101-01.pdf>
- Chen, Z., Deblois, S., Toporowicz, K., Boldeanu, I., Francoeur, M. O., Sadouni, M., Lepanto, L. et Chartrand-Lefebvre, C. (2019). Yield of CT pulmonary angiography in the diagnosis of acute pulmonary embolism: short report. *BMC Res Notes*, 12(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4076-8>
- CHU Sainte-Justine. (2014). *Health Intervention and Technology Assessment Unit*. [https://www.chusj.org/en/Health-Care-Professionals/Technology-Assessment-\(UETMIS\)](https://www.chusj.org/en/Health-Care-Professionals/Technology-Assessment-(UETMIS))

- CHU Sainte-Justine. (2019). *CHU Sainte-Justine - Qui sommes-nous?* <https://www.chusi.org/fr/A-propos-de-nous/Qui-sommes-nous>
- CHUM. (2019a). *À propos - Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS)*. <https://www.chumontreal.qc.ca/a-propos>
- CHUM. (2019b). *Rapport annuel de gestion 2018-2019*. [https://www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files/2019-10/Rapport annuel CHUM 2018 2019.pdf](https://www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files/2019-10/Rapport%20annuel%20CHUM%202018%202019.pdf)
- CHUM. (2019c). *Rapport financier annuel 2018-2019*. [https://www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files/inline-files/1104-2918 AS-471 2018-2019 V1 0.pdf](https://www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files/inline-files/1104-2918_AS-471_2018-2019_V1_0.pdf)
- CHUM. (2020a). *À propos - Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS)*. <https://www.chumontreal.qc.ca/a-propos#mission>
- CHUM. (2020b). *Notre complexe hospitalier*. <https://www.chumontreal.qc.ca/notre-complexe-hospitalier/hopital>
- CHUS. (2009a). *40e anniversaire du volet universitaire du CHUS*. <http://www.chus.qc.ca/>
- CHUS. (2009b). *Bâtir notre avenir: rapport annuel 2008-2009*. <http://www.chus.qc.ca/>
- CHUS. (2014). *Mémoire CHUS - Projet de loi no 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales - Déposé à la Commission de la santé et des services sociaux, le 30 octobre 2014*. www.chus.qc.ca
- CHUS. (2015). *Rapport annuel de gestion Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke 2014-2015*. [https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrrie/Publications/Rapports/Rapports annuels/2014-2015/RA CHUS 2014 2015.pdf](https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrrie/Publications/Rapports/Rapports%20annuels/2014-2015/RA%20CHUS%202014%202015.pdf)
- Cicchetti A, M. M., Bidino R, Corio M. (2008). *Hospital based health technology assessment world-wide survey. Hospital based health technology assessment Sub-Interest Group*. <https://htai.org/wp-content/uploads/2018/02/HospitalBasedHTAISGSurveyReport.pdf>

- CIUSSS de l'Estrie-CHUS. (2016). *Rapport annuel de gestion 2015-2016*[p.13-25].
https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Publications/Rapports/Rapports_annuels/2015-2016/RAG_2015-2016.pdf
- CIUSSS de l'Estrie-CHUS. (2017). *Rapport annuel de gestion CIUSSS de l'Estrie - CHUS 2016-2017*.
https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Publications/Rapports/Rapports_annuels/2016-2017/RAG_2016-2017.pdf
- CIUSSS de l'Estrie-CHUS. (2018a). *Bilan synthèse 2017-2018*.
https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Publications/Rapports/Rapports_annuels/2017-2018/Bilan_CIUSSSECHUS2017-2018.pdf
- CIUSSS de l'Estrie-CHUS. (2018b). *Procès-verbal de la 23e séance ordinaire du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie - CHUS*
https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/A_propos/Conseil-administration/2018/PV-CA_CIUSSSE-CHUS_2018-03-01.pdf
- CIUSSS de l'Estrie-CHUS. (2018c). *Publications de l'UETMIS du CIUSSS de l'Estrie-CHUS*.
<https://www.santeestrie.qc.ca/professionnels/ressources-pour-les-professionnels/uetmisss/>
- Cohen, M. D., March, J.G., Olsen, J.P. (1972). A garbage can model of organizational choice. *Administrative science quarterly*, 17(1), 1-25.
- Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon). (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Les Publications du Québec.
- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair). (2000). *Les solutions émergentes*. La Commission. http://www.cessss.gouv.qc.ca/intro_ns.htm
<http://206.167.52.1/fr/document/publication.nsf/933f276880164d6685256809007069af/6c397fad530bc545852569d6006ef6ef?OpenDocument852>
- Conseil d'évaluation des technologies de la santé. (2001). *Bilan des activités 1997-2000*. L. p. d. Québec. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs23703>

- Conseil médical du Québec. (1998). *Les instituts et les centres hospitaliers universitaires des établissements en devenir*. Conseil médical du Québec.
<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/64239>
- Contandriopoulos, A.-P. (2008). *Fondements idéologiques des systèmes de soins*.
- Cram, N., Groves, J. et Foster, L. (1997, Nov-Dec). Technology assessment--a survey of the clinical engineer's role within the hospital. *J Clin Eng*, 22(6), 373-382.
<https://doi.org/10.1097/00004669-199711000-00012>
- Crozier, M. (1963). *Le phénomène bureaucratique : essai sur les tendances bureaucratiques des systèmes d'organisation modernes et sur leurs relations en France avec le système social et culturel*. Editions du Seuil.
- Crozier, M. et Friedberg, E. (1992, c1977). *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*.
- CUSM. (2005a). *Nomination conjointe au CHUM et au CUSM*.
<https://www.mcgill.ca/channels/fr/news/nomination-conjointe-au-chum-et-au-cusm-17289>
- CUSM. (2005b). *TAU Annual Report April 2004 - April 2005* <https://cusm.ca/tau/page/rapports-annuels>
- CUSM. (2006). *TAU Annual Report April 2005 - April 2006*. <https://cusm.ca/tau/page/rapports-annuels>
- CUSM. (2009). *TAU Annual Report April 1, 2008 - March 31, 2009*. <https://cusm.ca/uet/rapports-annuels>
- CUSM/CHUM. (2007). *Unité conjointe d'évaluation des technologies de la santé Rapport annuel Avril 2006 - Avril 2007*. <https://cusm.ca/tau/page/rapports-annuels>
- Cyert, R. M. et March, J. G. (1963). *A behavioral theory of the firm*. Prentice-Hall.
- Daniels, N. (1999). Decisions about access to health care and accountability for reasonableness. *J Urban Health*, 76(2), 176-191. <https://doi.org/10.1007/BF02344674>
- Daniels, N. (2000). Accountability for reasonableness. *BMJ*, 321(7272), 1300-1301.
<https://doi.org/10.1136/bmj.321.7272.1300>

- Daniels, N. (2018). Combining A4R and MCDA in priority setting for health. *Cost Eff Resour Alloc*, 16(Suppl 1), 51. <https://doi.org/10.1186/s12962-018-0124-9>
- David L Sackett, W. M. C. R., J A Muir Gray, R Brian Haynes, W Scott Richardson. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72.
- Deblois, S., Chartrand-Lefebvre, C., Toporowicz, K., Chen, Z. et Lepanto, L. (2018). Interventions to Reduce the Overuse of Imaging for Pulmonary Embolism: A Systematic Review. *J Hosp Med*, 13(1), 52-61. <https://doi.org/10.12788/jhm.2902>
- Deblois, S. et Lepanto, L. (2016). Lean and Six Sigma in acute care: a systematic review of reviews. *Int J Health Care Qual Assur*, 29(2), 192-208. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-05-2014-0058>
- Diaby, V., Campbell, K., Goeree, R. (2013). Multi-criteria decision analysis (MCDA) in health care: A bibliometric analysis. *Operations Research for Health Care*, 2(1-2), 20-24.
- Draborg, E., Gyrd-Hansen, D., Poulsen, P. B. et Horder, M. (2005). International comparison of the definition and the practical application of health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care*, 21(1), 89-95. <https://doi.org/10.1017/s0266462305050117>
- Dufour, Y., Lamothe L., (1999). Les approches au changement dans les systèmes de santé. Dans *Le système de santé québécois : un modèle en transformation* (p. 439 p.). Les Presses de l'Université de Montréal.
- Éditeur officiel du Québec. (1991). *Projet de loi 120 (1991 chapitre 42) : loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* [181p.]. <http://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2362696?docsearchtext=projet%20de%20loi%20120,%201991>
- Éditeur officiel du Québec. (2003). *Projet de loi 25 (2003 chapitre 21): Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*[16 p.]. <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2003C21F.PDF>
- Éditeur officiel du Québec. (2005). *Projet de loi 83 (2005 chapitre 32): Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives.*

[http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5
&file=2005C32F.PDF](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2005C32F.PDF)

Éditeur officiel du Québec. (2015). *Projet de loi 10 (2015 chapitre 1): Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*[94 p.].
[http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5
&file=2015C1F.PDF](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2015C1F.PDF)

Ehlers, L., Vestergaard, M., Kidholm, K., Bonnevie, B., Pedersen, P. H., Jorgensen, T., Jensen, M. F., Kristensen, F. B. et Kjolby, M. (2006). Doing mini-health technology assessments in hospitals: a new concept of decision support in health care? *Int J Technol Assess Health Care*, 22(3), 295-301. <https://doi.org/10.1017/s0266462306051178>

Fayol, H. (1956). *Administration industrielle et générale : prévoyance-organisation-commandement-coordination-contrôle*. Dunod.

Fissette, J.-F. (2014). *Repositionnement stratégique UETMIS*.
<https://prezi.com/8wbvzykcxoni/repositionnement-uetmis/>

Folkersen, J. et Pedersen, P. H. (2006). [Attitudes to the use of a decision support method when introducing new medical technology at the University Hospital of Copenhagen]. *Ugeskr Laeger*, 168(21), 2069-2074. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16768926>

Foudriat, M. (2011). *Sociologie des organisations: la pratique du raisonnement*. Pearson Education.

Frazao, T. D. C., Camilo, D. G. G., Cabral, E. L. S. et Souza, R. P. (2018). Multicriteria decision analysis (MCDA) in health care: a systematic review of the main characteristics and methodological steps. *BMC Med Inform Decis Mak*, 18(1), 90.
<https://doi.org/10.1186/s12911-018-0663-1>

Friedberg, E. (2009). *La théorie des organisations et la question de l'anarchie organisée*.
[https://www.u-picardie.fr/curapp-
revues/root/40/ehrad_friedberg.pdf](https://www.u-picardie.fr/curapp-revues/root/40/ehrad_friedberg.pdf) [4a0932ecc20b1/ehrad_friedberg.pdf](https://www.u-picardie.fr/curapp-revues/root/40/ehrad_friedberg.pdf)

- Gagnon, M. P., Desmartis, M., Poder, T. et Witteman, W. (2014). Effects and repercussions of local/hospital-based health technology assessment (HTA): a systematic review. *Syst Rev*, 3, 129. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-3-129>
- Ghabri, S., Josselin, J. M. et Le Maux, B. (2019). Could or Should We Use MCDA in the French HTA Process? *Pharmacoeconomics*, 37(12), 1417-1419. <https://doi.org/10.1007/s40273-019-00846-w>
- Goetghebeur, M. M. et Cellier, M. S. (2018). Can reflective multicriteria be the new paradigm for healthcare decision-making? The EVIDEM journey. *Cost Eff Resour Alloc*, 16(Suppl 1), 54. <https://doi.org/10.1186/s12962-018-0116-9>
- Goetghebeur, M. M., Wagner, M., Khoury, H., Levitt, R. J., Erickson, L. J. et Rindress, D. (2012). Bridging health technology assessment (HTA) and efficient health care decision making with multicriteria decision analysis (MCDA): applying the EVIDEM framework to medicines appraisal. *Med Decis Making*, 32(2), 376-388. <https://doi.org/10.1177/0272989X11416870>
- Goodman, C. J. (1998). Spinal disc rehabilitation: a new technology. *Adv Ther*, 15(3), 180-184. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10181873>
- Goodman, C. S. (1998). Healthcare technology assessment: methods, framework, and role in policy making. *Am J Manag Care*, 4 Spec No, SP200-214; quiz SP215-206. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10185995>
- Goulet, D. (1993). *Histoire de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, 1843-1993*. VLB éditeur.
- Goulet, D. (2004). *Histoire de l'Université de Sherbrooke, 1954-2004 : l'audace porte fruit*. Éditions Université de Sherbrooke.
- Goulet, D. (2017). *Histoire de la recherche biomédicale au Québec : du chercheur isolé aux grands centres de recherche*. <https://www.acfas.ca/publications/magazine/2017/03/histoire-recherche-biomedicale-au-quebec-du-chercheur-isole-aux>
- Goulet, D. et Gagnon, R. (2014). *Histoire de la médecine au Québec, 1800-2000 : de l'art de soigner à la science de guérir*[texte]. Septentrion.

- Goulet, D., Hudon, F. et Keel, O. (1993). *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1880-1980*. VLB.
- Goulet, D. et Paradis, A. (1992). *Trois siècles d'histoire médicale au Québec : chronologie des institutions et des pratiques (1639-1939)*. vlb éditeur.
- Gouvernement du Canada. (2018). *Le système des soins de santé du Canada*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canada.html>
- Gransjoen, A. M., Lysdahl, K. B. et Hofmann, B. M. (2019). Geographical variations in the use of diagnostic imaging of musculoskeletal diseases in Norway. *Acta Radiol*, 60(9), 1153-1158. <https://doi.org/10.1177/0284185118812204>
- Grenon, X., Pinget, C. et Wasserfallen, J. B. (2016). Hospital-Based Health Technology Assessment (Hb-Hta): A 10-Year Survey at One Unit. *Int J Technol Assess Health Care*, 32(3), 116-121. <https://doi.org/10.1017/S0266462316000258>
- Groupe de travail sur le financement du système de santé. (2008). *En avoir pour notre argent* (publication n° ISBN 978-2-550-52154-9). https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx?idn=38563
- Hailey D, M. K., Aleman A, Bakri R. . (2014). *The influence of Health Technology Assessment, a conceptual paper*. INAHTA. <http://www.inahta.org/hta-tools-resources/#conceptual>
- Hailey, D., Werko, S., Rosen, M., Macpherson, K., Myles, S., Gallegos Rivero, V., Hipolito-Olivares, C., Sihvo, S., Pwu, J., Yang, W. W., Chen, Y. C., Perez Galan, A., Aleman, A. et Villamil, E. (2016). Influence of Health Technology Assessment and Its Measurement. *Int J Technol Assess Health Care*, 32(6), 376-384. <https://doi.org/10.1017/S0266462316000611>
- Hall, W., Mitton, C. et Levy, A. (2018). Realizing the "Great Potential" of MCDA in HTA. *Value Health*, 21(12), 1355-1356. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2018.06.004>
- Hammana, I., Lepanto, L., Poder, T., Bellemare, C. et Ly, M. S. (2015). Speech recognition in the radiology department: a systematic review. *Health Inf Manag*, 44(2), 4-10. <https://doi.org/10.1177/183335831504400201>

- Hatch, M. J. et Cunliffe, A. L. (2009). *Théorie des organisations : de l'intérêt de perspectives multiples* (2e éd., ent. rév. et mise à jour.^e éd.). De Boeck université.
- Hivon, M., Lehoux, P., Denis, J. L. et Tailliez, S. (2005, Spring). Use of health technology assessment in decision making: coresponsibility of users and producers? *Int J Technol Assess Health Care*, 21(2), 268-275.
- Hofmann, B. M. (2008). Why ethics should be part of health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care*, 24(4), 423-429. <https://doi.org/10.1017/S0266462308080550>
- Husereau, D., Henshall, C., Sampietro-Colom, L. et Thomas, S. (2016). Changing Health Technology Assessment Paradigms? *Int J Technol Assess Health Care*, 32(4), 191-199. <https://doi.org/10.1017/S0266462316000386>
- INAHTA. (2014). *The Influence of Health Technology Assessment: A conceptual paper*. https://www.inahta.org/wp-content/uploads/2014/03/INAHTA_Conceptual-Paper_Influence-of-HTA1.pdf
- INAHTA. (2020). *HTA Glossary.net*. <http://htaglossary.net/technology?highlight=technology>
- INESSS. (2017). *Typologie des produits de connaissance de l'INESSS*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS-Typologie-des-produits_juillet2017.pdf
- INESSS. (2021). *Énoncé de principes et fondements éthiques : cadre d'appréciation de la valeur des interventions en santé et en services sociaux - Juin 2021*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuAdmin/INESSS-Enonce-de-principes-2021_VF.pdf
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2011). *Facteurs d'accroissement des dépenses de santé: les faits*. https://secure.cihi.ca/free_products/health_care_cost_drivers_the_facts_fr.pdf
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2019). *Tendances des dépenses nationales de santé 1975 à 2019*. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nhex-trends-narrative-report-2019-fr-web.pdf>
- Institute of Medicine. (1985). *Assessing Medical Technologies*. National Academy Press. <https://www.nap.edu/read/607/chapter/1>

- Introduction to the EUR-ASSESS Report. (1997). *Int J Technol Assess Health Care*, 13(2), 133-143.
<https://doi.org/10.1017/s0266462300010345>
- Jacob, R. et Battista, R. N. (1993). Assessing technology assessment. Early results of the Quebec experience. *Int J Technol Assess Health Care*, 9(4), 564-572.
- Jacob, R. et McGregor, M. (1997). Assessing the impact of health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care*, 13(1), 68-80.
- Johnson, R. B. (1988). Toward a theoretical model of evaluation utilization. *Evaluation and Program Planning*, 21(1), 21(1), 18.
- Juzwishin, D., Olmstead, D. et Menon, D. (1996). Hospital-based technology assessment programmes: two Canadian examples. *World Hosp Health Serv*, 32(2), 2-9.
- Kelly, M. P. et Moore, T. A. (2012). The judgement process in evidence-based medicine and health technology assessment. *Soc Theory Health*, 10(1), 1-19.
<https://doi.org/10.1057/sth.2011.21>
- Knott, J. et Wildavsky, A. (1980). If Dissemination Is the Solution, What Is the Problem? *Knowledge-Creation Diffusion Utilization*, 1(4), 41.
- Lacroix, R. et Maheu, L. (2010). *Le CHUM : une tragédie québécoise*. Boréal.
- Lance, J.-M. (2006). *L'évaluation des technologies de la santé : raison d'être, principes et défis*. . DASUM, Université de Montréal.
- Landaas, E. J., Baird, G. S., Hansen, R. N., Flum, D. R. et Sullivan, S. D. (2020). Integrating Formal Technology Assessment into an Integrated Healthcare Delivery System: Smart Innovation. *Int J Technol Assess Health Care*, 36(1), 58-63.
<https://doi.org/10.1017/S0266462319003465>
- Lawrence, P. R. et Lorsch, J. W. (1973). *Adapter les structures de l'entreprise : intégration ou différenciation / traduit de l'américain par J. Ledru ; préf. de Michel Crozier*. Editions d'organisation.
- Lee, R. C., Marshall, D., Waddell, C., Hailey, D. et Juzwishin, D. (2003). Health technology assessment, research, and implementation within a health region in Alberta, Canada. *Int J Technol Assess Health Care*, 19(3), 513-520.
<https://doi.org/10.1017/s0266462303000448>

- Lehoux, P., Tailliez, S., Denis, J. L. et Hivon, M. (2004). Redefining health technology assessment in Canada: diversification of products and contextualization of findings. *Int J Technol Assess Health Care*, 20(3), 325-336.
- Lemieux, R. (2004). *Évaluation d'un système de téléradiologie composé d'un numériseur de films* [Thèse M.Sc., Université de Montréal].
- Lepanto, L. (2017). Hospital-Based HTA at the Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (Canada). Dans *Hospital-based health technology assessment : the next frontier for health technology assessment* (p. 1 ressource en ligne (xii, 397 pages).). Adis. Conditions d'utilisation: https://bib.umontreal.ca/public/bib/conditions-utilisation/conditions-utilisation-fiche_005.pdf <https://doi.org/10.1007/978-3-319-39205-9> Accès réservé UdeM
- Lincoln, Y. S. et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.
- Luce, B. R. et Brown, R. E. (1995). The use of technology assessment by hospitals, health maintenance organizations, and third-party payers in the United States. *Int J Technol Assess Health Care*, 11(1), 79-92. <https://doi.org/10.1017/s0266462300005274>
- Luce, B. R., Drummond, M., Jonsson, B., Neumann, P. J., Schwartz, J. S., Siebert, U. et Sullivan, S. D. (2010). EBM, HTA, and CER: clearing the confusion. *Milbank Q*, 88(2), 256-276. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2010.00598.x>
- Maltais, R. (1980). *Le Centre médical de l'Université de Sherbrooke : une esquisse de son histoire, 1961-1979*. Editions de l'Université de Sherbrooke.
- Marsh, K., Goetghebeur, M., Thokala, P., Baltussen, R. et SpringerLink (Service en ligne). (2017). *Multi-Criteria Decision Analysis to Support Healthcare Decisions*[texte]. Springer International Publishing : Imprint: Springer. Conditions d'utilisation: https://bib.umontreal.ca/public/bib/conditions-utilisation/conditions-utilisation-fiche_005.pdf <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-47540-0> Accès réservé UdeM
- Martin, J., Polisena, J., Dendukuri, N., Rhinds, M. et Sampietro-Colom, L. (2016). Local Health Technology Assessment in Canada: Current State and Next Steps. *Int J Technol Assess Health Care*, 32(3), 175-180. <https://doi.org/10.1017/S0266462316000210>

- McGregor, M. (2012). *The Impact of Reports of the Technology Assessment Unit of the McGill University Health Centre (MUHC)* (publication n° 65). https://muhc.ca/sites/default/files/micro/m-TAU/muhc_tau_2012_65_impact_a.pdf
- McGregor, M. (2017). The Health Technology Assessment Unit (TAU) of the McGill University Health Centre (MUHC) (Canada). Dans *Hospital-based health technology assessment : the next frontier for health technology assessment* (p. 1 ressource en ligne (xii, 397 pages).). Adis. Conditions d'utilisation: https://bib.umontreal.ca/public/bib/conditions-utilisation/conditions-utilisation-fiche_005.pdf <https://doi.org/10.1007/978-3-319-39205-9> Accès réservé UdeM
- McGregor, M. et Brophy, J. M. (2005). End-user involvement in health technology assessment (HTA) development: a way to increase impact. *Int J Technol Assess Health Care*, 21(2), 263-267. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15921068>
- Menon, D. et Topfer, L. A. (2000). Health technology assessment in Canada. A decade in review. *Int J Technol Assess Health Care*, 16(3), 896-902. <https://doi.org/10.1017/s0266462300102168>
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck Université.
- Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Éditions d'organisation ; Éditions Agence d'Arc.
- Mintzberg, H. (2004). *Le management - Voyage au centre des organisations* (Éditions d'Organisation^e éd.).
- Mitchell, M. D., Williams, K., Brennan, P. J. et Umscheid, C. A. (2010). Integrating local data into hospital-based healthcare technology assessment: two case studies. *Int J Technol Assess Health Care*, 26(3), 294-300. <https://doi.org/10.1017/S0266462310000334>
- Morgan, G. (1999). *Images de l'organisation* (Nouv. éd.^e éd.). Presses de l'Université Laval ; De Boeck.
- MSSS. (2004). *L'intégration des services de santé et des services sociaux - Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-009-08.pdf>

- MSSS. (2005a). *Rapport du comité sur l'organisation universitaire des services sociaux - Le développement de la mission universitaire dans les établissements du domaine des services sociaux*[1 ressource en ligne]. Ministère de la santé et des services sociaux,. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/45249>
- MSSS. (2005b). *Rapport du comité sur l'organisation universitaire des services sociaux: Le développement de la mission universitaire dans les établissements du domaine des services sociaux*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-808-01.pdf>
- MSSS. (2008). *Le système de santé et de services sociaux au Québec*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-731-01F.pdf>
- MSSS. (2010). Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000295/>
- MSSS. (2013). *Un investissement de près de 470 millions de dollars - Inauguration du nouveau Centre de recherche du CHUM*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqu-629/>
- Mucchielli, A. (2009). Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales. Dans e. é. m. à. j. e. augm. (dir.), (p. 303). Armand Colin.
- Muhlbacher, A. C. et Kaczynski, A. (2016, Feb). Making Good Decisions in Healthcare with Multi-Criteria Decision Analysis: The Use, Current Research and Future Development of MCDA. *Appl Health Econ Health Policy*, 14(1), 29-40. <https://doi.org/10.1007/s40258-015-0203-4>
- NICE. (2020). *Glossary*. <https://www.nice.org.uk/Glossary?letter=H>
- NIH. (2019). *HTA 101: Introduction to Health Technology Assessment*. <https://www.nlm.nih.gov/nichsr/hta101/ta10103.html>
- Noël, M. (2015, 21 mai). Les 300 plus grands employeurs de l'Estrie. *La Tribune*, S6.
- O'Rourke, B., Oortwijn, W., Schuller, T. et International Joint Task, G. (2020). The new definition of health technology assessment: A milestone in international collaboration. *Int J Technol Assess Health Care*, 36(3), 187-190. <https://doi.org/10.1017/S0266462320000215>
- O'Rourke, B., Werko, S. S., Merlin, T., Huang, L. Y. et Schuller, T. (2020). The 'Top 10' Challenges for Health Technology Assessment: INAHTA Viewpoint. *Int J Technol Assess Health Care*, 36(1), 1-4. <https://doi.org/10.1017/S0266462319000825>

- Oortwijn, W., Determann, D., Schiffers, K., Tan, S. S. et van der Tuin, J. (2017). Towards Integrated Health Technology Assessment for Improving Decision Making in Selected Countries. *Value Health*, 20(8), 1121-1130. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2017.03.011>
- OTA. (1976). *Development of Medical Technology: Opportunities for Assessment*. <https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/708589/7617.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
- Ouimet, M., Lalancette, P. et Racine, A. (2017). Health technology assessments conducted in health care facilities: A strategic practice? Findings from a content analysis of HTA reports. *PLoS One*, 12(9), e0185183. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185183>
- Patail, B. M. et Aranha, A. N. (1995). Role of the Biomedical Engineering Department in William Beaumont Hospital's technology assessment process. *J Clin Eng*, 20(4), 290-296. <https://doi.org/10.1097/00004669-199507000-00013>
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. Sage Publications.
- Perry, S., Gardner, E. et Thamer, M. (1997). The status of health technology assessment worldwide. Results of an international survey. *Int J Technol Assess Health Care*, 13(1), 81-98. <https://doi.org/10.1017/s0266462300010254>
- Pfeffer, J. (1981). *Power in organizations*. Pitman.
- Poder, T. G., Bellemare, C. A., Bedard, S. K., Fiset, J. F. et Dagenais, P. (2018). Impact of Health Technology Assessment Reports on Hospital Decision Makers - 10-Year Insight from a Hospital Unit in Sherbrooke, Canada: Impact of Health Technology Assessment on Hospital Decisions. *Int J Technol Assess Health Care*, 34(4), 393-399. <https://doi.org/10.1017/S0266462318000405>
- Poulin, P., Austen, L., Kortbeek, J. B. et Lafreniere, R. (2012). New technologies and surgical innovation: five years of a local health technology assessment program in a surgical department. *Surg Innov*, 19(2), 187-199. <https://doi.org/10.1177/1553350611421916>
- Rashiq, S., Barton, P., Harstall, C., Schopflocher, D., Taenzer, P. et Alberta Ambassador Program, T. (2006). The Alberta Ambassador Program: delivering Health Technology Assessment results to rural practitioners. *BMC Med Educ*, 6, 21. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-6-21>

- Rhainds, M., Asselin, G. et Coulombe, M. (2017). CHU de Québec-Université Laval: 10-Years' Experience in Hospital-Based HTA (Canada). Dans *Hospital-based health technology assessment : the next frontier for health technology assessment* (p. 1 ressource en ligne (xii, 397 pages).). Adis. Conditions d'utilisation: https://bib.umontreal.ca/public/bib/conditions-utilisation/conditions-utilisation-fiche_005.pdf <https://doi.org/10.1007/978-3-319-39205-9> Accès réservé UdeM
- Ritrovato, M., Faggiano, F. C., Tedesco, G. et Derrico, P. (2015). Decision-Oriented Health Technology Assessment: One Step Forward in Supporting the Decision-Making Process in Hospitals. *Value Health*, 18(4), 505-511. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2015.02.002>
- Robert, P. (2003). Le petit Robert de la langue française (Grand format). Dans *Le petit Robert de la langue française (Grand format)*. Le Robert.
- Rosenstein, A. H., O'Daniel, M. et Geoghan, K. (2003). Assessing new technology: how are other hospitals facing the challenge? *Healthc Financ Manage*, 57(10), 70-74. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14560583>
- Roy, B. (1985). *Méthodologie multicritère d'aide à la décision*. Economica.
- Roy, M., Ganache, I., Dagenais, P. (2018). Advocating for a better engagement of patients, users, caregivers, and citizens in healthcare and social services technology assessment: Commentary on "Assess, triangulate, converge, and recommend (ATCR): A process for developing recommendations for practice in the social sector using scientific, contextual and experiential data". *International Journal of Hospital-Based Health Technology Assessment*, 1, 15-18.
- RUIS Sherbrooke. (2017). *Réseau universitaire intégré de santé Sherbrooke*. www.ruisherbrooke.ca
- RUISS de l'UdeM. (2016). *Territoire et établissements du RUIS de l'UDEM*. <http://www.ruis.umontreal.ca/territoire-et-etablissements-du-ruis-de-ludem>
- Saaid, H. (2006). The impact of health technology assessment on decision-making processes in public versus not-for-profit private hospitals. *Am J Med*, 2, 72-78.
- Sampietro-Colom, L., Lach, K., Pasternack, I., Wasserfallen, J. B., Cicchetti, A., Marchetti, M., Kidholm, K., Arentz-Hansen, H., Rosenmoller, M., Wild, C., Kahveci, R. et Ulst, M. (2015).

- Guiding Principles for Good Practices in Hospital-Based Health Technology Assessment Units. *Int J Technol Assess Health Care*, 31(6), 457-465. <https://doi.org/10.1017/S0266462315000732>
- Sampietro-Colom, L., Morilla-Bachs, I., Gutierrez-Moreno, S. et Gallo, P. (2012). Development and test of a decision support tool for hospital health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care*, 28(4), 460-465. <https://doi.org/10.1017/S0266462312000487>
- Schumacher, I. et Zechmeister, I. (2013). Assessing the impact of health technology assessment on the Austrian healthcare system. *Int J Technol Assess Health Care*, 29(1), 84-91. <https://doi.org/10.1017/S0266462312000748>
- SMUS. (2017). *Société des médecins de l'Université de Sherbrooke*. <https://www.smus.qc.ca/page/public/Nous-connaître>
- Tanios, N., Wagner, M., Tony, M., Baltussen, R., van Til, J., Rindress, D., Kind, P., Goetghebeur, M. M. et International Task Force on Decision, C. (2013). Which criteria are considered in healthcare decisions? Insights from an international survey of policy and clinical decision makers. *Int J Technol Assess Health Care*, 29(4), 456-465. <https://doi.org/10.1017/S0266462313000573>
- Taylor, F. W. (1967). *La direction scientifique des entreprises*. Gérard & Co.
- Tony, M., Wagner, M., Khoury, H., Rindress, D., Papastavros, T., Oh, P. et Goetghebeur, M. M. (2011). Bridging health technology assessment (HTA) with multicriteria decision analyses (MCDA): field testing of the EVIDEM framework for coverage decisions by a public payer in Canada. *BMC Health Serv Res*, 11, 329. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-329>
- UETMIS-CHUS. (2003). *Évaluation du Service d'hémodynamie du programme cardiopulmonaire du CHUS*. https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Professionnels/UETMISSS/2003/Evaluation_service_hemodynamie_etmis_chus.pdf
- Uphoff, M. E. K., D. (1998). Hospital-Based Technology Assessment: Essential Questions and an Operational Model. *Public Productivity & Management Review*, 22(1), 60-70.
- US Congress. House of Representatives. Committee on Science and Astronautics. (1967). *Technology Assessment. Statement of Emilio Q. Daddario, Chairman, Subcommittee on*

Science Research and Development. 90th Cong., 1st sess.
https://books.google.ca/books?hl=en&lr=&id=2UofxsQibWkC&oi=fnd&pg=PA1&dq=US+Congress,+House+of+Representatives,+Committee+on+Science+and+Astronautics.+Technology+assessment.+Statement+of+Emilio+Daddario,+Chairman,+Subcommittee+on+Science,+Research+and+Development,+to+the+90th+Congress,+1st+Session.+Washington,+DC%3B+1967.&ots=Dgjo2aBwwK&sig=sqrfKjLCSFYcNaFhpJtx7DVozrw&redir_esc=y#v=onepage&q=a%20form%20of%20policy%20research%20that%20examines%20short-%20and%20long-term%20social%20consequences%20&f=false

Velasco Garrido, M., Gerhardus, A., Rottingen, J. A. et Busse, R. (2010). Developing Health Technology Assessment to address health care system needs. *Health Policy*, 94(3), 196-202. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.10.002>

Veluchamy, S. et Alder, H. C. (1989). Health care technology assessment and adoption: a case study. *Hosp Technol Ser*, 8(13), 1-12. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10304477>

Weingart, S. N. (1995). Deciding to buy expensive technology. The case of biliary lithotripsy. *Int J Technol Assess Health Care*, 11(2), 301-315. <https://doi.org/10.1017/s0266462300006917>

Weiss, C. H. (1979). The Many Meanings of Research Utilization. *Public administration review*, 39(5), 6.

Woodward, J. (1965). *Industrial organization: theory and practice*. Oxford University Press.

Yin, R. (1994). *Case study Research: Design and Methods* Sage publication ed.

Zechmeister, I. et Schumacher, I. (2012, Jan). The impact of health technology assessment reports on decision making in Austria. *Int J Technol Assess Health Care*, 28(1), 77-84. <https://doi.org/10.1017/S0266462311000729>

Annexes

Annexe 1 – Recension des écrits

La recension des écrits réalisée dans le cadre de cette thèse s'appuie sur une recherche documentaire effectuée en deux temps. Un examen préliminaire de la littérature a d'abord été réalisé en 2014 pour valider la pertinence et l'originalité de la recherche, et pour mieux formuler les questions de recherche. Puis, une seconde recherche documentaire a été effectuée en 2019 afin d'actualiser l'état des connaissances sur les thèmes suivants, soit l'influence de l'ETMI, la prise de décision et le milieu hospitalier.

Stratégie de recherche documentaire

La stratégie de recherche documentaire employée pour effectuer cette recension des écrits a été établie en fonction d'une revue systématique préalablement publiée sur le sujet d'intérêt (Gagnon *et al.*, 2014). La recension des publications scientifiques a été effectuée le 31 juillet 2019, puis mise à jour le 19 septembre 2020. Les mots clés employés afin d'interroger la base de données Medline (PubMed) sont les suivants : (((Technology Assessment, Biomedical[MH] OR "Technology Assessment"[TIAB] OR HTA[TIAB] OR "Technology Assessment"[AD] OR HTA[AD]))) AND ((DECISION MAKING OR Decision Making, Organizational OR "Decision Support Techniques"[Mesh] or "decision aid*" [tiab] or "decision support" [tiab] or "health system" [tiab])) AND ((administration, hospital[mh] or Health Facility Administration[mh] or hospital[tiab] or region*[tiab] or local*[tiab])). La période de publication couverte est de 2014 à 2020. Les bibliographies des articles sélectionnés ont été passées en revue afin de relever d'autres références d'intérêt. Les sites Internet d'organismes en ETMI (ex. INESSS, HTAi) et des livres de référence (ex. *Hospital-based Health Technology Assessment - The Next Frontier for Health Technology Assessment*) ont également été consultés. Une recherche complémentaire a été réalisée en utilisant le moteur de recherche Google Scholar pour identifier des publications en accès libre.

Critères d'inclusion et critères d'exclusion

Les critères d'inclusions suivants ont été appliqués :

- Tout type de publication ;
- Traitant des activités d'ETMI en milieu hospitalier et de la prise de décision (ses caractéristiques, ses aspects organisationnels, ses effets/son influence) ;
- Publiées en français ou en anglais ;
- Durant la période allant de 2014 à 2020.

Les études ne portant pas sur les activités d'ETMI en milieu hospitalier ont été exclues.

Sélection des publications, Évaluation de la qualité des publications et extraction des données

La sélection des publications a été effectuée de manière indépendante par la chercheuse (MT) sur la base des titres et des résumés, en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion. La lecture des textes complets et l'extraction des données ont également été effectuées de manière indépendante par la chercheuse (MT). La gestion documentaire a été réalisée à l'aide du logiciel EndNote.

Annexe 2 – Guide d’entretien

GUIDE D’ENTRETIEN

BLOC A. Présentation

- Rappel de la question de recherche :
Comment les processus d’évaluation, visant des changements dans l’allocation des ressources en santé, ont-ils été influencés par l’introduction de l’ETMIS dans les CHU du Québec ?
- Objectif de l’entrevue :
Recueillir des informations sur :
 - La chronologie des événements associés à l’intégration de l’ÉT MIS dans les différents CHU du Québec, depuis les années 2000
 - Les interrelations entre les personnes clés du processus d’évaluation
 - L’influence de la structure organisationnelle interne et externe des CHU
 - Le contenu des évaluations et les procédures d’évaluation actuellement en place
 - La perception sur l’utilité des UETMIS
 - Les retombées de l’ÉT MIS dans les CHU du Québec
 - Les différences entre les divers lieux d’implantation de l’ETMIS
- Présentation des règles d’éthique (droit de retrait, confidentialité des données recueillies, enregistrement de l’entrevue, consentement éclairé)
- Demande de consentement et signature du formulaire de consentement

BLOC B. Parcours professionnel

- i. Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ?
- ii. Quelle est votre position actuelle dans l’établissement ?
- iii. Quelle était votre position avant l’implantation de l’UETMIS ?

BLOC C. Processus d’implantation des UÉT MIS

- a. Comment s’est déroulée l’implantation des UÉT MIS dans votre établissement ?
- b. Quelles catégories de professionnels ont été touchées par ce changement ?
- c. Quels sont les facteurs qui ont facilité/freiné cette réorganisation ?

BLOC D. Positionnement

- d. Quelles sont les principales personnes impliquées dans le processus d’ÉT MIS (de la conception à l’utilisation de l’évaluation) ? Quels sont leurs rôles ?
- e. Comment les interactions entre les personnes impliquées dans l’ÉT MIS ont-elles évolué (avant/après l’implantation des UETMIS) ?
- f. Quels sont les impacts de cette réorganisation sur les pratiques des différentes personnes

- impliquées ?
- g. Quels types de relations existent actuellement entre les différentes personnes impliquées dans l'ÉTMIS ?
 - h. En quoi les stratégies des personnes impliquées favorisent-elles ou s'opposent-elles à l'atteinte des objectifs poursuivis par l'ÉTMIS.

BLOC E. Contexte interne et externe

- i. Comment décririez-vous l'environnement dans lequel évoluent les différents professionnels de la santé ainsi que les bénéficiaires des soins de santé lorsqu'il est temps de prendre des décisions d'acquisition, d'investissement de désinvestissement dans une intervention ? Quels sont les besoins des décideurs en termes de procédure et de contenu ?
- j. Quelle est la structure de votre UETMIS ? Comment fonctionne t'elle (procédure et contenu) ? Quelle est sa place dans votre organisation ?

- k. Est-ce que l'implantation des UETMIS est complétée ?
- l. Quelle est la place de l'INESSS ?
- m. Quelle est la place des RUIS ?
- n. Selon vous, pourquoi le développement des UÉTMIS ne s'est pas fait à la même vitesse partout ? Ou l'implantation des UETMIS a été la plus rapide ? Pourquoi ?

BLOC F. Retombées de l'implantation des UÉTMIS

- o. Quel type d'interventions est évalué par votre UÉTMIS ?
- p. À qui s'adressent les rapports d'ÉTMIS ?
- q. Est-ce que les UETMIS répondent aux besoins en termes d'évaluation/ d'allocation des ressources ?
- r. Comment les résultats des rapports d'ÉTMIS sont-ils utilisés ? Avez-vous des exemples provenant de votre pratique ?
- s. Qui sont les principaux utilisateurs des rapports d'ÉTMIS dans votre établissement ?
- t. Une fois l'UETMIS implantée, avez-vous noté des changements dans la manière d'allouer les ressources de votre établissement ? Si oui, lesquels ?
- u. Comment percevez-vous la pertinence/ la qualité/la crédibilité des UETMIS ? des rapports d'ÉTMIS ?
- v. Quels sont les éléments qui devraient être pris en compte pour améliorer l'utilité des UETMIS ? des rapports d'ÉTMIS ?
- w. Dans la mesure où les objectifs des UÉTMIS ne sont pas atteints, comment peut-on améliorer/re-concevoir le fonctionnement des UETMIS pour atteindre les objectifs fixés ?

BLOC G. Conclusion

- x. Avez-vous des commentaires ou opinions dont vous aimeriez me faire part et qui n'auraient pas été développés lors de notre entretien ?
- y. Y-a-t-il un projet d'évaluation représentatif du processus d'ÉTMIS avant/après l'implantation de l'UETMIS que vous me conseilleriez d'étudier ?
- z. Y-a-t-il des personnes que vous me conseilleriez de rencontrer pour compléter la chronologie d'évènements ?

Annexe 3 – Formulaire de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Vous êtes invité(e) à participer à ce projet de recherche parce que vous travaillez dans une unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé d'un centre hospitalier universitaire, et/ou vous avez participé à la préparation d'une publication produite par l'unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé d'un centre hospitalier universitaire, et/ou vous êtes le public cible d'une des publications produites par l'unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé d'un centre hospitalier universitaire. L'étude porte sur l'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

Titre du projet de recherche

L'évaluation des technologies et modes d'intervention en guise de support à la prise de décision au Québec : situation actuelle et perspectives d'avenir

1. Nom des chercheurs

Ce projet de recherche est réalisé dans le cadre du doctorat de Michèle Tony, étudiante au doctorat en santé publique, option organisation des soins de santé. La direction est assurée par Mme Lise Lamothe (directrice), Mme Cheri L. Deal et Mme Goetghebeur (co-directrices).

- Pierre Dagenais Ph.D., M.D., professeur adjoint, Université de Sherbrooke, CHUS
- Cheri L. Deal Ph. D., M.D., médecin-chercheur, Centre de recherche, CHU Sainte-Justine
- Lise Lamothe Ph. D., professeur titulaire, École de santé publique, Université de Montréal
- Mireille Goetghebeur Ph. D., professeur associé, École de santé publique, Université de Montréal
- Michèle Tony M.Sc., étudiante au doctorat en santé publique option organisation des soins de santé, École de santé publique, Université de Montréal

2. Source de financement

Michèle Tony a reçu une bourse de formation offerte par le réseau APOGEE-Net pour poursuivre ses études doctorales. Les activités reliées à ce projet de recherche sont réalisées dans le cadre de cette formation.

3. Quelle est la nature de cette recherche ?

- Pertinence de la recherche (état des connaissances, contexte, justification du projet)

Les centres hospitaliers universitaires exercent plusieurs missions, dont l'une est l'évaluation. L'un des moyens retenus pour accomplir cette mission a été la création d'une

unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé. Peu de travaux analysent les dynamiques entourant l'évaluation des technologies et modes d'intervention en contexte hospitalier.

➤ Objectifs de la recherche

Le but de cette recherche est d'analyser et comprendre comment les structures organisationnelle et humaine influencent la préparation et l'utilisation des rapports d'évaluations produits par les unités d'évaluations des technologies et modes d'intervention en santé des centres hospitaliers universitaires.

4. Comment se déroulera le projet ?

➤ Modalités de participation

Votre participation à ce projet consiste en une entrevue individuelle d'environ 60 à 90 minutes. Cette entrevue aura lieu à l'endroit et au moment qui vous convient, selon vos disponibilités. Vous aurez à répondre à des questions portant sur votre connaissance et votre participation à l'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé. Cette entrevue sera enregistrée sur bande audio. Une fois l'entrevue complétée, nous vous enverrons par courriel le résultat de la collecte de données, afin de vous permettre de les modifier, les clarifier, les nuancer ou les compléter.

➤ Nombre de participants impliqués, envergure du projet (local ou multicentrique).

Ce projet est d'envergure multicentrique. 12 à 15 personnes seront interviewées par centre hospitalier universitaire.

5. Quels sont les avantages et bénéfices ?

➤ Avantages pour le participant

Vous ne retirerez aucun avantage direct en participant à cette recherche. Vous aurez à tout le moins contribué à l'avancement des connaissances scientifiques.

6. Quels sont les inconvénients et les risques ?

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps. Tout dépendant des discussions tenues avec votre employeur, il est possible que les entrevues ne puissent être menées sur votre temps de travail. Le projet peut comporter un risque de réidentification si vous présentez un profil particulier. Vous pouvez à tout moment demander de prendre une pause ou de poursuivre l'entrevue à un autre moment qui vous conviendra.

7. Comment la confidentialité est-elle assurée ?

Tous les renseignements obtenus auprès de vous pour ce projet de recherche seront confidentiels. Pour ce faire, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom aux renseignements obtenus sera conservée par le chercheur responsable du projet de recherche.

Les données seront utilisées à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques décrits dans ce formulaire d'information et de consentement.

Les données du projet pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier. Dans le cas contraire, votre permission vous sera demandée au préalable.

Les données recueillies seront conservées, sous clé, pour une période de 7 ans, sous la responsabilité de Lise Lamothe à l'École de santé publique de l'Université de Montréal. Après cette période, les données seront détruites.

8. Retour des résultats

En tant que participant au projet de recherche, vous resterez informé des résultats généraux de la recherche. Ces derniers vous seront communiqués par courriel.

9. Responsabilité

En signant ce formulaire d'information et de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi. De plus, vous ne libérez pas les chercheurs de leur responsabilité légale et professionnelle.

10. Y a-t-il une compensation prévue pour vos dépenses et inconvénients ?

Aucune compensation financière n'est prévue dans le cadre de ce projet.

11. Conflits d'intérêts

Les chercheurs impliqués dans ce projet déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

12. Liberté de participation

Il est entendu que votre participation est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Advenant le cas où vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits ?

Oui

Non

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le cas échéant, nous vous demanderons explicitement si vous désirez la modifier.

13. En cas de questions ou de difficultés, avec qui peut-on communiquer ?

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le conseiller en éthique du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)

Par courriel : ceres@umontreal.ca

Par téléphone : [\(514\) 343-6111](tel:(514)343-6111) poste 2604

Site Web : <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de

l'Université de Montréal, au numéro de téléphone [\(514\) 343-2100](tel:514-343-2100) ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

14. Consentement et assentiment

Nous aimerions enregistrer les entrevues à des fins de formation dans le cadre du présent projet de recherche. Les enregistrements seront détruits 5 ans après la fin du projet de recherche.

Il n'est pas cependant nécessaire de consentir à ce volet pour participer au présent projet. Si vous refusez, aucun enregistrement ne sera effectué.

Nous autorisez-vous à enregistrer l'entrevue?

Oui

Non

On m'a expliqué la nature et le déroulement du projet de recherche. J'ai pris connaissance du formulaire de consentement et on m'en a remis un exemplaire. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction. Après réflexion, j'accepte de participer à ce projet de recherche.

Nom du participant

(Lettres moulées)

Consentement (signature)

Date

J'ai expliqué au participant tous les aspects pertinents de la recherche et j'ai répondu aux questions qu'ils m'ont posées. Je leur ai indiqué que la participation au projet de recherche est libre et volontaire et que la participation peut être cessée en tout temps.

Nom de la personne qui a obtenu

le consentement (Lettres moulées)

Signature

Date

Annexe 4 – Politique de participation des usagers, proches aidants et citoyens à l’UETMISSS du CIUSSS de l’Estrie - CHUS (PUPACS)



POLITIQUE

UETMISSS

LCCCC-POL-CC
PROJET VO.1

Politique de participation des usagers, proches-aidants et citoyens à l’UETMISSS du CIUSSS de l’Estrie - CHUS

Émetteur	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (UETMISSS)	
Direction responsable	Direction administrative de la recherche	
Destinataires	PDG, PDGA, DGA, directeur DAR et membres de l'UETMISSS.	
Entrée en vigueur	2018-02-27	
Adopté par	Véronique Déry M.D., M.Sc., FRCPC	Date: 2018-02-27
Signature	<hr/>	
	Directrice scientifique, UETMISSS	

Table des matières

1. Mise en contexte.....	1
2. Objectifs.....	2
3. Définition des termes.....	2
4. Champs d'application.....	3
5. Cadre de référence.....	3
6. Principes directeurs.....	3
7. Rôles et responsabilités.....	4
8. Ouvrages consultés.....	5
9. Dispositions finales.....	5

1. Mise en contexte

L'unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé et en services sociaux (UETMISSS) du CIUSSS de l'Estrie - CHUS a le mandat de soutenir la prise de décision des décideurs, gestionnaires et équipes cliniques de son établissement par une offre de services contenant divers produits d'évaluation. Dans le cadre de ses activités, l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie - CHUS synthétise les données issues de divers corpus de connaissances, consulte les parties prenantes concernées par une décision, explore les enjeux et implications de cette décision et collecte des données pour éclairer la prise de décision.

Il ne fait plus de doute que les usagers doivent participer aux activités d'une UETMISSS. Ceux-ci ont l'expérience concrète de soins et de services (Gagnon et al., 2011, 2014, 2015) et les résultats d'une évaluation sont plus utiles lorsqu'ils tiennent compte des valeurs et préoccupations citoyennes (Bridges & Jones, 2007). Malgré cela, les meilleures méthodes de participation des usagers et citoyens, les meilleurs moments d'implication de ceux-ci et le type d'utilisateur ou de citoyens à privilégier restent à préciser (Facey, Hansen, & Single, 2017; Gauvin et al., 2010).

La notion de participation usagère est importante au CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Une approche centrée sur l'utilisateur et ses proches a été intégrée au système de gestion de la performance de l'établissement. Cette approche s'est soldée par la politique « agir POUR et AVEC l'utilisateur, ses proches et la population » dans laquelle six leviers de reconnaissance des usagers sont nommés: 1.1) Faire preuve de respect, bienveillance et compassion, 1.2) Favoriser la continuité des services en contexte de collaboration interprofessionnelle, 1.3) Inclure les proches-aidants, 1.4) Reconnaître l'utilisateur comme partenaire de ses soins et services, 1.5) Veiller à ce que l'environnement soit propice au bien-être et à la guérison et 1.6) Collaborer à la santé et au développement des communautés.

Pour assurer une participation usagère dans ses produits et services et tirer profit d'un contexte organisationnel favorable, l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a souhaité élaborer sa politique de participation des usagers, proches-aidants et citoyens. Vers cette politique, un comité consultatif a été formé pour discuter de la participation usagère et citoyenne. Ce comité contenait diverses parties prenantes (i.e. usager, proche-aidant, citoyen, représentant du service expérience usager, gestionnaire, représentante et éthicienne de l'INESSS, membres de l'UETMISSS). Un énoncé de vision préliminaire comprenant les objectifs et les principes directeurs de cette politique a émergé de la rencontre du comité consultatif. Cet énoncé de vision préliminaire a finalement été l'objet de délibérations dans le cadre d'un processus appelé « méthode par consensus Delphi ». Trois tours de délibération ont été nécessaires lors de l'utilisation de cette technique pour faire émerger un consensus fort quant aux objectifs et principes directeurs de cette politique de participation des usagers, proches-aidants et citoyens à l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

2. Objectifs

Cette politique vise à inscrire de manière formelle la participation des usagers, proches-aidants et citoyens à l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. De façon plus spécifique, cette politique vise à:

- 2.1) Proposer des principes de participation des usagers, proches-aidants et citoyens dans l'élaboration de nos produits d'évaluation.
- 2.2) Proposer des principes de participation des usagers, proches-aidants et citoyens lors de décisions structurantes de notre UETMISSS.
- 2.3) Faire contribuer les usagers, proches-aidants et citoyens dans la planification de nos évaluations. Lorsque jugé nécessaire lors de cette planification, les usagers, proches-aidants et citoyens seront impliqués dans la réalisation des projets.
- 2.4) Proposer des orientations pour recueillir les propos, commentaires et suggestions des usagers, proches-aidants et citoyens tout au long du processus d'ETMI et les rapporter de façon transparente et synthétique dans nos rapports d'évaluation.

3. Définition des termes

Écrits scientifiques: L'expression « écrits scientifiques » fait référence à un article publié dans une revue scientifique suite à un examen de sa qualité par un comité de pairs (i.e. des experts, chercheurs, intervenants spécialisés dans la thématique concernée par l'article et chargés de faire des commentaires pour améliorer l'article). Un écrit scientifique peut ou non contenir des résultats, présenter une opinion ou un commentaire d'un individu ou d'un groupe d'individus.

ETMI: Évaluation d'une technologie ou d'un mode d'intervention (e.g. appareil ou dispositif médical, procédure, intervention sociale).

Gestionnaire: Un administrateur du réseau de la santé et des services sociaux qui a la responsabilité de ressources humaines, matérielles et financières et qui doit organiser une offre de services pour des individus ou populations.

INESSS: Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

Littérature grise: L'expression « littérature grise » fait référence aux écrits qui contiennent des éléments pertinents en regard de la question d'évaluation mais qui ne sont pas publiés dans une revue scientifique suite à un examen par un comité de pairs.

Service expérience usagers: Un service du CIUSSS de l'Estrie – CHUS responsable d'améliorer l'expérience des usagers avant, pendant et après un épisode de services.

UETMISSS: Unité d'évaluation des technologies ou des modes d'interventions en santé et services sociaux.

Évaluation en soutien à la prise de décision: Une démarche qui permet de répondre à une ou des questions d'évaluations formulées pour qu'une partie prenante du réseau de la santé et des services sociaux puisse répondre à un besoin décisionnel.

Savoir expérientiel: Savoir issu de l'expérience d'un individu ou d'un groupe et relatant une situation particulière à l'égard d'un ou plusieurs services sociaux ou de santé.

Partie prenante: Tout acteur qui possède un intérêt associé à la question d'évaluation, qui peut être touché par celle-ci ou qui, en raison de son statut, peut exercer une influence active ou passive sur la prise de décision et l'implantation des mesures (Varvasovszky & Brugha, 2000). Il peut s'agir de patients, d'associations, de gestionnaires, de professionnels de la santé, d'experts, de décideurs, d'organisations, de groupes de personnes au sein d'organisations (INESSS, 2014).

4. Champs d'application

La présente politique s'applique à tous les gestionnaires, intervenants, membres du personnel, médecins-résidents, médecins, chercheurs, étudiants ou stagiaires réalisant une ou des activités à l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Cette politique s'applique également aux liens développés entre le CIUSSS de l'Estrie – CHUS et ses partenaires sectoriels du réseau de la santé et des services sociaux ou intersectoriels et issus d'autres secteurs de la société lors de leur participation à des projets de l'UETMISSS. Finalement, cette politique vise l'implication directe et indirecte de l'ensemble des usagers, proches-aidants et citoyens sur le territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et ailleurs.

5. Cadre de référence

Cette politique de participation des usagers, proches-aidants et citoyens s'inscrit en complémentarité à l'approche centrée sur l'utilisateur et ses proches du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et à son vrai Nord qui place l'utilisateur au cœur de toutes démarches. Elle est une des manières dont nous souhaitons faire vivre cette approche organisationnelle dans nos produits et services.

6. Principes directeurs

L'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS réalise l'importance de tenir compte des opinions, valeurs et savoirs expérientiels des représentants d'utilisateurs, des représentants de proches-aidants et des représentants de citoyens. En conséquence, elle propose les principes suivants. L'objectif est que ces principes puissent structurer ses activités, ses produits et son fonctionnement. Ils seront intégrés à ses pratiques, portés dans ses représentations internes et externes et inscrits dans ses valeurs et dans sa mission organisationnelle. Ils impliquent nécessairement leurs acceptations et adoptions par les instances supérieures du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Principe 1 (Principe utilitaire) L'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS valorise la participation des usagers, proches-aidants et citoyens dans ses activités d'évaluation. Leur apport est complémentaire à celui contenu dans les écrits scientifiques et à celui des autres parties prenantes (gestionnaires et équipes cliniques) de son établissement. Cet apport expérientiel aide à contextualiser l'objet d'évaluation et à recentrer la décision autour des besoins réels des usagers afin d'augmenter la qualité des soins et services et mieux remplir son mandat de responsabilité populationnelle.

Principe 2 (Principe éthique) L'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS doit protéger les usagers, proches-aidants et citoyens pour qu'ils contribuent à enrichir ses produits d'évaluation en toute liberté sans risques de préjudices personnels. Ainsi, elle s'engage à 1) favoriser la confidentialité et la protection des renseignements personnels, 2) minimiser les risques associés à une participation (i.e. physique, psychologique, social), 3) promouvoir une participation volontaire, éclairée et libre en tout temps, 4) reconnaître la contribution des usagers, proches-aidants et citoyens au moyen d'un remboursement des frais de stationnement ou de transport en commun et 5) assurer une rétroaction efficace via une communication continue.

Principe 3 (Principe méthodologique) L'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS favorise la préparation adéquate et la participation des usagers, proches-aidants et citoyens. Elle comprend que:

- (a) Les écrits scientifiques et de littérature grise ne peuvent pas se substituer aux savoirs des usagers. Les savoirs expérientiels, quel que soit leur provenance, sont des données probantes dont il faut tenir compte. Ils sont complémentaires aux autres types de savoirs.
- (b) Elle ne doit pas penser que la participation des usagers est équivalente à la participation des citoyens. Il s'agit de deux types de participations distinctes qui renseignent sur des aspects différents mais complémentaires.
- (c) Elle doit favoriser différentes sortes d'implications (participation directe ou indirecte) et niveaux de participations (information, consultation, collaboration, partenariat) dans plusieurs étapes d'une évaluation.

Principe 4 (Principe de faisabilité) L'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS favorise l'expression des meilleures conditions de production pour optimiser la participation des usagers, proches-aidants et citoyens et mieux répondre aux besoins des décideurs. Elle comprend que:

- (a) La participation des usagers, proches-aidants et citoyens est à géométrie variable. Elle est parfois légère et d'autres fois plus importante. Elle peut aussi recourir à la participation de plus d'une partie prenante issue de la population.
- (b) Il faut adopter une démarche évaluative souple (pour permettre la participation d'usager, proches-aidants et citoyens) et rigoureuse (pour répondre aux exigences méthodologiques de l'ETMI).
- (c) Les usagers, proches-aidants et citoyens sont toujours partenaires de nos évaluations. Au moins un représentant d'une de ces catégories de parties prenantes participe à la planification de chaque évaluation, à moins de circonstance exceptionnelle. Ce représentant, conjointement avec l'équipe de projet, contribue à la prise de décision relative à l'intensité et du niveau d'implication des usagers, proches-aidants et citoyens dans ce projet.

7. Rôles et responsabilités

Acteurs	Responsabilités
La directrice scientifique de l'UETMISSS	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir la politique au sein de cette Direction et à l'extérieur de cette Direction via la mission universitaire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. • Faire vivre la présente politique au sein de l'UETMISSS et à l'extérieur de celle-ci via différents mécanismes. • Mettre en place les conditions qui permettront l'implantation optimale de la présente politique des usagers, proches-aidants et citoyens dans les activités du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
Les directeurs et gestionnaires	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer le respect de la présente politique lors de leur participation à une évaluation. • Prendre connaissance de la contribution des usagers, proches-aidants et citoyens qui participe à une évaluation commandée par leur direction, services ou secteurs.
L'UETMISSS	<ul style="list-style-type: none"> • Réviser cette politique pour qu'elle soit représentative des valeurs et préoccupations de davantage d'usagers, proches-aidants et citoyens. • Soutenir la participation des usagers, proches-aidants et citoyens dans l'élaboration de ses produits d'évaluations.
Le Service expérience usagers	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir l'UETMISSS dans le recrutement d'usagers, proches-aidants et citoyens.
Les usagers, proches-aidants et citoyens	<ul style="list-style-type: none"> • Participer aux activités d'évaluation de l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. • Participer à la gouvernance de l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

8. Ouvrages consultés

- Bridges, J.F.P., & Jones, C. (2007). Patient-based health technology assessment: A vision of the future. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 23, 30-35.
- Cadre de référence sur la qualité des soins et des services du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. (2017). 1^e édition, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Faire ensemble et autrement: La participation de personnes utilisatrices de services et de membres de l'entourage à la planification et à l'organisation des services. (2016). Ministère de la santé et des services sociaux.
- Facey, K.M., Hansen, H.P., & Single, A.N.V. (2017). *Patient involvement in health technology assessment*. Singapour: Springer Nature.
- Gagnon, M.P., Desmartis, M., Gagnon, J., St-Pierre, M., Gauvin, F.P., Rhainds, M., et al. (2014). Introducing patients perspective in HB-HTA: the views of HTA producers, hospital managers and patients. *Health Expectation*, 17, 888-900.
- Gagnon, M.P., Desmartis, M., Gagnon, J., St-Pierre, M., Rhainds, M., Coulombe, M., et al. (2015). Framework for user involvement in health technology assessment at the locale level: views of health managers, user representatives and clinicians. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 31, 68–77.
- Gagnon, M.P., Desmartis, M., Lepage-Savary D., & Légaré, F. (2011). Introducing patients' and the public's perspectives to health technology assessment: A systematic review of international experiences. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 27, 31-42.
- Gauvin F.P., Abelson, J., Giacomini, M., Eyles, J., & Lavis, J.N. (2010). It all depends: Conceptualizing public involvement in the context of health technology assessment agencies. *Social Science and Medicine*, 70, 1518-1526.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS, 2014), Consultation des parties prenantes. Rapport rédigé par Monique Fournier et Pierre Dagenais. Québec, Québec: INESSS, 32p.
- Référentiel de compétences usager collaborateur à l'organisation des services. (2016). Document interne au CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Document préparé par C. Raymackers, en coll. avec D. Marceau, JG Marquis, C. Beauchamp, M. Beauchamp, S. Marois-Gagnon, G. Duquette.
- Varvasovszky, Z., & Brugha, R. (2000). A stakeholder analysis. *Health Policy Planification*, 15, 338-345.

9. Dispositions finales

9.1 Version antérieure

Non applicable.

9.2 Prochaine révision

Rubrique OBLIGATOIRE

La présente politique doit faire l'objet d'une révision au plus tard dans les quatre (4) années suivant son entrée en vigueur.

Annexe 5 – Offre de service de l’UETMISS du CIUSSS de l’Estrée – CHUS



DÉFINITION DE L'ÉTMISS

Évaluation systématique des effets, propriétés et composantes d'une technologie, intervention ou mode d'intervention dans le domaine de la santé et des services sociaux pour soutenir la prise de décision. La finalité d'une ÉTMISS est de permettre à un décideur d'appuyer une/des décisions sur les meilleures données probantes disponibles dans une optique d'amélioration des pratiques et d'optimisation des ressources.

DEUX PRODUITS AVEC RECOMMANDATION(S)		DEUX PRODUITS SANS RECOMMANDATION	
Avis d'évaluation	Avis d'évaluation rapide*	État des connaissances*	État des pratiques
Descriptif Revue systématique et/ou étude de terrain accompagnée d'une analyse approfondie du contexte et des enjeux.	Descriptif Examen rapide des connaissances scientifiques existantes accompagné d'une brève analyse du contexte et des enjeux.	Descriptif Synthèse des données scientifiques existantes accompagnée d'une analyse du contexte et des enjeux.	Descriptif Analyse descriptive ou comparative de l'utilisation d'une technologie, d'une intervention, d'un continuum ou d'une trajectoire de services (au CIUSSS, au RUIS ou ailleurs).
Format Rapport complet	Format Rapport abrégé	Format Note de synthèse	Format Note de synthèse
Durée 12 à 24 mois	Durée 4 à 12 mois	Durée 4 à 6 mois	Durée 4 à 6 mois

ARTICLES SCIENTIFIQUES, PRÉSENTATIONS EN CONFÉRENCES SCIENTIFIQUES ET RAYONNEMENT UNIVERSITAIRE

Cette offre de services n'implique pas qu'un produit est supérieur à un autre. Chaque produit répond à différents besoins décisionnels qui sont tributaires du temps et des ressources disponibles. D'autres éléments peuvent aussi moduler le choix du meilleur livrable, soit :

1. La complexité de la question décisionnelle
2. L'abondance et la qualité des données scientifiques existantes
3. Le besoin ou non de tenir compte du contexte
4. Le besoin ou non de consulter des experts ou des usagers
5. La tolérance du décideur à gérer l'incertitude
6. La nécessité de disposer de recommandations
7. La nécessité d'évaluer la qualité de la preuve scientifique

PRODUITS AVEC RECOMMANDATION(S)

Durée : 12 à 24 mois
Format : Rapport complet

AVIS D'ÉVALUATION

Descriptif : Produit d'évaluation complet qui correspond aux normes d'ETMI telles qu'établies par l'INESSS.

L'ETMI contient :

- **PLAN DE CADRAGE** – Rédaction de notes de cadrages de projet (i.e. 8-10 pages). Un document qui contient :
 - o Le contexte, le besoin et la question décisionnelle
 - o Modèle logique et cadre d'analyse
 - o Les divers enjeux soulevés par la question décisionnelle
 - o Les parties prenantes à impliquer dans l'évaluation (incluant les usagers, proches aidants et citoyens)
 - o Le produit final tel qu'attendu par le demandeur de l'évaluation
 - o Les questions d'évaluation
 - o Les ressources du projet et son échéancier
- **PLAN DE RÉALISATION** – Rédaction d'un protocole d'évaluation (i.e. env. 20 pages). Un document qui contient :
 - o Le contexte, le besoin et la question décisionnelle
 - o Modèle logique et cadre d'analyse
 - o Les parties prenantes à impliquer dans l'évaluation (incluant les usagers, proches aidants et citoyens)
 - o Le produit final tel qu'attendu par le demandeur
 - o Les questions d'évaluation
 - o Le processus et méthodes adoptés pour a) l'analyse et la synthèse des données scientifiques, contextuelles et expérientielles, b) l'appréciation de la preuve soutenant les recommandations, etc.) la formulation et l'appréciation de la force des recommandations
 - o Les activités de transfert de connaissances
 - o L'échéancier et les ressources mobilisées
- **MÉTHODE DE RECENSION DES ÉCRITS SCIENTIFIQUES**
 - o **Base de données** – Recherche dans plusieurs bases de données et inclusion de la littérature grise
 - o **Type de synthèse** – Systématique
 - o **Appréciation de la qualité** – Les outils dépendent des études. Deux évaluateurs à chaque étape de la stratégie de recherche documentaire.
 - o **Période de recension** – Selon le sujet d'évaluation
- **RELECTURE** – Deux niveaux : a) interne (UETMISSS et CIUSSS de l'Estrie – CHUS) et b) externe
- **MÉTHODE DE COLLECTE DES SAVOIRS EXPÉRIENTIELS ET DES DONNÉES CONTEXTUELLES**
 - o **Bases de données** – Recherche dans les bases de données clinico-administratives
 - o **Recension des écrits** – écrits scientifiques et de la littérature grise non scientifique
 - o **Données expérientielles** – Recueil de données qualitatives via diverses méthodes (e.g. entrevues, sondages).
- **FORMULATION DES RECOMMANDATIONS** – Deux modèles possibles
 - o **Modèle élaboré** : Modèle dans lequel le savoir contextuel ou expérientiel prend une place importante. Ce modèle nécessite l'implication de plusieurs parties prenantes
 - o **Modèle allégé** : Modèle avec un groupe de travail plus restreint. Les consultations peuvent être individuelles et électroniques. Plus indiqué lorsque les enjeux sont jugés moins sensibles.

* Peut inclure une revue systématique des revues systématiques des écrits scientifiques

PRODUITS AVEC RECOMMANDATION(S)

Durée : 4 à 12 mois
Format : Rapport abrégé

AVIS D'ÉVALUATION RAPIDE

Descriptif : Produit dont certaines étapes ont été réduites pour produire l'information en temps opportun.

L'avis rapide contient :

- **CADRAGE ET PROTOCOLE SOMMAIRE** – Rédaction d'un document qui établit les dimensions à couvrir. Court document (i.e. 2-3 pages) contenant :
 - o La question décisionnelle
 - o Modèle logique et cadre d'analyse
 - o Questions d'évaluation
 - o Collecte de données locales (au besoin)
 - o Méthode d'évaluation
 - o Méthode d'appréciation de la qualité
 - o Méthode de formulation des recommandations
- **MÉTHODE DE RECENSION DES ÉCRITS SCIENTIFIQUES**
 - o **Base de données** – Recherche dans minimum 2 bases de données et inclusion de la littérature grise
 - o **Type de synthèse** – Narrative
 - o **Appréciation de la qualité** – Les outils dépendent des études. Un seul évaluateur.
 - o **Période de recension** – Selon le sujet d'évaluation
- **RELECTURE** – Deux niveaux : a) interne (UETMISSS et CIUSSS de l'Estrie – CHUS) et b) externe (si possible)
- **MÉTHODE DE COLLECTE DES SAVOIRS EXPÉRIENTIELS ET DES DONNÉES CONTEXTUELLES**
 - o **Recension des écrits** – écrits scientifiques et de la littérature grise non scientifique
 - o **Données expérientielles** – Recueil de données qualitatives et quantitatives via diverses méthodes (e.g. entrevues, sondages)
- **FORMULATION DES RECOMMANDATIONS** – Deux modèles possibles
 - o **Modèle élaboré** : Modèle dans lequel le savoir contextuel ou expérientiel prend une place importante. Ce modèle nécessite l'implication de plusieurs parties prenantes
 - o **Modèle allégé** : Modèle avec un groupe de travail plus restreint. Les consultations peuvent être individuelles et électroniques. Plus indiqué lorsque les enjeux sont jugés moins sensibles.

* Peut inclure une revue systématique des revues systématiques des écrits scientifiques

PRODUITS SANS RECOMMANDATION

Durée : 4 à 6 mois

Format : Note de synthèse – Gabarit de type article (i.e. 2 colonnes par page; 5-10 pages)

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Descriptif : Produit dont certaines étapes ont été réduites pour produire l'information en temps opportun.

L'état des connaissances contient :

- **PROTOCOLE SOMMAIRE** – Rédaction d'un document qui établit les dimensions à couvrir. Court document (i.e. 2-3 pages) contenant :
 - o Le besoin décisionnel
 - o Modèle logique et cadre d'analyse
 - o Questions d'évaluation
 - o Collecte de données locales (au besoin)
 - o Méthode d'évaluation
 - o Méthode d'appréciation de la qualité
 - o Méthode de formulation des recommandations
- **MÉTHODE DE RECENSION DES ÉCRITS SCIENTIFIQUES**
 - o **Base de données** – Recherche dans minimum 2 bases de données et inclusion de la littérature grise
 - o **Type de synthèse** – Narrative
 - o **Appréciation de la qualité** – Les outils dépendent des études. Un seul évaluateur.
 - o **Période de recension** – Selon le sujet d'évaluation
- **RELECTURE** – Deux niveaux :
 - a) interne (UETMISSS et CIUSSS de l'Estrie – CHUS) et b) externe (si possible)
- **AUCUNE RECOMMANDATION, SEULEMENT DES CONSTATS OU DES PISTES D'ACTIONS.**

ÉTAT DES PRATIQUES

Descriptif : Analyse descriptive ou comparative de l'utilisation d'une technologie, intervention ou mode d'intervention.

L'état des pratiques contient :

- **LE PORTRAIT D'USAGE OU D'UTILISATION DE LA TECHNOLOGIE, INTERVENTION OU MODE D'INTERVENTION** : En termes de volumes et de ressources disponibles.
- **LE PORTRAIT DES CLIENTÈLES OU DES PRATIQUES CLINIQUES ET ORGANISATIONNELLES**
Étude descriptive ou comparative de différentes clientèles ou de pratiques cliniques et organisationnelles.
- **ÉVALUATION DE L'ÉTAT DES PRATIQUES**
Analyse des écarts entre l'usage de la technologie, intervention, mode d'intervention étudié et les besoins des clientèles à desservir.
- **MÉTHODE DE RECENSION DES ÉCRITS SCIENTIFIQUES**
 - o **Base de données** – Recherche dans minimum 2 bases de données et inclusion de la littérature grise
 - o **Type de synthèse** – Narrative
 - o **Appréciation de la qualité** – Les outils dépendent des études. Un seul évaluateur.
 - o **Période de recension** – Selon le sujet d'évaluation
- **RELECTURE** – Deux niveaux :
 - a) interne (UETMISSS et CIUSSS de l'Estrie – CHUS) et b) externe (si possible)
- **AUCUNE RECOMMANDATION, SEULEMENT DES CONSTATS OU DES PISTES D'ACTIONS.**

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke

Québec 

* Peut inclure une revue systématique des revues systématiques des écrits scientifiques

Annexe 6 – Catégories de classification des rapports d'ETMI et définitions

Année de publication										
Titre du rapport										
Type de rapport	<p>Classification du rapport selon la typologie de produits développée par l'UETMI</p> <p><i>Déterminé en fonction du format du rapport d'ETMI et du contenu décrivant la réalisation du projet d'évaluation (p. ex., méthode de recension des écrits, source de données utilisées, présence de recommandations, etc.)</i></p>									
Nombre de pages du rapport (excluant/ incluant bibliographie et annexes)	<p>Numéro de la dernière page du corps de texte (<i>exclue la bibliographie et les annexes</i>) / Numéro de la dernière page du rapport d'ETMI (<i>inclue la bibliographie et les annexes</i>)</p>									
Forme de technologie	<p>Une technologie inclut « tout outil ou technique, tout équipement ou toute façon de faire qui permet à l'homme d'élargir ses capacités » (Schon, 1967)</p> <p>Une technologie peut prendre trois formes (INESSS, 2012) :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th><u>Technologie</u> : Éléments liés à des modalités techniques ou à des tâches pratiques incluant des outils (tests, questionnaires, etc.) des produits (médicaments ou autre), du matériel (de mesure d'aides techniques, des processus, des méthodes)</th> <th><u>Intervention</u> :</th> <th><u>Mode d'intervention</u> :</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Médicament : agent biologique, chimique ou physique qui peut être ingéré, appliqué sur le corps ou injecté.</td> <td>Application d'un outil d'évaluation, de dépistage, de diagnostic, de traitement (p. ex., <i>entrevue motivationnelle auprès de personnes alcooliques ou toxicomanes</i>)</td> <td>Liés au contexte de réalisation des interventions e.g., interventions dans la communauté, interventions de groupe, modèle de prise en charge interdisciplinaire, modalités d'organisation des services, programmes, etc.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Façon dont on intervient, comme le fait de privilégier une intervention individuelle ou une intervention de groupe</td> </tr> </tbody> </table>	<u>Technologie</u> : Éléments liés à des modalités techniques ou à des tâches pratiques incluant des outils (tests, questionnaires, etc.) des produits (médicaments ou autre), du matériel (de mesure d'aides techniques, des processus, des méthodes)	<u>Intervention</u> :	<u>Mode d'intervention</u> :	Médicament : agent biologique, chimique ou physique qui peut être ingéré, appliqué sur le corps ou injecté.	Application d'un outil d'évaluation, de dépistage, de diagnostic, de traitement (p. ex., <i>entrevue motivationnelle auprès de personnes alcooliques ou toxicomanes</i>)	Liés au contexte de réalisation des interventions e.g., interventions dans la communauté, interventions de groupe, modèle de prise en charge interdisciplinaire, modalités d'organisation des services, programmes, etc.			Façon dont on intervient, comme le fait de privilégier une intervention individuelle ou une intervention de groupe
<u>Technologie</u> : Éléments liés à des modalités techniques ou à des tâches pratiques incluant des outils (tests, questionnaires, etc.) des produits (médicaments ou autre), du matériel (de mesure d'aides techniques, des processus, des méthodes)	<u>Intervention</u> :	<u>Mode d'intervention</u> :								
Médicament : agent biologique, chimique ou physique qui peut être ingéré, appliqué sur le corps ou injecté.	Application d'un outil d'évaluation, de dépistage, de diagnostic, de traitement (p. ex., <i>entrevue motivationnelle auprès de personnes alcooliques ou toxicomanes</i>)	Liés au contexte de réalisation des interventions e.g., interventions dans la communauté, interventions de groupe, modèle de prise en charge interdisciplinaire, modalités d'organisation des services, programmes, etc.								
		Façon dont on intervient, comme le fait de privilégier une intervention individuelle ou une intervention de groupe								

	<p>Test diagnostique</p> <p>Dispositif : Tout article, instrument, appareil ou équipement utilisé pour prévenir, diagnostiquer ou traiter une affection ou une maladie, ou détecter, mesurer, établir, corriger ou modifier la structure ou la fonction de l'organisme à des fins de santé. En théorie, l'action d'un dispositif médical n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques, ni par métabolisme</p> <p>Équipement : Dispositifs médicaux nécessitant des activités d'étalonnage, maintenance préventive et corrective, de formation des utilisateurs, et de mise hors service – activités qui relèvent d'ordinaire ingénieurs biomédicaux. L'équipement médical est utilisé aux fins spécifiques du diagnostic et du traitement de maladies ou de traumatismes, ou de la réadaptation des patients, et il peut être employé seul ou en association avec du matériel auxiliaire ou consommable, ou d'autres dispositifs. L'équipement médical n'inclut pas les dispositifs médicaux implantables, jetables ou à usage unique.</p> <p>Intervention médicale et chirurgicale : Action d'un</p>		
--	--	--	--

	<p>fournisseur de soins utilisant une technique donnée, appuyée ou non de médicaments et/ou instruments</p> <p>Système de soutien : Moyens qui fournissent l'environnement adéquat pour la dispensation des soins de santé notamment les services de support au diagnostic et au traitement</p> <p>Autre</p>		
Finalité de la technologie	<p>Objectif de soins poursuivi par l'utilisation de la technologie/mode d'intervention :</p> <p>Préventif : Vise à empêcher l'apparition d'une maladie</p> <p>Curatif : Vise à supprimer une maladie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dépistage - Diagnostic - Traitement <p>Réadaptation : Vise à rétablir l'état fonctionnel d'individus atteints d'une maladie incapacitante</p> <p>Palliatif : Vise le maintien d'un certain niveau de qualité de vie chez des patients atteints d'une maladie incurable</p>		
Demandeur(s)	<p>Individu et/ou organisation qui a initié la demande d'évaluation auprès de l'UETMI (<i>e.g., décideur politique, gestionnaire, praticien, usager, agence, centre hospitalier, MSSS, etc.</i>)</p>		
Contexte de la demande	<p>Bref examen du contexte dans lequel s'inscrit la demande d'évaluation</p>		
Enjeu décisionnel	<p>Décision que soutiendra le rapport</p>		
Objectif principal de l'évaluation	<p>Principaux résultats attendus de l'évaluation</p>		

Type d'évaluation	ETMI	ÉVALUATION TERRAIN AVEC DÉVELOPPEMENT DE LA PREUVE
	«Évaluation systématique des propriétés et des effets d'une technologie de la santé (des services sociaux), pouvant porter tant sur les effets directs et intentionnels de cette technologie que sur ses conséquences indirectes et non intentionnelles, et ayant pour principal objectif d'éclairer la prise de décision en matière de technologies de la santé» (INAHTA – www.htaglossary.net)	«démarche qui a pour objectif de diminuer les incertitudes décisionnelles qui persistent après un processus d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, et ce, au moyen d'une mobilisation des connaissances et d'une collecte de données primaires et probantes dans des conditions de pratique réelles» (Samaha, 2011)
Dimension(s) évaluée(s)	<p>Efficacité : Performance de la technologie ou du mode d'intervention dans des circonstances idéales comme celles mises en place dans le cadre d'un ECR</p> <p>Efficience : Bénéfices qu'il est possible d'obtenir en pratique courante</p> <p>Sécurité/Innocuité : Effets indésirables liés à l'utilisation d'une technologie ou d'un mode d'intervention</p> <p>Organisationnel/professionnel: Changements organisationnels et professionnels induits par la technologie ou le mode d'intervention</p> <p>Économique : Coûts associés à l'utilisation d'une technologie ou d'un mode d'intervention</p> <p>Psychologique: Effets psychologiques causés par l'utilisation d'une technologie ou d'un mode d'intervention</p> <p>Social : Changements en équité ou en accessibilité à la technologie ou le mode d'intervention</p> <p>Ethique : Effets de la technologie sur les valeurs</p>	

Source de données	Provenance de l'information (e.g., littérature scientifique, littérature grise, revues systématiques seulement, données locales, etc.)
Présence de recommandations	Présence ou absence de recommandations dans le rapport
Recommandation/ Conclusion	Bref résumé de(s) recommandation(s) et/ou conclusion(s) (e.g. <i>Introduire, introduire conditionnellement, ne pas introduire, conserver, modifier, cesser, procéder à une évaluation terrain, proposer une recherche clinique, etc. </i>)
Répercussions du rapport sur la prise de décision	Effets reportés et répercussions du rapport sur la prise de décision. Les données proviennent de la littérature produite à la suite de la publication du rapport et/ou d'informations obtenues lors des entrevues effectuées auprès des producteurs et utilisateurs d'ETMI de l'organisation.

Annexe 7 - Tableau des rapports d'évaluation en accès-libre de l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Utilisation de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussions du rapport sur la prise de décision
2017	La pertinence du déploiement d'une offre de services uniformisée du 1 ^{er} trimestre comprenant la mesure de la clarté nucale	Bref rapport	32/54	Technologie – Test diagnostique	Diagnostic	En usage	Direction du programme jeunesse (secteur périnatalité, petite enfance et mission universitaire) et les services d'imagerie médicale	Disparité de l'offre de la mesure de la clarté nucale sur le territoire du CIUSSS de l'Estrie-CHUS	Offrir ou non la mesure de la clarté nucale à l'ensemble de la population desservie par le CIUSSS de l'Estrie-CHUS	Évaluer la performance du dépistage de la trisomie 21 lorsque la mesure de la clarté nucale est combinée aux marqueurs biochimiques du Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21	ETMI	- Efficacité - Préférence des femmes et des couples - Impact organisationnel - Impact professionnel - Coût	- Revue rapide de la littérature - Collecte de données locales	OUI (processus de consultation auprès d'un groupe de travail du CIUSSS de l'Estrie-CHUS)	Introduire l'échographie complète du 1er trimestre comprenant une étude de la morphologie et la mesure de la clarté nucale à l'installation Hôpital de Granby.	Identification dans le rapport de 2 partenaires responsables de la mise en œuvre de la recommandation et de 2 équipes en soutien
	Revue systématique des revues systématiques sur l'utilisation de la reconnaissance vocale pour la dictée médicale	Note de synthèse	10/15	Technologie - système de soutien	Autre	En usage	N.D.	Disparité de l'utilisation de la reconnaissance vocale sur le territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS Disparité de l'offre de service en transcription entre les spécialités médicales	Offrir ou non la reconnaissance vocale à l'ensemble des établissements du CIUSSS de l'Estrie-CHUS	Documenter s'il serait pertinent d'offrir un système de reconnaissance vocale à un plus grand nombre d'installations	ETMI	- Efficience	- Revue systématique de revues systématiques - Collecte de données locales et externes	NON	La reconnaissance vocale pourrait être une avenue intéressante pour le CIUSSS de l'Estrie – CHUS si un plan adéquat d'implantation est établi (p. ex. formation, qualité du matériel) et s'il démontre suffisamment de flexibilité pour s'assurer l'adhésion de ses utilisateurs (p. ex. utilisation libre, possibilité de basculer en arrière-plan).	

								Pénurie de main d'œuvre en transcription ; délais de mise en disponibilité des rapports médicaux trop longs								
2016	Neuro-intervention vasculaire : biplan comparé au monoplan	Rapport d'évaluation	9/23	Technologie – équipement	Traitement	Non utilisée	Mme Maryse Lachance, coordonnatrice clinico-administrative du Programme-clientèle en imagerie médicale, et Dre Caroline Giguère, chef interimaire hospitalier du Département de radiologie de l'installation CHUS	Renouvellement des appareils d'imagerie en salle d'angiographie du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, Installation Fleurimont, car en fin de vie utile Tous les grands centres de la province du Québec disposent de cette technologie, à l'exception du CIUSSS de l'Estrie-CHUS. Certains types d'interventions en neuro-intervention vasculaire sont nécessaires à l'enseignement de la neurochirurgie L'offre de service en neuro-intervention est nécessaire pour maintenir le statut de centre tertiaire AVC du CIUSSS de l'Estrie-CHUS	Remplacer ou non un appareil d'imagerie monoplan par un appareil biplan pour la neuro-intervention vasculaire	Comparer la technologie biplan à la technologie monoplan pour la neuro-intervention	ETMI	- Sécurité	- Revue systématique de la littérature - Collecte de données locales	OUI (Processus de consultation)	Acquérir un système biplan pour la neuro-intervention vasculaire	
	La simulation magnétique transcrânienne en santé mentale	Bref rapport	30/38	Technologie – équipement	Traitement	Non utilisée	Programme-clientèle en santé mentale	Manque d'accessibilité : Nombre de plages disponibles limité et demande élevé pour	Ajouter ou non la stimulation magnétique transcrânienne (SMTCr) et/ou la	Évaluer la SMTCr pour le traitement de la dépression majeure, en particulier pour la	ETMI	- Efficacité - Sécurité	- Brève revue de la littérature	OUI (processus de consultation auprès d'un groupe d'experts)	Acquérir un appareil de stimulation magnétique transcrânienne	Existence d'un document produit à l'interne - «projet d'ouverture d'une

								l'électroconvulsivothérapie (ECT) L'ECT nécessite un anesthésiste et un inhalothérapeute	stimulation transcrânienne à courant continu (STCC) à l'offre de service du CIUSSS de l'Estrie CHUS	clientèle qui présente des échecs aux traitements pharmacologiques, en comparaison avec un simulation (sans traitement actif) ou l'ECT		- Organisation des soins - Ressources financières	du CIUSSS de l'Estrie-CHUS)	Acquérir un appareil de stimulation transcrânienne à courant continu Ne pas acquérir la neuronavigation Évaluation de la possibilité d'acquérir un deuxième appareil de stimulation magnétique transcrânienne suivant l'achat et l'utilisation du premier	clinique de neuromodulation thérapeutique en psychiatrie» Intérêt des médecins de l'installation Hôtel-Dieu du CIUSSS de l'Estrie-CHUS de développer des projets de recherche autour de ces technologies Opportunité de recrutement et de recherche
Mise à jour du rapport : Intervention coronarienne percutanée avec stents médicamenteux (1 ^{re} et 2 ^e génération) versus stents métalliques nus : revue de la littérature et analyse coût-efficacité	Note de synthèse	5/10	Technologie – dispositif	Traitement	En usage	N.D.	Nouvelles données cliniques disponibles	N.D.	Évaluer l'efficacité, l'innocuité et l'efficacité des SEM de 2 ^e génération par rapport aux SMN	ETMI	- Efficacité - Innocuité - Efficience	- Revue systématique de revues systématiques avec méta-analyse	NON	Compte tenu de l'amélioration des données d'efficacité des SEM-2 observée dans cette mise à jour du rapport de 2015 et de la baisse de prix supplémentaire obtenue dans le nouveau contrat d'approvisionnement, il apparaît ici que les économies de coûts à attendre d'une généralisation de l'utilisation des SEM-2 sont en 2016 encore plus importantes qu'en 2014	Fin 2013, les SEM-2 ont été introduits au CIUSSS de l'Estrie-CHUS. La généralisation de l'utilisation des SEM-2 est défendue par les Mds, car leur coût a diminué
Hémolyse et administration de produits sanguins sous pompe volumétrique :	Note de synthèse	4/7	Technologie – équipement	Traitement	En usage	N.D.	Degré d'hémolyse généré par les différents modèles de pompes volumétriques disponibles sur le	N.D.	Déterminer s'il existe un risque accru d'hémolyse selon le modèle de pompe utilisé	Évaluation terrain avec développement de la preuve	- Innocuité	- Collecte de données locales - étude prospective pré-post avec différents groupes de comparaison	NON	La pompe Infusomat de B.Braun, utilisée selon les recommandations de la compagnie, génère davantage d'hémolyse que les pompes Plum A+ de Hospira et Colleague de	Mise à jour du rapport de 2014

	comparaison entre trois pompes						territoire du CIUSSS de l'Estrie non connu							Baxter. Cependant, l'augmentation du degré d'hémolyse est dans chaque cas considérée comme cliniquement négligeable, ce qui ne remet donc pas en cause l'utilisation de ces pompes lors de transfusion sanguine	
2015	Utilité de la tomographie par émission de positrons pour le diagnostic et le pronostic de l'artérite à cellules géantes en comparaison avec l'écho-doppler et l'imagerie par résonance magnétique : revue systématique et méta-analyse	Rapport d'évaluation	32/82	Technologie - équipement	Diagnostic Traitement	Non utilisée (en usage pour autres indications)	1) Dr. Patrick Liang, membre du service de rhumatologie <i>À la suite d'un questionnaire adressé à Dr. Liang</i>	La tomographie par émission de positrons (TEP) est une option potentielle au standard de référence présentement utilisé (i.e biopsie de l'artère temporale) pour le diagnostic et le pronostic de l'artérite à cellules géantes Le CIUSSS de l'Estrie-CHUS possède une expertise particulière en matière de TEP qui pourrait être élargie à d'autres champs d'application que l'oncologie	Utiliser ou non la TEP chez les patients atteints d'artérites à cellules géantes	Analyser la performance de la TEP pour le diagnostic de l'artérite à cellules géantes et le suivi de cette maladie et de comparer ces résultats à ceux de l'imagerie par résonance magnétique et l'échographie	ETMI	- Efficacité - Sécurité - Organisation des soins - Ressources financières - Ressources matérielles	- Revue systématique - Collecte de données locales – (consultation d'experts)	OUI (Processus de consultation auprès d'un groupe d'experts du CIUSSS de l'Estrie – CHUS)	L'état des données de la littérature et contextuelles ne permet pas de recommander le remplacement systématique de la pratique actuelle (biopsie de l'artère temporale) par la TEP, pour le diagnostic et le pronostic de l'artérite à cellules géantes. Poursuivre la pratique usuelle actuellement en place au CIUSSS de l'Estrie-CHUS pour le diagnostic de l'artérite à cellules géantes Pour combler le manque de données relativement à l'utilité de la TEP pour le diagnostic et le pronostic de l'artérite à cellules géantes, mettre en place un projet pilote dans lequel un registre serait créé.

Transfert de l'information aux points de transition	Bref rapport	15/25	Mode d'intervention	Autre	Non utilisé	Mme Manon Lachapelle, et Mme Jocelyne Frenette	Aucun système formel de transfert de l'information aux points de transition actuellement en place Le transfert de l'information aux points de transition est la cause de plusieurs erreurs médicales	Déterminer quel système devrait mettre en place les installations Hôtel-Dieu et Fleurimont pour optimiser le transfert de l'information aux points de transition entre les médecins et les médecins résidents	Déterminer l'outil, le contenu des renseignements qui devraient être transférés et la méthode permettant de véhiculer l'information lors du transfert de l'information aux points de transition de manière sécuritaire et efficace entre les médecins et les médecins résidents	ETMI	- Efficacité - Sécurité	- Brève revue de la littérature - Collecte de données locales	OUI (Processus de consultation auprès d'un groupe d'experts du CIUSSS de l'Estrie – CHUS)	Élaborer un outil de transfert contenant les renseignements démographiques du patient, les informations cliniques essentielles (problématique, traitement et actions) et un rappel de rétroaction avec le récepteur Effectuer le transfert de l'information verbalement et couplé d'un support informatique Mettre en place l'outil sous forme de projet pilote aux soins intensifs de l'installation Hôtel-Dieu ou Fleurimont	
Réutilisation des cathéters en électrophysiologie : une analyse contextuelle	Bref rapport	22/41	Mode d'intervention	Autre	Non utilisé	Mme Linda Cormier – chef clinico-administrative Dr Paul Farand, chef médical Programme-clientèle en soins cardiopulmonaires (soutenue par la direction des services cliniques)	La réutilisation de certains cathéters d'échographie intracardiaque permettrait de réaliser des économies substantielles pour le Service d'hémodynamie du CIUSSS de l'Estrie-CHUS	Utiliser ou non des cathéters retraités au CIUSSS de l'Estrie - CHUS	Vérifier la sécurité, l'efficacité et les économies pouvant être générés par la réutilisation des cathéters d'électrophysiologie intracardiaque	ETMI	- Efficacité -Sécurité - Coûts	- Revue narrative de la littérature - Collecte de données locales et externes – (consultation d'experts)	OUI (Processus de consultation auprès d'un groupe d'experts du CIUSSS de l'Estrie – CHUS)	Procéder au retraitement des cathéters d'électrophysiologie par une compagnie accréditée par la FDA Continuer à utiliser le formulaire de consentement général pour les interventions nécessitant l'utilisation d'un cathéter d'électrophysiologie retraité Envisager l'arrêt du retraitement si de nouvelles données probantes en défaveur du retraitement sont produites ou que les économies de coût générées ne sont plus	Demande initiale des Mds du service qui ont mentionné que le retraitement se faisait dans un autre CH canadien

														suffisamment importantes pour l'établissement	
Revascularisation de l'artère fémoro-poplitée avec le ballon médicamenté : revue de la littérature et analyse coût-efficacité	Bref rapport	25/34	Technologie - dispositif	Traitement	En usage	Mme Maryse Lachance, coordonnatrice clinico-administrative au programme-clientèle en imagerie médicale	Déficit de 1,3 million \$ du département d'angiographie pour l'année financière 2013-2014 L'utilisation de certaines technologies est examinée Un accroissement dans l'utilisation de cette technologie a aussi été observé au CHUS en remplacement d'autres dispositifs moins dispendieux, tels que le stent nu et le ballon nu	Limiter ou non l'utilisation des ballons médicamentés en angiographie au CHUS pour la revascularisation de l'artère fémoro-poplitée	Évaluer si l'utilisation des ballons médicamentés pour la revascularisation de l'artère fémoro-poplitée est coût-efficace au CHUS	ETMI	- Efficacité - Coût	Brève revue de la littérature - Collecte de données locales de coûts, de volume d'activité et de taux de réintervention à deux ans	OUI (Processus de consultation auprès d'un groupe d'experts du CIUSSS de l'Estrie – CHUS)	L'UETMIS du CHUS recommande de poursuivre l'utilisation du ballon médicamenté au CHUS telle qu'actuellement déployée. Toutefois, le groupe d'experts consulté est d'avis que l'utilisation du ballon nu a toujours sa place en angiographie pour la revascularisation de l'artère fémoro-poplitée. En particulier, il est recommandé d'utiliser le ballon nu pour les patients les moins à risque de récurrence (TASC A ou B).	Étude en cours au CHUS, avec des critères de sélection identiques à ceux des études randomisées publiées dans la littérature
Intervention coronarienne percutanée (ICP) avec stents médicamentés (1 ^{re} et 2 ^e génération) versus stents métalliques nus : revue de la littérature et	Bref rapport	25/39	Technologie – dispositif	Traitement	En usage	Mme Linda Cormier – chef clinico-administrative Dr Paul Farand, chef médical Programme-clientèle en soins	Progression fulgurante de l'utilisation des stents médicamentés pour les interventions coronariennes percutanées (ICP) à la suite de leur diminution de prix	Continuer ou non à restreindre l'usage des stents médicamentés pour les ICP	Évaluer par une analyse coût-efficacité la pertinence de restreindre l'utilisation des SEM	ETMI	- Efficacité - Sécurité - Coût	- Revue de revues systématiques - Collecte de données locales de coûts	OUI	usage non restreint des SEM de seconde génération au CHUS tout en insistant bien sur la nécessité de bien sélectionner les patients pouvant en bénéficier si l'on souhaite maximiser les économies financières potentielles pour le CHUS	Rapport mis à jour en 2016

	analyse coût- efficacité						cardiopulmonaire s (soutenue par la direction des services cliniques)									
	Appareil de cryoablation des tumeurs rénales : analyse des possibilités de remplacement	Note de synthèse	3/3	Technologie - équipement	Traitement	En usage	N.D.	L'appareil de cryoablation doit être remplacé, car en fin de vie utile	Retenir une des 3 solutions de remplacement de l'appareil de cryoablation actuellement utilisé au CHUS : un remplacement par un appareil neuf, un remplacement par un appareil de radiofréquence ou l'arrêt du service de cryoablation	Identifier la meilleure solution de remplacement de l'appareil de cryoablation actuellement utilisé dans notre établissement	ETMI	- Efficacité - Coût	- Revue systématique - Collecte de données locales – (InfoCentre)	NON	La solution de remplacement qui apparaît la plus avantageuse pour le CIUSSS de l'Estrie - CHUS, tout en garantissant l'accessibilité à des soins de qualité pour nos patients, est celle d'un prêt d'équipement de la part du fournisseur d'appareil de cryoablation.	Rapport UETMIS antérieur datant de 2009. La technologie a été introduite en 2009
	État des connaissances sur les effets associés aux unités de soins psychiatriques barrés	Note de synthèse	4/6	Mode d'interventio n	Autre	En usage	Dr Jean-François Trudel, directeur du département de psychiatrie et chef médical du programme- clientèle en santé mentale Mme Johanne Simard, chef clinico- administratif au programme- clientèle en santé mentale	Au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Installation Hôtel-Dieu, les cinq unités de soins et l'urgence psychiatrique sont barrées. Il est impossible pour les sujets qui se présentent de leur propre gré et à faible risque pour leur sécurité et celle d'autrui, de quitter librement l'unité de soins Cette pratique ne fait pas l'unanimité dans la communauté médicale	Débarrer ou non certaines unités psychiatriques Si oui, déterminer pour quelles clientèles en particulier	Examiner les effets associés aux unités psychiatriques barrées en comparaison avec les unités psychiatriques débarrées.	ETMI	- Efficacité - Innocuité	Brève revue de la littérature	NON	La littérature scientifique ne permet pas d'apporter suffisamment de données concernant les effets associés à l'une ou l'autre des états (barrées ou débarrées) des unités de soins en psychiatrie. Il serait pertinent de considérer une consultation auprès des établissements du Québec qui ont adopté une politique de portes ouvertes dans leurs unités psychiatriques	

Travaux préparatoires visant à acquérir des pompes volumétriques intelligentes au CHUS : La contribution de l'UETMIS aux activités de la DISC et de la DRIT	Note de synthèse	7/8	Technologie -équipement	Traitement	Non utilisée	N.D.	Renouvellement du parc de pompes volumétriques au CHUS – préparation de l'appel d'offres	S/O <i>Le rapport a été préparé à la suite des activités pour rapporter les activités effectuées</i>	Présenter l'ensemble des activités menées en collaboration avec l'UETMIS	ETMI Évaluation terrain avec développement de la preuve	- Efficacité - Critères de conformité - Besoins -Fonctionnalités techniques - Difficultés et facilités	- Revue sommaire de la littérature - Collecte de données locales et externes – (consultation d'experts)	NON	S/O		
Télésoins à domicile pour la clientèle MPOC dans le contexte du CIUSSS de l'Estrie-CHUS	Note de synthèse	4/7	Mode d'intervention	Traitement	En usage	N.D.	Un programme de télésoins à domicile a été élaboré par le Centre de coordination de la télésanté (CeCoT) du RUIS de l'Université de Sherbrooke. Le Comité de pilotage du projet de télésoins à domicile MPOC devra faire des recommandations sur la pérennité du service.	Poursuivre ou non le programme de télésoins à domicile du RUIS	Recenser les données d'efficacité des télésoins pour la clientèle MPOC et à en exposer les principaux constats selon une perspective locale	ETMI	- Efficacité - Enjeux contextuels	- Brève revue de la littérature (revues - Collecte de données locales – consultation d'experts)	NON	La littérature scientifique rapporte des résultats variables quant à l'efficacité des télésoins à domicile pour la clientèle MPOC; Les écrits scientifiques recommandent la mise en place d'une évaluation terrain avant l'implantation définitive d'une telle technologie; Considérant le nombre élevé de patients à recruter dans un court échéancier, une évaluation permettant de comparer l'efficacité du réseau MPOC de l'Estrie à celle des télésoins à domicile serait impossible à mettre en place.	À la suite de l'implantation du service TSD-MPOC, un rapport préliminaire, un rapport intermédiaire et un rapport final ont été ou seront déposés à la Direction des services généraux du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, par l'équipe projet TSD-MPOC, afin de démontrer la pertinence de continuer à soutenir le service de TSD-MPOC, soit par le financement d'un,	

															ETC pour la gestion et le suivi du programme
Bilan comparatif des médicaments : des économies de coûts par patient sont-elles à attendre ?	Note de synthèse	4/4	Mode d'intervention	Autre	En usage	N.D.	La mise en place du bilan comparatif des médicaments (BCM) est une pratique à laquelle l'ensemble des hôpitaux du Canada doit se conformer. Le CHUS a prévu de financer progressivement le BCM jusqu'à l'atteinte de 9,8 équivalents temps plein, soit un budget de 520 000\$/an. Ces postes sont occupés par des assistants techniques en pharmacie.	N.D.	Identifier si la mise en place du BCM au CHUS a le potentiel de générer des économies de coûts par patient	ETMI	- Efficacité - Coûts	- Revue sommaire de la littérature	NON	Il est très incertain de savoir si la mise en place du BCM permet de dégager un équilibre entre les coûts de l'intervention et les économies potentielles.	
Évaluation des effets du projet d'accessibilité en orthopédie et gastroentérologie : résultats préliminaires	Note de synthèse	8/10	Mode d'intervention	Autre	En usage	M. André Lortie, adjoint administratif à la direction des services professionnels du CHUS Mme Suzanne Brochu, agente de planification, de programmation et de recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	L'accès limité en orthopédie et gastroentérologie est une problématique importante au CHUS. Trois mesures ont été mises en place pour diminuer le nombre de patients inscrits sur la liste d'attente et de réduire le délai avant d'être vus par un orthopédiste ou un gastroentérologue	N.D.	Présenter les résultats préliminaires du projet d'accessibilité en orthopédie et gastroentérologie	Évaluation terrain avec développement de la preuve	- Accessibilité - Impact organisationnel	- Collecte de données locales (Requêtes en orthopédie et gastroentérologie, Centrale de rendez-vous et de la téléphonie; listes d'attentes en orthopédie et gastroentérologie (Babillard DRF); Consultation d'experts	NON	Les données recensées jusqu'à présent montrent des améliorations dans l'accessibilité en orthopédie et gastroentérologie L'apport important de facteurs contextuels qui sont susceptibles de masquer les effets positifs prévus et créer certaines fluctuations des données.	La note de synthèse est un examen préliminaire des résultats obtenus jusqu'à présent Les résultats figurent également dans le rapport de gestion annuel 2014-2015. Font partie du bilan des réalisations (route de l'accessibilité)

2014	Hémolyse par réchauffement : comparaison des réchauffe-liquides HL-90 et HL-90-38	Rapport d'évaluation	23/ 65	Technologie – équipement	Traitement	En usage	Dr Patrice Beaugard, hématalogue, CHUS	<p>Le réchauffe-liquide à 37,5°C n'est plus disponible dans les salles d'opération du CHUS</p> <p>Incertitude quant à la température acceptable de réchauffement des produits sanguins avant transfusion</p> <p>Le niveau de preuve des données recueillies à la suite d'une revue rapide de la littérature effectuée par Héma-Québec n'étaient pas suffisamment élevé pour qu'Héma-Québec accepte de modifier sa notice d'accompagnement portant sur les produits sanguins labiles.</p>	Utiliser ou non un réchauffe-liquide réglé à 41,5 +/- 0,5°C	S'assurer que l'utilisation d'un réchauffe-liquide à 41,5°C est aussi sécuritaire en termes de niveau d'hémolyse induite que l'utilisation d'un réchauffe-liquide à 37,5°C	Évaluation terrain avec développement de la preuve	Sécurité	- Collecte de données locales - étude pré-post du niveau d'hémolyse (étude comparative prospective contrôlée avec appariement)	OUI (N.D.)	<p>1) l'utilisation d'un réchauffe-liquide à 41,5°C par la Banque de sang et les unités de soins du CHUS pour réchauffer les culots globulaires avant une transfusion lorsque les conditions cliniques l'exigent;</p> <p>2) de réaliser une étude pilote avec les différentes pompes utilisées au CHUS pour déterminer le débit maximal pouvant être utilisé lors d'une transfusion</p>	<p>Notice d'Héma-Québec modifiée pour retirer la portion de phrase suivante : «à température maximale de 37°C</p> <p>Une étude pilote a été réalisée pour évaluer le niveau d'hémolyse induit par les nouvelles pompes achetées par le CIUSSS de l'Estrie-CHUS</p> <p>Rapport UETMIS – CHUS 2013</p>
	Aménagement et espaces favorisant la santé et le mieux-être au Pavillon Enfant-Soleil du CHUS	Rapport d'évaluation	58/70	Mode d'intervention	Autre	Non utilisé	Direction interdisciplinaire des services cliniques (DISC)	<p>Construction du Pavillon Enfant-Soleil du CHUS.</p> <p>Réflexion sur l'aménagement en se basant sur le concept d'environnement guérissant.</p>	Élaborer les plans architecturaux selon les concepts d'environnement guérissant pour la construction éventuelle du Pavillon Enfant-Soleil du CHUS	Décrire le concept d'environnement guérissant pour le Centre femme-jeunesse-famille du CHUS (Pavillon EnfantSoleil)	ETMI	- Efficacité - Sécurité - Organisation des soins (environnements)	Revue narrative de la littérature Collecte de données locales et externes	OUI	Recommandations pour les environnements auditif, olfactif, visuel et architectural	Mise à jour du rapport réalisé en 2005

Les bains d'accouchement dans un contexte d'implantation au CHUS	Rapport d'évaluation	32/60	Intervention	Autre	Non utilisée	Mme Manon Larivière, adjointe à la direction interdisciplinaire des services cliniques (DISC)	Construction du Pavillon Enfant-Soleil du CHUS - Réaménagement des locaux de la maternité Exploration de nouvelles façons de faire et examen de certaines techniques d'accouchement généralement pratiquées dans les maisons de naissances	Introduire ou non les bains d'accouchement dans le secteur de la maternité du CHUS	Réaliser une synthèse approfondie des connaissances sur les accouchements dans l'eau	ETMI	- Efficacité - Sécurité - Conditions d'utilisation - Ressources matérielles	Revue systématique de la littérature Collecte de données locales et externes: Données administratives et entretiens avec professionnels de la santé	OUI	bain recommandé avec conditions pour la phase de travail ; impossibilité de recommander pour la phase d'expulsion ; non recommandé pour la phase de délivrance du placenta
Robot chirurgical da Vinci au CHUS : conditions optimales d'implantation et d'utilisation	Note de synthèse	9/14	Technologie – équipement	Traitement	Non utilisée	Programme-clientèle en soins chirurgicaux Service des approvisionnements	LE CHUS prévoit faire l'acquisition de la technologie	Déterminer les conditions d'implantation et d'utilisation du robot chirurgical da Vinci	Fournir de l'information sur les mesures à prendre afin d'assurer une efficacité clinique et de limiter les complications; l'aménagement optimal de la salle d'opération et; une simulation de coûts d'utilisation de cette technologie	ETMI	Efficacité Sécurité Aménagement Coûts	- Brève revue de la littérature - Collecte de données locales et externes (consultation d'experts du CIUSSS de l'Estrie-CHUS)	NON	30 cas par année devraient être alloués par spécialité à la suite de la formation afin de maintenir l'expertise des médecins. Environ 3 infirmières est nécessaire afin d'amorcer les activités en robotique. Il faudra former 2 à 4 équipes à long terme. Si la salle qui accueillera le robot da Vinci est dédiée uniquement aux chirurgies robotiques, prévoir une sous-utilisation celle-ci. Dans le scénario opposé, ou les interventions robotiques et non robotiques seraient effectuées dans la même salle tout en conservant le robot dans celle-ci, certaines activités chirurgicales non robotiques devraient être déplacées.

Dysfonctionnement de l'équipement des salles d'hémodynamie	Note de synthèse	6/6	Technologie - équipement	Diagnostic Traitement	En usage	N.D.	Dysfonctionnement (bris d'équipement) du système d'imagerie par rayons X dans les salles d'hémodynamie Appareils installés en 2004 et fin de vie utile des équipements estimée pour 2016	N.D.	Analyser la fréquence et les causes des dysfonctionnements de l'équipement et impact de ces bris sur les interventions et la condition des patients	Évaluation terrain avec développement de la preuve	- Sécurité	Collecte de données locales : Rapports de déclaration d'incident et d'accident ; et entretiens	NON	Les bris d'équipements de la salle d'hémodynamie ont eu pour conséquence de causer des délais d'intervention, le transfert dans une autre salle et, pour un cas, une situation plus critique relativement à l'état de santé du patient. Le dysfonctionnement de l'équipement observé en 2013 n'est pas un événement isolé. Plusieurs problématiques ont été rencontrées depuis l'installation de l'équipement en 2004.	Prochaines étapes réalisées par le Service de génie biomédical – analyser si les dysfonctions sont dues à un facteur externe, tel que l'alimentation électrique – Processus de suivi avec la compagnie GE Healthcare mis en place	
Système de numérisation au Service des archives	Note de synthèse	2/2	Mode d'intervention	Autre	En usage	N.D.	Erreurs recensées lors de la vérification obligatoire effectuée par le Service des archives sur 5% des dossiers de patients. En attendant le remplacement du système de numérisation ou qu'une solution temporaire soit apportée, la vérification manuelle du transfert de tous les documents numérisés dans Ariane doit être effectuée	Modifier ou non le % de dossiers vérifiés manuellement d'ici au remplacement du système de numérisation	Évaluer si un modèle probabiliste permet de s'assurer que 100% des dossiers de patients numérisés sont bien transférés dans le dossier clinique Ariane	Évaluation terrain avec développement de la preuve	- Impact organisationnel	Collecte de données locales : Liste des causes de défaillance	NON	Suivre les récurrences d'erreurs en tenant compte des probabilités d'occurrence. S'il y a divergence, étudier la possibilité de retourner à un taux de vérification annuel de 5% Examiner la variation de la tension, le phasage de l'alimentation électrique et la compatibilité électromagnétique des appareils de numérisation et de transfert des données vers Ariane		

2013	Hémolyse par réchauffe-liquide : revue systématique de la littérature avec méta-analyse	Rapport d'évaluation	36/56	Technologie – équipement	Traitement	En usage	Dr Patrice Beaugard, directeur de la banque de sang, CHUS	<p>Le réchauffe-liquide à 37,5°C n'est plus disponible dans les salles d'opération du CHUS</p> <p>Incertitude quant à la température acceptable de réchauffement des produits sanguins avant transfusion</p> <p>Le niveau de preuve des données recueillies à la suite d'une revue rapide de la littérature effectuée par Héma-Québec n'étaient pas suffisamment élevé pour qu'Héma-Québec accepte de modifier sa notice d'accompagnement portant sur les produits sanguins labiles.</p>	Utiliser ou non un réchauffe-liquide réglé à 41,5 +/- 0,5°C	Vérifier s'il existe un risque accru d'hémolyse lorsque le sang est réchauffé à 42 °C	ETMI	- Sécurité	Revue systématique de la littérature avec méta-analyse du niveau d'hémolyse	OUI	<p>Utiliser un réchauffe-liquide à 42°C pour réchauffer le sang avant une transfusion</p> <p>Ne pas laisser le sang stagner dans un réchauffe-liquide en marche afin de limiter les risques d'hémolyse</p> <p>Bien considérer les risques et les bénéfices de l'usage des pompes à perfusion lors d'une transfusion de sang. Le vérifier à l'aide d'une étude pilote.</p>	
	Évaluation de la radiofréquence et de la sclérothérapie à la mousse comme alternative à la chirurgie pour l'ablation des varices	Rapport d'évaluation	62/76	Technologie – équipement	Traitement	Non utilisée	Dr Marc-Antoine Despatis, service de chirurgie vasculaire	<p>De nouvelles techniques sont apparues dans les années 90 pour procéder à l'ablation des varices</p> <p>La prévalence des varices augmente en raison du vieillissement de la population et l'offre de soins est problématique en Estrie</p>	Acquérir ou non un système de radiofréquence ou la sclérothérapie à la mousse pour le traitement des varices ?	Fournir un état de situation de l'efficacité et de la sécurité de la radiofréquence et de la sclérothérapie à la mousse, chacune comparativement à la chirurgie pour l'ablation des varices	ETMI	<p>- Efficacité</p> <p>- Sécurité</p> <p>- Qualité de vie</p> <p>- Coût</p> <p>- Contre-indications</p>	<p>- Revue systématique de la littérature</p> <p>- Collecte de données de coûts</p>	OUI	<p>Introduire la radiofréquence pour l'ablation des varices</p> <p>Mettre à disposition une salle en clinique externe équipée d'un échographe pour la pratique de l'ablation des varices par radiofréquence</p> <p>La sclérothérapie à la mousse est recommandée en dernier recours</p>	

											- Ressources humaines - Ressources matérielles				
Le CHUS devrait-il se doter d'une troisième salle d'angiographie ?	Rapport d'évaluation	41/43	Mode d'intervention	Autre	Non utilisé	Dr Stéphane Tremblay et Dr André Lortie, Direction des services professionnels Direction interdisciplinaire des services cliniques	Problème majeur d'accessibilité des soins à l'égard de l'angiographie interventionnelle	Aménager ou non une nouvelle salle d'angiographie interventionnelle au CHUS	Évaluer les besoins, l'organisation de services et les données pour déterminer si le CHUS doit se doter d'une troisième salle d'angiographie interventionnelle	Évaluation terrain avec développement de la preuve	- Efficacité - Utilisation - Ressources matérielles	Collecte de données locales (caractéristiques des interventions en angiographies, délais d'attentes pour les interventions, entrevues avec les médecins pour recueillir les besoins et les problématiques)	OUI	Pas en mesure d'émettre une recommandation claire quant à l'aménagement ou non d'une nouvelle salle d'angiographie	
Évaluation d'un incubateur muni de la technologie «Time-Lapse» dans le cadre de l'implantation de la clinique de procréation médicalement assistée du CHUS	Rapport d'évaluation	26/31	Mode d'intervention	Autre	Non utilisé	Direction interdisciplinaire des services cliniques	Mise en place d'une nouvelle clinique publique de procréation médicalement assistée au CHUS Avec l'incubateur conventionnel, une seule observation est possible par jour. Les observations sont subjectives Politique de transfert d'un embryon unique en FIV instauré au Québec	Acquérir ou non des incubateurs à embryons humains munis du système d'imagerie numérique «Time Lapse»	Évaluer la capacité de sélection des embryons de la technologie «time lapse» comparativement à l'incubateur conventionnel	ETMI	- Sécurité - Efficacité - Ressources humaines - Coûts	Revue systématique de la littérature	OUI	L'acquisition de la technologie «time-lapse» est recommandée	

Évaluation oxygénation extracorporelle par membrane (ECMO) pour le traitement de la détresse respiratoire aigue et le pont vers la transplantation pulmonaire et cardiaque chez l'adulte	Bref rapport	17/22	Technologie - équipement	Traitement	Non utilisée	Dr Marc-André Leclair, chef médical, Programme-clientèle en soins critiques et traumatologie	Technologie présente dans plusieurs centres hospitaliers du Québec Questionnements quant aux bénéfices associés à l'ECMO ainsi que les ressources humaines et financières nécessaires à son utilisation	Acquérir ou non la technologie ECMO	Recenser et analyser les données concernant les bénéfices de l'ECMO comparativement à :- la ventilation mécanique pour les patients adultes présentant un syndrome de détresse respiratoire aigue ou en attente de transplantation pulmonaire, et ; - la pompe à ballonnet intra-aortique et le dispositif d'assistance ventriculaire chez les patients adultes en attente d'un transplantation cardiaque	ETMI	- Efficacité - Sécurité - Ressources humaines - Ressources financières	- Brève revue de la littérature	OUI	Utilisation de l'ECMO pour le pont vers la transplantation non recommandée. Mise à jour des connaissances dans 1 an ECMO pour l'ARDS et le traitement d'autres pathologies recommandée	
Système de perfusion cœur-poumon	Note de synthèse	2/2	Technologie - équipement	Traitement	En usage	N.D.	Remplacement possible des deux systèmes de perfusion cœur-poumon du CHUS 4 modèles sont commercialisés au Canada	Déterminer pour quel modèle de système de perfusion cœur-poumon il est possible d'opter	Analyse comparative de l'efficacité et de la sécurité des systèmes de perfusion cœur-poumon disponibles sur le marché canadien et particulièrement de la composante des pompes extracorporelles	Évaluation terrain avec développement de la preuve	- Sécurité - Efficacité	- Revue de la littérature - Collecte de données locales et externes (rapports d'incidents et état de la production)	NON	La littérature scientifique ne permet pas de conclure à la supériorité d'un système de perfusion cœur-poumon par rapport à un autre. Le système de la compagnie TERUMO est celui qui a connu le plus de défaillances au cours des dernières années Seules les compagnies MAQUET et SORIN seraient actuellement en	

															mesure de répondre à un appel d'offre du CHUS	
2012	Rapport d'évaluation sur l'environnement guérissant en oncopédiatrie	Rapport d'évaluation	28/33	Mode d'intervention (façon de procéder pour créer un environnement guérissant)	Autre	Non utilisé	Programme clientèle de soins oncologiques, Direction interdisciplinaire des services cliniques Bureau des projets du CHUS	Réaménagement de l'unité d'oncologie pédiatrique du CHUS selon l'approche d'environnement guérissant	Déterminer quel type d'environnement privilégier pour le service ambulatoire d'oncologie pédiatrique, selon le concept d'environnement guérissant	Analyse des composantes physiques, psychologique, sociales, spirituelles, religieuses et comportementales qui pourraient orienter l'aménagement de l'unité d'oncologie pédiatrique, selon le concept d'environnement guérissant	ETMI	- Effets désirables et indésirables - Valeurs et préférences des individus - Ressources nécessaires	Revue systématique de la littérature	OUI	Aménager un environnement guérissant dans l'unité d'oncologie pédiatrique Instaurer 6 mesures permettant la mise en œuvre d'un environnement guérissant	Continuité du document produit en 2005 par l'UETMIS
	Revue systématique des médecines complémentaires et alternatives en oncopédiatrie	Rapport d'évaluation	27/33	Mode d'intervention	Autre	En usage	Programme clientèle de soins oncologiques, Direction interdisciplinaire des services cliniques Bureau de projets du CHUS	Réaménagement de l'unité d'oncologie pédiatrique du CHUS Certaines pratiques alternatives sont déjà offertes au service d'oncopédiatrie du CHUS (art-thérapie et massothérapie). L'efficacité réelle de ces pratiques n'est pas connue	Déterminer s'il faut maintenir les deux MCA déjà disponibles et de développer certaines autres MCA au CHUS Prévoir l'aménagement en conséquence	Identifier les médecines complémentaires alternatives qui pourraient s'avérer intéressantes à offrir aux patients d'oncopédiatrie du CHUS	ETMI	- Efficacité - QOL	Revue systématique de la littérature	OUI	Considérer l'introduction de l'hypnothérapie au service d'oncopédiatrie du CHUS. Compléter le service d'art-thérapie par un service de musicothérapie Améliorer l'efficacité du service de massothérapie avec l'introduction d'un service d'aromathérapie La chiropractie, l'ostéopathie et l'acupuncture ne sont pas recommandés.	
2011	Évaluation des cliniques interdisciplinaires musculosquelettiques en	Rapport d'évaluation	88/144	Mode d'intervention	Autre	En usage	L'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et	Pénurie d'orthopédistes au Québec	Considérer ou non la poursuite du développement des cliniques	Comparaison de l'organisation de la clinique musculosquelettique avant et	Évaluation terrain avec développem	- Efficacité - Efficience	Revue systématique de la littérature	OUI (Basées sur la revue de la	Les bénéfices retrouvés dans la littérature et ceux mesurés par l'évaluation confirment les nombreux avantages de poursuivre le	Évaluation conjointe des 3 cliniques interdisciplinaires en

	orthopédie : le modèle du centre hospitalier régional de Trois-Rivières						du Centre-du-Québec	Mise en place d'une clinique interdisciplinaire musculosquelettique en orthopédie au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières	interdisciplinaires en musculosquelettique au Québec	après la mise en place de la nouvelle structure	ent de la preuve	- Accessibilité - degré d'interdisciplinarité - Satisfaction	Collecte de données locales : résultats obtenus à la suite de l'implantation de la clinique interdisciplinaire	littérature et sur la réflexion engagée au sein de l'équipe chargée de l'étude)	développement des cliniques interdisciplinaires en musculosquelettique et considérer la possibilité d'implanter d'autres cliniques interdisciplinaires ailleurs au Québec Proposition de 18 recommandations pour améliorer le continuum de soins de la nouvelle clinique	musculosquelettique au Québec
	Évaluation des cliniques interdisciplinaires musculosquelettiques en orthopédie : le modèle du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	Rapport d'évaluation	75/118	Mode d'intervention	Autre	En usage	Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec	Pénurie d'orthopédistes au Québec Mise en place d'une clinique interdisciplinaire musculosquelettique en orthopédie au CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	Considérer ou non la poursuite du développement des cliniques interdisciplinaires en musculosquelettique au Québec	Comparaison de l'organisation de la clinique musculosquelettique avant et après la mise en place de la nouvelle structure	Évaluation terrain avec développement de la preuve	- Efficacité - Efficience - Accessibilité - degré d'interdisciplinarité - Satisfaction	- Revue systématique de la littérature - Collecte de données locales : résultats obtenus à la suite de l'implantation de la clinique interdisciplinaire	OUI (Basées sur la revue de la littérature et sur la réflexion engagée au sein de l'équipe chargée de l'étude)	Les bénéfices retrouvés dans la littérature et ceux mesurés par l'évaluation confirment les nombreux avantages de poursuivre le développement des cliniques interdisciplinaires en musculosquelettique et considérer la possibilité d'implanter d'autres cliniques interdisciplinaires ailleurs au Québec Proposition de 15 recommandations pour améliorer le continuum de soins de la nouvelle clinique	Évaluation conjointe des 3 cliniques interdisciplinaires en musculosquelettique au Québec
	Évaluation des cliniques interdisciplinaires musculosquelettiques en orthopédie : le modèle du CSSS Les Eskers de l'Abitibi	Rapport d'évaluation	93/165	Mode d'intervention	Autre	En usage	Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue	Pénurie d'orthopédistes au Québec Mise en place d'une clinique interdisciplinaire musculosquelettique en orthopédie au	Considérer ou non la poursuite du développement des cliniques interdisciplinaires en musculosquelettique au Québec	Comparaison de l'organisation de la clinique musculosquelettique avant et après la mise en place de la nouvelle structure	Évaluation terrain avec développement de la preuve	- Efficacité - Efficience - Accessibilité - degré d'interdisciplinarité	- Revue systématique de la littérature - Collecte de données locales : résultats obtenus à la suite de l'implantation de la	OUI (Basées sur la revue de la littérature et sur la réflexion engagée au sein de l'équipe chargée de l'étude)	Les bénéfices retrouvés dans la littérature et ceux mesurés par l'évaluation confirment les nombreux avantages de poursuivre le développement des cliniques interdisciplinaires en musculosquelettique et considérer la possibilité d'implanter d'autres	Évaluation conjointe des 3 cliniques interdisciplinaires en musculosquelettique au Québec

								CSSS les Eskers de l'Abitibi		Évaluer les gains potentiels associés à la mise en place de la nouvelle clinique		- Satisfaction	clinique interdisciplinaire		cliniques interdisciplinaires ailleurs au Québec Proposition de 14 recommandations pour améliorer le continuum de soins de la nouvelle clinique
	Évaluation sur l'opportunité d'utiliser le doppler Cook-Swartz au CHUS	Rapport d'évaluation	17/20	Technologie - équipement	Traitement	Non utilisée	M. Bruno Lavoie, chef clinico-administratif, programme soins critiques et traumatologie, Direction interdisciplinaire des services cliniques	Des méthodes de surveillance clinique des lambeaux suite à une laryngectomie sont en place au CHUS pour s'assurer que les lambeaux demeurent adéquatement vascularisés La qualité de la surveillance clinique dépend de l'expérience clinique du personnel de soins. Le doppler implantable serait une alternative possiblement plus sécurisante au niveau de la détection des occlusions vénales dans le lambeau moins douloureuse pour le patient	Acquérir ou non le doppler implantable Cook-Swartz	Évaluer si l'utilisation de la sonde doppler implantable Cook-Swartz est une alternative intéressante pour le CHUS par rapport aux méthodes actuelles de surveillance de la vascularisation des lambeaux	ETMI	- Efficacité - Coûts	- Revue systématique de la littérature - Collecte de données locales de coûts	OUI	Acquérir le doppler implantable Cook-Swartz et utiliser selon certaines conditions
2010	Efficacité du casque réfrigérant en chimiothérapie	Rapport d'évaluation	14/28	Technologie - équipement	Traitement	En usage (A été utilisée par le passé)	N.D.	Incident au département d'hématologie-oncologie qui a fait en sorte que les casques réfrigérants sont devenus inutilisables	Continuer ou non à offrir les casques réfrigérants au CHUS	Déterminer si la technologie des casques réfrigérants est efficace, sécuritaire, s'il existe des effets secondaires et si la qualité de vie	ETMI	- Efficacité - Sécurité - QOL	- Revue systématique de la littérature	OUI	L'utilisation du casque réfrigérant est recommandée selon certaines conditions

								Une seule utilisation du casque au cours de la dernière année		des patients est améliorée						
2009	Cryoablation des tumeurs rénales : revue systématique et analyse de coûts	Rapport d'évaluation	41/55	Technologie – équipement	Traitement	Non utilisée	M. Charles Auger, Direction des ressources financières et des partenariats économiques	Existence de nouvelles techniques moins invasives que les techniques actuelles les plus utilisées pour l'ablation des tumeurs rénales Ces nouvelles techniques sont encore considérées comme expérimentales	Acquérir ou non la technologie de la cryoablation	Comparer la technique de cryoablation pour l'ablation de tumeurs rénales vis-à-vis les techniques standards de traitement des tumeurs au CHUS (chirurgie et laparoscopie)	ETMI	- Sécurité - Efficacité - Coûts	- Revue systématique et méta-analyse de la littérature scientifique - Collecte de données locales de coûts	OUI	L'utilisation de la cryoablation pour l'ablation des tumeurs rénales est recommandée	
	Infirmière pivot et clinique interdisciplinaire musculosquelettique : le modèle du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	Rapport d'évaluation	47/91	Mode d'intervention	Autre	En usage	Direction du programme santé physique de l'Hôtel Dieu d'Arthabaska, CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	Pénurie d'orthopédistes au Québec Mise en place d'une clinique interdisciplinaire musculosquelettique en orthopédie au CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	Considérer ou non la poursuite du développement des cliniques interdisciplinaires en musculosquelettique dans le RUIS de l'Université de Sherbrooke	Comparer le modèle d'organisation de la clinique interdisciplinaire musculosquelettique du CSSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable à une clinique témoin qui est la clinique externe en orthopédie du CHUS Évaluer les gains potentiels associés à la mise en place de la nouvelle clinique	Évaluation terrain avec développement de la preuve	- Efficacité - Efficience de l'organisation - Accessibilité - Continuité des soins - Satisfaction - Qualité de vie	Revue systématique de la littérature scientifique - Collecte de données locales : résultats obtenus à la suite de l'implantation de la clinique interdisciplinaire	OUI	La mise en place de professionnels pivots au sein de cliniques interdisciplinaires apparaît très prometteur et est une solution recommandée pour améliorer le continuum de soins en orthopédie D'autres avenues sont possibles et la solution doit être adaptée en fonction du contexte	
2008	Efficience de la reconnaissance vocale pour le CHUS	Rapport d'évaluation	23/31	Technologie – équipement	Autre	Non utilisée	M. Réjean Gouin, comité directeur des technologies de l'information	Demande de transcription de rapports médicaux fortement augmentée par rapport aux	Acquérir ou non un système de dictée numérique avec	Évaluer les gains potentiels associés à la mise en place d'un système de	ETMI	- Performance - Efficience	- Revue systématique de la littérature scientifique	OUI	Utiliser le système de reconnaissance vocale que dans les situations de pénurie de transcritteur ainsi que dans els	Projet régional d'implantation de la dictée numérique avec reconnaissance

							ressources humaines disponibles au Service des archives	reconnaissance vocale	dictée numérique avec reconnaissance vocale au CHUS		- Coûts			situations ou le médecin souhaite un rapport immédiatement disponible	vocale élaboré en 2004.
							Allongement du délai de mise en disponibilité des rapports médicaux sur le réseau informatique du CHUS							Réaliser une étude pilote pour tester l'efficacité et l'efficience de la reconnaissance vocale dans le contexte du CHUS. Si les résultats sont positifs, implanter le système de reconnaissance vocale dans les départements ou la volonté est la plus forte et ensuite étendre le système aux autres départements	Ententes entre la compagnie Comdic et le CHUS pour la tenue d'un projet de recherche Étude pilote non réalisée en raison d'un problème d'interface entre le système de reconnaissance vocale et le dossier clinique informatisé (DCI) Ariane.
Service provincial : le scalpel gamma au CHUS	Rapport d'évaluation	44/77	Technologie - équipement	Traitement	En usage	M. Philippe Couillard, ministre de la Santé et des Services sociaux, Direction générale adjointe de l'évaluation de la recherche et des affaires extérieures du ministère de la Santé et des Services sociaux	Demande d'acquisition du scalpel gamma par le CHUS présentée au MSSS en 2000 Le projet d'acquisition est approuvé par le MSSS et un rapport à la suite de l'implantation est demandé	N.D.	Évaluer l'impact de l'implantation du scalpel gamma au CHUS comme programme de radiochirurgie stéréotaxique provincial en termes d'efficacité thérapeutique et d'étendue du bassin de desserte	Évaluation terrain avec développement de la preuve	- Efficacité - Coûts -étendue du bassin de desserte	- Revue systématique de la littérature - Collecte de données locales et externes : Aspects organisationnels du Service de radiochirurgie du CHUS ; coûts ; statistiques provinciales	OUI	Procéder à une campagne d'information pour la communauté médicale et la population Réaliser une étude prospective pour mesurer les bénéfices qu'apporte l'utilisation de la technologie Uniformiser la liste des pathologies admissibles avec d'autres centres de chirurgie stéréotaxique	2002 – Rapport de l'AETMIS sur le scalpel gamma
															Mis à jour en 2017


2007	Les soins de plaies à distance : une analyse clinique	Rapport d'évaluation	5/12	Mode d'intervention (non implanté)	Autre	Non utilisé	Comité télésanté RUIS de l'U de S	Pénurie de spécialistes en soins de plaies. Augmentation continue du nombre de plaies de type chronique La téléassistance a été identifiée comme un moyen d'augmenter les capacités des services de stomathérapie	Utiliser ou non le système Frontline Communicator dans l'application de la téléassistance pour le traitement des plaies	Déterminer la capacité à prêter une assistance à distance basée sur l'extraction des éléments morphologiques par la télévisualisation de plaies sur un écran d'ordinateur	Évaluation terrain avec développement de la preuve	- Efficacité/performance clinique	- Collecte de données locales : étude de faisabilité d'utiliser des images pour l'assistance des soins de plaies à distance	NON	N.A	Rapport complémentaire à l'analyse technique réalisée par l'UETMIS du CHUS
2006	Les soins de plaies à distance : analyse technique d'un système de communication audiovisuel portatif	Rapport d'évaluation	37/70	Technologie - équipement	Traitement	Non utilisée	Comité télésanté RUIS de l'U de S	Pénurie de spécialistes en soins de plaies. Augmentation continue du nombre de plaies de type chronique La téléassistance a été identifiée comme un moyen d'augmenter les capacités des services de stomathérapie	Utiliser ou non le système Frontline Communicator dans l'application de la téléassistance pour le traitement des plaies	Caractériser les capacités du système en lien avec les objectifs cliniques visés par l'application de la téléassistance dans le domaine des soins de plaies à distance	Évaluation terrain avec développement de la preuve	- Comportement général et ergonomie - Performance technique	- Collecte de données locales : évaluation technique du système réalisée en laboratoire	OUI	Le système FLC propose aux professionnels de la santé une gamme de fonctionnalités très intéressantes pour une application de téléassistance médicale Propose sept recommandations liées aux ajustements à faire pour améliorer la performance de la technologie et propose la tenue d'une étude clinique complémentaire	Étude clinique conduite et rapport d'évaluation également conduit
	Utilisation des tablettes PC en inhalothérapie à l'intérieur des soins intensifs du CHUS	Rapport d'évaluation	24/33	Mode d'intervention	Autre	En usage	Bureau de projet de la Direction adjointe des services de soutien et des technologies du CHUS	Les stations ARIANE sont trop éloignées des appareils de mesure et de soutien respiratoire et ou non disponibles pour la saisie de données lors des tournées médicales	Déployer ou non l'utilisation de la tablette PC dans la pratique des inhalothérapeutes	Déterminer si l'utilisation des tablettes PC améliorent la consultation des données physiologiques respiratoires et réduisent les délais de modification du dossier clinique	Évaluation terrain avec développement de la preuve	- Ergonomie - Efficience - Capacité d'organiser les données en minimisant le risque d'erreur - Contraintes musculosquelettiques	- Brève revue de la littérature - Collecte de données locales : entretiens semi-structurés et questionnaires	OUI	La tablette PC est un outil performant et apprécié. Cependant, les manipulations de l'outil sont réalisées avec peu d'ergonomie. 7 recommandations émises pour permettre d'augmenter l'ergonomie	Changement éventuel de pratiques en inhalothérapie. – direction adjointe des services de soutien et des technologies du CHUS assure la mise en œuvre.

								Projet d'informatisation mis en place en inhalothérapie pour réduire : Les risques d'erreurs de transcription ou de mémorisation des données physiologiques en inhalothérapie Les délais qui sont variables entre la prise de données et l'inscription au dossier clinique informatisé ARIANE		informatisé par les professionnels du Service d'inhalothérapie					ainsi que l'efficacité de ce mode de pratique	Référence à la publication de 2005 concernant les technologies sans fil WIFI. La tablette PC étant l'un des 2 appareils testé.
2005	Compatibilité électromagnétique entre les technologies sans WIFI et les équipements médicaux	Rapport d'évaluation	37/46	Technologie – système de soutien	Autre	En usage	Direction des technologies de l'information du CHUS	Mise en marché de technologies sans fil de faible puissance et à moindre risque d'interférer avec les équipements médicaux Étude de compatibilité électromagnétique entre les technologies sans fil et les équipements médicaux dans le cadre du déploiement de technologies sans fil de faible puissance	Définir les modalités d'utilisation des technologies sans fil en milieu hospitalier	Évaluer le risque de provoquer des dysfonctions sur les équipements médicaux suite à l'émission d'ondes électromagnétiques produites par 2 technologies sans fil de type WiFi	Évaluation terrain avec développement de la preuve	- Sécurité	- Brève revue de la littérature (en introduction) - Collecte de données locales : comportement des équipements en laboratoire et en milieu clinique	OUI	Il est sécuritaire d'utiliser les technologies sans fil de type WiFi à l'intérieur d'un centre hospitalier	
	Évaluation du concept environnement guérissant en vue d'une implantation dans le Centre	Rapport d'évaluation	21/34	Mode d'intervention	Autre	Non utilisé	Dr Claude Lemoyne Chef médical du regroupement clientèle Femme Jeunesse Famille	Nouvelle culture de dispensation de soins qui sera implantée dans le centre femme jeunesse famille du CHUS	Sélectionner les critères qui seront pris en compte dans l'implantation et l'évaluation du concept	Évaluer les bénéfices qu'apporte le concept d'Environnement Guérissant ainsi que les	ETMI	- Bénéfices - aspects organisationnels –	- Revue systématique de la littérature	NON	L'implantation de l'approche d'environnement guérissant dans une structure traditionnelle d'établissement de santé apporte des bénéfices pour	


	femme-jeunesse-famille du CHUS						Mme Manon Lachapelle, chef clinico-administratif du regroupement clientèle Femme Jeunesse Famille		d'environnement guérissant	conditions propices à son développement		conditions d'implantation		les patients et le personnel soignant. Une liste de critères à prendre en compte lors de l'évaluation du concept est suggérée		
	Évaluation technique d'un système de visioconférence	Rapport d'évaluation	21/37	Technologie – système de soutien	Autre	Non utilisée	N.D. L'utilisation de la télésanté, telle que la visioconférence, pourrait être un moyen de communication entre spécialistes et professionnels de la santé en temps réel de soins	Une pénurie de professionnels de la santé est connue depuis les dernières années	N.D.	Évaluer les capacités du système à afficher des images de qualité dans un contexte d'application médicale et évaluer le trafic généré sur le réseau par le transfert de données ; permettre aux fabricants de modifier leurs systèmes ; cibler les applications possibles du système	Évaluation terrain avec développement de la preuve	- Efficacité	- Collecte de données locales : Caractéristiques techniques du système de visioconférence	OUI	Le système de visioconférence n'est pas en mesure de fournir des performances suffisantes afin de réaliser un diagnostic à distance. Par contre, il peut servir d'outil d'assistance à distance dans des applications médicales et professionnelles basées sur le mentorat ou la discussion entre individus	
2004	Évaluation d'un système de téléradiologie composé d'un numériseur de films	Rapport d'évaluation	28/39	Technologie - système de soutien	Diagnostic	Non utilisée	Centre de santé du Granit Agence de développement des réseaux locaux de santé et des services sociaux de l'Estrie	Le transfert à distance d'images radiologiques permet d'envoyer des images radiographiques de qualité suffisantes afin d'effectuer une lecture diagnostique à distance lorsqu'une seconde opinion est nécessaire Un système de téléradiologie composé d'un numériseur de films, peu coûteux peut	Acquérir ou non le numériseur de films	Évaluer un système d'imageries numériques peu coûteux ayant la capacité d'envoyer des images radiographiques de qualité suffisante afin d'effectuer une lecture diagnostique à distance	Évaluation terrain avec développement de la preuve	- Efficacité	- Revue de la littérature - Collecte de données locales : qualité diagnostique des images numériques en laboratoire et en milieu clinique	OUI	L'acquisition d'un numériseur de films par un centre hospitalier qui ne peut se procurer une haute technologie de numérisation d'images radiologiques telles un PACS est recommandée	

								répondre aux besoins des centres régionaux qui sont dépourvus de radiologistes et ne peuvent se procurer le standard de pratique (PACS)								
2003	Évaluation du Service d'hémodynamie du programme cardiopulmonaire du CHUS	Rapport d'évaluation	30/30	Mode d'intervention	Autre	En usage	Direction des services professionnels	Refus du MSSS de remplacer un deuxième appareil d'hémodynamie au CHUS, basé sur les conclusions du rapport Morin publié en 2000	Remplacer ou non un deuxième appareil d'hémodynamie au CHUS	Analyser l'efficacité et l'efficience des deux salles de cathétérisme du CHUS	Évaluation terrain avec développement de la preuve	- Efficacité - Efficience	- Collecte de données locales et externes: ARIANE, CATHABASE, RAMQ, MED-ECHO	OUI	Le Service d'hémodynamie est efficace et efficient	

Légende :

 Rapport d'évaluation classique

 Bref rapport

 Note de synthèse

Annexe 8 – Documentation consultée et références terrain

Documentation institutionnelle CIUSSS de l’Estrie – CHUS

2018	CIUSSS de l’Estrie – CHUS	Bilan synthèse 2017-2018
2018	CIUSSS de l’Estrie – CHUS	Procès-verbal de la 23e séance ordinaire du conseil d’administration du CIUSSS de l’Estrie – CHUS
2018	CIUSSS de l’Estrie – CHUS	Publications de l’UETMIS du CIUSSS de l’Estrie-CHUS
2017	CIUSSS de l’Estrie – CHUS	Rapport annuel de gestion 2016-2017, 215 p.
2017	CIUSSS de l’Estrie – CHUS	Bilan 2016 – 2017, 8 p.
2016	CIUSSS de l’Estrie – CHUS	Rapport annuel de gestion 2015-2016, 205 p.
2016	CIUSSS de l’Estrie – CHUS	CIUSSS de l’Estrie – CHUS : Bilan d’une année de grande transformation!, 3p.
2016-06-02	CIUSSS de l’Estrie – CHUS	Plan d’organisation du CIUSSS de l’Estrie – CHUS 2015-2017, p.23
2015	CIUSSS de l’Estrie – CHUS	Rapport annuel de gestion 2014-2015,

Journal La VieTrine Express

2016-09-06	CIUSSS de l’Estrie – CHUS	Nomination Dre Véronique Déry, p. 1
------------	---------------------------	-------------------------------------

Documentation institutionnelle CHUS

2015	CHUS	L’humain au cœur de nos réalisations, rapport annuel 2014-2015, 13 p.
2014	CHUS	Inspiré par les gens, rapport annuel 2013-2014, 25 p.

2013	CHUS	Préparer demain, rapport annuel 2012-2013, 27 p.
2012	CHUS	Optimiser nos ressources, rapport annuel 2011-2012, 27 p.
2011	CHUS	Avec vous pour la vie, rapport annuel 2010-2011, 30 p.
2010	CHUS	Faire autrement, rapport annuel 2009-2010, 21 p.
2009	CHUS	Bâtir notre avenir, rapport annuel 2008-2009, 36 p.
2009	CHUS – Direction des communications et des affaires publiques	40 ^e anniversaire du volet universitaire du CHUS
2008	CHUS	Rapport annuel 2007-2008, 36 p.

Journal La Tribune

2015-05-21	Emploi-Québec	Les 300 plus grands employeurs de l’Estrie, p. S6
------------	---------------	---

Documentation interne de l’UETMISSS

2018-12	CIUSSS de l’Estrie-CHUS – UETMISSS	Services directs de développement des habiletés sociales et affectives des enfants de 2 à 6 ans en situation de péri-vulnérabilité
2018-07	CIUSSS de l’Estrie-CHUS – UETMISSS	État des connaissances sur les délais d’attente en chirurgie
2018-02	CIUSSS de l’Estrie-CHUS – UETMISSS	Revue des indications cliniques pour la prescription des examens barytés
2017-10	CIUSSS de l’Estrie-CHUS – UETMISSS	Revue systématique des revues systématiques sur l’utilisation de la reconnaissance vocale pour la dictée médicale
2017-07	CIUSSS de l’Estrie-CHUS – UETMISSS	La pertinence du déploiement d’une offre de services uniformisée en matière d’échographie du 1 ^{er} trimestre comprenant la mesure de la clarté nucale
2016-11	CIUSSS de l’Estrie-CHUS – UETMISSS	Mise à jour du rapport : intervention coronarienne percutanée avec stents médicamenteux (1 ^{re} et 2 ^e génération) versus stents métalliques nus : revue de la littérature et analyse coût-efficacité
2016-08	CIUSSS de l’Estrie-CHUS – UETMISSS	Hémolyse et administration de produits sanguins sous pompe volumétrique : comparaison entre trois pompes

2016-04	CIUSSS de l'Estrie-CHUS – UETMIS	La stimulation magnétique transcrânienne en santé mentale
2016-01	CIUSSS de l'Estrie-CHUS – UETMIS	Neur-intervention vasculaire : biplan comparé au monoplan
2015-11	CIUSSS de l'Estrie-CHUS – UETMIS	Transfert de l'information aux points de transition
2015-10	CIUSSS de l'Estrie-CHUS – UETMIS	Réutilisation des cathéters en électrophysiologie : une analyse contextuelle
2015-09	CIUSSS de l'Estrie-CHUS – UETMIS	Utilité de la tomographie par émission de positrons pour le diagnostic et le pronostic de l'artérite à cellules géantes en comparaison avec l'écho-doppler et l'imagerie par résonance magnétique : revue systématique et méta-analyse
2015-09	CIUSSS de l'Estrie-CHUS – UETMIS	Appareil de cryoablation des tumeurs rénales : analyse des possibilités de remplacement
2015-08	CIUSSS de l'Estrie-CHUS – UETMIS	État des connaissances sur les effets associés aux unités de soins psychiatriques barrés
2015-07	CIUSSS de l'Estrie-CHUS – UETMIS	Travaux préparatoires visant à acquérir des pompes volumétriques intelligentes au CHUS : La contribution de l'UETMIS aux activités de la DISC et de la DRIT
2015-06	CIUSSS de l'Estrie-CHUS – UETMIS	Télésoins à domicile pour la clientèle MPOC dans le contexte du CIUSSS de l'Estrie-CHUS
2015-03	CHUS – UETMIS	Bilan comparatif des médicaments : des économies de coûts par patient sont-elles à attendre?
2015-01	CHUS – UETMIS	Revascularisation de l'artère fémoro-poplitée avec le ballon médicamenté : revue de la littérature et analyse coût-efficacité
2015-01	CHUS – UETMIS	Intervention coronarienne percutanée avec stents médicamentés (1 ^{re} et 2 ^e génération) vers stents métalliques nus : revue de la littérature et analyse coût-efficacité
2014-06	CHUS – UETMIS	Hémolyse par réchauffement : comparaison des réchauffe-liquides HL-90 et HL-90-38
2014-06	CHUS – UETMIS	Robot chirurgical da Vinci au CHUS : conditions optimales d'implantation et d'utilisation
2014-04	CHUS – UETMIS	Aménagement et espaces favorisant la santé et le mieux-être au Pavillon Enfant-Soleil du CHUS

2014-02	CHUS – UETMIS	Dysfonctionnement de l'équipement des salles d'hémodynamie
2014-01	CHUS – UETMIS	Système de numérisation au Service des archives
2013-12	CHUS – UETMIS	Évaluation de l'interdisciplinarité en pratique clinique (Questionnaire IPC65)
2013-11	CHUS – UETMIS	Hémolyse par réchauffe-liquide : revue systématique de la littérature avec méta-analyse
2013-11	CHUS – UETMIS	Évaluation de la radiofréquence et de la sclérothérapie à la mousse comme alternatives à la chirurgie pour l'ablation des varices
2013-09	CHUS – UETMIS	Rapport d'évaluation oxygénation extracorporelle par membrane (ECMO)
2013-08	CHUS – UETMIS	Le CHUS devrait-il se doter d'une troisième salle d'angiographie?
2013-06	CHUS – UETMIS	Évaluation d'un incubateur «Time-Lapse» pour la procréation médicalement assistée au CHUS
2013-04	CHUS – UETMIS	Système de perfusion cœur-poumon
2012-08	CHUS – UETMIS	Rapport d'évaluation sur l'environnement guérissant en oncopédiatrie
2012-07	CHUS – UETMIS	Revue systématique des médecines complémentaires et alternatives en oncopédiatrie
2011-11	CHUS – UETMIS	Addendum
2011-02	CHUS – UETMIS	Évaluation sur l'opportunité d'utiliser le doppler Cook-Swartz au CHUS,
2011-04	CHUS – UETMIS	Évaluation des cliniques interdisciplinaires musculosquelettiques en orthopédie – le modèle du centre hospitalier régional de Trois-Rivières,
2011-04	CHUS – UETMIS	Évaluation des cliniques interdisciplinaires musculosquelettiques en orthopédie – le modèle du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable,
2011-04	CHUS – UETMIS	Évaluation des cliniques interdisciplinaires musculosquelettiques en orthopédie – le modèle du CSSS Les Eskers de l'Abitibi,

2010-05	CHUS – UETMIS	Efficacité du casque réfrigérant en chimiothérapie
2009-09	CHUS – UETMIS	Cryoablation des tumeurs rénales : revue systématique et analyse de coûts
2009-03	CHUS – UETMIS	Infirmière pivot et clinique interdisciplinaire musculosquelettique : le modèle du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable
2008-04	CHUS – UETMIS	Service provincial : le scalpel gamma au CHUS
2008-05	CHUS – UETMIS	Efficience de la reconnaissance vocale pour le CHUS
2007-03	CHUS – UETMIS	Les soins de plaies à distance : une analyse clinique
2006-10	CHUS – UETMIS	Les soins de plaies à distance : analyse technique d'un système de communication audiovisuel portatif
2006	CHUS – UETMIS	Utilisation des tablettes PC en inhalothérapie à l'intérieur des soins intensifs du CHUS
2005	CHUS – UETMIS	Compatibilité électromagnétique entre les technologies sans fil WIFI et les équipements médicaux
2005-06	CHUS – UETMIS	Évaluation du concept environnement guérissant en vue d'une implantation dans le Centre femme-jeunesse-famille du CHUS
2005-03	CHUS – UETMIS	Évaluation technique d'un système de visioconférence
2004-02	CHUS – UETMIS	Évaluation d'un système de téléradiologie composé d'un numériseur de films
2003	CHUS – UETMIS	Évaluation du Service d'hémodynamie du programme cardiopulmonaire du CHUS

Présentations

2015-10-23	S. Bernier	Symposium 35 ans de recherche au CRCHUS, disponible à http://cr.chus.qc.ca/le-centre-de-recherche/35-ans-de-recherche/
2014-02-14	J.-F. Fissette	Repositionnement stratégique UETMIS, disponible à https://prezi.com/8wbvzykcxoni/repositionnement-uetmis/

Autre documentation

Ville de Sherbrooke Centre hospitalier universitaire de sherbrooke, disponible à
<https://www.ville.sherbrooke.qc.ca/citoyen/arrondissements/no-2ancienement-fleurimont/histoire-locale-de-larrondissement/centre-hospitalier-universitaire-de-sherbrooke-chus/>

Annexe 9 - Tableau des rapports d'évaluation en accès-libre de l'UETMIS du CHUM

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
2020	Bref avis sur l'implantation de l'IRM-linac au CHUM	Note de synthèse	8/8	Technologie – équipement	Traitement	Directeur du département de radio-oncologie du CHUM	Implantation à venir l'IRM-linac au CHUM	Planifier l'implantation de l'IRM-linac au CHUM	Adapter le rapport de l'INESS portant sur l'IRM-linac au contexte du CHUM	ETMI	- Efficacité - Impact organisationnel - Impact économique	- Rapport de l'INESS - Données locales	OUI	Mettre sur pied un comité de travail sous l'égide du CRCHUM Planifier une programmation de recherche afin d'apprécier l'efficacité clinique et l'innocuité de l'IRM-linac	À être implanté SD, AP, LL
	L'emploi d'endoprothèses aortiques pour le traitement chirurgical de dissections aortiques de type A. Revue brève de la littérature pertinente	Note de synthèse	5/5	Technologie - dispositif	Traitement	N.D.	N.D.	Offrir ou non l'endoprothèse Ascyrus pour le traitement chirurgical de dissections aortiques	Explorer l'état des connaissances concernant l'utilisation de l'endoprothèse Ascyrus pour le traitement chirurgical de dissections aortiques	ETMI	- Efficacité - Innocuité	- Revue rapide de la littérature	OUI	Offrir l'endoprothèse Ascyrus à titre de pilote dans le cadre d'un essai clinique afin de documenter de façon adéquate l'efficacité clinique et l'innocuité de la technologie Négocier un achat pondéré compte tenu du manque de données cliniques	Indéterminé SD, AP
	Le traitement des troubles vestibulaires dans un milieu à fort débit. Revue brève de la littérature pertinente	Note de synthèse	6/7	S/O	S/O	N.D.	N.D.	S/O	Acquérir une compréhension sommaire des symptômes, des traitements et du rôle des cliniciens dans la prise en charge des troubles vestibulaires	ETMI	S/O	- Revue rapide de la littérature	NON	S/O	Indéterminé SD, AP

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	L'Yttrium-90 dans la prise en charge de carcinomes hépatocellulaires – Note de synthèse	Note de synthèse	16/20	Intervention	Traitement	N.D.	Option additionnelle de traitement du carcinome hépatocellulaire, la radio-embolisation à l'Yttrium 90	Utiliser ou non les billes d'Yttrium 90 dans la prise en charge des patients avec carcinome hépatocellulaire non admissibles à la résection hépatique	Explorer la pertinence de l'utilisation des billes chargées d'Yttrium 90 actuellement disponibles pour la prise en charge des patients avec carcinome hépatocellulaire non admissibles à la résection hépatique	ETMI	- Efficacité - Innocuité - QOL - Lignes directrices	- Revue des revues systématiques - Rapports d'ETMIS	NON	S/O	Indéterminé IH, LL
	Place du Bulkamid (hydrogel de polyacrylamide) dans l'incontinence urinaire d'effort chez la femme – Données actuelles	Note de synthèse (scoping review)	23/50	Intervention	Traitement	Directrice de l'Unité d'urogynécologie du CHUM	Bulkamid, nouvel agent de comblement périurétral pouvant être utilisé dans le traitement de l'incontinence urinaire d'effort	Déterminer la meilleure option de traitement pour les patientes souffrant d'incontinence urinaire d'effort	Évaluer l'efficacité, l'innocuité, l'impact sur la qualité de vie et les coûts du Bulkamid comparativement aux autres traitements pour l'incontinence urinaire d'effort	ETMI	- Efficacité - Innocuité - Impact économique - Impact organisationnel (conditions d'utilisation)	- Revue des revues systématiques - Rapports d'ETMIS - Littérature grise	OUI	Le Bulkamid est une option thérapeutique efficace contre l'incontinence urinaire d'effort chez les femmes non admissibles ou ne voulant pas de chirurgie	En usage RHK, AP

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	Projet pilote : application de l'intelligence artificielle en ophtalmologie - Revue de la littérature et étude terrain, phase I	Évaluation technologique	41/49	Technologie – Système de soutien	Dépistage	N.D.	Intérêt d'utiliser l'intelligence artificielle pour l'évaluation informatisée des images de fond de l'œil dans le dépistage de la rétinopathie diabétique	Améliorer l'efficacité et l'accessibilité du dépistage des maladies oculaires	Évaluer la pertinence de l'utilisation des nouvelles technologies basées sur l'intelligence artificielle (analyseur CARA – logiciel d'analyse rétinienne assisté par ordinateur) dans la détection de la présence ou l'absence de la rétinopathie diabétique	ETMI Évaluation terrain avec développement de la preuve	- Efficacité - Innocuité - Coût-efficacité	- Revue narrative (revues systématiques, études comparatives à répartition aléatoire) - Guides de pratique clinique - Avis d'experts - Données locales	OUI	L'intelligence artificielle est assez documentée pour être utilisée dans le processus de détection de la présence ou l'absence d'atteinte oculaire	Étude pilote avec IRCM IH, AP

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	Efficacité clinique, innocuité et enjeux économiques associés au traitement par robot chirurgical Da Vinci du cancer de l'endomètre	Note de synthèse	34/67	Technologie – équipement	Traitement	Équipe de performance clinique et de pertinence	Déterminer le meilleur traitement parmi les trois modalités chirurgicales présentement utilisées au CHUM pour le traitement du cancer de l'endomètre	Déterminer la modalité la plus efficace et économique dans le cas de l'hystérectomie pour le traitement du cancer de l'endomètre	Évaluer l'efficacité clinique, l'innocuité et l'évaluation économique dans le cas du cancer de l'endomètre	ETMI	- Efficacité - Innocuité (taux de complication, réadmissions) - Impact économique	- Revue systématique de la littérature (étude de synthèse récentes avec ou sans méta-analyse, rapports d'ETMIS, études primaires) - Littérature grise	OUI	Sous réserve de la preuve, préférer la chirurgie robotique à la laparotomie pour le traitement de l'endomètre. Selon les caractéristiques cliniques des cas et la disponibilité des ressources, employer la chirurgie robotique ou la laparoscopie traditionnelle pour le traitement du cancer de l'endomètre Effectuer une analyse de données terrain afin de comparer les résultats obtenus du CHUM avec ceux de la littérature	En usage (SD, LL, AP)

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
2019	L'emploi du plasma riche en plaquettes pour le traitement de quelques indications musculo-squelettiques (Analyse sommaire de la littérature pertinente)	Note de synthèse	18/20	Intervention	Traitement	Service de physiatrie du CHUM	Emploi du plasma riche en plaquettes pour le traitement d'indications non homologuées à l'heure actuelle	Évaluer l'utilisation du plasma riche en plaquette pour le traitement de blessures musculo-squelettiques	Comparer l'efficacité clinique, l'innocuité et l'impact économique associés à l'emploi du plasma riche en plaquette, à l'emploi de l'acide hyaluronique, d'un corticostéroïde, du sang complet, d'un placebo de solution saline ou d'autres comparateurs pertinents pour le traitement d'indications musculosquelettiques	ETMI	- Efficacité - Innocuité - Impact économique	- Revue sommaire de la littérature - Études de synthèses publiées après 2014 - Revues systématiques - Méta-analyses	OUI	Réaliser une étude clinique au CHUM (CRCHUM)	Indéterminé (SD, LL)

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
2018	Adhésifs tissulaires. Utilité locale et chirurgicale	Note de synthèse	24/32	Technologie - dispositif	Autre	N.D.	Évolution rapide des techniques hémostatiques et nombre important d'adhésifs tissulaires utilisés au CHUM	Définir la place de ces produits dans la prise en charge des différentes situations à risque	Compilation et analyse des données probantes relatives à l'efficacité des différentes colles tissulaires hémostatiques et non hémostatiques par rapport aux méthodes classiques	ETMI	- Efficacité - Innocuité	- Revue de revues systématiques - Rapports d'agences - Guides de pratique - Évaluations économiques	NON	Proposition de pistes de réflexion pour un choix pertinent, selon la nature des produits et des interventions visées Les colles chirurgicales, qu'elles soient hémostatiques ou non, doivent être envisagées comme des méthodes de dernière intention ou en complément des techniques de référence, lorsque l'obtention d'une hémostase efficace n'est plus possible	En usage (IH)
	La radiofréquence ou la cryoablation dans le traitement conservateur des tumeurs rénales	Évaluation technologique – revue systématique	31/42	Technologie – équipement	Traitement	N.D.	<i>Mise à jour du rapport de 2014</i> Deux modalités de traitement avec des profils de sécurité et d'efficacité similaires dans lesquels l'hôpital continue d'investir des ressources d'approvisionnement. Touche 20 patients par année	Revoir ou non l'approvisionnement et l'utilisation appropriée de ces 2 équipements	Comparer l'innocuité, l'efficacité et la survie des patients traiter par la cryoablation ou l'ablation par radiofréquence	ETMI	- Efficacité - Innocuité - Taux de survie	- Revue systématique de revues systématiques - Rapports d'agences - Base de données locales (caractéristiques par intervention)	OUI	- Lorsque la préoccupation secondaire est le risque de récurrence tumorale, opter pour la radiofréquence - Lorsque la préoccupation secondaire est la capacité à se remettre des complications ou le désir est de maximiser la possibilité de rester en vie, opter pour la cryoablation	En usage (DKM / IH)

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	Évaluation de la pertinence des protecteurs trachéaux chez les patients ayant eu une laryngectomie totale	Évaluation technologique – revue systématique	78/112	Technologie – dispositif	Autre	Services d'orthophonie CHUM et CHU de Québec	Existence de types de protections trachéales plus spécialisées et celles offertes actuellement par les services d'orthophonie	Élargir ou non l'offre actuelle de protecteurs trachéaux	Déterminer l'efficacité relative, l'innocuité et les impacts organisationnels associés à l'utilisation des principaux types de protecteurs trachéaux	ETMI/Évaluation terrain avec développement de la preuve	- Efficacité - Innocuité - Impact organisationnel	- Revue de la littérature (rapports d'ETMIS, études, lignes directrices, autres données) - Sondage - Entretiens semi-dirigés CHUM & CHU Québec (pratiques cliniques liées à la prescriptions des protecteurs trachéaux), enjeux organisationnels, gestion du programme SAL-PAC	OUI	- Maintenir l'utilisation actuelle de protecteurs trachéaux - Établir un comité consultatif conjoint (CHUM/CHU de Québec) pour mieux encadrer l'utilisation des protecteurs trachéaux - Ne pas introduire l'usage de protecteurs trachéaux pendant la période postopératoire immédiate	Non utilisé (SD)

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
2017	Antibioprophylaxie chirurgicale	Note de synthèse	17/19	Intervention	Prévention	N.D.	Les infections au site opératoire sont les infections associées aux soins de santé les plus fréquentes chez les patients opérés	N.D.	Veille scientifique sur les recommandations préconisées pour l'antibioprophylaxie chirurgicale lors d'implantation de prothèse péniennne en chirurgie de jour	ETMI	- Impact organisationnel (lignes directrices)	- Revue rapide de la littérature (études publiées) - Rapports d'agences	NON	Le chirurgien est à même de définir le type d'intervention et de juger de la pertinence d'une antibiothérapie prophylactique. Les lignes directrices ne font aucune mention d'une prophylaxie 24 heures avant l'intervention. Les protocoles entourant la prise en charge de ce type d'intervention est la responsabilité du département concerné. Il semble opportun que les protocoles soient harmonisés et que le Comité de prévention et contrôle des infections du CHUM soit sollicité.	En usage (RHK)

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	Les matrices dermiques acellulaires dans la reconstruction mammaire post-mastectomie	Note de synthèse	29/50	Technologie - dispositif	Traitement	Direction des affaires médicales et universitaires	Utilisation grandissante des matrices dermiques acellulaires et impact budgétaire non négligeable	Utiliser ou non les matrices dermiques acellulaires dans la reconstruction mammaire prothétique	Évaluer l'efficacité clinique, l'innocuité et le coût-efficacité de l'utilisation de la matrice dermique acellulaire dans la reconstruction mammaire avec implant chez les femmes de 18 ans ou plus, à la suite d'une mastectomie totale pour le cancer du sein, la maladie pré-invasive ou la réduction des risques.	ETMI	- Efficacité - Innocuité - Coût-efficacité	- Revue systématique de revues systématiques et méta-analyses - Rapports d'agences - Guides de pratiques - Études comparatives à répartition aléatoire - Bases de données locales (taux de complication)	OUI Intégrées à la conclusion	Il est recommandé d'utiliser l'algorithme du Feinberg School of Medicine, Northwestern University Colliger les données cliniques, les résultats esthétiques et le niveau de satisfaction des patients. Mise à jour du rapport suggérée d'ici 2 ans	En usage (IH)

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	Utilisation de la thérapie à pression négative dans les plaies complexes : état de la question	Note de synthèse	12/14	Technologie - équipement	Traitement	Comité Introduction des nouveaux produits du CHUM	Renouvellement des dispositifs de la thérapie par pression négative	Renouveler ou non les dispositifs de la thérapie par pression négative actuellement disponibles	Déterminer une liste d'indicateurs pour l'évaluation de 2 méthodes de thérapie par pression négative utilisées dans l'établissement et évaluer l'organisation des soins et services associés à cette technologie	ETMI	- Efficacité - Innocuité - Coûts - Impact organisationnel	- Revue systématique de la littérature - Données proposées par fabricant - Rapports d'agences	OUI En avant-propos	L'utilisation de la thérapie par pression négative doit être considérée après avoir envisagé les traitements standards et que son emploi respecte les conditions d'emploi précises	En usage (RHK)
							Évaluation de 2 méthodes de thérapie par pression négative concurrentielles utilisées au sein de l'établissement		Comparer la thérapie par pression négative aux autres options de traitement (débridement, désinfection bactérienne, etc.)					Il n'y a pas d'arguments cliniques qui distinguent les 2 dispositifs disponibles au Québec	Rapport en support au développement d'un devis d'évaluation qui pourra être appliqué sur le terrain, par les utilisateurs de la technologie, avant de prendre une décision
														Indicateurs proposés dans la section « Discussion »	

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	La place de l'endoprothèse vasculaire Zilver PTX dans le traitement des artériopathies fémoropoplitées : État de la question	Note évaluative – revue systématique	30/55	Technologie - dispositif	Traitement	N.D.	Évolution rapide de la thérapie endovasculaire et des données scientifiques sur le sujet Nouvelles technologies et études disponibles	Définir la place des endoprothèses à élution médicamenteuse (Zilver PTX) dans la stratégie de prise en charge de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs	Analyser l'indication et l'efficacité, l'innocuité et les coûts liés à l'utilisation des techniques endovasculaires dont les endoprothèses à élution médicamenteuse dans le traitement des artériopathies	ETMI	- Efficacité - Innocuité - Coûts	- Revue systématique de la littérature (articles scientifiques) - Rapports d'agences - Données locales (données cliniques, coûts et devis pour évaluation économique) N'inclut pas d'analyse du niveau de la preuve	OUI	Il est recommandé de déterminer les indications précises du Zilver PTX au CHUM Procéder à une collecte de données prospectives sur des patients atteints d'artériopathies oblitérante fémoropoplitées traitées par des approches percutanées Un algorithme définissant les différentes options disponibles et décrivant les critères devant servir à orienter le choix de technologie devrait être élaboré	En usage (RHK) Mise à jour 2010 (à valider)

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	Interventions visant à réduire le suremploi de tests d'imagerie pour le diagnostic de l'embolie pulmonaire	Évaluation technologique – revue systématique	55/140	Intervention	diagnostic	Comité de pertinence et de performance clinique du CHUM	Suremploi observé de tests d'imagerie pour le diagnostic de l'embolie pulmonaire	Choisir les interventions pouvant être impliquées pour réduire le suremploi de tests d'imagerie lorsqu'une embolie pulmonaire est suspectée	Définir les interventions possibles et leurs conditions d'implantation pour réduire le suremploi de tests d'imageries chez les patients à faible risque d'embolie pulmonaire Éclairer la prise de décision des instances compétentes du CHUM quant à la possibilité d'implanter ce type d'intervention	ETMI	- Efficacité - Innocuité - Coûts - Impact organisationnel (facteurs facilitateurs et barrières à l'implantation)	- Revue systématique de la littérature (études randomisées, revues systématiques, méta-analyses) - Rapports d'agences - Base de données locales (Radimage : rendement diagnostic associé à l'APT pour le diagnostic de l'embolie pulmonaire au CHUM)	OUI	Créer une application informatique permettant d'émettre des rapports de rendements sur le taux d'utilisation et de détection des examens de tomodensitométrie Promouvoir l'utilisation de règles de décision clinique validées	Non utilisé (SD)

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
2016	Efficiency de l'assistance par ECMO dans le soutien cardiaque et respiratoire	Note de synthèse – Compte-rendu narratif	33/44	Technologie - équipement	Autre Prise en charge des fonctions respiratoires et/ou circulatoires pour donner du temps à l'organe endommagé (cœur ou poumon) de récupérer adéquatement	N.D.	Unification des trois hôpitaux du CHUM. Le nouveau CHUM veut devenir le centre régional d'expertise en prise en charge de l'insuffisance respiratoire aigüe. Seul centre pour adulte qui utilise la technologie Possibilité de 15 à 20 patients avec le nouveau CHUM Déjà 4 appareils d'ECMO au Québec dont 2 au CHUM	Éclairer la prise de décision dans le contexte actuel du CHUM	Documenter l'efficacité, l'innocuité et le coût-efficacité de l'ECMO pour la prise en charge des patients ayant une défaillance cardiaque ou pulmonaire aigüe	ETMI	- Efficacité - Innocuité - Coût-efficacité	- Revue systématique de rapports d'agences, revues systématiques et méta-analyses, guides de pratiques et études comparatives non réparties au hasard - Évaluations économiques	OUI Intégrées au résumé	Il est recommandé d'utiliser l'ECMO dans le cadre d'une gouvernance clinique bien établie avec des indications claires et une collecte de données continue afin d'apprécier les résultats cliniques.	En usage (IH) Entre 5 et 8 patients sont traités par l'ECMO au CHUM

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	Le choix du couple de frottement pour la prothèse de la hanche	Note de synthèse – Compte-rendu narratif	21/26	Technologie – dispositif	Traitement	N.D.	Arthroplastie totale de la hanche en pleine expansion étant donné le vieillissement croissant de la population	Éclairer la prise de décision dans le contexte actuel du CHUM	Explorer la pertinence de l'utilisation de différents couples de frottement actuellement disponibles pour la chirurgie de la hanche	ETMI	- Efficacité - Indication	- Revue rapide de la littérature (études randomisées, revues systématiques, méta-analyses)	NON	Selon la majorité des données recueillies, le couple de frottement le plus performant cliniquement et ayant le meilleur rapport coût-efficacité reste le couple de frottement tête en céramique sur cotyle/insert en polyéthylène	Indéterminé (IH)
							Différents couples de frottement possibles pour la prothèse						- Rapports d'agences	Certaines agences préconisent d'autres types de prothèse, selon l'activité du patient	

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	La place des produits de culture autologues dans la prise en charge des grands brûlés	Note de synthèse – Compte-rendu narratif	32/41	Technologie – dispositif	Traitement	N.D.	Thérapies alternatives efficaces de remplacement cutané, autre que des autogreffes, ont été développées	Éclairer la prise de décision dans le contexte actuel du CHUM	Analyser l'efficacité, l'innocuité et le coût-efficacité de l'utilisation des feuillets confluents de kératinocytes pour le remplacement de l'épiderme et les produits autologues bilamellaires pour le remplacement de l'épiderme et du derme	ETMI	- Efficacité - Innocuité - Coût-efficacité	- Revue systématique de revues systématiques, méta-analyses, études comparatives prospectives ou rétrospectives - Lignes directrices - Rapports d'agences - Données locales (options thérapeutiques de prise en charge des grands brûlés au centre d'expertise du CHUM)	OUI Une section	Créer un registre avec les données de la population traitée avec ce type de substitut au sein du Centre dans le but de consolider toute recommandation future Des études supplémentaires sont nécessaires avant qu'une adoption généralisée ne soit justifiée	En usage (IH) Le Centre de référence du CHUM utilise les couches confluents de kératinocytes et la reconstruction bilamellaire autologue en 3 ^e et 4 ^e intention de traitement

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	Traitement de l'insuffisance rénale : données récentes comparant l'hémodialyse et les thérapies convectives : hémodilution et hémofiltration	Note de synthèse	29/35	Technologie – Équipement	Traitement	N.D.	Clarifier la place de l'hémofiltration/hémodiafiltration dans la prise en charge des patients atteints d'insuffisance rénale chronique	N.D.	Colliger les données disponibles sur l'efficacité clinique des différentes méthodes d'épuration et, plus spécifiquement, de l'hémodiafiltration	ETMI	- Efficacité	- Revue systématique de la littérature - Rapports d'agences N'inclut pas d'analyse du niveau de la preuve	NON	L'adoption généralisée de thérapies convectives, y compris l'hémodiafiltration, n'est pas justifiée et l'adoption généralisée de ces techniques dans le but d'améliorer les résultats cliniques n'est pas soutenue par des preuves de haute qualité	Indéterminé (RHK) Semble être une mise à jour
							Intérêt à savoir si l'hémodiafiltration intermittente en ligne donne de meilleurs résultats que l'hémodyalise standard en ambulatoire								

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	La place de l'embolisation dans le traitement palliatif des hépatomes	Note de synthèse – Compte-rendu narratif	19/27	Intervention	Traitement	N.D.	Controverse quant à l'efficacité de l'embolisation en termes de prolongation de la survie dans le traitement de carcinome hépatocellulaire	Éclairer la prise de décision dans le contexte actuel du CHUM	Résumer les recommandations des principaux organismes professionnels et des guides de pratique Synthèse des données probantes sur l'efficacité clinique de l'embolisation des hépatomes	ETMI	- Efficacité - Innocuité - Spécificité (quel patient, dans quelles circonstances et comment) - Impact organisationnel	- Revue systématique de revues systématiques, études importantes - Rapports d'ETMIS - Guides de pratiques - Bases de données locales (Radimage, RAMQ et MedEcho : Efficacité de la chimioembolisation)	OUI une section	Établir un protocole clair quant aux indications, compléter l'analyse des données de la cohorte présentée dans le rapport et mettre en place un système de recueil permettant d'évaluer l'effet de la TACE sur la survie	En usage (IH) Addenda publié en 2012 L'intervention pratiquée au CHUM est la chimioembolisation, lorsque les patients sont inopérables Les recommandations n'ont pas été suivies Le registre n'a pas été mis en place

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	Appréciation de quelques modèles de prothèses de valve aortique employées en chirurgie cardiaque	Note de synthèse	12/13	Technologie - dispositif	Traitement	N.D.	Appel d'offres – quatre prothèses de valves aortiques mécaniques et deux prothèses de valve aortique biologiques visées par l'appel d'offre	Choix de produits dans le cadre d'un appel d'offres	Documenter l'efficacité hémodynamique et clinique de certains modèles de prothèses de valve aortiques mécaniques et biologiques employées en chirurgie cardiaque	ETMI	- Efficacité	- Revue non systématique de la littérature (études observationnelles et études comparatives) - Bases de données locales (emploi de prothèses de valve aortique en chirurgie cardiaque au CHUM)	NON	Il n'est pas possible de porter un jugement sur la qualité ou sur l'efficacité relative de chaque prothèse Les études indiquent une supériorité hémodynamique des prothèses biologiques bovines comparativement aux prothèses biologiques porcines. Cependant, il n'y a pas de différences significatives au niveau de la mortalité Le choix de prothèse est influencé par les caractéristiques anatomiques et médicales du patient et l'aisance des chirurgiens à employer un type ou autre de prothèse	En usage (SD)

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	Bronchoscopie par navigation électromagnétique dans les tumeurs pulmonaires périphériques : état de la question	Rapport d'évaluation	32/61	Technologie - équipement	Diagnostic	N.D.	Technologie présentée actuellement utilisée au CHUM, mais les données locales ne sont pas encore disponibles Nouvelle technologie qui pourrait offrir une méthode alternative de biopsie pulmonaire en diminuant le risque de pneumothorax	N.D.	Déterminer le rôle précis de la bronchoscopie par navigation électromagnétique par rapport aux autres méthodes diagnostiques déjà en place	ETMI	- Efficacité - Coût	- Revue systématique de la littérature (études primaires) - Lignes directrices - Rapports d'ETMIS, - Travaux et autres données	OUI	Les données de la littérature ne permettent pas de modifier les protocoles d'investigation établis pour les nodules pulmonaires Des indications précises de la bronchoscopie par navigation électromagnétique devront être décrites	En usage (RHK) Technologie présentement utilisée au CHUM, mais les données locales ne sont pas encore disponibles au moment de l'étude Le comité scientifique du CHUM est nommé dans le rapport
2015	Expérimentation de REACTS comme outil de téléassistance en neurochirurgie	Rapport d'évaluation	27/50	Technologie – système de soutien	Autre	N.D.	Technologie utilisée pour la téléassistance lors de la supervision de résidents et fellows en neurochirurgie dans le cadre d'un projet pilote au CHUM. L'UETMIS a participé à l'évaluation du projet pilote	N.D.	Déterminer la performance technologique de l'application et la perception des utilisateurs quant à son utilité pour la formation des médecins spécialistes en neurochirurgie en contexte de pratique	Evaluation terrain avec développement de la preuve	- Performance technique - Convivialité - Impact organisationnel (facteurs facilitant et barrières à l'implantation)	- Données terrain (questionnaire, tableau de suivi, groupe de discussion) - Revue de la littérature (études et rapports d'évaluation)	NON	La technologie REACTS peut permettre d'assister les chirurgiens à distance, grâce à la participation active qu'offre l'outil en temps réel ; certains ajustements demeurent nécessaires. La technologie REACTS pourrait présenter certains avantages pour l'avenir en tant qu'outil à la formation pour l'assistance à domicile et en tant que véhicule de transfert d'expertise locale et internationale.	Non utilisé – Projet pilote (IH) Non implanté Changement à la direction académique

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	La biacuplastie pour le traitement de la douleur lombalgique d'origine discale	Note de synthèse	15/31	Technologie – équipement	Traitement	Direction des services multidisciplinaires CHUM	Intérêt envers les technologies non invasives pour le soulagement de la douleur lombaire	Introduire ou non cette technologie	Documenter l'efficacité et l'innocuité de la biacuplastie pour le traitement de la douleur lombalgique d'origine discale	ETMI	- Efficacité - Innocuité	- Revue rapide de la littérature (études à répartition aléatoire, revues systématiques, méta-analyses)	OUI une section	Les preuves d'efficacité sont insuffisantes pour recommander la mise en place de cette pratique. Si elle est introduite, une évaluation rigoureuse devrait être effectuée, soit un projet de recherche bien encadré	Non utilisé (IH) Un MD du CHUM a utilisé cette technologie dans sa clinique privée en 2014
	Réutilisation du matériel médical à usage unique : état de la question	Note de synthèse	20/32	Technologie – Système de soutien	Autre	Direction du budget et de la performance économique CHUM	Un nombre non négligeable d'établissements de santé réutilisent le matériel médical à usage unique après une procédure de retraitement	Instaurer au non la réutilisation du matériel médical à usage unique	Proposer des recommandations en ce qui concerne l'adoption de cette pratique au CHUM.	ETMI	- Sécurité - Éthique - Juridique	- Revue systématique des différents avis et directives publiés concernant la réutilisation du matériel médical à usage unique	OUI une section	Il n'y a pas de raison d'interdire la réutilisation du matériel médical à usage unique au CHUM. Toutefois, un encadrement de cette activité est recommandé	Non utilisé (RHK) Il est recommandé de former un comité de réutilisation qui encadrera cette pratique et qui pourra également se pencher sur les enjeux éthiques

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	L'embolisation dans le traitement des anévrismes intracrâniens : état de la question	Note de synthèse – Compte-rendu narratif	16/29	Intervention	Traitement	N.D.	3 options thérapeutiques offertes. Évaluation d'une des options : embolisation par microspores pour le traitement des anévrismes intracrâniens	Éclairer la décision dans le contexte actuel du CHUM	Exposer les approches thérapeutiques et la justification de leur utilisation dans un contexte spécifique	ETMI	- Efficacité - Innocuité - Spécificité (pour quel patient, dans quelles circonstances et comment) - Enjeux organisationnels	- Revue rapide de la littérature (revues systématiques, guides de pratique, études importantes) - Rapports d'ETMIS	NON	Le traitement endovasculaire par microspires, comme le traitement chirurgical par pinces, présente des contraintes et des risques L'option de traitement dépend de plusieurs facteurs : la taille et la localisation de l'anévrisme, l'âge, l'état clinique du patient et ses antécédents médicaux et familiaux	En usage (RHK)
	Utilisation des endoprothèses aortiques multibranches ou fenêtrées dans les anévrismes de l'aorte abdominale	Note de synthèse	14/20	Technologie – dispositif	Traitement	N.D.	Augmentation du nombre d'anévrismes de l'aorte abdominale Utilisation des prothèses aortiques fenêtrées et multibranches qui représentent une approche endovasculaire possible de traitement. Cependant comme c'est un dispositif personnalisé pour se conformer à l'anatomie du patient, constitue des coûts élevés	N.D.	Déterminer l'efficacité clinique des endoprothèses vasculaires multibranches ou fenêtrées dans le traitement des anévrismes de l'aorte abdominale	ETMI	- Efficacité - Revue rapide de la littérature (revues systématiques, études comparatives prospectives ou rétrospectives importantes) - Rapports d'ETMIS - Guides de pratique	OUI Intégrées à la conclusion	Offrir les endoprothèses multibranches ou fenêtrées et positionner le CHUM comme un centre d'expertise pour le traitement des anévrismes de l'aorte abdominale juxtarenale Maintenir un registre des patients traités pour évaluer l'efficacité à long terme Maintenir une vigie de la littérature pour incorporer dans la pratique, les nouvelles connaissances	Non utilisé (RHK)	

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	Thrombolyse intracrânienne suivant un AVC	Note de synthèse	6/6	Intervention	Traitement	N.D.	N.D.	N.D.	Bref survol de la littérature concernant l'efficacité de l'intervention	ETMI	Efficacité	- Survol de la littérature disponible	OUI Intégrées à la conclusion	Les données probantes justifient l'utilisation de la thrombolyse intracrânienne suivant un AVC	Utilisé dans le cadre d'un projet de recherche (RHK)
	Enquête auprès des premiers médecins de famille ayant fait appel au service d'experts en douleur chronique	Rapport d'évaluation	24/35	Mode d'intervention	S/O	N.D.	Consultation effectuée auprès des premiers médecins de famille ayant sollicité le service Avis d'experts lancé en janvier 2013 par le Service d'algologie du CHUM et du Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique du RUIS-UM	N.D.	Décrire la méthodologie derrière la consultation effectuée auprès des médecins de famille ayant sollicité le service Avis d'experts et analyser les résultats	Evaluation terrain avec développement de la preuve	- Impact organisationnel	- Données terrain - Revue systématique produite par l'UETMIS (2013)	NON	Bien que l'implantation du service Avis d'experts apparaisse prometteuse, il conviendrait qu'elle soit accompagnée d'un effort de recherche évaluative permettant de mieux comprendre les effets sur le plan organisationnel et institutionnel et d'en apprécier la rentabilité économique	Projet pilote (SD) Résultats présentés dans 2 congrès en octobre 2014 (Montréal et Buenos Aires)

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
2014	La radiofréquence ou la cryoablation dans le traitement conservateur des cancers du rein ?	Rapport d'évaluation – revue narrative	29/46	Technologie – équipement	Traitement	Direction des services multidisciplinaires Département de radiologie CHUM	Détection des carcinomes rénaux de plus en plus tôt. Mise au point de techniques d'intervention peu invasives visant à préserver la fonction rénale.	Planifier, s'il y a lieu, l'acquisition et l'utilisation du système de cryothérapie	Fournir aux décideurs les renseignements adéquats et disponibles concernant le système de cryothérapie pour l'ablation des petites tumeurs rénales (4cm et moins) vs la radiofréquence et la surveillance active.	ETMI	- Efficacité - Innocuité - Coût-efficacité/coût-utilité	- Revue systématique de la littérature (études primaires, revues systématiques, références bibliographiques des études sélectionnées) - Guides de pratique clinique - Consensus d'experts - Rapports d'agences - Base de données locales (ablation des tumeurs rénales par radiofréquence)	OUI une section	Favoriser la surveillance active quand cela est approuvé ; opter pour la cryothérapie pour l'ablation de tumeurs centrale, et ; considérer la possibilité de traiter toutes les tumeurs rénales par cryothérapie.	Cryoablation non utilisé (IH) Lacunes à combler présentées

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	Utilisation du Trellis-8 dans le traitement des thromboses veineuses profondes aiguës proximales	Rapport d'évaluation	24/45	Technologie - dispositif	Traitement	N.D.	Homologation récente de l'utilisation du Trellis-8 dans le traitement de la thrombophlébite veineuse profonde	N.D.	Évaluer l'efficacité et l'innocuité de Trellis-8 dans le traitement des thromboses veineuses profondes	ETMI	- Efficacité - Innocuité - Coût-efficacité	- Revue systématique de la littérature (études primaires) - Rapports d'agences - Données locales (expérience personnelle 1 médecin) N'inclut pas d'analyse du niveau de la preuve	OUI une section de la conclusion	La thrombolyse pharmacomécanique par Trellis-8 est efficace dans le cas de thrombose veineuses profondes aiguës cependant il est impossible de statuer sur la supériorité de Trellis-8 sur les autres dispositifs de thrombolyse pharmacomécanique. Comparer Trellis-8 dans une étude in situ Utiliser Trellis-8 comme option thérapeutique chez certains patients spécifiques et tenir un registre	En usage (RHK, Yiqiao Xim) Technologie déjà utilisée dans les 3 hôpitaux du CHUM, dans des indications cliniques très précises 2012 – 14 2013 – 5 2014 -15 Coût 2537\$ CAN

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	Indicateurs de suivi des interventions visant à favoriser l'autonomie et la mobilité des personnes âgées hospitalisées	Rapport d'évaluation	28/79	Mode d'intervention	S/O	Direction des soins infirmiers et des regroupements clientèles (DSI-RC)	Mise en œuvre de l'approche d'OPTIMisation des soins aux personnes Agées à l'Hôpital débutée au CHUM en 2007. Développement de l'approche adaptée à la personne âgée en implantation dans les centres hospitalier depuis 2012. Volonté de systématiser le processus d'évaluation et de suivi amorcé par le CHUM en 2008	Choisir les indicateurs de qualité jugés prioritaires ou essentiels pour permettre l'évaluation de l'approche OPTIMAH	Identifier et documenter des indicateurs de qualité pertinents pour le suivi de l'approche d'Optimisation des soins aux personnes âgées à l'hôpital, en conformité avec les objectifs de l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier du MSSS et identifier le degré de difficulté à mesurer ces indicateurs	ETMI en support à une évaluation terrain future	- Efficacité - Enjeux organisationnels	- Revue de la littérature (revues systématiques avec ou sans méta-analyse, études primaires) - Guides de pratique clinique - Rapports d'agences N'inclut pas d'analyse du niveau de la preuve	OUI une section	Il est recommandé de poursuivre la recension des écrits afin de répertorier des indicateurs de qualité utiles aux cinq autres volets de ces approches de soins Favoriser une concertation régionale, puis suprarégionale en vue de choix et de l'implantation des indicateurs qui seront ultimement retenus pour le suivi de ces approches.	En usage (SD) Présence d'une section présentant les lacunes à combler dans L'état des connaissances Sur la base de ce rapport, évaluer le programme OPTIMAH et identifier les facilitateurs et barrières qui ont influencé l'atteinte des objectifs du programme

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
2013	Défi entourant le déploiement des ordonnances électroniques pour les tests diagnostiques au CHUM	Rapport d'évaluation	28/37	Technologie – système de soutien	Autres	Direction des ressources technologiques du CHUM	Projet d'implantation d'un logiciel de saisie information des ordonnances médicales actuellement utilisé dans certains centres hospitaliers.	N.D.	Fournir aux décideurs les renseignements permettant de planifier l'installation, l'utilisation et la mise en œuvre du logiciel	ETMI	- Enjeux organisationnels (utilisation et implantation) - Qualité - Sécurité	- Revue exhaustive de la littérature (études primaires randomisées ou études prospectives comparatives, revues systématiques, méta-analyses) - Rapports d'agences N'inclut pas d'analyse du niveau de la preuve	OUI Jumelé à la conclusion	Facteurs de succès de l'implantation du système. Il est suggéré d'implanter le système d'ordonnance dans un département pilote en vue de tester le système sans porter préjudice à l'intégrité des patients à risques et d'affiner son utilisation en fonction des besoins du département	Non utilisé (IH) Ici, changement de la mission et de la direction
	Traitements du stade terminal de l'insuffisance rénale – données récentes comparant l'hémodialyse et la dialyse péritonéale	Rapport d'évaluation	25/37	Technologie – équipement	Traitement	Direction de la performance médico-économique du CHUM	Projet de synthèse des connaissances faisant partie d'un mandat plus large émanant de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Augmentation des dépenses liées à l'hémodialyse. Étude visant à approfondir les connaissances des coûts et des pratiques pour les activités d'hémodialyse	N.D.	Comparer les résultats cliniques des deux modes de dialyse en termes d'efficacité, de coût-efficacité et de coût-utilité.	ETMI	- Efficacité - Coût-efficacité	Revue de la littérature (méta-analyses, essais cliniques à répartition aléatoire, revues systématiques, études observationnelles corrigées pour éviter les biais et facteurs confondants)	OUI une section	Effectuer une synthèse de la littérature portant sur les déterminants sociaux, médicaux et organisationnels qui orientent le choix final de modalité de traitement. Effectuer une évaluation économique locale comparant l'hémodialyse traditionnelle et la dialyse péritonéale	Indéterminé (RHK) Lacunes à combler présentées dans l'état des connaissances

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	Implantation et effets du lean et du six sigma en milieu de soins aigus	Rapport d'évaluation	31/62	Mode d'intervention	Autre Gain en efficience	Direction du soutien à la transformation du CHUM	Méthode lean et Six Sigma suscitent beaucoup d'intérêt dans le secteur de la santé. Améliorer l'efficience et la performance des services et des organisations	Analyse des processus de gestion clinique et administrative dans le contexte de la transformation amorcée au CHUM en vue de l'établissement du CHUM sur un site unique en 2016	Synthèse des connaissances portant sur les meilleures méthodes et approches pour revoir l'organisation du travail et assurer une amélioration de la performance	ETMI	- Efficacité - Enjeux organisationnels (facteurs facilitateurs, obstacles, effets liés à l'implantation)	- Revue de la littérature – synthèse des connaissances (revues systématiques, synthèses publiées, essais randomisés, évaluations économiques) - Rapports d'ETMI	OUI Une section	Privilégier l'implantation du lean et du Six Sigma à titre pilote dans des milieux qui ont déjà connu du succès (pour processus cliniques et accroître la qualité des soins) Favoriser une implantation sollicitant la participation de l'ensemble des acteurs du milieu Évaluer les effets des implantations du lean et du Six Sigma, le contexte d'implantation des interventions et dans quelle mesure l'effet de ces méthodes est significatif	Projet pilote lean et Six Sigma (SD) Lacunes à combler présentées dans l'état des connaissances

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	La chirurgie assistée par le robot da Vinci dans des interventions ciblées	Note informative	21/27	Technologie – équipement	Traitement	Département de chirurgie du CHUM	Robot chirurgical DaVinci le plus répandu dans le monde et le seul commercialisé au Canada	Planifier l'implantation de la technologie dans l'établissement	Faire états des principaux résultats et des conclusions relatifs à l'usage du robot Da Vinci en urologie, en ORL, et en neurochirurgie	ETMI	- Innocuité - Efficacité - Enjeux organisationnels (courbe d'apprentissage) - Coûts	Revue restreinte de la littérature (synthèses publiées, études primaires – neurochirurgie, revues systématiques, méta-analyses) - Rapports d'ETMIS	NON	La NRR, CRR, pyéloplastie, thyroïdectomie, chirurgie oropharyngée sont des approches sûres et leurs effets sont comparables aux chirurgies conventionnelles à court terme. Les données manquent pour les effets à long terme.	En usage (SD) Testé en 2010 en gynécologie Technologie implantée en avril 2012

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	Les services de consultation permettant à des médecins de première ligne d'obtenir une deuxième opinion de médecins spécialistes	Rapport d'évaluation	30/93	Mode d'intervention	Autre Gain en efficience	Service d'algologie du CHUM et CEGDC du RUIS de l'U de M	Le Service d'algologie du CHUM, en collaboration avec le Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique(CEGDC) du RUIS de l'U de M veulent mettre sur pied un service d'avis d'experts permettant à un médecin de première ligne de consulter un médecin spécialiste afin d'obtenir une expertise dans le traitement de la douleur chronique	Planifier le développement d'un service d'avis d'experts permettant à un médecin généraliste de consulter par téléphone un spécialiste oeuvrant en douleur chronique, en collaboration avec le CEGDC du RUIS de l'U de M	Apporter un éclairage sur les services de consultation permettant à un médecin de première ligne de consulter un spécialiste ; déterminer si ces interventions peuvent contribuer à améliorer les résultats de santé des patients, favoriser une meilleure prise en charge des patients par les services de santé de première ligne et contribuer à améliorer la qualité des soins offerts	ETMI	- Efficacité - Impact organisationnel - Coûts	- Revue de la littérature (études primaires variées, essais cliniques, études observationnelles, revues systématiques, évaluations économiques) - Rapports d'Agences - Littérature grise	OUI	L'implantation d'un service de consultation téléphonique en douleur chronique pourrait être envisagée à titre pilote. Apprécier l'implantation et les effets d'un tel projet à l'aide d'un devis méthodologique de qualité - niveau de satisfaction des Mds - Qualité des soins - Utilisation des ressources Une série d'indicateurs y sont présentés	Non implanté (SD) Lacunes à combler présentées dans l'état des connaissances
2012	L'utilisation des tampons alcoolisés non stériles au CHUM	Note informative	11/15	Technologie - dispositif	S/O	Département de microbiologie médicale et infectiologie du CHUM	Doute de contamination par <i>Bacillus</i> des bouteilles d'hémoculture	Remplacer ou non les tampons d'alcool non stériles par des tampons d'alcool stériles	Faire le point sur la pertinence de remplacer les tampons alcoolisés non stériles par des tampons alcoolisés stériles en milieu hospitalier	ETMI	- Efficacité	Revue de la littérature (études primaires variées) N'inclut pas d'analyse du niveau de la preuve	OUI Une section	Là où l'utilisation des tampons alcoolisés est appropriée, il n'est pas recommandé de les remplacer par des dispositifs stériles	En usage (IH)

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	L'utilisation des microsphères DC BEAD pour le traitement des carcinomes hépatocellulaires – addenda	Addenda	3/4	Intervention	Traitement	N.D.	Publication d'une revue systématique par the Cochrane Collaboration portant sur la chimioembolisation	S/O	Réactions face à la nouvelle publication de Cochrane	S/O	- Efficacité	Brève revue de la littérature (méthode non décrite) N'inclut pas d'analyse du niveau de la preuve	NON	La chimioembolisation traditionnelle ainsi que l'embolisation avec les microsphères DC Beads devront faire l'objet d'autres études comparatives afin de confirmer leur efficacité clinique	Études à venir sur la chimio-embolisation (LL/IH)
	Chirurgie assistée par robot : Développement des compétences et courbe d'apprentissage	Note informative	3/8	Technologie – équipement	Traitement	N.D.	Le CHUM a fait l'acquisition du robot Da Vinci Démarrage du programme de chirurgie assistée par robot	S/O	Faire le point sur les connaissances relatives à la courbe d'apprentissage. Dégager les différents principes.	S/O	- Impact organisationnel (courbe d'apprentissage)	Survot de la littérature (méthode non décrite) N'inclut pas d'analyse du niveau de la preuve	OUI	Former un comité de surveillance et déterminer les étapes nécessaires à la création d'une équipe et d'un programme de chirurgie assistée par robot ; mettre en place les mécanismes permettant de mesurer de façon prospective la courbe d'apprentissage ; explorer la possibilité d'entreprendre un étude randomisée comparant la chirurgie assisté par robot à la chirurgie conventionnelle	(LL)

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	Hybridation in situ argentique (Dual-color SISH) dans la détection de l'amplification génique de HER2 dans les cancers gastriques à un stade avancé	Rapport d'évaluation	29/44	Technologie – équipement	Diagnostic	Département de pathologie de l'Hôpital Saint-Luc	Nouvelles perspectives dans le diagnostic des cancers gastriques Volonté d'améliorer le diagnostic de cancer gastrique	Utiliser ou non cette technologie	Évaluer la technique d'hybridation in situ argentique de type Dual color SISH dans la détection du gène HER2 dans le diagnostic du cancer gastrique métastatique	ETMI	- Efficacité	- Revue de la littérature (études, autres données) - Rapports d'ETMIS - Lignes directrices - Rapports d'Agences	OUI Une section	Les données disponibles plaident en faveur de l'utilisation d'une technique d'hybridation in situ chromogénique (microscope à fond clair) Maintenir un registre afin d'obtenir des données permettant de compléter une évaluation économique	(RHK) 4 relecteurs identifiés
	L'utilisation de la reconnaissance vocale au CHUM	Évaluation technologique	35/53	Technologie – système de soutien	Autres	Direction des ressources technologiques CHUM	Projet d'implantation de la reconnaissance vocale au CHUM Nombre imposant de rapports créés annuellement et pénurie de transcripateurs Délais dans la disponibilité d'un diagnostic et consultation	Planifier l'installation, l'utilisation et le déploiement de la reconnaissance	Évaluer l'efficacité de l'utilisation de la reconnaissance vocale comparativement au mode de transcription manuel Identifier les défis liés à l'utilisation de la reconnaissance vocale et les éléments à considérer avant l'implantation	ETMI	- Efficacité - Enjeux organisationnels (utilisation, installation, déploiement, avantages et inconvénients)	Revue exhaustive de la littérature (études randomisées, études prospectives comparatives, études primaires, autres données) - Rapports d'ETMIS - Lignes directrices - Rapports d'Agences	OUI Une section de la conclusion	Déterminer le service, le département et les utilisateurs ayant une prédisposition favorable Procéder à une implantation pilote et à une évaluation de la perception des utilisateurs et des indices de performance Appliquer la reconnaissance vocale à un sous-groupe de comptes rendus afin de diminuer le risque d'erreur	Non utilisé (IH) Changement de stratégie d'implémentation

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	Ozonothérapie dans le traitement des atteintes musculosquelettiques d'origine spinale	Évaluation technologique	30/49	Technologie – équipement (générateur électrique)	Traitement	Département de physiatrie du CHUM	Acquisition de l'équipement	Acquérir ou non la technologie	Évaluer l'efficacité de l'ozonothérapie par rapport aux autres traitements pour les troubles musculosquelettiques d'origine spinale	ETMI	- Efficacité	- Revue de la littérature (études primaires, revues systématiques)	OUI Une section de la conclusion	Procéder à une étude comparative randomisée afin d'évaluer les avantages et les désavantages de l'ozonothérapie par rapport à d'autres techniques	Non utilisé (RHK) Présence de relecteurs (physiatrie, biostatistique, radiologie, services hospitaliers, DGA- affaires int. DGA- affaires médicales et académiques, DSP CHUM)

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
2011	Analyseur hors laboratoire iStat dans les services d'urgence du CHUM	Évaluation technologique	29/55	Technologie – équipement	Diagnostic	Dre Jourdenais – clinicienne urgentologue Mme Labrecque – biochimiste clinique	Demande croissance d'exams biologiques en urgence Meilleur temps de réponse des analyseurs hors laboratoire et meilleure prise en charge du patient sauf que l'achat des cartouches est dispendieux	Intégrer ou non les analyseurs au CHUM	Évaluer la pertinence d'utiliser les analyseurs hors laboratoire comme iStat dans la salle de choc du CHUM	ETMI	- Efficacité - Sécurité - Coûts - Données locales	- Revue de la littérature - Lignes directrices - Autres données	OUI	Planifier une évaluation terrain dans des conditions contrôlées afin de (1) confirmer les bénéfices et (2) mettre le doigt sur les enjeux liés à une implantation éventuelle de cette technologie dans les trois urgences Limiter, dans un premier temps, l'évaluation terrain à l'urgence Explorer la possibilité d'améliorer les délais actuels avec le laboratoire central Travailler conjointement avec la direction des ressources technologiques et la direction de la gestion de l'information et de la qualité-performance	Non utilisé (IH, LL)

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	Traçabilité des lames de pathologie au CHUM	Évaluation technologique – revue narrative	41/53	Mode d'intervention	Autres	Département de pathologie de l'Hôpital Notre-Dame	Plusieurs lacunes au niveau du département de pathologie. Nouvelles technologies qui pourraient réduire les erreurs d'identification et assurer un meilleur suivi des échantillons, ainsi qu'un meilleur rendement au travail	Planifier et, s'il y a lieu, implanter un système de traçabilité en pathologie	Étudier les technologies offertes dans le domaine de la traçabilité des blocs et des lames de pathologie et déterminer celles qui correspondent aux besoins du département	ETMI	- Enjeux organisationnels (erreur d'identification, traçabilité, techniques utilisées, installation et utilisation) - Coûts	Revue de la littérature (études primaires, autres données, littérature grise) - Rapports d'ETMIS - Lignes directrices - Données locales (exposé des procédures actuelles et sources d'erreurs)	OUI	Réviser les processus actuels du CHUM avant d'introduire une nouvelle technologie L'utilisation des codes à barres est l'approche privilégiée	(IH) En collaboration avec l'ETS Michèle Kanhounou François Cliche Vuthy thong Hicham Fadlallah

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	Fermeture percutanée de l'appendice auriculaire gauche dans la prévention des accidents vasculaires cérébraux chez les patients présentant une fibrillation auriculaire non valvulaire et une contre-indication aux anticoagulants	Évaluation technologique	17/33	Technologie – dispositif	Traitement	Département de cardiologie CHUM	Chez certains patients souffrant de fibrillation auriculaire, existence de contre-indications aux anticoagulants à long terme Premiers dispositifs de fermeture de l'appendice auriculaire gauche, siège de formation de thrombus	Implanter ou non ce type de dispositif	Évaluer le dispositif de fermeture de l'appendice d'auriculaire gauche chez les patients présentant une FA gauche avec un risque d'AVC supérieur à 2% et l'utilisation d'anticoagulants contre-indiquée	ETMI	- Innocuité - Efficacité	Revue de la littérature (revues systématiques, études primaires, autres données) - Rapports d'ETMIS - Lignes directrices - Rapports d'Agences N'inclut pas d'analyse du niveau de la preuve	OUI	Offrir cette intervention comme traitement de dernier recours aux patients qui ne peuvent bénéficier des anticoagulants oraux Maintenir un registre des cas qui seront effectués au CHUM	(RHK) Présence de relecteurs du Service de cardiologie et DGA- affaires médicales et académiques du CHUM

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	Le traitement de l'œsophage de Barrett par radiofréquence	Évaluation technologique	28/43	Technologie – Équipement (générateur HALO)	Traitement	Dr Yves Caussignac, gastro-entérologue Hôpital Notre-Dame	Désir d'acquérir un système utilisant la radiofréquence pour le traitement des lésions dites de haut grade La prise en charge précoce du Syndrome de Barrett aide à prévenir l'apparition d'adénocarcinomes œsophagiens invasifs	Planifier, s'il y a lieu, l'utilisation d'un système d'ablation par radiofréquence dans le traitement des patients atteints de l'œsophage de Barrett	Évaluer l'efficacité et l'innocuité de l'utilisation de la radiofréquence chez les patients atteints de l'œsophage de Barrett avec une dysplasie de haut grade	ETMI	- Efficacité - Innocuité - Coût-efficacité	- Revue de la littérature (essais cliniques randomisés, revues systématiques, études observationnelles, séries de cas, évaluations économiques, littérature grise) - Rapports d'agences - Données locales (estimation des coûts)	OUI Jumelé à la conclusion	L'utilisation de ce traitement chez les personnes atteintes de dysplasie de haut grade et qui présentent une contre-indication à la chirurgie est recommandée Maintenir un registre et effectuer un suivi à long terme par endoscopie	Non utilisé (IH)

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	L'utilisation de microsphères DC BEAD dans le traitement des carcinomes hépatocellulaires	Évaluation technologique	11/22	Intervention	Traitement	N.D.	Chimiothérapie intraartérielle avec agent d'embolisation ou chimioembolisation en traitement palliatif	N.D.	Résumer l'état des connaissances actuelles sur l'efficacité et l'innocuité des microsphères chargées de doxorubicine chez les patients atteints de carcinome hépatocellulaire non résécable du CHUM	Évaluation terrain avec développement de la preuve	- Efficacité - Innocuité	- Mise à jour de la revue de la littérature (essais cliniques randomisés, études cohortes, séries de cas, littérature grise) - Données locales (Évaluation rétrospective des cas effectués au CHUM entre juin 2009 et septembre 2010)	OUI	La supériorité de ce traitement n'est pas démontrée. Le traitement par DC Beads demeure expérimental	En usage (IH) Fonds de recherche expérimental – étude en cours Mise à jour Sept 2011 Rapport initial publié en août 2010 par la DETMIS Collaboration de Nassef Mouhcine à la réalisation de l'ETMI

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	Pertinence du remplacement de la scintigraphie par la TEP-CT dans la détection des métastases osseuses des cancers primitifs du poumon et du sein	Évaluation technologique – méta-analyse	52/64	Technologie – équipement	Diagnostic	Service de médecine nucléaire	Évolution des modalités d'imagerie médicale qui présentent de meilleurs taux de détection des pathologies d'intérêt ou examens invasifs par non invasifs	Remplacer ou non la scintigraphie par la TEP-CT	Étudier la pertinence de remplacer la scintigraphie osseuse associée à la tomographie monophotonique (SPECT) par la TEP-CT dans l'investigation des métastases osseuses	ETMI	- Efficacité - Coûts	- Revue de la littérature (études primaires, autres données) - Rapports d'ETMIS - Rapports d'agences - Lignes directrices	OUI	Le remplacement à grande échelle de la scintigraphie par la TEP dans la détection des métastases osseuses des cancers primitifs du poumon et du sein n'est pas recommandé	Non utilisé (RHK) Présence de relecteurs Mme Nandini Dendikuru Mme Allison Sinclair - UET CUSM Mme Myriam Giguère - Direction des services hospitaliers Dr André Lacroix - DGA affaires médicales et académiques du CHUM

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	Le traitement de l'épilepsie pharmacorésistante par la stimulation du nerf vague	Évaluation technologique	23/40	Technologie – dispositif	Traitement	N.D.	Une proportion des patients dont l'épilepsie est réfractaire aux médicaments antiépileptiques pourrait profiter de la stimulation du nerf vague	Offrir ou non la stimulation du nerf vague dans les cas d'épilepsie réfractaire aux antiépileptiques	Évaluer la stimulation du nerf vague dans le cadre des épilepsies réfractaires aux traitements antiépileptiques	ETMI	- Innocuité - Efficacité - QOL - Coût/utilité	- Revue de la littérature (études primaires, essais cliniques randomisés, études observationnelles, revues systématiques, méta-analyses, autres données) - Rapports d'ETMIS - Lignes directrices - Rapports d'agences	OUI Jumelé à la conclusion	La DETMIS recommande l'utilisation de la stimulation du nerf vague dans les cas d'épilepsie réfractaire aux antiépileptiques Maintenir un registre contenant les caractéristiques des patients visés, types de crises et effets de la stimulation du nerf vague	(RHK) Présence de relecteurs Dr N'Guyen Dang - neurologue Dr Alain Bouthillier Dr Jean-Guy Villemure - neurochirurgiens Dr André Lacroix - DGA affaires médicales et académiques du CHUM


Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
2010	Les salles opératoires hybrides	Évaluation Technologie – revue narrative	12/44	Mode d'intervention	S/O	Direction du CHUM Centre-Ville	Préparation du plan fonctionnel et technique du futur hôpital Une salle opératoire hybride peut contenir une ou plusieurs modalités d'imagerie	Planifier, s'il y a lieu, une ou plusieurs salles opératoires hybrides	Résumer l'état des connaissances sur l'utilisation de salles opératoires hybrides	ETMI	- Efficacité - Enjeux physiques - Enjeux organisationnels (localisation, dimension, organisation, puissance de l'aimant)	Revue de la littérature (revues systématiques, études primaires, études observationnelles, autres données) - Rapports d'ETMIS - Lignes directrices - Données d'experts locaux	NON	Les données probantes ne supportent pas une diffusion à large échelle des salles hybrides Prévoir un projet pilote qui permettra de confirmer les hypothèses avancées et adresser les problèmes logistiques et organisationnels. Une fois la salle opératoire hybride du CHUM construite, mettre en place un processus d'évaluation en regard de l'efficacité clinique et du coût-efficacité de ce mode d'intervention	En usage (AL)
	Analyse coût-efficacité des lave-bassines et des enveloppes hygiéniques	Rapport d'évaluation	7/8	Technologie – Système de soutien	Autres	CHUM Centre-ville	Dans le cadre du Plan fonctionnel et technique du CHUM Centre-ville – mise en place de mesures d'hygiène visant à contrôler les sources de contamination possibles dans un centre hospitalier Système de récupération des matières fécales et urinaires	Choisir l'orientation à prendre concernant la récupération des matières fécales et urinaires des patients hospitalisés	Comparaison des lave-bassines et des enveloppes hygiéniques	Évaluation terrain avec développement de la preuve	- Enjeux organisationnels - Enjeux économiques - Enjeux environnementaux	Mise en contexte du rapport de l'AETMIS, adapté au plan fonctionnel et technique du futur CHUM	NON	L'utilisation des enveloppes hygiéniques semble être une approche fort intéressante Effectuer une étude terrain pour mieux cerner le coût réel d'une approche impliquant les lave-bassines	(AL)


Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
	La chirurgie assistée par robot Da Vinci gynécologie oncologique	Évaluation technologique	11/23	Technologie – équipement	Autres	Dre Diane Provencher, chef du service de gynécologie oncologique Dr Patrick Harris Chef du département de chirurgie CHUM	Système robotique Da Vinci – technique minimalement invasive. 2 robots sont disponibles au Québec	Acquérir ou non le robot Da Vinci	Comparaison du système robotique Da Vinci aux interventions laparoscopiques et laparotomiques conventionnelles dans le domaine de la gynécologie oncologique	ETMI	- Faisabilité - Efficacité - Efficience	- Revue exhaustive de la littérature (essais cliniques randomisés, revues systématiques, études observationnelles, évaluations économiques) - Rapports d'agences - Contexte du CHUM (estimation des coûts impliqués)	NON	Efficacité du robot da Vinci comparable aux opérations laparoscopiques et supérieure à la laparotomie Chirurgie assistée par robot da Vinci beaucoup plus onéreuse	Non utilisé (MN)


Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
2009	La microchirurgie endoscopique transanale	Évaluation technologique	10/24	Technologie – équipement	Traitement	Dre Carole Richard Chef du service de chirurgie digestive CHUM	La microchirurgie endoscopique transanale permet d'augmenter les possibilités de l'excision endo-anale et d'éviter les complications reliées à la résection radicale	Acquérir ou non l'équipement pour la microchirurgie endoscopique transanale	Vérifier l'efficacité et l'innocuité de la microchirurgie endoscopique transanale	ETMI	- Efficacité - Innocuité - Coûts	Revue de revues systématiques (revues systématiques, études, autres données) - Rapports d'ETMIS - Lignes directrices	NON	Deux études évaluatives sont proposées pour compléter le rapport afin d'avoir les données nécessaires pour convaincre les instances décisionnelles régionales et provinciales à investir dans cette technologie	Non utilisé (AL)
2008	Adoption de la cytologie en milieu liquide : évaluation technologique	Évaluation technologique	19/25	Technologie – équipement	Diagnostic	Dre Françoise P Chagnon Directrice des services professionnels CUSM	La cytologie en milieu liquide présente des avantages que la cytologie conventionnelle ne permet pas. Questionnements à savoir si le laboratoire de cytopathologie du CHUM devrait acquérir cette technologie	Instaurer ou non la cytologie en milieu liquide	Évaluer les impacts cliniques et économiques de remplacer la cytologie conventionnelle par la cytologie en milieu liquide	ETMI	- Efficacité - Impact budgétaire - Coût-efficacité	Revue rapide de la littérature (études randomisées, évaluation technologique, revues systématiques, méta-analyses)	OUI Une section seule	Ne pas adopter la cytologie en milieu liquide sur une base régulière	Non utilisé (AL, LE, JB)
							Volonté d'acquérir l'équipement permettant d'effectuer la microchirurgie endoscopique transanale							Mesurer les valeurs prédictives des modalités d'échographie transanale au CHUM et IRM par analyse rétrospective des cas au CHUM	Organiser ou participer à une étude comparative randomisée

Année de publication	Titre du rapport	Type de rapport	Nombre de pages du rapport	Forme de technologie	Finalité de la technologie	Demandeur(s)	Contexte de la demande	Enjeu décisionnel	Objectif principal de l'évaluation	Type d'évaluation	Dimension(s) évaluée(s)	Méthode de recension de l'information	Présence de recommandations (méthode d'élaboration)	Recommandation/Conclusion	Répercussion du rapport sur la prise de décision
2007	La neuromodulation sacrée dans l'incontinence fécale	Évaluation technologique	25/38	Technologie – Dispositif	Traitement	Dr R Harris Chef du département de chirurgie à la suite d'une requête du Dr Eric de Broux voulant procéder à la neuromodulation sacrée chez les patients souffrant d'incontinence fécale	La neuromodulation sacrée, technique relativement récente On implante un stimulateur dans la partie supérieure de la fesse Dispositif bon de 5 à 10 ans Traitement de 5 patients par an	Procéder ou non à la neuromodulation sacrée au CHUM	Évaluer l'efficacité et l'innocuité de la neuromodulation sacrée dans l'incontinence fécale chez l'adulte	ETMI	- Efficacité - Innocuité - Coûts	- Revue de la littérature (revues systématiques, études observationnelles) - Rapports d'agences - Contexte du CHUM (estimation des coûts impliqués au CHUM)	OUI Une section seule	L'adoption et le financement de la neuromodulation sacrée est recommandée	Non utilisé (AL, JB)

Légende :

 Rapport d'évaluation classique

 Bref rapport

 Note de synthèse

