

**LA PRIORISATION DES INTERVENTIONS PERTINENTES EN MILIEU HOSPITALIER :
RAPPORT D'ÉTAPE SUR LE CHOIX DES CRITÈRES D'ÉVALUATION**

Rapport 09-16

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

en collaboration avec

La Chaire de recherche FRSQ/MSSS/CHUQ en évaluation des
technologies et des pratiques de pointe en médecine de laboratoire

et

La Chaire de recherche du Canada en technologies
et pratiques en santé

OCTOBRE 2016

**LA PRIORISATION DES INTERVENTIONS PERTINENTES EN MILIEU HOSPITALIER :
RAPPORT D'ÉTAPE SUR LE CHOIX DES CRITÈRES D'ÉVALUATION**

Rapport 09-16

préparé par

Sylvain L'Espérance¹, Ph.D.
Carmen Lindsay², B.Sc.
Marie-Pierre Gagnon², Ph.D.
Martin Coulombe¹, M.Sc. M.A.P.
François Rousseau², M.D., M.Sc., FRCPC
Marc Rhains¹, M.D., M.Sc., FRCPC

¹ UETMIS, CHU de Québec-Université Laval

² Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval, Axe Santé des populations
et pratiques optimales en santé

Octobre 2016

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec-Université Laval et la Chaire de recherche FRSQ/MSSS/CHUQ en évaluation des technologies et des pratiques de pointe en médecine de laboratoire.

COORDINATION

M. Martin Coulombe, adjoint au directeur – module Évaluation et expérience patient, Direction de l'évaluation, de la qualité, de l'éthique, de la planification et des affaires juridiques (DEQEPAJ)

Dr Marc Rhainds, cogestionnaire médical et scientifique, UETMIS

Dr François Rousseau, titulaire, Chaire de recherche FRSQ/MSSS/CHUQ en évaluation des technologies et des pratiques de pointe en médecine de laboratoire

SECRÉTARIAT ET MISE EN PAGE

M^{me} Francine Daudelin, technicienne en administration, module Évaluation et expérience patient, DEQEPAJ

Pour toute demande de **documentation complémentaire** sur le projet, s'adresser à :

M. Sylvain L'Espérance, Ph.D.

Hôpital Saint-François d'Assise du CHU de Québec-Université Laval

10, rue de l'Espinay, local D7-716

Québec (Québec) G1L 3L5

Téléphone : 418 525-4444 poste 54686

Courriel : sylvain.lesperance@chuq.qc.ca

Pour se renseigner sur les **activités de l'UETMIS**, s'adresser à :

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

Hôpital Saint-François d'Assise du CHU de Québec-Université Laval

10, rue de l'Espinay

Québec (Québec) G1L 3L5

Téléphone : 418 525-4444 poste 54682

Courriel : francine.daudelin@chuq.qc.ca

Pour se renseigner sur les activités de la **Chaire de recherche FRSQ/MSSS/CHUQ en évaluation des technologies et des pratiques de pointe en médecine de laboratoire**, s'adresser à :

Dr François Rousseau, MD, M.Sc., FRCPC

Hôpital Saint-François d'Assise du CHU de Québec-Université Laval

10, rue de l'Espinay, Local D0-738

Québec (Québec) G1L 3L5

Téléphone : 418 525-4470

Courriel : francois.rousseau@mac.com

Pour se renseigner sur les activités de la **Chaire de recherche du Canada en technologies et pratiques en santé**, s'adresser à :

M^{me} Marie-Pierre Gagnon, Ph.D.
Université Laval
Faculté des sciences infirmières, Pavillon Ferdinand-Vandry,
1050, avenue de la Médecine, local 3455
Québec (Québec) G1V 0A6
Téléphone : 418 656-2131, poste: 4359
Courriel : marie-pierre.gagnon@fsi.ulaval.ca

Comment citer ce document :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec-Université Laval en collaboration avec la Chaire de recherche FRSQ/MSSS/CHUQ en évaluation des technologies et des pratiques de pointe en médecine de laboratoire de l'Université Laval et la Chaire de recherche du Canada en technologies et pratiques en santé. La priorisation des interventions pertinentes en milieu hospitalier : rapport d'étape sur le choix des critères d'évaluation, Rapport préparé par Sylvain L'Espérance, Carmen Lindsay, Marie-Pierre Gagnon, Martin Coulombe, François Rousseau et Marc Rhains (UETMIS 09-16) Québec, 2016, XIV-64 p.

Dans ce document, l'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte. Les photos et images utilisées dans ce document sont libres de droits d'auteur.

Copyright © 2016 UETMIS - CHU de Québec-Université Laval et Chaire de recherche FRSQ/MSSS/CHUQ en évaluation des technologies et des pratiques de pointe en médecine de laboratoire.

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à des fins non commerciales, à condition que la source soit mentionnée.

LES MEMBRES DU COMITÉ DE PILOTAGE DU CHANTIER D'AMÉLIORATION DE LA PERTINENCE CLINIQUE DU CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL

M^{me} Sophie Bellavance, adjointe à la directrice, Direction des services professionnels
M. Sébastien Blais, directeur, Direction de la performance clinique et organisationnelle
M^{me} Katia Boivin, chargée de projet — pertinence
M^{me} Gertrude Bourdon, présidente-directrice générale du CHU de Québec-Université Laval
M. Martin Coulombe, adjoint au directeur – module Évaluation et expérience patient, DEQEPAJ
Dr André Garon, directeur, Direction médicale des services hospitaliers
M. Daniel La Roche, directeur, DEQEPAJ
M^{me} Brigitte Martel, directrice, Direction des soins infirmiers
M^{me} Jasmine Martineau, directrice, Direction des services multidisciplinaires
Dr Francis Morin, président du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
D^{re} Alice Nourissat, médecin-conseil en ETMIS
M^{me} Marie-Claude Racine, chef de département, Département de pharmacie
Dr Marc Rhains, cogestionnaire médical et scientifique des activités d'ETMIS
Dr François Rousseau, titulaire de la Chaire de recherche FRSQ/MSSS/CHUQ en évaluation des technologies et des pratiques de pointe en médecine de laboratoire
D^{re} Maryse Turcotte, directrice par intérim, Direction des services professionnels

AUTRES COLLABORATEURS

M^{me} Julie Garon, professionnelle scientifique, Direction de la biologie médicale de l'INESSS
M. Michel LeBrun, directeur adjoint, Direction des services de santé et de l'évaluation des technologies
M. Stéphane Turcotte, biostatisticien, Plateforme de recherche clinique du CHU de Québec-Université Laval

FINANCEMENT

Ce projet a été financé par l'Agence de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale et le budget de fonctionnement de l'UETMIS.

AVANT-PROPOS

L'UETMIS du CHU de Québec-Université Laval (ci-après «CHU de Québec») a pour mission de soutenir et de conseiller les décideurs (gestionnaires, médecins et professionnels) dans la prise de décision relative à la meilleure allocation de ressources visant l'implantation d'une technologie ou d'un mode d'intervention en santé ou la révision d'une pratique existante.

LE CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'UETMIS

Dr Stéphane Bergeron, directeur adjoint, Direction des services professionnels
M^{me} Katia Boivin, Conseil multidisciplinaire
M^{me} Christine Danjou, Direction des soins infirmiers
D^{re} Anne Desjardins, Programme de prévention et contrôle des infections
Dr Marcel Émond, Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
M^{me} Marie-Pierre Gagnon, chercheure de l'Axe Santé des populations et pratiques optimales en santé
M^{me} Martine Lachance, directrice, Direction clientèle - Médecine
M^{me} Marie-Claude Michel, pharmacienne coordonnatrice du Programme de gestion thérapeutique des médicaments
M. Gervais Pelletier, Conseil des infirmières et des infirmiers
M^{me} Michèle Ricard, adjointe au directeur, module Qualité, sécurité et gestion des risques, DEQEPAJ
M^{me} Karen Samson, Service-conseil de génie biomédical
M. Stéphane Tremblay, adjoint à la directrice, Direction des services multidisciplinaires

L'ÉQUIPE DE L'UETMIS

M^{me} Geneviève Asselin, agente de programmation, de planification et de recherche
M^{me} Katia Boivin, chargée de projet — pertinence
M. Martin Bussièrès, agent de programmation, de planification et de recherche
M. Sylvain Bussièrès, agent de de programmation, de planification et de recherche
M. Martin Coulombe, adjoint au directeur – module Évaluation et expérience patient, DEQEPAJ
M^{me} Francine Daudelin, technicienne en administration
M^{me} Renée Drolet, agente de programmation, de planification et de recherche
M^{me} Brigitte Larocque, agente de programmation, de planification et de recherche
M. Sylvain L'Espérance, agent de programmation, de planification et de recherche
D^{re} Alice Nourissat, médecin-conseil en ETMIS
Dr Marc Rhainds, cogestionnaire médical et scientifique des activités d'ETMIS

Le document présente les informations répertoriées entre le 1^{er} janvier 2000 et le 20 août 2015 pour la section portant sur la revue systématique de la littérature scientifique effectuée selon la méthodologie de recherche documentaire développée. Ces informations ne remplacent pas le jugement des décideurs cliniques et des gestionnaires.

Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité du CHU de Québec, du Centre de recherche du CHU de Québec, de leur personnel et des professionnels à l'égard des informations transmises. En conséquence, les auteurs, le CHU de Québec, le Centre de recherche du CHU de Québec, les membres du groupe de travail, les membres du Conseil scientifique de l'UETMIS de même que les membres du Comité de pilotage du chantier d'amélioration de la pertinence clinique du CHU de Québec-Université Laval ne pourront être tenus responsables en aucun cas de tout dommage de quelque nature que ce soit au regard de l'utilisation ou de l'interprétation de ces informations.

DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucun conflit d'intérêts n'a été rapporté.

SOMMAIRE

Dans sa planification stratégique 2014-2020, le CHU de Québec-Université Laval (ci-après «CHU de Québec») a mis de l'avant un chantier d'amélioration continue de la pertinence. Un des éléments clés de ce processus repose sur la capacité à identifier les actions jugées les plus pertinentes ou à haut potentiel de gains. Afin d'aider à l'atteinte des objectifs de ce chantier, l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec de même que l'équipe de recherche du Dr François Rousseau, de la Chaire de recherche FRSQ/MSSS/CHUQ en évaluation des technologies et des pratiques de pointe en médecine de laboratoire, ont été mandatées pour développer et valider un outil d'aide à la décision multicritères permettant de prioriser les interventions jugées pertinentes. Le présent rapport vise à documenter par consensus les critères importants à considérer pour les décideurs du CHU de Québec dans le choix des interventions de santé pertinentes.

Une démarche d'identification et de regroupement de critères de priorisation issus de la littérature scientifique et d'un processus de consultation interne a été menée auprès des chefs des départements et des services et auprès des responsables de comités internes du CHU de Québec impliqués dans l'évaluation de la pertinence des soins de santé. À la suite de cet exercice, une liste de 27 thèmes d'évaluation a été soumise aux différentes parties prenantes du CHU de Québec (chefs des départements et services, cadres, professionnels, représentants des patients et citoyens, représentants de divers comités internes impliqués dans l'évaluation de la pertinence des soins de santé) et de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) pour un exercice de classification selon l'importance accordée. Au terme de trois rondes de consultation, 12 thèmes d'évaluation ont été conservés. Les thèmes en lien avec l'efficacité de l'intervention, les bénéfices sur la santé de la population visée ainsi que l'innocuité et la sécurité de l'intervention sont ceux ayant obtenu les scores les plus élevés lors de l'exercice de classement par ordre d'importance.

L'exercice effectué dans le cadre du présent rapport a permis de cerner qu'il existe une multitude de critères utilisés pour la prise de décision en santé. Toutefois, la mise en opération de ces critères, incluant leur contextualisation ainsi que le mode d'utilisation, représente des défis majeurs dans le développement d'une approche décisionnelle multicritères en milieu hospitalier. À la suite de cette première phase, le projet se poursuivra par le développement et la validation d'une méthode de priorisation des initiatives de pertinence adaptée au contexte du CHU de Québec ainsi que la réalisation de projets de démonstration.

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES

A4R	<i>Accountability for Reasonableness</i> (responsabilité du caractère raisonnable)
AHP	<i>Analytic Hierarchy Process</i> (processus de hiérarchie analytique)
AMQ	Association médicale du Québec
CHU	Centre hospitalier universitaire
DCE	<i>Discrete Choice Experiment</i> (expérience avec choix discrets)
ELECTRE	Élimination et choix traduisant la réalité
EUnetHTA	<i>European Network for Health Technology Assessment</i>
EVIDEM™	<i>Evidence and value: impact on decision making</i>
HAS	Haute Autorité de Santé
MACBETH	<i>Measuring Attractiveness by Category-Based Evaluation Technique</i> (mesure de l'attractivité par une technique d'évaluation par catégorie)
MAUT	<i>Multi-Attribute Utility Theory</i> (méthode basée sur la théorie de l'utilité)
MAVT	<i>Multi-Attribute Value Theory</i> (méthode basée sur la théorie de la valeur)
MCDM	<i>Multicriteria decision analysis</i> (analyse décisionnelle multicritères)
OHTAC	<i>The Ontario Health Technology Advisory Committee</i>
PAPRIKA	<i>Potentially all pairwise rankings of all possible alternatives</i> (potentiellement tous les classements appariés de toutes les alternatives possibles)
PBMA	<i>Program Budgeting and Marginal Analysis</i> (budgétisation de programme et analyse marginale)
PROMETHEE	<i>Preference ranking organization method of enrichment evaluation</i> (méthode d'organisation du classement par préférence pour une évaluation d'enrichissement)
QALY	<i>Quality-adjusted life year</i> (année de vie pondérée par la qualité)
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SMART	<i>Simple multi-attribute rating technique</i> (technique simple de notation multi-attributs)

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	VI
SOMMAIRE	VII
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES	VIII
TABLE DES MATIÈRES	IX
LISTE DES ANNEXES	X
LISTE DES TABLEAUX	XI
LISTE DES FIGURES	XI
RÉSUMÉ	XII
1. INTRODUCTION	1
2. MÉTHODOLOGIE	1
2.1 Revue systématique de la littérature.....	2
2.1.1 Questions décisionnelle et d'évaluation.....	2
2.1.2 Recherche documentaire.....	2
2.1.3 Sélection et évaluation de l'éligibilité des publications.....	3
2.1.4 Évaluation de la qualité des publications et extraction des données.....	3
2.1.5 Enquête sur les méthodes de priorisation des interventions en milieu hospitalier en place dans les départements médicaux et des comités du CHU de Québec.....	4
2.1.6 Analyse des données issues de la recherche documentaire et de l'enquête	5
2.2 Processus de consultation des parties prenantes pour la sélection des thèmes pour développer l'outil d'analyse multicritères d'aide à la décision	5
2.3 Révision	6
3. INFORMATIONS GÉNÉRALES	7
3.1 Évaluation de la pertinence d'une intervention et prise de décision organisationnelle	7
3.2 Outil d'aide à la décision multicritères.....	8
4. REVUE DE LA LITTÉRATURE	10
4.1 Résultats de la revue systématique de la littérature	10
4.1.1 Études de synthèse.....	11
4.1.2 Études portant sur le développement ou la mise en œuvre d'un outil d'aide à la décision multicritères	13
4.1.3 Résultats d'enquêtes portant sur l'utilisation d'outils d'aide à la décision multicritères en milieu hospitalier.....	13
4.1.4 Appréciation globale des études retenues portant sur le développement, la mise en œuvre ou l'utilisation d'un outil d'aide à la décision multicritères	15
4.1.5 Autres concepts.....	16
5. ENQUÊTE DES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES AU CHU DE QUÉBEC.....	17
5.1 Méthodes d'identification rapportées pour identifier des mesures susceptibles d'accroître la pertinence des soins médicaux.....	17
5.2 Catégories de professionnels impliqués dans le processus d'identification des mesures susceptibles d'accroître la pertinence des soins médicaux.....	18

5.3	Sources d'informations rapportées dans l'évaluation des mesures susceptibles d'accroître la pertinence des soins médicaux _____	18
5.4	Fréquence d'évaluation rapportée pour identifier des mesures susceptibles d'accroître la pertinence des soins médicaux _____	19
5.5	Critères rapportés dans l'évaluation des mesures susceptibles d'accroître la pertinence des soins médicaux ____	19
5.6	Caractéristiques idéales d'un outil d'aide à la décision selon les répondants _____	19
6.	SÉLECTION DES THÈMES POUR L'ÉVALUATION DE LA PERTINENCE ET LA PRIORISATION DES INTERVENTIONS	20
6.1	Élaboration de la liste de thèmes d'évaluation pour les rondes de consultation _____	20
6.2	Consultation de type Delphi _____	21
6.2.1	Synthèse des résultats de la première ronde de consultation _____	21
6.2.2	Synthèse des résultats de la deuxième ronde de consultation _____	24
6.2.3	Synthèse des résultats de la troisième ronde de consultation _____	27
7.	DISCUSSION	33
8.	CONCLUSION.....	36
9.	ANNEXES	37
10.	RÉFÉRENCES	61

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1.	SITES INTERNET CONSULTÉS POUR LA RECHERCHE DE LA LITTÉRATURE GRISE	37
ANNEXE 2.	STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE DANS LES BASES DE DONNÉES INDEXÉES	40
ANNEXE 3.	SITES INTERNET CONSULTÉS POUR LA RECHERCHE DE PROTOCOLES PUBLIÉS	42
ANNEXE 4.	LISTE DES PUBLICATIONS EXCLUES ET RAISONS D'EXCLUSION	43
ANNEXE 5.	QUESTIONNAIRE UTILISÉ POUR SONDER LES MÉTHODES DE PRIORISATION DES INTERVENTIONS DANS LES DÉPARTEMENTS, SERVICES MÉDICAUX ET COMITÉS DU CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL	48
ANNEXE 6.	PROTOCOLE DE CONSULTATION DE TYPE DELPHI	52
ANNEXE 7.	RÉPARTITION DES DIFFÉRENTS CRITÈRES UNIQUES DANS LES THÈMES IDENTIFIÉS EN FONCTION DE LEUR PROVENANCE	55
ANNEXE 8.	RÉSULTATS DE LA PREMIÈRE RONDE DE LA CONSULTATION DELPHI	56
ANNEXE 9.	RÉSULTATS DE LA DEUXIÈME RONDE DE LA CONSULTATION DELPHI	58
ANNEXE 10.	DIFFÉRENCES DE PROPORTION ET COEFFICIENTS DE VARIATION OBSERVÉES POUR 15 THÈMES MESURÉS LORS DE LA PREMIÈRE ET DEUXIÈME RONDE DE CONSULTATION SUR LE DEGRÉ DE CONSENSUS EN FAVEUR DE CONSERVER OU DE RETIRER UN THÈME	60

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1. CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ ET LIMITES	3
TABLEAU 2. CRITÈRES ET ÉCHELLE DE MESURE POUR ÉTABLIR LE DEGRÉ DE CONSENSUS	6
TABLEAU 3. MÉTHODES UTILISÉES LORS DE L'ANALYSE DÉCISIONNELLE MULTICRITÈRES.....	9
TABLEAU 4. CONCEPTS SUPPLÉMENTAIRES IDENTIFIÉS LORS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE	16
TABLEAU 5. DESCRIPTION DES FRÉQUENCES DES MÉTHODES UTILISÉES POUR IDENTIFIER LES MESURES SUSCEPTIBLES D'ACCROÎTRE LA PERTINENCE DES SOINS MÉDICAUX	17
TABLEAU 6. DESCRIPTION DES PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS DANS L'IDENTIFICATION ET L'ÉVALUATION DES MESURES SUSCEPTIBLES D'ACCROÎTRE LA PERTINENCE DES SOINS MÉDICAUX	18
TABLEAU 7. DESCRIPTION DES SOURCES D'INFORMATION UTILISÉES DANS L'ÉVALUATION DES MESURES SUSCEPTIBLES D'ACCROÎTRE LA PERTINENCE DES SOINS MÉDICAUX	18
TABLEAU 8. PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS AUX TROIS RONDES DE CONSULTATION.....	21
TABLEAU 9. RÉSULTATS OBTENUS À LA PREMIÈRE RONDE DE CONSULTATION.....	22
TABLEAU 10. RÉPARTITION DES THÈMES AU TERME DE LA PREMIÈRE RONDE DE CONSULTATION	24
TABLEAU 11. RÉSULTATS OBTENUS À LA DEUXIÈME RONDE DE CONSULTATION.....	25
TABLEAU 12. RÉPARTITION DES THÈMES AU TERME DE LA DEUXIÈME RONDE DE CONSULTATION	26
TABLEAU 13. DÉFINITION DES THÈMES D'ÉVALUATION SOUMIS LORS DE LA TROISIÈME RONDE DE CONSULTATION	28
TABLEAU 14. RÉSULTATS DU CLASSEMENT DES THÈMES SOUMIS À LA TROISIÈME RONDE DE CONSULTATION.....	29
TABLEAU 15. RÉSULTATS DES RANGS OBTENUS ¹	30
TABLEAU 16. CLASSEMENT DES THÈMES SELON LA CATÉGORIE DE RÉPONDANTS AU CHU DE QUÉBEC ¹	31

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1. REPRÉSENTATION SCHÉMATIQUE DU DÉROULEMENT DU PROJET.....	2
FIGURE 2. DIAGRAMME DE SÉLECTION DES DOCUMENTS POUR LE VOLET DE RECHERCHE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE	10
FIGURE 3. MOYENNES PONDÉRÉES DES RANGS OBTENUS AU CLASSEMENT DES THÈMES D'ÉVALUATION SELON L'ORGANISATION DES RÉPONDANTS*	30
FIGURE 4. MOYENNES PONDÉRÉES DES RANGS OBTENUS AU CLASSEMENT DES THÈMES SELON LA CATÉGORIE DE RÉPONDANTS AU CHU DE QUÉBEC	32

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

En lien avec sa planification stratégique 2014-2020, le CHU de Québec-Université Laval (ci-après «CHU de Québec») a mis de l'avant un chantier d'amélioration continue de la pertinence. Un des éléments clés de ce processus repose sur la capacité à identifier les actions jugées les plus pertinentes ou à haut potentiel de gains. Afin d'aider à l'atteinte des objectifs de ce chantier, l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec de même que l'équipe de recherche du Dr François Rousseau, de la Chaire de recherche FRSQ/MSSS/CHUQ en évaluation des technologies et des pratiques de pointe en médecine de laboratoire, ont été mandatées pour développer et valider un outil d'aide à la décision multicritères permettant de prioriser les interventions jugées pertinentes.

MÉTHODOLOGIE

1. REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE

Une recension de la littérature scientifique a été effectuée afin de répondre aux questions décisionnelles et d'évaluation suivantes :

QUESTION DÉCISIONNELLE

Est-ce que le CHU de Québec doit changer son approche d'aide à la décision pour la priorisation et l'évaluation de la pertinence des pratiques cliniques en milieu hospitalier ?

QUESTIONS D'ÉVALUATION

- I. Quels sont les outils d'analyse décisionnelle multicritères validés disponibles dans la littérature scientifique permettant la priorisation des pratiques cliniques en milieu hospitalier ?
- II. Quels sont les critères et domaines les plus couramment utilisés afin de juger de la pertinence d'une pratique clinique en milieu hospitalier ?
- III. Quels sont les thèmes prioritaires à considérer dans l'élaboration d'un outil multicritères d'aide à la décision pour la priorisation et l'évaluation de la pertinence des pratiques cliniques en milieu hospitalier ?

Les critères utiles à la priorisation des interventions de soins de santé ont été recherchés dans la littérature scientifique à partir de plusieurs bases de données indexées et de la littérature grise. Les sites Internet d'organismes en UETMIS ainsi que ceux d'associations professionnelles ont également été consultés. La recherche visait à identifier les études de synthèse, avec ou sans méta-analyse, et les guides de pratique fondés sur des données probantes portant sur l'utilisation de différents critères pour prioriser des interventions de soins de santé. Les bibliographies des articles consultés ont aussi été examinées. Les documents rédigés en français ou en anglais, publiés entre le 1^{er} janvier 2000 et le 20 août 2015, ont été inclus dans la recherche. Deux évaluateurs ont procédé de manière indépendante à la sélection, à l'évaluation de la qualité des documents et à l'extraction des données. En parallèle avec la recension des écrits, une enquête a été réalisée auprès des chefs des départements et des services médicaux du CHU de Québec. Les responsables de comités internes dont le mandat inclut l'évaluation de la pertinence des soins de santé ont également été consultés. Ils représentaient le Comité d'optimisation et des grands générateurs de coûts, le Comité consultatif sur les équipements médicaux, le Comité stratégique de l'harmonisation des fournitures médicales et chirurgicale et des équipements médicaux, le Comité clinique stratégique, le Comité de pharmacologie du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ainsi que le Comité de convenance du CMDP. L'enquête avait pour objectif de documenter les critères, les valeurs ou les préférences couramment utilisés par ces répondants dans l'évaluation de la pertinence des soins médicaux. Tous les critères et domaines recensés à partir de la recherche documentaire et de l'enquête interne ont été analysés et classés par deux évaluateurs. Suivant un exercice de regroupement des critères réalisé par les membres de l'équipe de travail, une liste de 27 thèmes a été développée. Ces thèmes ont servi de point de départ pour la consultation des parties prenantes visant à

déterminer les critères les plus importants à considérer dans le processus d'identification et de priorisation des interventions au regard de la pertinence des soins médicaux.

2. CONSULTATION DES PARTIES PRENANTES DU CHU DE QUÉBEC IMPLIQUÉES DANS L'ÉVALUATION DE LA PERTINENCE DES SOINS DE SANTÉ

Un processus de consultation des parties prenantes, incluant les chefs de départements et de services du CHU de Québec, des cadres, des professionnels œuvrant en milieu hospitalier (p. ex. médecins, infirmières, pharmaciens, professionnels en ETMIS) et des représentants de la clientèle (patients, citoyens, bénévoles du CHU de Québec) et de divers comités internes du CHU de Québec, a été effectué en trois rondes entre septembre 2015 et mars 2016 avec une méthode de type Delphi. L'objectif de cette consultation était d'obtenir une liste de thèmes utiles pour l'évaluation de la pertinence des soins médicaux faisant consensus parmi les répondants. Le questionnaire a également été distribué aux professionnels scientifiques et experts de la Direction de la biologie médicale de l'INESSS afin de pouvoir comparer les thèmes d'évaluation utiles pour le développement des recommandations dans un milieu où un niveau de décision plus macro est requis. Pour chacune des rondes, les participants interrogés devaient évaluer sur une échelle de 1 à 10 (10 étant le plus important) le niveau d'importance qu'ils accordent à chacun des thèmes dans le cadre d'un processus de priorisation des soins médicaux. Les thèmes ayant obtenu un fort consensus lors de la première ronde du Delphi ont été retirés de la deuxième ronde de consultation. Les thèmes resoumis lors de la deuxième consultation avaient soit obtenu un faible consensus, soit aucun consensus entre les catégories de répondants. Au terme de ce processus, une troisième ronde de consultation a été menée dont l'objectif était de classer les thèmes par ordre de préférence.

RÉSULTATS

Au total, 424 critères uniques, regroupés en 27 thèmes d'évaluation distincts, ont été identifiés via la recherche documentaire et l'enquête effectuée auprès des parties prenantes du CHU de Québec. Les critères les plus souvent rapportés sont ceux en lien avec les aspects organisationnels associés à l'introduction, à la mise en œuvre, au maintien ou au retrait d'une intervention ; la description du contexte clinique et du problème de santé ; l'impact budgétaire et économique de l'intervention ; les caractéristiques de l'intervention ainsi que l'exhaustivité et la cohérence de la preuve. En comparaison avec les critères issus de la revue de la littérature scientifique, l'enquête des pratiques spécifiques aux décideurs du CHU de Québec suggère que le processus de prise de décision s'appuie davantage sur des critères en lien avec les aspects organisationnels associés à l'introduction, à la mise en œuvre, au maintien ou au retrait d'une intervention. Toutefois, les critères en lien avec les enjeux éthiques et sociétaux semblent être moins présents au CHU de Québec comparativement à ce qui a été rapporté dans la littérature.

L'importance de chacun des 27 thèmes d'évaluation dans l'évaluation de pertinence et la priorisation des interventions de soins de santé a été évaluée à travers trois rondes de consultation de type Delphi. Au terme de cet exercice, 12 thèmes d'évaluation ont été priorisés et classés selon leur importance. Ces derniers sont :

1. Efficacité de l'intervention ;
2. Bénéfices pour la santé de la population visée ;
3. Innocuité et sécurité de l'intervention ;
4. Accessibilité de l'intervention ;
5. Rapport coût-efficacité de l'intervention ;
6. Options de traitement disponibles ;
7. Description du problème de santé ;
8. Caractéristiques de l'intervention ;
9. Aspects éthiques ;
10. Aspects organisationnels associés à l'introduction, à la mise en œuvre, au maintien ou au retrait d'une intervention ;
11. Impacts budgétaires et économiques anticipés ;
12. Aspects légaux.

Bien que l'importance des thèmes pour l'évaluation de la pertinence et la priorisation des soins médicaux semble être globalement homogène pour les chefs des départements et des services, les cadres et les autres professionnels œuvrant en milieu hospitalier, l'importance accordée par les représentants des patients, citoyens ou bénévoles suggère des différences significatives. En effet, l'analyse indique que, pour cette catégorie de répondants, une plus grande importance

est accordée au thème d'évaluation en lien avec l'accessibilité de l'intervention et avec les aspects organisationnels associés à l'introduction, à la mise en œuvre, au maintien ou au retrait de l'intervention.

DISCUSSION

Le présent rapport visait à documenter les critères utilisés pour la prise de décision en milieu hospitalier et à sélectionner par consensus les critères devant servir au processus de priorisation des interventions en lien avec la pertinence des soins médicaux au CHU de Québec. L'analyse des données issues de la recherche documentaire et des enquêtes effectuées auprès des parties prenantes du milieu a permis de mettre en lumière quelques pistes de réflexion pour le développement d'un outil d'aide décisionnel multicritères.

- L'évaluation de la pertinence d'une intervention et la prise de décisions organisationnelles est un processus complexe qui doit tenir compte autant des considérations d'ordre scientifique et économique que des jugements de valeur et des enjeux d'acceptabilité sociale qui leur sont associés. Le nombre de critères utilisés dans ce type d'évaluation peut varier selon le contexte.
- Parmi la multitude de critères disponibles, ceux en lien avec l'efficacité et la sécurité de l'intervention, les bénéfices cliniques pour la clientèle visée, l'accessibilité des soins, les coûts et les impacts organisationnels, éthiques et légaux semblent être les plus importants aux yeux des parties prenantes sondées. Cependant, les modalités pour le développement et l'implantation d'une approche multicritères d'aide à la décision à partir de ces critères demandent à être précisées.
- Quelle que soit la méthode d'évaluation et de priorisation qui sera développée, un enjeu demeure, soit celui d'assurer la pérennité du processus et la cohérence à travers toutes les instances décisionnelles du CHU de Québec afin d'assurer une prise de décision juste et équitable.

CONCLUSION

Ce rapport d'étape du projet de développement et de validation d'un outil multicritères d'aide à la décision présente les résultats de la recension des connaissances et de la consultation des parties prenantes du CHU de Québec sur les critères utilisés pour prioriser les intervention en santé. La révision des données probantes et les enquêtes effectuées révèlent qu'il existe un grand nombre de critères utiles pour la prise de décision en santé. Le processus de consultation mené auprès des parties prenantes a permis d'établir un consensus sur les principaux critères à considérer pour l'évaluation de la pertinence des soins médicaux au CHU de Québec. Ces nouveaux éléments d'information indiquent que les approches actuelles d'aide à la décision au CHU de Québec pourraient être révisées à la lumière des critères qui font consensus entre les décideurs de notre organisation. Le développement d'un outil d'aide à la décision multicritères adaptable aux différents besoins des décideurs du CHU de Québec est une suite logique dans le déroulement futur du présent travail.

1. INTRODUCTION

Mondialement, les systèmes de santé font face à des défis considérables en matière de services de santé, de gains d'efficacité et de priorité des investissements. Les propositions de pratiques innovantes se multiplient alors que les décideurs ne disposent pas toujours des données probantes appropriées et outils nécessaires pour apprécier la pertinence de ces propositions avant de les implanter dans le réseau. Certaines pratiques en place pourraient s'avérer sans utilité clinique ou même potentiellement dangereuses pour les patients [1]. Éliminer des interventions inutiles par l'évaluation de la pertinence des soins médicaux pourrait entraîner une diminution des risques auxquels les patients sont exposés, améliorerait la qualité des soins et de l'expérience patient et pourrait avoir des bénéfices sur l'accessibilité des soins de santé [2].

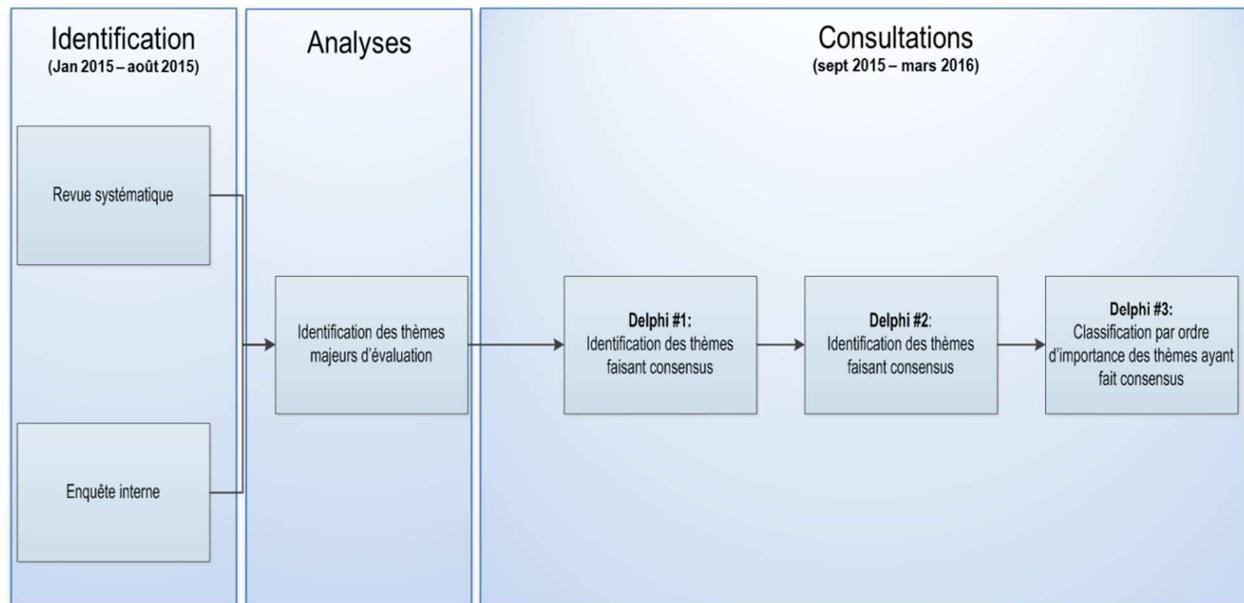
Dans sa planification stratégique 2014-2020, le CHU de Québec-Université Laval (ci-après «CHU de Québec») a mis de l'avant un chantier d'amélioration continue de la pertinence. Un des éléments clés de ce processus repose sur la capacité à identifier les actions à haut potentiel de gains. La pertinence des interventions de santé est un concept complexe qui intègre différentes dimensions dont l'efficacité, l'efficacité de même que des principes éthiques et des préférences individuelles et collectives [3]. Elle est considérée comme un élément central permettant de guider l'allocation des ressources [3]. L'exercice d'évaluation de la pertinence prend la forme de recommandations structurantes permettant de soutenir les choix organisationnels et cliniques [3]. Les processus de priorisation des changements reliés à ces recommandations sont par la suite développés, ajustés en continu et adaptés au contexte hospitalier.

Un projet visant à développer et valider un outil de priorisation multicritères a été initié en début d'année 2015 au CHU de Québec avec un appui financier obtenu dans le cadre des mesures de soutien à l'amélioration de la performance de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec de même que l'équipe de recherche du Dr François Rousseau, de la Chaire de recherche FRSQ/MSSS/CHUQ en évaluation des technologies et des pratiques de pointe en médecine de laboratoire, ont été mandatées pour mener à bien ce projet. Ce projet est réalisé en deux étapes. Dans un premier temps, la démarche vise à identifier les critères importants pour les décideurs du CHU de Québec. Ces critères serviront par la suite de base pour le développement et la validation d'un outil multicritères d'aide à la décision. Le présent rapport vise à documenter l'étape d'identification des critères importants pour le CHU de Québec. À terme, il est souhaité que le projet puisse aider à outiller les décideurs pour orienter les choix stratégiques que l'établissement et les cliniciens auront à faire dans le cadre du chantier d'amélioration de la pertinence clinique.

2. MÉTHODOLOGIE

La démarche méthodologique de ce projet est présentée à la Figure 1.

FIGURE 1. REPRÉSENTATION SCHÉMATIQUE DU DÉROULEMENT DU PROJET



2.1 Revue systématique de la littérature

2.1.1 Questions décisionnelle et d'évaluation

2.1.1.1 Question décisionnelle

Est-ce que le CHU de Québec doit changer son approche d'aide à la décision pour la priorisation et l'évaluation de la pertinence des pratiques cliniques en milieu hospitalier ?

2.1.1.2 Questions d'évaluation

- I. Quels sont les outils d'analyse décisionnelle multicritères validés disponibles dans la littérature scientifique permettant la priorisation des pratiques cliniques en milieu hospitalier ?
- II. Quels sont les critères et domaines les plus couramment utilisés afin de juger de la pertinence d'une pratique clinique en milieu hospitalier ?
- III. Quels sont les thèmes prioritaires à considérer dans l'élaboration d'un outil multicritères d'aide à la décision pour la priorisation et l'évaluation de la pertinence des pratiques cliniques en milieu hospitalier ?

2.1.2 Recherche documentaire

Le Tableau 1 résume les critères d'éligibilité, les limites ainsi que les indicateurs utilisés pour effectuer la recherche documentaire en lien avec les questions d'évaluation. Une recension des publications scientifiques a été effectuée à partir des bases de données indexées *MEDLINE (PubMed)*, *Embase*, du *Centre for Reviews and Dissemination*, de la

bibliothèque *Cochrane*, de *Web of Science* et de la littérature grise. Une recherche a été effectuée afin d'identifier les études de synthèse, avec ou sans méta-analyse, et les guides de pratique fondés sur des données probantes. Les sites Internet d'organismes en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS), des organismes de régulation ainsi que ceux d'associations professionnelles ont été consultés afin de rechercher des documents pertinents. La liste des organismes et des bases de données considérées est présentée à l'Annexe 1. Les stratégies de recherche utilisées sont présentées à l'Annexe 2. Les bibliographies des articles pertinents ont aussi été examinées pour relever d'autres références d'intérêt. Une recherche complémentaire a été réalisée en utilisant les moteurs de recherche *Google*, *Google Scholar* et *Open access journals* (<http://www.scirp.org>) pour identifier des publications en libre accès. La recherche de protocoles d'études de synthèse en cours de réalisation a été effectuée dans la bibliothèque *Cochrane* et dans la base de données PROSPERO du *Centre for Reviews and Dissemination* (*The University of York, National Institute for Health Research* (www.crd.york.ac.uk/prospéro/)). Les résultats de cette recherche sont présentés à l'Annexe 3.

2.1.3 Sélection et évaluation de l'éligibilité des publications

La sélection des études a été effectuée de manière indépendante par deux évaluateurs (S.L. et C.L.) selon les critères d'inclusion et les limites spécifiés au Tableau 1. En cas de désaccord, l'avis d'un troisième évaluateur (M.R. ou F.R.) était sollicité afin de parvenir à un consensus. De plus, parmi les revues narratives répertoriées, seules celles rapportant des concepts nouveaux ou non inclus dans les documents éligibles ont été retenues dans le cadre de ce projet. Les définitions suivantes ont été convenues par l'équipe de travail à des fins de sélection :

- **CRITÈRE** : principe ou élément permettant d'analyser ou de juger d'un aspect particulier d'une intervention ;
- **THÈME** : ensemble de critères similaires.

Aussi, puisque la notion de domaine est rapportée dans la littérature, l'équipe de travail a convenu de définir un domaine comme étant un ensemble de critères ou de thèmes cohérents entre eux.

TABLEAU 1. CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ ET LIMITES

CRITÈRES D'INCLUSION	
Population	Milieu hospitalier
Intervention	Critères ou outils d'évaluation multicritères utilisés pour la priorisation d'une pratique hospitalière
Comparateur	Autres outils de priorisation ou aucune comparaison
Résultats	1. Développement des critères, domaines, thèmes ou de l'outil multicritères a. <i>Méthode utilisée</i>
	2. Description des critères, domaines, thèmes ou de l'outil multicritères a. <i>Champs d'évaluation</i> b. <i>Thèmes abordés</i> c. <i>Critères inclus</i>
	3. Validation des critères ou de l'outil multicritères a. <i>Description de la phase de validation</i> b. <i>Résultats</i>
	4. Comparaison des critères ou de l'outil multicritères a. <i>Identification des outils comparateurs</i>
	I. Rapports d'ETMIS, revues systématiques avec ou sans méta-analyse, guides de pratique fondés sur des données probantes II. Essais cliniques randomisés (ECR) III. Études observationnelles IV. Séries de cas et études de cas, lignes directrices et consensus d'experts V. Autre devis d'études
Types de documents	
LIMITES	CRITÈRES D'EXCLUSION
<ul style="list-style-type: none"> • Langue : français et anglais • Période : 1^{er} janvier 2000 au 20 août 2015 	<ul style="list-style-type: none"> • Résumé de congrès

2.1.4 Évaluation de la qualité des publications et extraction des données

La qualité des publications a été évaluée de manière indépendante par deux évaluateurs (S.L. et C.L.). L'évaluation de la qualité méthodologique des revues systématiques ainsi que des guides de pratique a été réalisée à l'aide des

grilles R AMSTAR [6] et AGREE II [7], respectivement. Les autres devis d'étude ont été évalués selon des critères établis préalablement par l'équipe de travail pour ce projet. Ces critères sont :

- Est-ce que l'objectif principal de l'article est clairement énoncé ?
- Est-ce que les procédures utilisées pour identifier les critères de décision sont clairement décrites ?
- Est-ce que le processus décisionnel menant à la sélection des critères est clairement décrit ?
- Est-ce que les critères d'évaluation sont explicitement décrits et facilement identifiables ?
- Est-ce que la méthode de calcul est décrite ?
- Est-ce qu'il y a une description complète du mode d'utilisation de l'outil de priorisation développé ?
- Est-ce que l'outil de priorisation développé a été validé en utilisant un exemple concret ?
- Est-ce que les auteurs exposent les limites de l'outil de priorisation développé ?
- Est-ce que l'outil de priorisation décrit contient des domaines pertinents pour le milieu hospitalier ?
- Est-ce que l'outil de priorisation décrit semble complet ?
- Est-ce que les critères inclus dans l'outil de priorisation développé sont non-redondants ?
- Est-ce que les critères inclus dans l'outil de priorisation développé sont mutuellement exclusifs ?
- Est-ce que tous les critères inclus dans l'outil de priorisation semblent être utilisables ?

L'avis d'un troisième évaluateur (M.R. ou F.R.) a été sollicité lors de désaccords afin de parvenir à un consensus. L'extraction des données a été effectuée par deux évaluateurs indépendants (S.L. et C.L.) à l'aide d'une grille spécifique à ce projet. Les études évaluées et retenues sont présentées à la section 4. La liste des publications exclues ainsi que les raisons d'exclusion sont présentées à l'Annexe 4.

2.1.5 Enquête sur les méthodes de priorisation des interventions en milieu hospitalier en place dans les départements médicaux et des comités du CHU de Québec

Une enquête a été réalisée par questionnaires auto-administrés auprès des chefs des départements et des services médicaux (n = 108) et par entrevues semi-dirigées auprès des responsables de comités dont le mandat inclut des aspects de pertinence (n = 7). L'objectif de l'enquête était de décrire les critères, les valeurs ou les préférences couramment utilisés au CHU de Québec pour évaluer la pertinence des soins médicaux.

L'enquête par questionnaires a été menée à l'été 2015 à l'aide de la plateforme *SurveyMonkey* (<https://fr.surveymonkey.com/>). Les chefs des départements et des services médicaux du CHU de Québec ont reçu par courriel une invitation à répondre à ce sondage via un lien hypertexte menant au questionnaire sur le Web. Ce questionnaire est présenté à l'Annexe 5.

De plus, une enquête par entrevues semi-dirigées, construit sur le même gabarit des questions utilisées pour l'enquête auprès des chefs de département et de services, a été effectuée auprès des responsables de comités internes impliqués dans l'évaluation de la pertinence des soins de santé. Les comités suivants ont été consultés :

- Comité d'optimisation et des grands générateurs de coûts ;
- Comité consultatif sur les équipements médicaux ;
- Comité stratégique de l'harmonisation des fournitures médicales et chirurgicale et des équipements médicaux ;
- Comité clinique stratégique ;
- Comité de pharmacologie du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ;
- Comité de convenance du CMDP ;
- Comités d'évaluation de la pertinence des Départements de biologie médicale et d'imagerie médicale.

L'extraction des données a été faite et validée par deux évaluateurs indépendants (S.L. et C.L.) à l'aide d'une grille spécifique à ce projet. Le verbatim des questions à développement court a été regroupé et rapporté de manière descriptive puis des analyses qualitatives ont été effectuées. Les distributions de fréquence des variables issues des questions à choix multiples sont également présentées de façon descriptive.

2.1.6 Analyse des données issues de la recherche documentaire et de l'enquête

Tous les critères et domaines recensés à partir de la recherche documentaire et l'enquête menée auprès des chefs des départements, des chefs des services médicaux et chirurgicaux ainsi que des responsables des comités du CHU de Québec cités précédemment ont été consignés dans une base de données *Excel* par un évaluateur (S.L.). Les critères consignés ont été validés de façon indépendante par un deuxième évaluateur (C.L.). Après le retrait des critères et domaines redondants, les éléments retenus ont été regroupés en thèmes. Ces éléments ont été classifiés à nouveau à l'intérieur de chacun des thèmes selon leur libellé ou, le cas échéant, selon leur définition, afin de former des catégories de critères. La liste finale des 27 thèmes (voir la section 6.1 Élaboration de la liste de thèmes d'évaluation pour les rondes de consultation) a été réalisée à l'occasion d'un exercice de révision et de validation avec l'ensemble des membres de l'équipe du projet. La fréquence de survenue des critères selon le nombre de fois où un critère a été mentionné dans la littérature ou lors de l'enquête a été calculée pour chacun des thèmes. Un test de khi carré (χ^2) de Yates a été effectué afin de comparer, pour chacun des thèmes, la proportion de critères inclus en fonction de leur provenance, soit la revue de la littérature ou l'enquête réalisée au CHU de Québec. La valeur-p a été considérée statistiquement significative pour des valeurs inférieures ou égales à 0,05. La liste des 27 thèmes développés a servi de point de départ pour la consultation des parties prenantes visant à déterminer les critères constitutifs de l'outil d'analyse décisionnelle multicritères.

2.2 Processus de consultation des parties prenantes pour la sélection des thèmes pour développer l'outil d'analyse multicritères d'aide à la décision

Un processus de consultation des parties prenantes a été effectué en trois rondes auprès de représentants du CHU de Québec et de l'INESSS entre septembre 2015 et mars 2016 avec une méthode de type Delphi. Les parties prenantes consultées au CHU de Québec incluaient les chefs de départements et de services du CHU de Québec, des cadres, des professionnels œuvrant en milieu hospitalier (p. ex. médecins, infirmières, pharmaciens, professionnels en ETMIS), des représentants de divers comités internes impliqués dans l'évaluation de la pertinence des soins de santé, de même que des représentants de la clientèle (patients, citoyens, bénévoles du CHU de Québec). L'objectif de cette consultation était d'obtenir une liste de thèmes utiles pour l'évaluation de la pertinence des soins médicaux faisant consensus parmi les répondants. Les détails du protocole utilisé sont présentés à l'Annexe 6. Une liste de 27 thèmes potentiels et leur définition a été soumise via un questionnaire envoyé par courriel aux participants pour une première ronde de consultation. Le questionnaire a également été distribué aux professionnels scientifiques et experts de la Direction de la biologie médicale de l'INESSS afin de pouvoir comparer les thèmes d'évaluation utiles pour le développement des recommandations dans un milieu où un niveau de décision macro¹ est requis.

Les participants interrogés devaient évaluer les thèmes selon le niveau d'importance qu'ils y accordent dans un processus de priorisation des soins médicaux et ce, sur une échelle de 1 à 10 (10 étant le plus important). Après cette première ronde, deux évaluateurs (S.L. et C.L.) ont analysé les résultats obtenus. Pour chacun des thèmes, la médiane, l'intervalle interquartile (différence entre le troisième percentile [Q3] et le premier percentile [Q1]), la moyenne et le coefficient de variation des scores obtenus ont été calculés pour évaluer le degré de concordance entre les catégories de répondants. Le Tableau 2 décrit les critères et l'échelle de mesure utilisés pour évaluer le degré de concordance. De plus, les résultats ont également été analysés à chacune des trois rondes de consultation selon le milieu de pratique (CHU de Québec ou INESSS) et la catégorie de répondants (patients ou citoyens, cadres, professionnels œuvrant au CHU de Québec).

¹ Le niveau de décision macro comprend des décisions gouvernementales (provinciales ou nationales). Le niveau de décision micro comprend des décisions généralement liées à un individu ou un petit groupe d'individus dans un contexte particulier. Le niveau de décision méso implique une taille de la population qui se situe entre les niveaux micro et macro (p. ex. communauté ou organisation) [4].

TABLEAU 2. CRITÈRES ET ÉCHELLE DE MESURE POUR ÉTABLIR LE DEGRÉ DE CONSENSUS

Catégorie	Pointage moyen ^a	% des répondants
Fort consensus	≤ 3 ou ≥ 7 et	> 75 %
Faible consensus	≤ 3 ou ≥ 7 et	≥ 60 % et ≤ 75 %
Aucun consensus	> 3 et < 7 ou	< 60 %

^a Sur une échelle de 1 à 10, soit du moins important (1) au plus important (10). Tableau inspiré de Attieh *et al.* [5]

Les thèmes ayant obtenu un fort consensus lors de la première ronde du Delphi ont été retirés de la deuxième ronde de consultation. Les thèmes resoumis à la consultation étaient ceux qui avaient obtenu un faible consensus ou aucun consensus ou encore pour lesquels il y avait une hétérogénéité dans le degré de concordance entre les catégories de répondants. En plus de demander aux répondants de grader le niveau d'importance à accorder à chacun des thèmes, une question a été ajoutée à la deuxième ronde de consultation afin de forcer la prise de position en faveur ou non de conserver le thème sondé. Un consensus à cette question est obtenu lorsque 60 % et plus des répondants ont répondu en faveur ou non de conserver le thème. Au terme de ces deux rondes de consultation, 12 thèmes ont été retenus en regroupant certains thèmes notamment en lien avec les aspects organisationnels. Ces 12 thèmes ont été soumis à une troisième ronde de consultation aux participants. L'objectif était de classer par ordre de préférence ces thèmes afin d'aider au développement de l'outil de priorisation des initiatives susceptibles d'améliorer la pertinence des soins au CHU de Québec. Les résultats de la troisième ronde de consultation ont été analysés globalement et par catégorie de répondants. La classification des différents thèmes a été effectuée selon une moyenne pondérée des rangs au classement [6]. Un test non-paramétrique de *Kruskal-Wallis* a été réalisé afin d'examiner les écarts observés entre les catégories de répondants dans le rang assigné pour la préférence du thème. Un test de comparaison multiple (test de *Dunn*) a été réalisé pour chacun des résultats dont le test non-paramétrique était significatif ($p \leq 0,05$). Un score inversé des rangs a été utilisé pour simplifier l'interprétation des résultats. Cette méthode a pour effet d'accorder un score plus élevé lorsqu'un thème a été identifié important. Par exemple, 12 points ont été donnés pour un premier rang, 11 points pour un deuxième rang et ainsi de suite. Cette conversion n'affecte pas la signification statistique des tests puisque les tests utilisés sont basés sur les rangs des observations.

2.3 Révision

Le rapport a été révisé et approuvé par les membres du Conseil scientifique de l'UETMIS lors de sa réunion du 26 septembre 2016.

3. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Les soins de santé sont l'un des services gouvernementaux les plus visibles et leurs répercussions sur la vie quotidienne de l'ensemble de la population québécoise sont considérables. Au Québec, ils accaparent près de 50 % des dépenses de programmes prévues dans le budget 2015-2016 [7]. Le ministère de la Santé et des Services sociaux fait face à de nombreux défis afin d'assurer la pérennité du système de santé public et universel pour les générations à venir au Québec. Le réseau de la santé et des services sociaux doit répondre à l'évolution des besoins tout en assurant un contrôle des dépenses, une saine gestion des ressources et une amélioration de la performance du système. Différentes initiatives provenant d'associations médicales nord-américaines font ressortir depuis quelques années la nécessité de mettre de l'avant le rehaussement de la pertinence des soins.² L'outil d'usage judicieux de 14 tests de biologie médicale de l'INESSS [9], ainsi que la campagne «*Choosing Wisely*/Choisir avec soin» de l'Association médicale canadienne (AMC) constituent des exemples concrets de ce type d'initiatives [10].

3.1 Évaluation de la pertinence d'une intervention et prise de décision organisationnelle

La prise de décision en santé est un processus complexe qui prend place dans un continuum qui s'échelonne de la production de preuves scientifiques concernant une intervention particulière à la délibération et à la communication d'une décision [11]. Ce processus doit être équitable, explicite, transparent et doit tenir compte autant des considérations scientifiques et économiques que des jugements de valeur et d'acceptabilité sociale [2].

La médecine fondée sur des données probantes (*evidence-based medicine*) est l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données disponibles afin de prendre une décision quant aux soins à prodiguer à un patient sur une base individuelle [12, 13]. Elle est à la base de la démarche en ETMIS qui repose sur une évaluation systématique des propriétés et des effets associés à une technologie de la santé³ dans le but d'éclairer la prise de décision [15]. L'ETMIS constitue un moyen privilégié en milieu hospitalier pour évaluer la valeur ajoutée en matière de coûts et de bénéfices d'une intervention hospitalière dans le contexte où elle est ou sera utilisée. Une revue systématique a récemment montré que l'ETMIS en milieu hospitalier avait un effet positif sur les décisions et les budgets hospitaliers, ainsi que sur les perceptions des gestionnaires et des cliniciens [16].

La décision d'implanter ou de retirer une intervention peut se prendre de différentes façons. Le décideur a la possibilité, après évaluation des risques, des bénéfices et du contexte actuel, de prendre une décision sur une base individuelle dans l'intérêt de l'organisation et de sa clientèle. Cette décision peut être fondée sur l'intuition (décision basée sur une combinaison d'expériences et de valeurs personnelles) ou le raisonnement (décision basée sur des faits) du décideur [17]. Une approche plus formelle et structurée impliquant généralement l'intuition et le raisonnement peut être privilégiée lorsqu'une décision plus complexe doit être prise. Dans ce type de situations, une prise de décision en groupe peut s'avérer une méthode judicieuse [17]. Différentes méthodes telles que le consensus, le vote, la méthode Delphi ou la méthode de votes multiples (*dotmocracy* ou *dot-voting*) peuvent être utilisées par un groupe pour prendre une décision [18]. Au cours des dernières décennies, un certain nombre d'outils de priorisation ont été développés [18]. Plusieurs approches servant à établir des priorités explicites des soins de santé sont couramment utilisées dont les analyses coût-utilité (p. ex. *Quality-adjusted-life-year* (QALY), la budgétisation de programme et d'analyse marginale (PBMA), de même que la méthode d'évaluation contingente (p. ex. disposition à payer, consentement à accepter) [19]. Ces approches ont le désavantage d'avoir recours à des critères simples alors que, en réalité, les décideurs ont besoin de prendre en compte de multiples enjeux simultanément afin de faire un « bon » choix. De plus, ces approches ne couvrent pas tous les critères qui sont pertinents pour les décideurs [20]. Afin de répondre à ce besoin,

² Selon l'Association médicale canadienne, la pertinence des soins est définie comme étant « les bons soins dispensés par les bons fournisseurs au bon patient, au bon endroit et au bon moment, aboutissant à des soins d'une qualité optimale » [8].

³ Les technologies de la santé sont considérées comme étant toute intervention pouvant servir à la promotion de la santé, à la prévention, au diagnostic ou au traitement d'une maladie aiguë ou chronique, ou encore à des fins de réadaptation (produits pharmaceutiques, dispositifs, interventions et systèmes organisationnels utilisés dans les soins de santé) [14].

l'analyse multicritères fournit aux décideurs un outil leur permettant de résoudre des problèmes décisionnels complexes faisant intervenir plusieurs points de vue et valeurs généralement contradictoires.

3.2 Outil d'aide à la décision multicritères

Les approches d'aide à la décision utilisant de multiples critères ont pour origine la recherche opérationnelle. Elles ont été développées depuis plusieurs années et sont utilisées dans différents domaines dont l'ingénierie, la gestion et les sciences de l'environnement [21]. Elles consistent en un ensemble d'approches formelles qui visent à prendre en compte explicitement de multiples facteurs contradictoires pour aider les individus ou les groupes à prendre les décisions qui importent, et ce, de façon transparente et explicite [22].

L'analyse décisionnelle multicritères est de plus en plus utilisée en santé [23]. Selon les résultats d'une analyse bibliométrique, le nombre de publications concernant les approches d'aide à la décision multicritères utilisées dans le domaine de la santé est en augmentation depuis 1980 pour atteindre son apogée en 2012 [24]. L'étude montre également que ces méthodes ont été appliquées à plusieurs domaines de la santé incluant les approches de diagnostic et traitement, l'évaluation des technologies, l'établissement des priorités, et ce, avec une grande variété d'approches méthodologiques (p. ex. processus de hiérarchie analytique, méthode basée sur la théorie de l'utilité).

3.2.1 Principes de l'analyse décisionnelle multicritères

Les critères utilisés lors d'une approche multicritères d'aide à la décision constituent les mesures de la performance par rapport auxquelles les interventions seront évaluées. Ils doivent être soigneusement sélectionnés afin de garantir une bonne représentation des préférences. L'ensemble des critères doit répondre à des exigences dont, entre autres [22] :

1. **Équilibre entre l'exhaustivité et la concision/brièveté** : inclure les critères importants liés aux aspects clés de l'objectif tout en gardant un nombre minimal nécessaire de critères ;
2. **Pertinence** : les critères sont en lien avec les aspects clés de l'objectif ;
3. **Non redondance** : éviter les duplicatas et le double comptage, les critères ne doivent pas mesurer la même dimension ;
4. **Indépendance mutuelle** : la préférence d'un critère ne devrait pas influencer la préférence pour les autres critères ;
5. **Opérationnalité** : les critères sont utilisables avec un effort raisonnable (information pertinente en quantité suffisante) ;
6. **Mesurabilité** : les critères sont mesurables (l'outil implique un certain degré de mesure de la performance des options en fonction des critères sélectionnés) ;
7. **Compréhensibilité** : les critères sont bien définis et bien compris par les utilisateurs de l'outil afin d'éviter la confusion lors de l'évaluation ;
8. **Simplicité versus complexité** : l'ensemble des critères est une représentation simple de la complexité de l'évaluation (tirer la simplicité de la complexité).

3.2.2 Méthodes utilisées lors de l'analyse décisionnelle multicritères

De nombreuses méthodes d'analyse décisionnelle multicritères ont été proposées pour agréger les performances de chacune des interventions relativement à chacun des critères. Ces méthodes peuvent être classées en trois catégories générales, soit 1) l'approche qualitative, qui est une méthode fondée sur le surclassement, 2) l'approche quantitative, qui s'appuie sur la théorie de l'utilité ou des mesures basées sur la valeur et 3) les approches par objectif ou par point de référence qui s'appuient sur l'atteinte d'un objectif prédéterminé (Tableau 3) [21, 25, 26]. À l'exception des méthodes de surclassement, toutes les méthodes de pondération sont basées sur un modèle additif simple. Ces différentes méthodes

aident à faire face à trois difficultés reliées au processus d'aide à la décision, soit celle du choix (meilleure alternative), du rang (classement des alternatives de la meilleure à la pire) ou du tri (attribution des catégories ordonnées et prédéfinies aux alternatives) [21, 25, 26]. En modélisant ces préférences (critères), on cherche à aider le décideur dans la prise de décision par agrégation des préférences sur les critères en une relation de préférence globale [27]. La plupart des approches d'aide à la décision multicritères dépendent de la détermination des critères et des poids pour prioriser les interventions appropriées.

TABLEAU 3. MÉTHODES UTILISÉES LORS DE L'ANALYSE DÉCISIONNELLE MULTICRITÈRES

Méthodes	Description	Techniques les plus courantes [24]
Qualitative	Comparaison critère par critère de deux alternatives (comparaison par paire) puis agrégation des comparaisons (surclassement de synthèse)	ELECTRE (et ses variantes), PROMETHEE I et II
Quantitative	Agrégation <i>a priori</i> des critères en un critère unique de synthèse pour chacune des alternatives	Somme pondérée, MAUT, MAVT, MACBETH, AHP, DCE, PAPRIKA, SMART, EVIDEM™
Par objectif ou point de référence	Identification de l'alternative qui répond le mieux aux niveaux de rendement prédéfinis (objectifs à atteindre) pour chaque critère	Somme pondérée

Légende : ELECTRE : Élimination et choix traduisant la réalité; PROMETHEE : *Preference ranking organization method of enrichment evaluation*; MAUT : *Multi-attribute utility theory*; MAVP : *Multi-attribute value theory*; MACBETH : *Measuring Attractiveness by Category-Based Evaluation TechNique*; AHP : *Analytic hierarchy process*; DCE : *Discrete choice experiment*; PAPRIKA : *Potentially all pairwise rankings of all possible alternatives*; SMART : *Simple multi-attribute rating technique*; EVIDEM™ : *Evidence and value impact on decision making*.

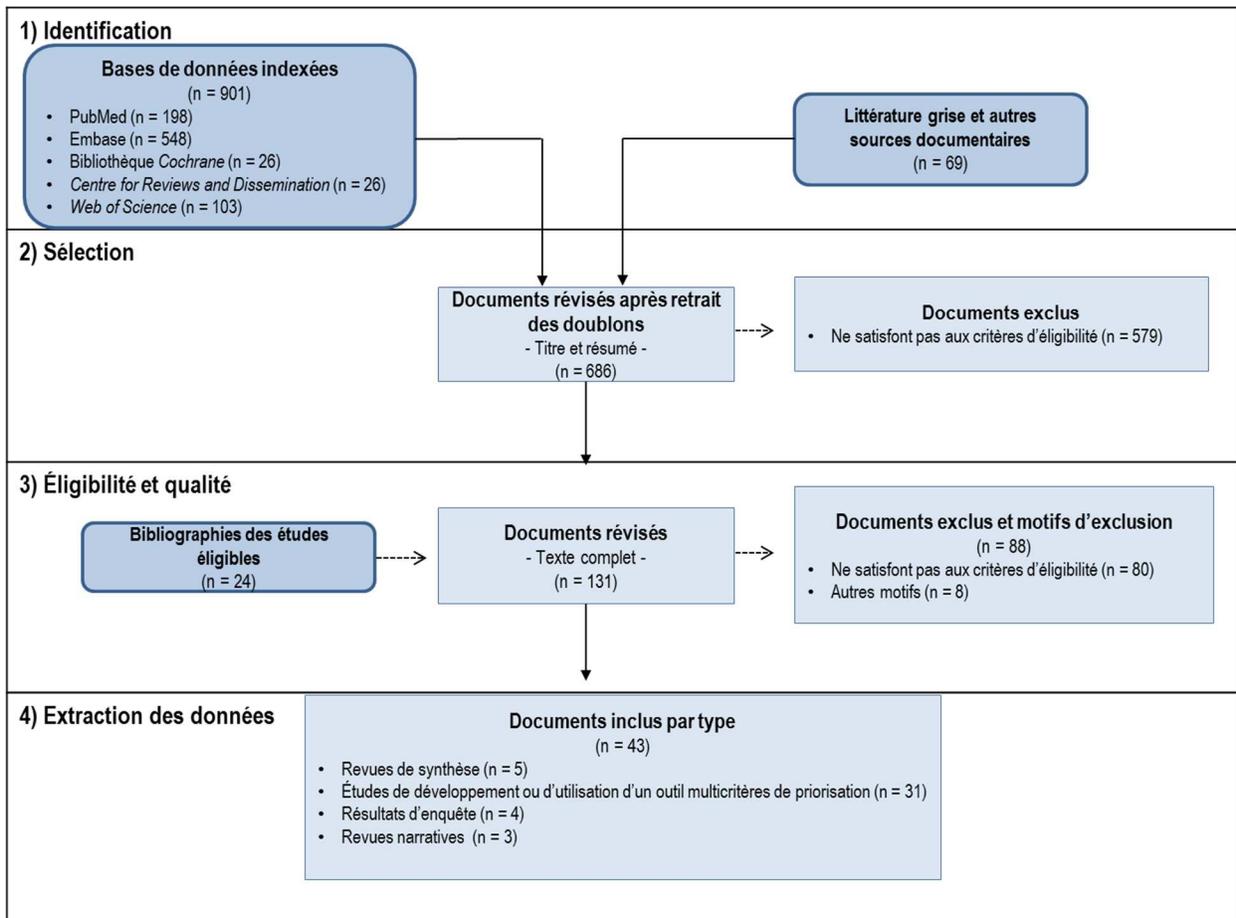
4. REVUE DE LA LITTÉRATURE

4.1 Résultats de la revue systématique de la littérature

L'objectif de cette partie du projet visait à recenser et à analyser de façon critique la littérature scientifique existante concernant les critères utilisés et les outils d'analyse décisionnelle multicritères afin d'évaluer la pertinence des interventions médicales. La stratégie de recherche documentaire utilisée a permis de répertorier 686 publications. Au total, 24 publications supplémentaires issues de la bibliographie des études éligibles ont été aussi considérées. Après avoir effectué les étapes de sélection et d'évaluation de l'éligibilité, 43 publications ont été retenues [11, 20, 26, 28-67]. Lors de l'évaluation de l'éligibilité, 10 % des documents évalués ont fait l'objet de désaccords entre les évaluateurs (S.L. et C.L.). Ces désaccords ont été résolus par la discussion avec un troisième évaluateur (M.R.).

Les documents inclus consistent en cinq revues de synthèse [26, 28-31], 31 études de développement ou d'utilisation d'un outil multicritères de priorisation [11, 20, 32-60], quatre publications de résultats d'enquêtes [61-64] et trois revues narratives [65-67]. La Figure 2 présente le diagramme de sélection des documents.

FIGURE 2. DIAGRAMME DE SÉLECTION DES DOCUMENTS POUR LE VOLET DE RECHERCHE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE



4.1.1 Études de synthèse

La stratégie de recherche documentaire a conduit à l'inclusion de cinq études de synthèse concernant les critères utilisés pour évaluer la pertinence des interventions médicales [26, 28-31]. Tous les domaines et critères rapportés dans ces études de synthèse sont disponibles sur demande.

Martelli, 2015

L'élaboration d'un outil d'aide à la décision pour l'évaluation de dispositifs innovants en milieu hospitalier est un des objectifs poursuivis de la thèse de doctorat de Martelli réalisée à l'Université Paris-Sud [26]. Une revue systématique de la littérature portant sur les critères d'évaluation inclus dans les outils d'aide à la décision a été effectuée dans le but de recenser les éléments (dimensions et critères) des outils existants et d'en faire émerger les principaux critères d'évaluation. Au total, 17 documents recensant de l'information sur 23 outils d'aide à la décision ont été retenus dans le cadre de la stratégie de recherche documentaire. L'analyse qualitative de ces outils fait état de 63 dimensions et de 173 critères uniques. Les dimensions et les critères identifiés ont été par la suite comparés à l'outil *HTA Core Model*⁴ proposé par l'EUnetHTA (quatre domaines, 23 critères) [68]. L'analyse effectuée par Martelli a permis d'identifier sept critères potentiels différents pouvant s'ajouter à cet outil. Afin de compléter sa recherche, l'auteur a sondé 18 Centres hospitaliers universitaires (CHU) français au sujet des critères d'évaluation utilisés lors de l'évaluation des dispositifs innovants et 13 nouveaux critères uniques ont alors été identifiés. L'outil d'analyse décisionnelle proposé par Martelli dans sa thèse, suite à l'analyse des données, est composé de 12 critères regroupés à l'intérieur de quatre dimensions (économie, organisation, patient et technologie) soit :

- 1) coût par patient traité prenant en considération d'autres coûts que le coût unitaire de la nouvelle technologie ;
- 2) coût unitaire de la nouvelle technologie ;
- 3) montant du groupe homogène de séjour (GHS) ;
- 4) remboursement de la nouvelle technologie ;
- 5) nombre de patients potentiellement traités ;
- 6) compétence et expertise nécessaires à l'opérateur ;
- 7) formation du personnel ;
- 8) compatibilité de l'introduction avec le contexte actuel (nécessité de travaux) ;
- 9) impact de l'utilisation sur la qualité de vie des patients ;
- 10) bénéfices attendus sur le plan médical ;
- 11) contre-indications, risques et événements indésirables ;
- 12) niveau de preuve des études cliniques disponibles, recommandations par organismes d'ETMIS et sociétés savantes.

Cromwell et al., 2015

L'objectif de la publication de Cromwell *et al.* était de résumer les données probantes disponibles concernant les méthodes d'aide à la décision basées sur des critères dans le domaine de la santé, et ce, dans le but d'examiner les critères utilisés par les décideurs dans un contexte réel d'utilisation [28]. Une revue systématique de la littérature a été effectuée afin d'identifier des critères issus d'exercices de priorisation des soins de santé dans un contexte réel. Cette recherche de documentation a permis d'identifier 72 critères différents issus de 33 publications. Ces critères ont été classifiés selon 10 domaines d'évaluation inspirés d'une publication antérieure [61]. Selon l'analyse effectuée par les auteurs, les critères les plus fréquemment observés sont ceux en lien avec l'efficacité du programme, l'impact budgétaire, l'équité, le nombre de patients pouvant bénéficier de l'intervention, l'accessibilité, le rapport coût-efficacité et la qualité des données probantes. Les auteurs soulignent également que les critères relatifs à la complexité d'introduction de l'intervention et au contexte de la décision occupent une place importante dans un contexte décisionnel réel.

Guindo et al., 2012

L'objectif principal de l'étude de synthèse de Guindo *et al.* était d'identifier des critères décisionnels en lien avec l'évaluation de l'allocation des ressources dans le système de santé et d'analyser leur fréquence dans la littérature [29]. Une revue de la littérature a été effectuée afin d'identifier des documents rapportant des critères de décision utiles pour le

⁴ L'*HTA Core Model*[®] est un cadre méthodologique pour la production et le partage de l'information issue des évaluations des technologies de la santé (<http://www.eunetha.eu/hta-core-model>)

système de santé. Suivant l'analyse de la littérature, 40 publications ont été retenues. La majorité des études retenues rapportaient des critères issus d'enquêtes, de groupes de discussion ou de la littérature scientifique. L'utilisation d'un outil d'analyse décisionnelle multicritères était rapportée dans 14 de ces études. Au total, 360 termes différents ont été répertoriés dans les études incluses. Ces termes ont été classifiés selon la structure de l'outil d'analyse EVIDEM™ (neuf domaines, 58 critères) [11]. Selon l'analyse des auteurs, les neuf critères les plus fréquemment rapportés sont, dans l'ordre, ceux relatifs à l'équité et la justice, l'efficacité pratique et théorique, les pressions et intérêts des parties prenantes, le rapport coût-efficacité, la force des données probantes, la sécurité, la mission et le mandat du système de santé, la capacité et les besoins de l'organisation, les critères sur l'utilisation des résultats rapportés par les patients et leurs besoins.

Tromp et Baltussen, 2012

L'étude de synthèse de Tromp et Baltussen avait comme objectif de développer une cartographie conceptuelle contenant une liste complète de critères permettant d'aider les décideurs du domaine de la santé à choisir des critères appropriés pour les exercices de priorisation [30]. Des critères de priorisation ont été recherchés dans la littérature scientifique. Les critères répertoriés ont été classifiés selon le *Health Systems Performance Framework* [69] et le *Health Systems Building Blocks framework* [70, 71] de l'Organisation mondiale de la Santé. Au total, 31 critères uniques ont été identifiés et classifiés selon deux groupes distincts, soit le but de l'intervention (cinq domaines, 19 critères) et la faisabilité d'introduction de l'intervention (un domaine, 12 critères). Les auteurs de cette étude ne se sont pas prononcés sur quels critères sont les plus importants. Toutefois, ils indiquent que cette cartographie conceptuelle ne devrait pas être vue comme une liste de critères à considérer mais comme une aide à la décision pour choisir les critères de priorisation les plus appropriés au contexte dans lequel la priorisation doit se faire.

Vuorenkoski et al., 2008

L'objectif de l'étude de synthèse de Vuorenkoski *et al.* était de réviser les études ayant analysé des processus décisionnels de niveaux macro et méso de pays industrialisés concernant l'inclusion ou l'exclusion de médicaments dans les listes de remboursement [31]. Une revue de la littérature a été effectuée dans MEDLINE afin d'identifier des études qualitatives portant sur une méthode d'évaluation utilisée par un organisme de régulation. Suivant l'analyse de la littérature, six publications ont été retenues. Trois de ces études provenaient d'organismes canadiens et trois, d'organismes européens. Les auteurs de cette étude rapportent une variabilité dans les critères et les processus décisionnels de ces organismes. Les conclusions quant aux principaux critères utilisés par ces organismes sont disponibles sur demande. À la suite de l'analyse de ces différents critères, les auteurs de cette étude notent que plusieurs facteurs liés à la rationnelle scientifique et à la pratique clinique peuvent influencer la décision. Ils recommandent que des études analytiques soient effectuées dans le but d'évaluer les performances des méthodes d'aide à la décision.

Appréciation des études de synthèse retenues

Malgré certaines similitudes quant au sujet traité, les études de synthèse retenues avaient des objectifs différents. Par exemple, certaines visaient à regrouper l'information sur les processus ou les critères utilisés pour prioriser des interventions en santé [28-31] alors que les critères identifiés dans la littérature ont été utilisés dans une autre pour développer un nouvel outil de priorisation [26]. Globalement, la qualité méthodologique des études de synthèse retenues varie de faible à modérée. Bien que la grille R-AMSTAR ne soit pas l'outil idéal pour évaluer ce type de synthèse, elle a été utile pour identifier les études de synthèse dont la méthodologie de recherche documentaire était adéquate [26, 28] mais également certaines failles telles que l'absence d'évaluation de la qualité et de la validité des études primaires incluses [26, 28-31], de recherche documentaire dans la littérature grise [28, 30, 31] de même que la possibilité de biais de publication [26, 28-31]. La description des études primaires incluses est parfois minimale [26, 28, 31], voire quelquefois absente [29, 30] dans les revues de synthèse et il est généralement impossible de retracer dans ces documents les études exclues et les raisons de leur exclusion [26, 28-31]. Malgré l'hétérogénéité des critères et des domaines rapportés, une majorité sinon la totalité semblaient, *a priori*, pertinents pour le contexte hospitalier. De plus, la plupart des critères rapportés dans les études de synthèse ne semblaient pas redondants. Toutefois, ces critères n'étaient pas toujours mutuellement exclusifs [31] ou utilisables [29] dans certaines études.

4.1.2. Études portant sur le développement ou la mise en œuvre d'un outil d'aide à la décision multicritères

La stratégie de recherche documentaire a conduit à l'inclusion de 31 publications portant sur le développement ou l'utilisation d'un outil d'aide à la décision multicritères [11, 20, 32-60]. Ces documents, qui proviennent de divers pays, ont été publiés à partir de 2002. Cinq sont issus d'un contexte canadien [11, 40, 48-50]. La majorité (69 %) des outils d'aide à la décision multicritères rapportés dans ces publications avaient été développés pour soutenir la prise de décision à un niveau macro. Une recension de tous les domaines et des critères rapportés dans les études sélectionnées est disponible sur demande. Le nombre de critères utilisés dans ces outils variait de trois à 23.

Dans la majorité des publications incluses, les critères d'évaluation ont été déterminés à la suite d'une revue de la littérature ou de discussions avec des experts. Les personnes impliquées dans l'identification des critères incluent généralement des experts cliniques ou scientifiques et des gestionnaires. Certaines études rapportent également l'implication de représentants de la population dans le processus décisionnel [37, 38, 42, 45, 47, 56]. De l'hétérogénéité a été constatée dans les études incluses concernant les échelles de poids et de pointage utilisées et le choix du modèle mathématique. Toutefois, des échelles de poids et de pointage de type numériques ou un modèle mathématique linéaire sont parfois rapportés dans les outils recensés [11, 34, 39, 43, 52, 53, 58]. L'utilisation de logiciels d'analyses est rapportée dans peu d'études. Les outils d'analyse informatique les plus couramment utilisés sont le logiciel *1000Minds* et l'approche *PAPRIKA* [37, 45], la suite Microsoft *Excel* [42, 50] et une plateforme Internet (p. ex. *EVIDEM™*) [11, 36]. Dans la majorité des publications incluses, les résultats sont interprétés en fonction du pointage obtenu. De plus, quatre études ont présenté les résultats de leurs analyses de façon graphique [34, 37, 45, 46].

4.1.3 Résultats d'enquêtes portant sur l'utilisation d'outils d'aide à la décision multicritères en milieu hospitalier

La stratégie de recherche documentaire a conduit à l'inclusion de quatre publications rapportant les résultats d'enquêtes auprès de différentes parties prenantes sur les critères importants pour la prise de décision relative à la priorisation des soins médicaux [61-64].

Tanios *et al.*, 2013

La publication de Tanios *et al.* avait comme objectif de recueillir des données quantitatives et qualitatives sur les critères utilisés lors de la prise de décision en santé [61]. En utilisant un questionnaire en ligne, les auteurs ont sondé les préférences de 140 répondants (décideurs cliniques et administratifs) provenant de 23 pays concernant les critères qu'ils considèrent lorsqu'ils prennent des décisions à propos des interventions de soins de santé. Les répondants devaient indiquer leurs préférences à partir d'une liste de 43 critères classifiés dans 10 domaines issus de l'outil *EVIDEM™* [11]. Pour chacun des critères, les personnes sondées devaient indiquer, par oui ou non, si les critères présentés étaient actuellement utilisés ou devraient être utilisés et pondérer ces critères sur une échelle de zéro à cinq points, zéro signifiant que le critère ne devrait pas être utilisé. L'enquête a été effectuée entre janvier et mai 2012. Les résultats obtenus montrent que, selon les répondants, les critères jugés les plus pertinents pour la prise de décision en santé sont l'efficacité, la sécurité, la qualité de la preuve, la gravité de la maladie et l'impact sur les coûts de soins de santé. D'autres critères tels que les exigences organisationnelles et les compétences requises étaient souvent considérés, mais un poids relativement faible lors de la prise de décision leur était accordé. Des analyses de sous-groupes en fonction du type de répondants, de leur niveau décisionnel et de leur provenance ont été effectuées par les auteurs. Pour plus de 74 % des critères soumis, aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les sous-groupes de répondants. Des différences statistiquement significatives entre les différents sous-groupes ont été notées concernant les priorités de la population, la pression et les intérêts des parties prenantes, la capacité de stimuler la recherche, l'impact sur le partenariat et la collaboration ainsi que l'impact de l'environnement. Les auteurs de cette enquête ont conclu à l'existence d'un ensemble de critères de base pour la prise de décision en santé ainsi qu'au besoin de considérer un large inventaire de critères pour prendre ces décisions.

Lettieri et al., 2008

L'étude de Lettieri *et al.* visait à identifier les informations à considérer lors des processus d'analyse budgétaire visant l'acquisition de nouvelles technologies dans des hôpitaux italiens [62]. À partir de critères utiles à la prise de décision en milieu hospitalier identifiés à partir d'une revue de la littérature, les auteurs ont comparé les critères inclus dans différents formulaires d'acquisition de nouvelles technologies utilisés dans quatre hôpitaux italiens. Les critères ont été analysés selon cinq domaines distincts (technologie, patients, organisation, économie, données probantes). Les principaux résultats de cette enquête sont disponibles sur demande. L'analyse effectuée par les auteurs révèle que les critères liés à l'acquisition des nouvelles technologies diffèrent d'un hôpital à l'autre. De façon générale, lors de l'acquisition des nouvelles technologies, les hôpitaux sondés sont intéressés à documenter si la nouvelle technologie fonctionne, le coût, les revenus qui peuvent en découler et les avantages d'acquiescer cette nouvelle technologie. Toutefois, les bénéfices pour le patient, la satisfaction de la clientèle, le niveau de preuve et les changements organisationnels requis ne sont pas pris systématiquement en considération lors de la prise de décision. À la lumière de ces constats, les auteurs croient fermement que les principes de la rationalité, le caractère multidimensionnel et l'utilisation de données probantes, qui caractérisent l'évaluation des technologies en santé effectuée au niveau gouvernemental, devraient également être appliqués au niveau hospitalier et être pris en compte dans les processus d'attribution des budgets.

Douw et al., 2006

L'objectif de l'enquête effectuée par Douw *et al.* était de déterminer quelles étaient les modifications à apporter à un outil de priorisation des technologies de la santé afin d'adapter son utilisation à un contexte d'analyse prospective (*horizon scanning*) au Danemark [63]. Une enquête postale a été menée auprès de 15 intervenants en santé et 11 économistes de la santé afin de documenter les caractéristiques clés d'un outil d'évaluation. Les auteurs se sont inspirés d'un outil précédemment publié en 2002 par Oortwijn *et al.* [58]. Les résultats de l'enquête suggèrent que dans un système de santé où l'on privilégie une approche d'évaluation prospective, les technologies devaient être priorisées sur la base des avantages et des coûts marginaux, de l'impact budgétaire, de l'impact sur l'accessibilité des soins de santé et sur d'autres aspects tels que les besoins de formation et les changements organisationnels associés à la nouvelle technologie. À la suite de ce sondage, les auteurs de cette étude ont proposé des changements à l'outil d'évaluation d'Oortwijn *et al.* [58] afin de prendre en considération les grandes conclusions de cette enquête.

Kapiriri et Norheim, 2004

L'enquête effectuée par Kapiriri et Norheim avait pour objectif d'évaluer le degré d'accord des intervenants du système de santé de l'Ouganda sur les critères à utiliser dans la priorisation des interventions en santé [64]. Un questionnaire auto-administré a été distribué à différents intervenants en santé et dans la population afin de documenter les opinions concernant 18 critères de priorisation potentiels. Au total, 408 personnes ont participé à l'étude. Les résultats de cette enquête montrent que, parmi les critères soumis, ceux considérés comme étant les plus importants sont les suivants :

- gravité de la maladie ;
- avantages de l'intervention ;
- coût de l'intervention ;
- rapport coût-efficacité de l'intervention ;
- qualité des données sur l'efficacité ;
- âge des patients ;
- lieu de résidence ;
- mode de vie ;
- égalité des chances d'accès aux soins de santé ;
- opinion de la communauté.

D'autres critères tels que le sexe, le statut social des patients, les capacités mentales, les capacités physiques, les opinions politiques et les responsabilités à l'égard d'autrui ont été considérés comme étant moyennement importants. Les auteurs de cette étude mentionnent qu'il faut être prudent quant à la généralisation de ces résultats en raison de limites

importantes inhérentes à la méthode d'échantillonnage, à la méthode d'enquête et à la surreprésentation des travailleurs de la santé.

4.1.4 Appréciation globale des études retenues portant sur le développement, la mise en œuvre ou l'utilisation d'un outil d'aide à la décision multicritères

Selon les critères de qualité définis *a priori* dans la section méthodologie (voir la section 2.1.4 Évaluation de la qualité des publications et extraction des données), l'ensemble des documents sélectionnés peut être considéré comme étant de qualité modérée. Dans la plupart des études, on retrouve un objectif clairement énoncé, des critères d'évaluation explicitement décrits et facilement identifiables ainsi que des domaines et des critères d'évaluation pertinents pour le milieu hospitalier. Toutefois, certaines publications ne rapportent pas clairement le processus décisionnel ayant mené à la sélection des critères [11, 20, 34, 36, 37, 39, 41, 43-45, 51, 53, 54, 56-60], la méthode de calcul qui a servi à élaborer la priorisation des interventions [20, 35-38, 40-42, 45, 48, 50, 51, 55, 57] et les limites de l'outil d'aide à la décision multicritères [11, 20, 34-37, 39, 41, 43, 48, 51-53, 57-60]. Notons également que certains des critères rapportés sont potentiellement redondants ou mutuellement dépendants. Certains outils d'aide à la décision multicritères rapportés dans les études répertoriées proviennent de pays en développement tels que le Ghana, l'Ouganda et la Thaïlande [47, 52, 55, 64]. Bien que les systèmes de santé de ces pays soient différents de celui du Canada, ces critères demeurent pertinents puisqu'il est question ici de choisir parmi des interventions de santé celles qui sont les plus optimales et coût-efficaces dans un contexte où les ressources sont limitées.

4.1.5 Autres concepts

Lors de la sélection des publications issues de la recherche documentaire, d'autres concepts qui n'étaient pas répertoriés dans les publications portant sur les critères utiles pour la priorisation des soins médicaux et qui pourraient potentiellement être considérés lors d'un processus de prise de décision ont été identifiés dans les revues narratives. Ces concepts sont le surdiagnostic [65], la légitimité de la prise de décision [66] et les inégalités en santé lors de la prise de décision [67] (Tableau 4).

TABLEAU 4. CONCEPTS SUPPLÉMENTAIRES IDENTIFIÉS LORS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Auteurs [réf.] Concepts	Définitions	Méthode d'évaluation dans un contexte de prise de décision
AMQ [65] Surdiagnostic	Le surdiagnostic survient quand, chez une personne, on diagnostique une maladie qui ne causera jamais ni symptôme, ni mort, ou qu'on pose tout geste qui n'apporte pas de valeur ajoutée à un traitement. Le surdiagnostic a un caractère multidimensionnel qui inclut quatre vecteurs principaux (patients, soignants, culture et système), tous interreliés.	Un plan d'action suggéré en 2014 par l'AMQ, comprenant sept orientations stratégiques, a été proposé afin de contrer le surdiagnostic au Québec. Les orientations comprennent, entre autres, de l'aide pour la prise de décision, pour le jugement et pour les connaissances cliniques ainsi que de la sensibilisation des médecins et des patients sur la pertinence et la valeur ajoutée de toute mesure prise en considération.
Baroe <i>et al.</i> (2014) [66] Légitimité de la prise de décision	Le concept de légitimité lors de la prise de décision réfère au fait que les croyances et valeurs des autorités, organisations ou de la société font en sorte que les décisions prises par ces organisations sont justes et appropriées. Il existe une différence entre la légitimité justifiée (intervention considérée comme appropriée) et la légitimité conférée (intervention considérée comme socialement acceptée). Lors de la prise de décision, les décideurs ont une autorité morale face à leurs décisions.	Afin de considérer la légitimité lors de la prise de décision, il est proposé que des membres du public se joignent aux décideurs afin de déterminer des critères justes, acceptables et équitables. L'application d'une méthode A4R «responsabilité du caractère raisonnable» ou utilisant de multiples critères peut permettre de soutenir la légitimité lors de la prise de décision par un groupe.
Morton <i>et al.</i> (2014) [67] L'inégalité lors de la prise de décision	Il existe de fortes disparités en matière d'état de santé entre les différents groupes sociaux. Moins le niveau socio-économique d'une personne est élevé, plus le risque de mauvaise santé est grand. Les inégalités en santé sont des différences systématiques observées dans l'état de santé des différents groupes d'une population. Elles ont des coûts sociaux et économiques importants tant pour l'individu que pour la société.	Dans une approche décisionnelle basée sur l'utilisation de différents critères, un des moyens d'évaluer l'inégalité consiste à évaluer le gain de santé selon différentes populations.

AMQ : Association médicale du Québec

5. ENQUÊTE DES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES AU CHU DE QUÉBEC

Une enquête par Internet (questionnaire auto-administré) et entrevues semi-dirigées a été réalisée entre le 16 juillet et le 4 septembre 2015 auprès des décideurs cliniques (n = 108) incluant des responsables de divers comités impliqués dans l'évaluation de la pertinence des soins de santé (n = 7) du CHU de Québec. L'objectif de l'enquête était de décrire les critères, valeurs ou préférences couramment utilisés au CHU de Québec pour évaluer la pertinence des soins médicaux. Au total, 30 % des personnes auxquelles le questionnaire a été acheminé (32 sur 108) ont complété l'enquête. Les répondants étaient des chefs de départements (n = 11) et des chefs de services cliniques (n = 21). Tous les présidents de comités approchés ont acceptés de répondre à l'entrevue semi-dirigée (n = 7).

5.1 Méthodes d'identification rapportées pour identifier des mesures susceptibles d'accroître la pertinence des soins médicaux

Les résultats de l'enquête montrent que les méthodes privilégiées pour identifier les mesures susceptibles d'accroître la pertinence des soins médicaux au CHU de Québec sont principalement regroupées autour de discussions avec des experts externes, de réunions à l'interne ou par la révision de la littérature, et ce, autant chez les décideurs cliniques que dans les comités (Tableau 5).

TABEAU 5. DESCRIPTION DES FRÉQUENCES DES MÉTHODES UTILISÉES POUR IDENTIFIER LES MESURES SUSCEPTIBLES D'ACCROÎTRE LA PERTINENCE DES SOINS MÉDICAUX

Méthodes pour identifier les mesures	Décideurs cliniques ¹ (n = 32) n (%)	Comités (n = 7) n (%)
Discussion avec des experts externes	24 (75)	4 (57)
Révision de la littérature	27 (84)	1 (14)
Réunion de département ou de service, rencontre de comité	27 (87)	2 (29)
Discussion avec d'autres parties prenantes	13 (41)	1 (14)
Discussion avec des comités du CMDP	8 (25)	0 (0)
Discussion avec la DSP ou la DMSH	12 (38)	0 (0)
Autres	2 (6)	1 (14)

DSP : Direction des services professionnels, DMSH : Direction médicale des services hospitaliers, CMDP : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

¹ Incluant chefs de départements et chefs de services cliniques.

Les décideurs cliniques sont plus enclins, dans les moyens privilégiés, à discuter avec des experts externes, à réviser la littérature ou à discuter de ces interventions lors de réunions à l'interne (p. ex. réunions de département ou de service, rencontres de comités internes) afin d'identifier les mesures, tandis que les comités s'en remettent plus fréquemment à la discussion avec des experts externes (57 %). De plus, les orientations en santé publique permettent également d'identifier ces mesures dans le groupe des décideurs cliniques.

5.2 Catégories de professionnels impliqués dans le processus d'identification des mesures susceptibles d'accroître la pertinence des soins médicaux

L'enquête a également révélé que, pour les répondants de la catégorie des décideurs cliniques, les parties prenantes impliquées au CHU de Québec dans la démarche d'identification et d'évaluation des mesures susceptibles d'accroître la pertinence des soins médicaux sont principalement les médecins du département ou du service, les chefs de services, les gestionnaires d'unité et les chefs de département dans des proportions de 84 %, 78 %, 63 % et 59 % respectivement (Tableau 6). Pour les représentants des comités, les professionnels de la santé autres que les médecins, les cadres supérieurs et les représentants de la DSP ou de la DMSH sont ceux les plus souvent impliqués dans une proportion de 43 % pour chacun (Tableau 6). Aucun des deux groupes ne semble impliquer de représentant de la Fondation du CHU de Québec lors de l'identification des mesures susceptibles d'accroître la pertinence. Ces résultats suggèrent une représentation intersectorielle de la part des comités par rapport aux décideurs cliniques, s'expliquant probablement par la nature même de leur mandat.

TABLEAU 6. DESCRIPTION DES PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS DANS L'IDENTIFICATION ET L'ÉVALUATION DES MESURES SUSCEPTIBLES D'ACCROÎTRE LA PERTINENCE DES SOINS MÉDICAUX

Personnes impliquées	Décideurs cliniques ¹ (n = 32) n (%)	Comités (n = 7) n (%)
Chefs de département	19 (59)	2 (29)
Chefs de service	25 (78)	2 (29)
Médecins du département ou service	27 (84)	2 (29)
Gestionnaires d'unité	20 (63)	1 (14)
Professionnels de la santé (autres que médecins)	18 (56)	3 (43)
Cadres supérieurs	6 (19)	3 (43)
Représentants du CMDP	8 (31)	2 (29)
Représentants de la DSP et/ou de la DMSH	8 (31)	3 (43)
Représentants de la Fondation du CHU de Québec-Université Laval	0 (0)	0 (0)
Autres	2 (6)	2 (29)

¹ Incluant chefs de départements et chefs de services cliniques.

5.3 Sources d'informations rapportées dans l'évaluation des mesures susceptibles d'accroître la pertinence des soins médicaux

Les résultats du sondage indiquent que les données probantes sont la principale source d'information utilisée afin d'évaluer les mesures susceptibles d'accroître la pertinence des soins médicaux. Les études cliniques, les revues systématiques, les méta-analyses, les guides de pratique clinique ou la discussion entre collègues ou experts sont rapportées parmi les sources d'information utilisées par les décideurs cliniques pour évaluer les mesures susceptibles d'accroître la pertinence des soins médicaux. Les sources rapportées par les répondants des comités incluent les études cliniques, les recommandations de pratique clinique et la discussion avec des collègues ou experts (Tableau 7).

TABLEAU 7. DESCRIPTION DES SOURCES D'INFORMATION UTILISÉES DANS L'ÉVALUATION DES MESURES SUSCEPTIBLES D'ACCROÎTRE LA PERTINENCE DES SOINS MÉDICAUX

Sources d'information	Décideurs cliniques ¹ (n = 32) n (%)	Comités (n = 7) n (%)
Études cliniques, revues systématiques, méta-analyses	24 (75)	3 (43)
Guides de pratique clinique	29 (91)	3 (43)
Consensus d'experts	22 (69)	0 (0)
Discussion avec des collègues ou experts	28 (88)	6 (86)
Résumés de congrès	12 (38)	0 (0)
Rapport d'évaluation interne	3 (9)	0 (0)
Orientation organisationnelle	13 (41)	3 (43)
Autres	1 (3)	3 (43)

¹ Incluant chefs de départements et chefs de services cliniques.

5.4 Fréquence d'évaluation rapportée pour identifier des mesures susceptibles d'accroître la pertinence des soins médicaux

Selon les répondants des comités, l'évaluation des mesures susceptibles d'accroître la pertinence est réalisée à une fréquence régulière variant de huit à 12 rencontres par année. Toutefois, les membres des comités semblent procéder à une évaluation de la pertinence des soins médicaux au besoin, et ce, dans une proportion de 43 %. Quant aux décideurs cliniques, selon l'enquête, l'évaluation des mesures est le plus souvent effectuée au besoin par le groupe des décideurs cliniques, et ce, dans une proportion de 61 % alors que 6 % rapportent ne jamais procéder à une telle évaluation.

5.5 Critères rapportés dans l'évaluation des mesures susceptibles d'accroître la pertinence des soins médicaux

Les départements et services médicaux de même que les comités du CHU de Québec ont rapporté 106 critères pouvant être utilisés dans la démarche d'évaluation des mesures susceptibles d'accroître la pertinence des soins médicaux. De ce nombre, un peu moins des deux tiers (63 %) proviennent des répondants des chefs de départements et services. Avec le retrait des doublons et le regroupement des termes similaires, il demeure 81 critères uniques. La liste de ces critères est disponible sur demande.

Les répondants étaient également invités à proposer d'autres critères qui, selon eux, pourraient être utiles au CHU de Québec pour évaluer la pertinence des soins médicaux offerts. Au total, 46 critères ont été suggérés dont les deux tiers (67 %) par des chefs de départements et services. À l'exception de huit critères jugés non utilisables dans un contexte hospitalier, tous les autres avaient déjà été répertoriés dans la recherche documentaire.

5.6 Caractéristiques idéales d'un outil d'aide à la décision selon les répondants

Les personnes sondées ont été invitées à partager leurs opinions concernant les caractéristiques idéales d'un outil d'aide pour évaluer la pertinence des soins médicaux. Les répondants ayant accepté de partager leurs opinions (30 chefs de département ou de service et les sept représentants de comité) ont mentionné que l'outil devrait être simple d'utilisation (n = 11), idéalement informatisé (n = 7), pouvoir se compléter en peu de temps (n = 4) et être facilement accessible (n = 4). L'outil multicritères devrait également être près de la réalité clinique, adaptable à différents contextes, formaté sous la forme de synthèse ou de questions ainsi que lié avec d'autres outils déjà existants et les données probantes. De plus, les répondants ont souligné l'importance d'implanter une culture d'évaluation avant l'outil, de favoriser l'harmonisation des pratiques et le partage des expertises ainsi que d'avoir des incitatifs pour les professionnels qui réalisent le changement organisationnel.

6. SÉLECTION DES THÈMES POUR L'ÉVALUATION DE LA PERTINENCE ET LA PRIORISATION DES INTERVENTIONS

6.1 Élaboration de la liste de thèmes d'évaluation pour les rondes de consultation

À la suite de la revue systématique de la littérature ainsi que de l'enquête auprès des chefs de départements, de services médicaux et de comités du CHU de Québec, 645 critères ont été identifiés. De ce nombre, 16 % (106 sur 645) proviennent de l'enquête et les autres (84 %) sont issus de la recherche documentaire. Au total, 424 critères uniques sont demeurés après retrait des doublons (n = 154) et des critères jugés non utilisables dans le contexte hospitalier (n = 59).

Les 424 critères uniques répertoriés (343 provenant de la littérature et 81 provenant de l'enquête auprès des parties prenantes à l'interne) ont été analysés en séance de travail par l'équipe du projet et regroupés en 27 thèmes selon leur degré de similitude. Les thèmes choisis sont les suivants :

1. Aspects politiques ;
2. Aspects sociaux, culturels et historiques ;
3. Attitude envers l'intervention ;
4. Impact sur les relations interdépartementales ou interinstitutionnelles ;
5. Taille de la population ciblée ;
6. Impact sur les ressources humaines ;
7. Cohérence avec la planification en vigueur ;
8. Abordabilité de l'intervention ;
9. Caractéristiques de l'intervention ;
10. Description du problème de santé ;
11. Impact budgétaire et économique anticipé ;
12. Innovation apportée à l'intervention ;
13. Indications relatives à l'utilisation de l'intervention ;
14. Aspects légaux ;
15. Vulnérabilité de la population ciblée ;
16. Coût-efficacité de l'intervention ;
17. Disponibilité de l'intervention ;
18. Aspects organisationnels associés à l'introduction, à la mise en œuvre, au maintien ou au retrait d'une intervention ;
19. Acceptabilité de l'intervention ;
20. Aspects éthiques ;
21. Bénéfices pour la santé ;
22. Accessibilité de l'intervention ;
23. Exhaustivité et cohérence de la preuve ;
24. Options de traitement disponibles ;
25. Innocuité et sécurité de l'intervention ;
26. Efficacité de l'intervention ;
27. Bénéfices pour le patient.

La répartition des critères uniques dans les différents thèmes est présentée à l'Annexe 7. Globalement, les critères les plus souvent rapportés sont : les aspects organisationnels associés à l'introduction, à la mise en œuvre, au maintien ou au retrait d'une intervention ; la description du contexte clinique et du problème de santé ; l'impact budgétaire et économique de l'intervention ; les caractéristiques de l'intervention ainsi que l'exhaustivité et la cohérence de la preuve. En comparaison avec les critères issus de la revue de la littérature scientifique, l'enquête des pratiques suggère que les décideurs du CHU de Québec ont plus souvent recours dans leur processus de prise de décision à des critères en lien avec les aspects organisationnels associés à l'introduction, à la mise en œuvre, au maintien ou au retrait d'une intervention (24,7 % versus 13,7 %; différence de proportion : 11 % [IC à 95 % : 1,20 à 22,37]; $p = 0,0148$). Toutefois, les critères en lien avec les enjeux éthiques et sociétaux (aspects sociaux, éthiques, légaux, politiques, culturels ou historiques à considérer lors de la prise de décision) semblent être moins considérés au CHU de Québec dans le processus de la prise de décision comparativement à ce qui a été rapporté dans la littérature (Annexe 7).

6.2 Consultation de type Delphi

Trois rondes de consultation de type Delphi ont été effectuées auprès des parties prenantes du CHU de Québec afin de sélectionner les thèmes importants pour l'évaluation de la pertinence et la priorisation des soins médicaux. Le même exercice a été réalisé en parallèle avec des représentants de l'INESSS. Il n'a pas été possible dans le cadre de cette démarche de déterminer le nombre de patients, de citoyens ou de bénévoles ayant eu accès au questionnaire. Par conséquent, si on exclut cette catégorie de répondants, les taux de participation globaux s'élèvent respectivement à 43 % (114 sur 268), 35 % (95 sur 268) et 27 % (73 sur 268) pour la première, la deuxième et la troisième ronde de consultation. Les principales caractéristiques des répondants à chacune de ces trois rondes ainsi que les taux de participation spécifiques à chacune des organisations (CHU de Québec ou INESSS) sont présentés au Tableau 8.

TABLEAU 8. PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS AUX TROIS RONDES DE CONSULTATION

Rondes de consultations	CHU de Québec			INESSS		
	#1	#2	#3	#1	#2	#3
Nombre de personnes sollicitées	246	246	246	22	22	22
Nombres de participants	116	94	74	20	11	8
Taux de participation	39 %*	34 %*	26 %*	91 %	50 %	36 %
Fonction principale						
Chefs de département	11	7	5	----	----	----
Chefs de service	23	26	13	----	----	----
Cadres	23	24	16	1	----	1
Patients/citoyens/bénévoles	21	10	10	----	----	----
Autres professionnels (incluant les professionnels en ETMIS)	32	26	30	19	11	7
Non rapportée	6	1	----	----	----	----

*Taux de participation excluant les représentants des patients/citoyens/bénévoles

6.2.1 Synthèse des résultats de la première ronde de consultation

La première consultation qui s'est déroulée en novembre 2015 avait pour objectif de mesurer sur une échelle de 1 à 10, soit du moins important au plus important, l'importance accordée à chacun des 27 thèmes proposés dans l'évaluation et la priorisation de la pertinence des soins médicaux. Parmi les 27 thèmes soumis, 23 ont obtenu un niveau assez élevé de consensus entre les participants pour être conservés. Aucun consensus en faveur de retirer un thème n'a été obtenu. Le degré de consensus pour chacun des thèmes ainsi que les mesures de dispersion spécifiques sont présentés au Tableau 9.

TABLEAU 9. RÉSULTATS OBTENUS À LA PREMIÈRE RONDE DE CONSULTATION

Thèmes	n total	Consensus GARDER n (%)*	Consensus RETIRER n (%)**	Médiane (EI)	Moyenne (ET)	CV (%)
Absence de consensus (degré de consensus < 60 %)						
Aspects politiques	129	38 (29)	43 (33)	5 (4)	4,8 (2,6)	54
Aspects sociaux, culturels et historiques	130	51 (39)	20 (15)	6 (3)	5,9 (2,2)	38
Attitude envers l'intervention	127	74 (58)	16 (13)	7 (3)	6,4 (2,3)	37
Impact sur les relations interdépartementales ou interinstitutionnelles	130	66 (51)	16 (12)	7 (3)	6,3 (2,4)	38
Consensus faible (degré de consensus entre 60 % et 75 %)						
Taille de la population ciblée	130	86 (66)	16 (12)	8 (2)	6,9 (2,4)	34
Impact sur les ressources humaines	129	90 (70)	10 (8)	8 (3)	7,2 (2,1)	29
Cohérence avec la planification en vigueur	132	95 (72)	8 (6)	8 (2)	7,3 (2,0)	27
Abordabilité de l'intervention	130	97 (75)	7 (5)	8 (2,8)	7,4 (1,9)	26
Consensus fort (degré de consensus > 75 %)						
Caractéristique de l'intervention	131	100 (76)	11 (8)	8 (2)	7,3 (2,1)	29
Description du problème de santé	130	99 (76)	4 (3)	8 (1,8)	7,5 (1,7)	23
Impact budgétaire et économique anticipé	131	101 (77)	7 (5)	8 (2)	7,6 (2,0)	26
Innovation apportée à l'intervention	132	104 (79)	6 (5)	8 (2)	7,7 (1,9)	25
Indications relatives à l'utilisation de l'intervention	128	103 (80)	4(3)	8 (2)	7,6 (1,7)	23
Vulnérabilité de la population ciblée	131	106 (81)	4 (3)	8 (2)	7,8 (1,8)	23
Aspects légaux	129	106 (82)	3 (2)	8 (2)	8,0 (1,9)	24
Coût-efficacité de l'intervention	132	109 (83)	6 (5)	8 (2)	7,9 (2,0)	25
Disponibilité de l'intervention	132	109 (83)	4 (3)	8 (2)	7,8 (1,8)	23
Aspects organisationnels associés à l'introduction, à la mise en œuvre, au maintien ou au retrait d'une intervention	130	109 (84)	5 (4)	8 (2)	8,0 (1,8)	23
Acceptabilité de l'intervention	130	109 (84)	4 (3)	8 (2)	7,8 (1,7)	22
Aspects éthiques	131	112 (85)	3 (2)	8 (2)	8,1 (1,8)	22
Bénéfices pour la santé	131	129 (98)	0 (0)	10 (1)	9,4 (0,9)	10
Accessibilité de l'intervention	129	112 (87)	2 (2)	8 (2)	8,0 (1,5)	19
Exhaustivité et cohérence de la preuve	131	121 (92)	1 (1)	9 (2)	8,5 (1,4)	17
Options de traitement disponibles	131	122(93)	0 (0)	8 (1)	8,4 (1,3)	15
Innocuité et sécurité de l'intervention	129	127 (98)	0 (0)	9 (1)	9,1 (1,1)	12
Efficacité de l'intervention	129	128 (99)	1 (1)	9 (2)	9,0 (1,1)	12
Bénéfice pour le patient	131	131 (100)	0 (0)	10 (1)	9,5 (0,8)	8

* pointage moyen ≥ 7 sur une échelle de 1 à 10, ** pointage moyen ≤ 3 sur une échelle de 1 à 10

EI : écart interquartile, ET : écart type, CV : coefficient de variation

VERT = Thèmes ayant obtenus un consensus

Les résultats de la consultation présentés au Tableau 9 montrent qu'il y a un consensus fort, soit un degré de consensus plus grand que 75 %, entre les participants en faveur de conserver 19 des 27 thèmes. On observe également une augmentation de la valeur de l'écart interquartile et du coefficient de variation pour les thèmes ayant obtenu un faible consensus ou n'ayant pas fait consensus.

Les résultats de la première ronde de consultation ont également été analysés pour comparer le degré de consensus dans le choix des thèmes en fonction des répondants du CHU de Québec et de l'INESSS (Annexe 8, Tableau 8.1). Les données suggèrent que 10 thèmes semblent ressortir du lot et obtenir un fort consensus auprès des répondants de ces deux organismes. Il s'agit des thèmes suivants : bénéfiques pour la santé; accessibilité de l'intervention; exhaustivité et cohérence de la preuve; options de traitement disponibles; innocuité et sécurité de l'intervention; efficacité de l'intervention; bénéfiques pour le patient; aspects organisationnels associés à l'introduction, à la mise en œuvre, au maintien ou au retrait d'une intervention; rapport coût-efficacité de l'intervention ainsi que impacts budgétaires et économiques anticipés. L'importance de certains thèmes semble cependant diverger entre les deux organisations. En effet, un consensus fort peut être observé pour les répondants du CHU de Québec concernant la décision de conserver les thèmes reliés à l'innovation apportée à l'intervention et les indications relatives à l'utilisation de l'intervention tandis qu'aucun consensus n'est obtenu parmi les répondants de l'INESSS (Annexe 8, Tableau 8.1).

Une analyse complémentaire a également été réalisée pour évaluer les réponses en fonction des différentes catégories de répondants au CHU de Québec. Une description détaillée de ces résultats est disponible sur demande. Les résultats indiquent que, indépendamment de la catégorie de répondants, 10 familles de thèmes ont obtenu un fort degré de consensus, soit entre 79 % et 100 % en faveur de les conserver. Ces thèmes incluent l'acceptabilité de l'intervention; les aspects éthiques; les bénéfiques pour la santé; l'accessibilité de l'intervention; l'exhaustivité et la cohérence de la preuve; les options de traitement disponibles, l'innocuité et la sécurité de l'intervention; l'efficacité de l'intervention; les bénéfiques pour le patient et la disponibilité de l'intervention. D'autres thèmes pourraient également être conservés si on ne considère que les résultats issus des répondants les plus susceptibles d'être des utilisateurs potentiels de l'outil décisionnel d'analyse multicritères à développer, soit les chefs de département et de service, les cadres et les autres professionnels œuvrant ou non en milieu hospitalier. En effet, les thèmes concernant le rapport coût-efficacité de l'intervention et les aspects organisationnels associés à l'introduction, à la mise en œuvre, au maintien ou au retrait d'une intervention ont obtenu un consensus fort chez ces participants. L'analyse des résultats par catégorie de répondants suggère des différences concernant l'importance à accorder à certains thèmes. Par exemple, l'analyse suggère que, comparativement aux autres catégories de répondants, les cadres accordent plus d'importance à certains thèmes liés aux aspects organisationnels dont l'impact sur les ressources humaines, la cohérence avec la planification en vigueur, l'abordabilité de l'intervention, les caractéristiques de l'intervention, l'impact budgétaire et économique ainsi que le rapport coût-efficacité de l'intervention (Annexe 8, Tableau 8.2). Pour les répondants cliniciens, le thème relatif à la vulnérabilité de la population semble prendre une plus grande importance que pour les autres catégories de répondants.

L'analyse des résultats de la première ronde de consultation a mené à conserver 12 thèmes sur la base des consensus obtenus entre les répondants (Tableau 10). Les 15 thèmes restants qui ont été soumis à une deuxième ronde de consultation sont aussi présentés au Tableau 10.

TABLEAU 10. RÉPARTITION DES THÈMES AU TERME DE LA PREMIÈRE RONDE DE CONSULTATION

Thèmes conservés	Thèmes soumis à la deuxième ronde de consultation
<ul style="list-style-type: none"> • Coût-efficacité de l'intervention • Disponibilité de l'intervention • Aspects organisationnels associés à l'introduction, à la mise en œuvre, au maintien ou au retrait d'une intervention • Acceptabilité de l'intervention • Aspects éthiques • Bénéfices pour la santé • Accessibilité de l'intervention • Exhaustivité et cohérence de la preuve • Options de traitement disponibles • Innocuité et sécurité de l'intervention • Efficacité de l'intervention • Bénéfice pour le patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Aspects politiques • Aspects sociaux, culturels et historiques • Attitude envers l'intervention • Impact sur les relations interdépartementales ou interinstitutionnelles • Taille de la population ciblée • Impact sur les ressources humaines • Cohérence avec la planification en vigueur • Abordabilité de l'intervention • Caractéristique de l'intervention • Description du problème de santé • Impact budgétaire et économique anticipé • Innovation apportée à l'intervention • Indications relatives à l'utilisation de l'intervention • Aspects légaux • Vulnérabilité de la population ciblée

6.2.2 Synthèse des résultats de la deuxième ronde de consultation

La deuxième ronde de consultation s'est déroulée entre le 10 décembre 2015 et le 8 janvier 2016. Tous les participants invités à répondre à la première ronde ont été sollicités à nouveau. Ils ont été invités à évaluer l'importance de chacun des 15 thèmes proposés selon la même échelle de 1 à 10 déjà utilisée. De plus, en ajout du niveau d'importance, les participants devaient indiquer si chacun des thèmes devrait être conservé ou non. Les taux de participation de cette ronde de consultation sont présentés au Tableau 8. En plus des répondants initialement invités, des médecins et pharmaciens à qui ce questionnaire n'était pas destiné ont été sollicités par erreur à la deuxième phase de la consultation. Une analyse a été effectuée pour évaluer si cette catégorie de répondants (n = 38) pouvait avoir influencé le degré de consensus en faveur de conserver ou de retirer les thèmes et aucune de ces variations ne s'est avérée statistiquement significative (données disponibles sur demande). Les données de cette catégorie de participants ont finalement été exclues de l'analyse.

Les résultats de la deuxième ronde de consultation présentés au Tableau 11 indiquent un consensus en faveur de conserver 11 des 15 thèmes soumis soit un pointage supérieur ou égal à 7 chez plus de 60 % des répondants. Un fort consensus (pointage ≥ 7 chez plus de 75 % des répondants) a été observé uniquement pour un thème soit « la description du problème de santé ». Les données ne suggèrent pas de consensus en faveur de conserver ou de retirer les autres thèmes. On observe pour les thèmes où il n'y a pas de consensus en faveur de les conserver ou de les retirer, une plus grande variation des mesures de dispersion soit un pointage moyen plus faible et un coefficient de variation plus élevé (Tableau 11). À la question si le thème devait être conservé, on observe également qu'il s'agit des mêmes qui ont obtenu un consensus de la part des participants. Les résultats montrent que, pour deux des thèmes n'ayant pas fait consensus, soit les aspects politiques, de même que les aspects sociaux, culturels et historiques, une majorité de répondants ont considéré que ces thèmes ne devraient pas figurer parmi les critères d'aide à la décision. Par ailleurs, pour l'abordabilité et l'attitude envers l'intervention, il ne semble pas se dégager de tendance à l'effet de garder ou non ces thèmes.

TABLEAU 11. RÉSULTATS OBTENUS À LA DEUXIÈME RONDE DE CONSULTATION

Thèmes	n total	Consensus pour : GARDER* n (%)	Consensus pour : RETIRER n (%)**	Médiane (EI)	Moyenne (ET)	CV (%)	Garder le thème ? (n = 105)	
							OUI n (%)	NON n (%)
Aucun consensus (degré de consensus < 60 %)								
Aspects politiques	103	13 (13)	47 (46)	4 (3,5)	3,9 (2,2)	55	14 (13)	91 (87)
Aspects sociaux, culturels et historiques	104	26 (25)	36 (35)	5 (3,3)	4,7 (2,4)	51	35 (33)	70 (67)
Abordabilité de l'intervention	104	43 (41)	21 (20)	6 (3)	5,9 (2,3)	39	56 (53)	49 (47)
Attitude envers l'intervention	102	48 (47)	17 (17)	6 (3)	6,0 (2,3)	38	58 (55)	47 (45)
Faible consensus (degré de consensus entre 60 % et 75 %)								
Innovation apportée à l'intervention	104	67 (64)	9 (9)	7 (3)	7,0 (2,4)	34	76 (72)	29 (28)
Impacts sur les relations interdépartementales ou interinstitutionnelles	102	67 (66)	7 (7)	7 (3)	7,0 (2,1)	30	87 (83)	18 (17)
Aspects légaux	102	68 (67)	10 (10)	8 (3)	7,1 (2,4)	34	84 (80)	21 (20)
Caractéristiques de l'intervention	103	70 (68)	3 (3)	7 (3)	7,3 (1,8)	25	89 (85)	16 (5)
Impacts budgétaires et économiques anticipés	102	71 (70)	10 (10)	8 (3)	7,1 (2,2)	31	87 (83)	18 (17)
Impacts sur les ressources humaines	102	72 (71)	7 (7)	8 (2,8)	7,2 (2,0)	28	94 (90)	11 (11)
Indications relatives à l'utilisation de l'intervention	103	74 (72)	6 (6)	8 (3)	7,4 (2,1)	29	82 (78)	23 (22)
Taille de la population ciblée	104	76 (73)	9 (9)	8 (3)	7,3 (2,2)	30	83 (79)	22 (21)
Vulnérabilité de la population ciblée	103	76 (74)	4 (4)	8 (3)	7,7 (1,9)	24	90 (86)	15 (14)
Cohérence avec la planification en vigueur	102	77 (75)	5 (5)	8 (2)	7,8 (2,0)	26	91 (87)	14 (13)
Fort consensus (degré de consensus >75 %)								
Description du problème de santé	103	83 (81)	5 (5)	8 (2)	7,8 (2,0)	25	96 (91)	9 (9)

* pointage moyen ≥ 7 sur une échelle de 1 à 10, ** pointage moyen ≤ 3 sur une échelle de 1 à 10

EI : écart interquartile, ET : écart type, CV : coefficient de variation

VERT = Thèmes ayant obtenus un consensus,

Globalement, les résultats selon l'organisation du répondant (Annexe 9, Tableau 9.1) montrent que quatre des thèmes d'évaluation qui ne font pas consensus sont les mêmes au CHU de Québec et à l'INESSS. Ceux-ci incluent les aspects politiques, les aspects sociaux, culturels et historiques, l'abordabilité de l'intervention et l'attitude envers l'intervention. Parmi les différences observées entre les organisations, notons les aspects légaux et les caractéristiques de l'intervention qui obtiennent un degré de consensus en faveur de les conserver au CHU de Québec mais pas du côté de l'INESSS. Même si des différences sont observées, les participants de l'INESSS étaient d'accord pour conserver les thèmes reliés aux caractéristiques de l'intervention et l'attitude envers l'intervention.

Les résultats obtenus après la deuxième consultation auprès des répondants du CHU de Québec ont été analysés selon leur fonction principale. Une description détaillée des résultats par catégorie de chacun des groupes de répondants est disponible sur demande. Bien que ce soit à des degrés divers, un consensus est observé à l'égard de conserver sept des thèmes d'évaluation proposés quelle que soit la catégorie de répondants (chefs de département et de service, cadres, professionnels œuvrant en milieu hospitalier). On observe également pour ces mêmes catégories de la cohérence entre les types de répondants quant aux choix de conserver au final les thèmes. Ces thèmes sont les impacts sur les relations interdépartementales ou interinstitutionnelles, les impacts budgétaires et économiques anticipés, les indications relatives à l'utilisation de l'intervention, la taille de la population ciblée, la vulnérabilité de la population ciblée, la cohérence avec la planification en vigueur et la description du problème de santé. Les résultats obtenus à la question si le thème devrait être conservé à la fin du processus sont cohérents avec les consensus observés. Les analyses suggèrent que, indépendamment de la catégorie de répondants, il y a absence de consensus pour les thèmes concernant les aspects politiques, les aspects sociaux, culturels et historiques ainsi que l'abordabilité de l'intervention (Annexe 9, Tableau 9.2). Par ailleurs, des différences sont observées entre les catégories de répondants. Par exemple, l'impact sur les ressources humaines est un thème qui n'a pas fait consensus pour les cadres et les représentants des patients, citoyens ou bénévoles. De même, la catégorie « chefs de département et de service » a accordé un niveau moindre d'importance à l'innovation apportée par l'intervention en comparaison avec les autres catégories de répondants. Pour les professionnels de la santé (incluant les professionnels en ETMIS), les thèmes en lien avec les aspects légaux et les caractéristiques de l'intervention semblent prendre moins d'importance que pour les autres types de répondants.

En fonction du protocole déterminé *a priori* ainsi que de l'analyse des résultats de la deuxième ronde de consultation, 12 thèmes ont été conservés (Tableau 12). Ces thèmes s'ajoutent aux 12 conservés après la première ronde de consultation.

TABLEAU 12. RÉPARTITION DES THÈMES AU TERME DE LA DEUXIÈME RONDE DE CONSULTATION

Thèmes conservés	Thèmes éliminés
<ul style="list-style-type: none"> • Aspects légaux • Attitude envers l'intervention • Caractéristique de l'intervention • Cohérence avec la planification en vigueur • Description du problème de santé • Impact budgétaire et économique anticipé • Impact sur les relations interdépartementales ou interinstitutionnelles • Impact sur les ressources humaines • Indications relatives à l'utilisation de l'intervention • Innovation apportée à l'intervention • Taille de la population ciblée • Vulnérabilité de la population ciblée 	<ul style="list-style-type: none"> • Abordabilité de l'intervention • Aspects politiques • Aspects sociaux, culturels et historiques

Comparaisons inter-rondes de consultation

Les réponses obtenues pour les 15 thèmes sondés lors de la première et de la deuxième ronde de consultation ont été analysées pour en évaluer la stabilité. Les résultats de ces consultations ont été considérés comme deux séries indépendantes puisqu'il n'était pas possible de vérifier si les répondants à chacune des rondes étaient les mêmes. Un test de khi carré (χ^2) comparant les résultats des deux rondes de consultation sur le degré de consensus en faveur de conserver ou de retirer un thème d'évaluation a été effectué pour chacun des 15 thèmes. Les principaux résultats de cette analyse sont présentés à l'Annexe 10.

Une stabilité dans le degré de consensus accordés par les répondants est observée pour 60 % (neuf sur 15) des thèmes sondés. Pour six thèmes d'évaluation (abordabilité de l'intervention, aspects légaux, aspects politiques, aspects sociaux, culturels et historiques, impact sur les relations interdépartementales ou interinstitutionnelles, innovation apportée à l'intervention), les degrés de consensus en faveur de conserver le thème d'évaluation entre les deux rondes de consultation se sont avérés significativement différents.

Dans l'ensemble, des différences variant de un à 34 points de pourcentage dans le niveau de consensus accordé en faveur de conserver ou de retirer un thème d'évaluation sont observées entre la première et la deuxième ronde de consultation. Des diminutions dans le niveau de consensus accordé par les répondants en faveur de conserver un thème d'évaluation sont généralement observées. Cependant, une stabilité des résultats quant au retrait d'un thème d'évaluation est observée pour 80 % (12 sur 15) des thèmes sondés. Bien qu'il y ait globalement des changements de pointage à la hausse ou à la baisse tant pour le consensus en faveur de conserver que de retirer un thème, ces variations n'ont généralement pas eu d'effet sur le choix des thèmes à conserver ou exclure à l'exception de deux. En effet, pour l'abordabilité de l'intervention, les résultats de la deuxième ronde de consultation ont fait balancer le choix de consensus vers l'absence de consensus. Également, un résultat différent entre les deux premières rondes de consultation a été observé pour les impacts sur les relations interdépartementales ou interinstitutionnelles.

6.2.3 Synthèse des résultats de la troisième ronde de consultation

La troisième ronde de consultation au CHU de Québec et à l'INESSS s'est déroulée entre le 16 février 2016 et le 1^{er} mars 2016. Tous les participants invités à répondre aux rondes précédentes ont été sollicités à nouveau pour participer à cette consultation. Suivant les deux premières rondes, 24 thèmes d'évaluation soit 12 après la première ronde et 12 autres après la deuxième, ont été retenus pour leur potentiel d'utilisation dans la priorisation des soins médicaux. Un exercice de regroupement a été réalisé par l'équipe du projet sur la base de la complémentarité et de l'appartenance à une même famille de thèmes. Il en est ressorti 12 thèmes majeurs qui ont été soumis aux participants pour un classement par ordre d'importance sur une échelle de 1 (le plus important) à 12 (le moins important). Ces thèmes sont énumérés et définis au Tableau 13. Une description des différents regroupements effectués, lorsque pertinent, est aussi présentée dans la définition du thème. Les taux de participation à cette ronde de consultation sont présentés au Tableau 8.

TABLEAU 13. DÉFINITION DES THÈMES D'ÉVALUATION SOUMIS LORS DE LA TROISIÈME RONDE DE CONSULTATION

Thèmes	Définitions
Accessibilité de l'intervention	Capacité de la population visée d'avoir accès à l'intervention lorsqu'elle est disponible, c'est-à-dire lorsqu'elle est offerte en quantité suffisante pour répondre à la demande de la clientèle visée. Ce thème considère l'importance de l'accessibilité et de la disponibilité de l'intervention sur la prise de décision.
Aspects éthiques	Répercussions de l'intervention et de ses modalités d'utilisation sur les systèmes de valeurs individuels, professionnels et sociaux pouvant se traduire par des tensions ou dilemmes entre les intérêts individuels et les intérêts collectifs. Ce thème réfère aussi à l'acceptabilité, soit dans quelle mesure la population visée est à l'aise de recourir à l'intervention.
Aspects légaux	Aspects touchant l'encadrement de l'intervention et l'aménagement de son utilisation en fonction des droits, responsabilités et obligations des parties prenantes concernées dont le fabricant, l'établissement, les médecins, les autres professionnels et les patients.
Aspects organisationnels associés à l'introduction, au maintien, à la mise en œuvre ou au retrait d'une intervention	Réfère à l'ensemble des ressources, connaissances et compétences susceptibles d'être mobilisées par l'organisation. Ce thème inclut la capacité de l'établissement à organiser et suivre les pratiques et processus en place, la mise en œuvre de la décision prise, l'impact sur les ressources humaines et les relations interdépartementales/interinstitutionnelles ainsi que la cohérence avec la planification en vigueur.
Bénéfices pour la santé de la population visée	Changements bénéfiques apportés par l'intervention sur la santé et les aspects importants (p. ex. qualité de vie) pour la population visée comparativement aux autres interventions disponibles pour le même problème clinique.
Caractéristiques de l'intervention	Description de l'intervention, incluant sa performance comparativement à l'intervention actuelle, ses indications, ses caractéristiques innovatrices et l'attitude des professionnels à son égard.
Coût-efficacité de l'intervention	Évaluation économique consistant à comparer différentes options pour lesquelles les coûts sont mesurés en unités monétaires et les résultats exprimés en unités naturelles (non monétaires), comme le nombre d'années de vie gagnées.
Description du problème de santé	Ce thème inclut une description de l'ensemble des aspects en lien avec l'épidémiologie, le fardeau et la gravité de la maladie pour la population visée par l'intervention. Ce thème inclut également une description complète du contexte clinique incluant la taille de la population susceptible de bénéficier de l'intervention et la vulnérabilité de cette population.
Efficacité de l'intervention	Changements produits par l'intervention se traduisant par une amélioration des signes, des symptômes ou de la condition médicale d'un patient comparativement à ceux engendrés par d'autres interventions pour le même problème de santé. Ces changements devraient être appuyés par toutes formes de connaissances de bonne qualité méthodologique, présentes en quantité suffisante et sans contradiction majeure.
Impacts budgétaires et économiques anticipés	Répercussions financières d'une intervention ou d'un service sur les budgets d'immobilisation et de fonctionnement de l'hôpital, du département ou du service médical.
Innocuité et sécurité de l'intervention	Réfère à l'absence d'effet nuisible majeur relié à l'utilisation d'une intervention chez un patient souffrant d'un problème de santé incluant l'ensemble des événements indésirables pouvant survenir chez les patients ou les prestataires de soins.
Options de traitement disponibles	Réfère aux interventions actuellement disponibles pour prendre en charge la condition médicale étudiée. Ce thème vise à évaluer les avantages et désavantages de celles-ci, pour soutenir la décision d'introduire ou de retirer l'intervention ciblée.

Le classement des thèmes selon leur niveau d'importance pour les répondants du CHU de Québec et de l'INESSS est présenté au Tableau 14. Globalement, les thèmes en lien avec l'efficacité de l'intervention, les bénéfices sur la santé de la population visée ainsi que l'innocuité et la sécurité de l'intervention sont ceux ayant obtenus les scores les plus élevés lors de l'exercice de classement par ordre d'importance (Tableau 14). Les thèmes en lien avec les aspects organisationnels, les impacts budgétaires et les aspects légaux ont, en revanche, reçu un score plus faible.

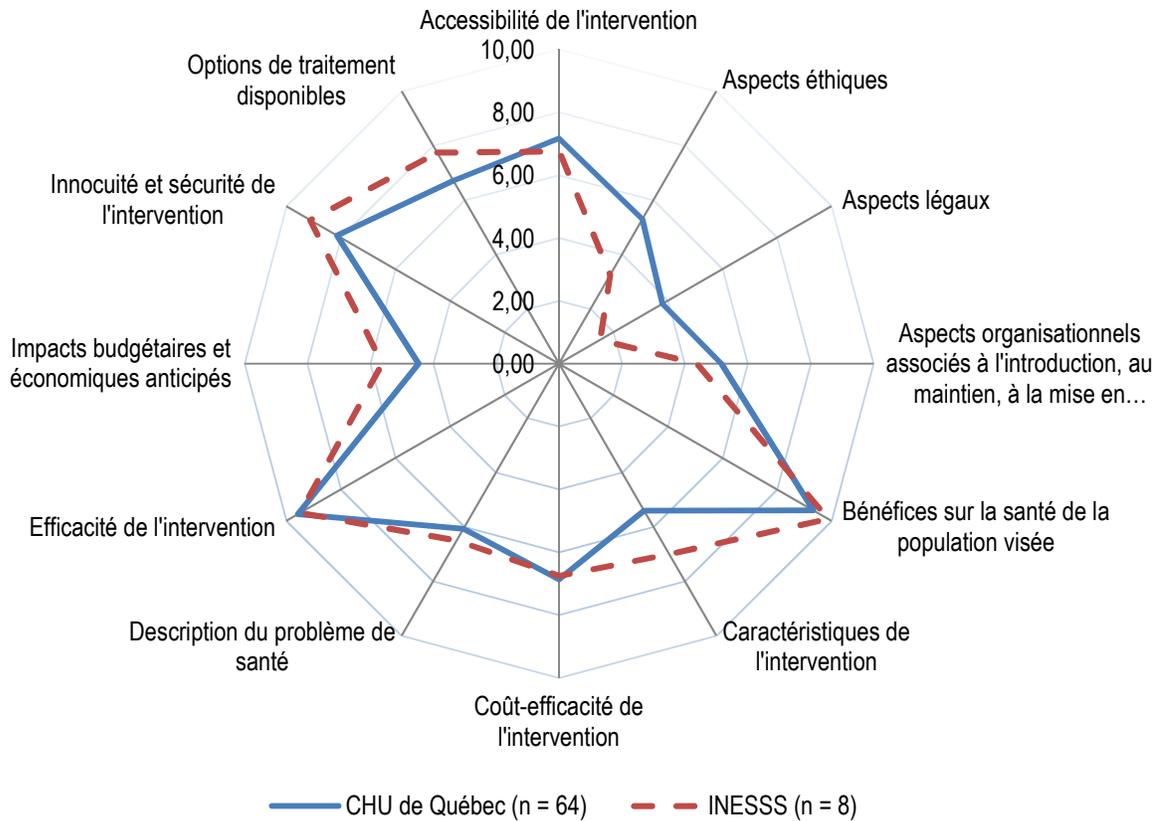
TABLEAU 14. RÉSULTATS DU CLASSEMENT DES THÈMES SOUMIS À LA TROISIÈME RONDE DE CONSULTATION

Rang	Moyennes pondérées	Thèmes d'évaluation
1	9,6	Efficacité de l'intervention
2	9,3	Bénéfices pour la santé de la population visée
3	8,2	Innocuité et sécurité de l'intervention
4	7,2	Accessibilité de l'intervention
5	6,9	Coût-efficacité de l'intervention
6	6,7	Options de traitement disponibles
7	6,1	Description du problème de santé
8	5,4	Caractéristiques de l'intervention
9	5,3	Aspects éthiques
10	5,2	Aspects organisationnels associés à l'introduction, à la mise en œuvre, au maintien ou au retrait d'une intervention
11	4,5	Impacts budgétaires et économiques anticipés
12	3,8	Aspects légaux

Comparaisons entre les organisations

La classification des thèmes a été analysée selon l'organisation des répondants (Tableau 15 et Figure 3). Pour cette analyse, les réponses des représentants des patients, citoyens et bénévoles ont été exclues car cette catégorie de répondants était spécifique au processus de consultation qui s'est déroulé au CHU de Québec. Les thèmes en lien avec les bénéfices pour la santé de la population visée, l'efficacité de l'intervention ainsi que l'innocuité et la sécurité de l'intervention constituent les trois thèmes ayant été classés avec le même niveau d'importance par les répondants de l'INESSS et du CHU de Québec. Toutefois, le rang accordé au rapport coût-efficacité et aux caractéristiques de l'intervention varie entre les deux organisations (Tableau 15). En comparant les moyennes pondérées des rangs pour chacun des thèmes, des différences plus importantes sont remarquées pour les thèmes relatifs aux aspects éthiques, aux aspects légaux et aux caractéristiques de l'intervention entre le CHU de Québec et l'INESSS (Figure 3). Ces variations n'ont généralement pas de répercussion sur le rang accordé aux différents thèmes d'évaluation à l'exception du thème relatif aux caractéristiques de l'intervention évaluée où une différence de classement de cinq positions est constatée entre les deux organisations (Tableau 15).

FIGURE 3. MOYENNES PONDÉRÉES DES RANGS OBTENUS AU CLASSEMENT DES THÈMES D'ÉVALUATION SELON L'ORGANISATION DES RÉPONDANTS*



*Excluant les réponses des représentants de patients, citoyens et bénévoles (n = 10)

TABLEAU 15. RÉSULTATS DES RANGS OBTENUS¹

Thème	Classement des thèmes selon le rang	
	CHU de Québec (n = 64)*	INESSS (n = 8)
Efficacité de l'intervention	2	2
Bénéfices pour la santé de la population visée	1	1
Innocuité et sécurité de l'intervention	3	3
Accessibilité de l'intervention	5	6
Coût-efficacité de l'intervention	4	7
Options de traitement disponibles	6	4
Description du problème de santé	7	8
Caractéristiques de l'intervention	10	5
Aspects éthiques	9	11
Aspects organisationnels associés à l'introduction, à la mise en œuvre, au maintien ou au retrait d'une intervention	8	10
Impacts budgétaires et économiques anticipés	11	9
Aspects légaux	12	12

¹Rang obtenu basé sur la moyenne pondérée obtenue au classement des thèmes en fonction de l'organisation des répondants

*Excluant les réponses des représentants de patients, citoyens et bénévoles (n = 10)

Comparaisons entre les catégories de répondants

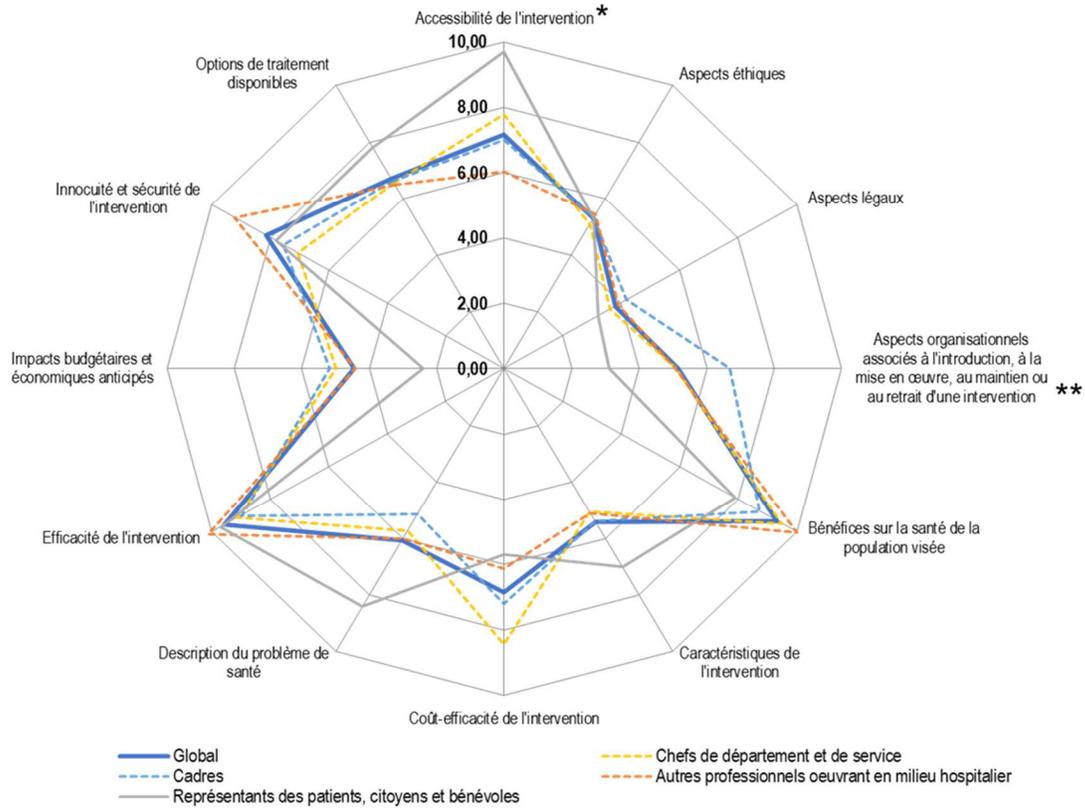
La classification des thèmes d'évaluation au CHU de Québec a été analysée en fonction de la catégorie des répondants (Tableau 16). Les résultats de cette analyse suggèrent une certaine cohérence dans le rang accordé entre les différentes catégories de répondants pour certains thèmes. Toutefois, le rang accordé pour d'autres thèmes, notamment ceux en lien avec la description du problème de santé, l'accessibilité de l'intervention, les caractéristiques de l'intervention et les aspects organisationnels, peut varier de trois à cinq positions selon le type de répondants (Tableau 16). La Figure 4 présente graphiquement les différences observées entre les catégories de répondants concernant les moyennes pondérées des rangs pour chacun des thèmes d'évaluation. On observe un profil de classement des thèmes différent pour la catégorie des représentants des patients, citoyens et bénévoles. Des différences statistiquement significatives sont d'ailleurs rapportées pour deux de ces thèmes, soit l'accessibilité de l'intervention et les aspects organisationnels associés à l'introduction, à la mise en œuvre, au maintien ou au retrait d'une intervention. Bien que non-significatives, d'autres différences peuvent être constatées à la Figure 4 notamment pour les thèmes reliés aux options de traitement disponibles, à la description du problème de santé ainsi qu'aux impacts budgétaires et économiques anticipés. À l'exception du thème en lien avec la description du problème de santé, ces différences semblent avoir peu d'impact sur la classification des thèmes d'évaluation (différences de deux ou trois positions selon le répondant).

TABLEAU 16. CLASSEMENT DES THÈMES SELON LA CATÉGORIE DE RÉPONDANTS AU CHU DE QUÉBEC¹

Thème	Chefs de département et de service (n = 18)	Cadres (n = 16)	Autres professionnels (n = 30)	Représentants patients/ citoyens/bénévoles (n = 10)
Efficacité de l'intervention	2	1	1	2
Bénéfices pour la santé de la population visée	1	2	2	4
Innocuité et sécurité de l'intervention	5	3	3	5
Accessibilité de l'intervention	4	5	6	1
Coût-efficacité de l'intervention	3	4	5	8
Options de traitement disponibles	6	7	4	6
Description du problème de santé	7	11	7	3
Caractéristiques de l'intervention	10	8	9	7
Aspects éthiques	9	9	8	9
Aspects organisationnels associés à l'introduction, à la mise en œuvre, au maintien ou au retrait d'une intervention	8	6	10	11
Impacts budgétaires et économiques anticipés	11	10	11	12
Aspects légaux	12	12	12	10

¹Rang obtenu basé sur la moyenne pondérée obtenue au classement des thèmes en fonction de la catégorie de répondants

FIGURE 4. MOYENNES PONDÉRÉES DES RANGS OBTENUS AU CLASSEMENT DES THÈMES SELON LA CATÉGORIE DE RÉPONDANTS AU CHU DE QUÉBEC



* $p = 0,035$, Patients versus autres professionnels œuvrant en milieu hospitalier

** $p = 0,007$, Patients versus cadres

7. DISCUSSION

Dans les systèmes de santé d'aujourd'hui, les propositions de pratiques innovantes se multiplient. Les décideurs doivent donc disposer de données probantes appropriées et de haute qualité concernant la pertinence de ces propositions avant de les implanter dans leur milieu. Le présent rapport visait à documenter les critères utilisés pour la prise de décision en milieu hospitalier et à sélectionner par consensus les critères devant servir au processus de priorisation des interventions en lien avec la pertinence des soins médicaux au CHU de Québec. L'analyse des données issues de la recherche documentaire et des enquêtes effectuées auprès des parties prenantes du milieu a permis de dégager des enseignements utiles pour la suite des travaux devant mener au développement d'un outil multicritères d'aide à la décision.

Tout d'abord, l'évaluation de la pertinence d'une intervention et la prise de décision organisationnelles est un processus complexe [11]. Ce processus doit être rigoureux, équitable, explicite, transparent et doit tenir compte autant des considérations d'ordre scientifique et économique que des jugements de valeur et des enjeux d'acceptabilité sociale qui lui sont associés. La décision d'implanter, de maintenir ou de retirer une intervention selon le niveau de complexité en lien avec les acteurs impliqués, les enjeux et les coûts, peut reposer sur un processus simple mais également nécessiter une approche plus formelle et structurée. Différentes approches servant à établir des priorités de manière plus explicite peuvent être utilisées. Celles-ci prennent généralement en compte de multiples critères simultanément afin de faire un « bon » choix. Dans le cadre de ce projet d'évaluation, différents outils multicritères pour aider à la priorisation ont été identifiés. Le nombre de critères dans ces outils varie de quatre à 72. Les critères reliés à la prise de décision qui se recoupent dans ces outils sont l'efficacité et la sécurité de l'intervention, les coûts ainsi que les risques et bénéfices au plan organisationnel. Parmi les avantages d'utiliser une approche multicritères, mentionnons la possibilité de résoudre des problèmes décisionnels complexes en faisant intervenir plusieurs points de vue et valeurs organisationnelles qui sont généralement variés même parfois contradictoires. Dans une telle approche, les critères seront utiles à la priorisation en autant que ceux-ci soient soigneusement sélectionnés, pertinents, non-redondants, mutuellement indépendants et opérationnels [9].

Bien que la recherche de la littérature scientifique ait été effectuée selon les standards de réalisation d'une revue systématique, les documents recensés ont représenté un défi au regard de l'appréciation de la qualité méthodologique et de la validité des résultats. Pour la grande majorité d'entre eux, il ne s'agissait pas d'études randomisées ni quasi-expérimentales mais plutôt d'études descriptives relatant des projets de développement ou de mise en œuvre d'outils multicritères d'aide à la décision. Certains des critères rapportés dans ces publications sont redondants ou non mutuellement exclusifs. Ainsi, on ne peut exclure que l'inclusion de ces différentes publications ait pu contribuer à la multiplication des critères répertoriés de même qu'à une certaine forme d'hétérogénéité.

La recherche documentaire visait à l'identifier des critères et des thèmes d'évaluation qui étaient destinés à un usage tant aux niveaux macro, méso que micro dans la prise de décision. Globalement, la revue de la littérature et l'enquête des pratiques d'évaluation de la pertinence menée au CHU de Québec ont permis d'identifier 424 critères uniques qui ont été regroupés à l'intérieur de 27 thèmes distincts. Outre les résultats de l'enquête réalisée au CHU de Québec, la majorité des documents recensés étaient davantage en lien avec des démarches de priorisation d'interventions réalisées dans un contexte décisionnel de niveau macro. Les données analysées suggèrent des regroupements de critères qui varient selon les différents contextes issus de littérature scientifique ou de celui du CHU de Québec. Il est généralement reconnu que les décideurs du milieu hospitalier considèrent plus fréquemment des critères en lien avec la sécurité, l'efficacité, les aspects organisationnels et l'impact budgétaire et que les décideurs des autorités nationales ou réglementaires considèrent moins les critères en lien avec les aspects organisationnels et l'impact sur le budget [72]. Dans les faits, l'emphase mise sur certains de ces critères est plus nuancée sur le terrain. La consultation des parties prenantes effectuée dans le cadre de ce projet d'évaluation a permis de constater que certains thèmes et critères recensés dans la littérature sont moins appliqués au CHU de Québec comme ceux portant sur les enjeux éthiques et sociétaux, incluant des aspects légaux ou politiques, tandis que d'autres tels que les aspects organisationnels occupent une place plus importante dans les processus d'évaluation de la pertinence d'une intervention.

La différence entre les niveaux décisionnels n'affecterait pas le choix des critères utilisés mais plutôt leur opérationnalisation selon certains auteurs [72]. En effet, une étude effectuée par Sampietro-Colom *et al.* a montré que les poids donnés à des critères par des décideurs des niveaux macro et micro coïncidaient entre eux [72]. Par exemple, un

critère évaluant un contexte budgétaire pourrait être utilisé avec un point de vue à portée sociétale pour un niveau de décision macro tandis que ce même critère serait utilisé dans un contexte de budget local pour une décision à un niveau micro. Les résultats de l'enquête effectuée auprès des décideurs du CHU de Québec révèlent que les critères utilisés pour la prise de décision sont similaires à ceux identifiés dans la littérature mais dans des proportions différentes. De ce fait, l'analyse effectuée suggère que des critères en lien avec les aspects organisationnels associés à l'introduction, à la mise en œuvre, au maintien ou au retrait d'une intervention sont plus fréquemment utilisés dans un contexte de prise de décision au niveau méso (p. ex.: en milieu hospitalier) que dans un contexte de prise de décision de niveau macro (p. ex.: par comité provincial). Toutefois, à l'inverse, significativement moins d'importance accordée à des critères en lien avec des aspects éthiques et sociétaux (incluant des aspects légaux ou politiques) semblent être considérés en milieu hospitalier comparativement à ce qui peut être retrouvé dans la littérature scientifique.

L'enquête effectuée auprès des parties prenantes du CHU de Québec comporte certaines limites. On peut questionner en premier lieu la représentativité des parties prenantes consultées en raison du faible taux de participation (30 %) dans le groupe des chefs de départements et de services médicaux sondés (n = 108). Tel que rapporté, deux méthodes de collecte d'informations ont été utilisées au CHU de Québec pour réaliser l'enquête auprès des parties prenantes. Les pratiques d'évaluation de la pertinence auprès des comités internes ont été documentées par entrevues semi-dirigées alors que les chefs des départements et services ont été consultés via un sondage en ligne. Il n'est pas possible de déterminer si la méthode de collecte de données utilisée dans l'un ou l'autre des groupes pourrait avoir influencé les résultats obtenus par l'introduction d'un biais d'interprétation ou de désirabilité sociale.

L'utilisation de multiples critères pour la prise de décision concernant les soins de santé est une méthode de plus en plus utilisée [23]. L'analyse multicritères permet d'ajouter au processus de prise de décision de la transparence et de la cohérence, et ce, tout en aidant les décideurs à recentrer leur réflexion sur les éléments qui sont vraiment importants [73]. Cette approche permet aussi d'utiliser des critères de décision qui reflètent les besoins du milieu, de mettre en évidence les différents points de vue des décideurs tout en facilitant le consensus et la discussion [73]. En ce sens, il est impératif, dans la démarche d'identification et de priorisation des critères, que ceux-ci proviennent des décideurs en place. Les critères soumis à la consultation ont pris en considération la réalité du milieu à l'aide d'une enquête réalisée auprès des parties prenantes du CHU de Québec. De plus, afin d'accroître la légitimité du processus, la consultation a été soumise non seulement à des parties prenantes du milieu hospitalier, mais également à des représentants de l'INESSS ainsi qu'à des représentants de la clientèle du CHU de Québec. En comparant les différentes catégories de répondants, l'importance des thèmes pour l'évaluation de la pertinence et la priorisation des soins médicaux semble être globalement homogène pour les chefs des départements et des services, les cadres et les autres professionnels œuvrant en milieu hospitalier. Cependant, le classement des thèmes d'évaluation qui a été effectué par les représentants des patients, citoyens ou bénévoles semble différer des autres répondants. En effet, l'analyse indique que cette catégorie de répondants accordait une plus grande importance au thème d'évaluation en lien avec l'accessibilité de l'intervention et avec les aspects organisationnels associés à l'introduction, à la mise en œuvre, au maintien ou au retrait de l'intervention. Le classement final des thèmes proposés suivant les trois rondes de consultation montre que l'efficacité de l'intervention, les bénéfices sur la santé de la population visée ainsi que l'innocuité et la sécurité de l'intervention sont considérés comme étant les trois thèmes les plus importants pour l'évaluation de la pertinence et la priorisation des soins médicaux. Les aspects organisationnels associés à l'introduction, à la mise en œuvre, au maintien ou au retrait d'une intervention, les impacts budgétaires et économiques anticipés ainsi que les aspects légaux demeurent importants à considérer mais avec un poids moindre dans la prise de décision.

La méthode classique d'un Delphi a été adaptée pour tenir la consultation effectuée dans le cadre de ce projet d'évaluation. Parmi les inconvénients rencontrés, mentionnons que ce Delphi modifié ne permettait pas d'interagir directement et d'obtenir une rétroaction de la part de tous les participants. Toutefois, le format de consultation choisi a permis de rejoindre facilement la majorité des représentants de toutes les catégories de parties prenantes, incluant des représentants des patients et des citoyens. [74]. L'implication des patients ou des citoyens tout au long du processus de consultation est cohérent avec les tendances actuelles dans la littérature où il est privilégié de donner une plus grande voix aux patients dans la prise de décision concernant les soins de santé. La participation du public lors de la prise de décision en santé est une avenue prometteuse permettant une meilleure acceptabilité des décisions et un plus grand engagement de la population dans les décisions qui la concernent [75]. En excluant les représentants des patients et du public, les taux de participation aux différentes rondes de consultation ont varié de 27 % à 43 %. Il n'a toutefois pas été possible d'évaluer la représentativité au sein de chacun des groupes de même que la constance des répondants en raison du choix de conserver l'anonymat des participants lors du mode de consultation. Étant donné le mode de

consultation (questionnaire web envoyé par courriel) et le type de devis de consultation (consultation de type Delphi), un taux de réponse se situant entre 30 % et 60 % peut être considéré acceptable [76]. Toutefois, il a été suggéré par Sumsion *et al.* qu'un taux de réponse de 70 % à chacune des rondes de consultation devrait être atteint pour assurer une certaine rigueur lors du déroulement d'un processus Delphi en face à face [77, 78].

Bien qu'un classement global des thèmes ait été obtenu, des différences entre les groupes consultés sont constatées. En analysant le classement selon l'organisation des répondants (CHU de Québec versus INESSS), une faible différence dans l'importance des thèmes est observée sauf pour le thème touchant les caractéristiques de l'intervention évaluée. Ce dernier semble être moins important parmi les répondants du milieu hospitalier. Différentes raisons peuvent expliquer ces résultats. Tout d'abord, la mission première de l'INESSS et celle du CHU de Québec sont différentes. L'INESSS a pour mission de promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux avec une perspective provinciale. Pour ce qui est du CHU de Québec, ce dernier a pour mission de dispenser des soins et des services de santé généraux, spécialisés et surspécialisés, en y intégrant l'enseignement, la recherche clinique et fondamentale ainsi que l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Il s'agit d'une perspective locale mais qui s'étend également, pour certains secteurs, au niveau du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université Laval. Ces différences fondamentales dans les missions de ces deux organismes pourraient avoir eu un impact sur l'importance accordée aux différents thèmes d'évaluation. On ne peut également écarter l'effet possible de la variance dans les réponses reliée au petit nombre de participants ($n = 19$) à l'INESSS, ce qui pourrait avoir eu un plus grand impact sur le degré global de consensus.

8. CONCLUSION

Le présent rapport visait à identifier des critères utiles pour l'évaluation de la pertinence et la priorisation des interventions en milieu hospitalier. La révision des données probantes et les enquêtes effectuées auprès de décideurs et de professionnels du CHU de Québec révèlent qu'il existe un grand nombre de critères utiles pour la prise de décision en santé. Parmi ces derniers, ceux en lien avec l'efficacité et la sécurité de l'intervention, les bénéfices cliniques pour la clientèle visée, l'accessibilité des soins, les coûts et les impacts organisationnels, éthiques et légaux semblent être les plus importants aux yeux des parties prenantes sondées. Ces nouveaux éléments d'information permettent de croire que les approches actuelles d'aide à la décision pour la priorisation et l'évaluation de la pertinence des pratiques cliniques au CHU de Québec pourraient être révisées à la lumière des critères qui font consensus entre les décideurs de notre organisation.

En ce sens, le développement d'un outil d'aide à la décision multicritères adaptable aux différents besoins des décideurs du CHU de Québec est une suite logique dans le déroulement futur du présent travail. Toutefois, les modalités pour le développement et l'implantation d'une approche multicritères d'aide à la décision dans notre milieu demandent à être précisées. À court terme, l'opérationnalisation, la contextualisation des thèmes d'évaluation jugés importants par les parties prenantes ainsi que le mode d'utilisation de ces critères constituent des défis majeurs dans le développement d'une telle approche décisionnelle. De plus, des initiatives devront être mises en place afin d'assurer la pérennité du processus et la cohérence à travers toutes les instances décisionnelles, le tout dans un continuum global de révision de la pertinence clinique des soins médicaux à travers les différents niveaux organisationnels du CHU de Québec. Il serait souhaitable que les thèmes retenus soient au cœur des discussions relatives aux processus décisionnels de tous les décideurs de notre établissement. Une synergie entre les utilisateurs de l'outil des différents niveaux décisionnels et une cohérence dans les éléments importants pour la prise de décision en santé sont primordiales afin d'assurer une équité et une prise de décision juste, et ce, quel que soit le niveau décisionnel dans le CHU de Québec.

Plusieurs questions demeurent en suspens, entre autres, quand et comment introduire les perspectives de la clientèle visée lors de la prise de décision, comment mobiliser et coordonner toutes les équipes susceptibles d'être impliquées tout en ayant un impact minimal sur leur charge de travail respective et, finalement, comment suivre les changements de pratiques dans le temps avec les données actuellement disponibles dans notre organisation. Ce rapport intérimaire du projet de développement et de validation d'un outil multicritères d'aide à la décision présente les résultats de la première phase réalisée, soit celle de la recension des connaissances et de la consultation des parties prenantes. À partir des critères identifiés au terme de cette démarche, le projet se poursuivra par le développement et la validation d'une méthode de priorisation des initiatives de pertinence ainsi que la réalisation de projets de démonstration.

9. ANNEXES

ANNEXE 1. SITES INTERNET CONSULTÉS POUR LA RECHERCHE DE LA LITTÉRATURE GRISE

Acronyme	Nom	Pays (province)	Site Internet	Résultat de la recherche (n)
Mots-clés				
Sites en anglais : <i>multicriteria decision analysis, decision analysis</i>				
Sites en français : <i>outils de décision multicritère, outil de décision</i>				
Autres bases de données indexées				
---	<i>Theses Canada portal</i>	Canada	http://www.bac-lac.gc.ca/eng/services/theses/Pages/theses-canada.aspx	0
CINALH	<i>CINAHL Plus with Full Text</i>	États-Unis	https://health.ebsco.com/.../cinahl-plus-with-full-text	19
PsycNET	<i>APA PsycNET</i>	États-Unis	http://psycnet.apa.org	6
Sudoc	<i>Catalogue SUDOC</i>	France	http://www.sudoc.abes.fr/	2
Sites Internet généraux visités				
ACMTS	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé	Canada	http://www.cadth.ca/fr	1
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>	États-Unis	http://www.ahrq.gov/	0
ANSM	<i>Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé</i>	France	http://ansm.sante.fr/	0
AHTA	<i>Adelaide Health Technology Assessment</i>	Australie	http://www.adelaide.edu.au/ahta/	0
CEBM	<i>Center for Evidence-based Medicine</i>	Royaume-Uni	http://www.cebm.net/	0
ETMIS- CHUM	Le Service de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du CHUM	Canada (Québec)	http://www.chumontreal.qc.ca/patients-et-soins/a-propos-du-chum/les-directions-du-chum/dqepps/etmis/projets	0
HAS	Haute Autorité de Santé	France	http://www.has-sante.fr/	1
HSAC	<i>Health Services Assessment Collaboration</i>	Nouvelle-Zélande	http://www.healthsac.net/aboutus/aboutus.htm	0
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	Canada (Québec)	http://www.inesss.qc.ca/	2
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé	Belgique	http://www.kce.fgov.be/	0
MSAC	<i>Medical Services Advisory Committee</i>	Australie	http://www.msac.gov.au/	0
NGC	<i>National Guidelines Clearinghouse</i>	États-Unis	http://www.guidelines.gov/	0
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>	Royaume-Uni	http://www.nice.org.uk/	2
NIHR HTA	<i>National Institute for Health Research Health Technology Assessment programme</i>	Royaume-Uni	http://www.hta.ac.uk/	0
NZHTA	<i>New Zealand Health Technology Assessment</i>	Nouvelle-Zélande	http://www.otago.ac.nz/christchurch/research/nzhta/	0
OHTAC	<i>Ontario Health Technology Advisory Committee</i>	Canada (Ontario)	http://www.hqontario.ca/evidence	1

Acronyme	Nom	Pays (province)	Site Internet	Résultat de la recherche (n)
OMS	Organisation mondiale de la Santé	International	http://www.who.int/fr/	0
SIGN	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>	Écosse	http://www.sign.ac.uk/	0
TAU-MUHC	<i>Technology Assessment Unit-McGill University Health Center</i>	Canada (Québec)	http://www.mcgill.ca/tau/	0
UETMIS-CHUS	UETMIS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS	Canada (Québec)	http://www.chus.qc.ca/academique-ruis/evaluation-des-technologies/	0
UETMIS-CHUSJ	UETMIS du CHU Sainte-Justine	Canada (Québec)	http://www.chu-sainte-justine.org/Pro/micro-portails.aspx?AxelD=16	0
VORTAL	<i>HTAi vortal</i>	États-Unis	http://vortal.htai.org/?q=search_websites	4
Sites Internet d'organismes et d'associations professionnelles spécifiques au sujet				
Associations médicales				
ACP	<i>American College of Physicians</i>	États-Unis	https://www.acponline.org/	0
AMA	<i>American Medical Association</i>	États-Unis	http://www.ama-assn.org/ama	0
AMC	Association médicale canadienne	Canada	https://www.cma.ca/Fr/Pages/cma_default.aspx	0
AMM	Association médicale mondiale	France	http://www.wma.net/fr/10home/	1
AU-AMA	<i>Australian Medical Association</i>	Australie	https://ama.com.au/	0
BMA	<i>British Medical Association</i>	Royaume-Uni	http://bma.org.uk/	0
CRMCC	Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada	Canada	http://www.royalcollege.ca/	0
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec	Canada (Québec)	https://www.fmsq.org	0
Organismes de régulation et autres initiatives				
	<i>Choosing Wisely</i>	États-Unis	http://www.choosingwisely.org/	0
	<i>Choosing Wisely - Canada</i>	Canada	http://www.choosingwiselycanada.org/	0
FDA	<i>U.S. Food and Drug Administration</i>	États-Unis	http://www.fda.gov/	0
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>	États-Unis	http://www.ihl.org/Pages/default.aspx	0
IMAP	<i>Institute on Medicine as a Profession</i>	États-Unis	http://imapny.org/	0
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec	Canada (Québec)	http://www.msss.gouv.qc.ca/	1
NCQA	<i>National Committee for Quality Assurance</i>	États-Unis	http://www.ncqa.org/	0
NQF	<i>National Quality Forum</i>	États-Unis	http://www.qualityforum.org/Home.aspx	0
SC	Santé Canada	Canada	http://www.hc-sc.gc.ca/index-fra.php	0
USPSTF	U.S. Preventive Services Task Force	États-Unis	http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/	0
NOMBRE DE DOCUMENTS RÉPERTORIÉS				40

Dernière recherche effectuée le 20 août 2015

Liste des principaux sites consultés pour les études économiques

Acronyme	Nom	Pays (province)	Site Internet	Résultat de la recherche (n)
Mots-clés				
Sites en anglais : multicriteria decision tool, decision tool				
Sites en français : outils de décision multicritère, outil de décision				
ICER	<i>Institute for Clinical and Economic Review</i>		www.icer-review.org	0
IHE	<i>Institute for Health Economics</i>	Canada	www.ihe.ca	1
NHS-EED (CRD)	<i>Center for Reviews and Dissemination</i>	Royaume-Unis	http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/	0
PATH	<i>Programs for Assessment of Technology in Health - Université McMaster</i>	Canada	http://www.path-hta.ca/Home.aspx	4
THETA	<i>Toronto Health Economics and Technology Assessment Collaborative</i>	Canada	http://theta.utoronto.ca/home	0
NOMBRE DE DOCUMENTS RÉPERTORIÉS				5

Dernière recherche effectuée le 20 août 2015

Recherche complémentaire

Noms	Site Internet	Résultat de la recherche (n)
Mots-clés		
Sites en anglais : multicriteria decision tool, decision tool		
Sites en français : outils de décision multicritère, outil de décision		
Google (10 premières pages)	https://www.google.ca/?qws_rd=ssl	11
Google Scholar (10 premières pages)	http://scholar.google.ca/	13
Open Access journals	http://www.scirp.org	0
NOMBRE DE DOCUMENTS RÉPERTORIÉS		24

Dernière recherche effectuée le 20 août 2015

ANNEXE 2. STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE DANS LES BASES DE DONNÉES INDEXÉES

MEDLINE :

Recherche	Mots-clés
#1	("multicriteria decision analysis" OR "criteria decision analysis" OR "multiple criteria decision analysis" OR "checklist") AND ("Decision Support Techniques"[Mesh])
#2	#1 AND (("2000/01/01"[PDAT] : "3000/12/31"[PDAT]) AND (English[lang] OR French[lang]))

- 188 documents identifiés, recherche effectuée le 8 janvier 2015
- 10 documents identifiés, recherche effectuée entre le 8 janvier 2015 et le 20 août 2015

Embase :

Recherche	Mots-clés
#1	('clinical decision making'/exp OR 'decision making'/exp) AND ('multicriteria decision analysis' OR 'criteria decision analysis' OR 'multiple criteria decision analysis' OR 'checklist')
#2	#1 AND ([article]/lim OR [article in press]/lim) AND ([english]/lim OR [french]/lim) AND [embase]/lim AND [2000-2015]/py

- 461 documents identifiés, recherche effectuée le 8 janvier 2015
- 87 documents identifiés, recherche effectuée entre le 8 janvier 2015 et le 20 août 2015

Bibliothèque Cochrane :

Recherche	Mots-clés
#1	MeSH descriptor: [Decision Support Techniques] explode all trees
#2	("multicriteria decision analysis" OR "criteria decision analysis" OR "multiple criteria decision analysis" OR "checklist")
#3	#1 AND #2 + Publication Year from 2000 to 2014

- 26 documents identifiés, recherche effectuée le 8 janvier 2015
- 0 document identifié, recherche effectuée entre le 8 janvier 2015 et le 20 août 2015

Centre for Reviews and Dissemination:

Recherche	Mots-clés
#1	MeSH descriptor: [Decision Support Techniques] explode all trees
#2	("multicriteria decision analysis" OR "criteria decision analysis" OR "multiple criteria decision analysis" OR "checklist")
#3	#1 AND #2 + Publication Year from 2000 to 2014

- 26 documents identifiés, recherche effectuée le 8 janvier 2015
- 0 document identifié, recherche effectuée entre le 8 janvier 2015 et le 20 août 2015

Web of Science :

Recherche	Mots-clés
#1	(multicriteria decision analysis)
#2	(criteria decision analysis)
#3	(multiple criteria decision analysis)
#4	(checklist)
#5	(health technology assessment)
#6	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5
#7	(decision support techniques)
#8	#6 AND #7
#9	#8 + Limites : web of science categories: (surgery or social sciences biomedical or radiology nuclear medicine medical imaging or psychiatry or optics or nursing or neurosciences or health care sciences services or hematology or emergency medicine or biotechnology applied microbiology or urology nephrology or medicine general internal or pharmacology pharmacy or orthopedics or medicine research experimental or oncology or obstetrics gynecology or public environmental occupational health or health policy services or cardiac cardiovascular systems or critical care medicine or clinical neurology) AND document types: (article or review)

- 99 documents identifiés, recherche effectuée le 8 janvier 2015
- 4 documents identifiés, recherche effectuée entre le 8 janvier 2015 et le 20 août 2015

ANNEXE 3. SITES INTERNET CONSULTÉS POUR LA RECHERCHE DE PROTOCOLES PUBLIÉS

Nom	Organisation	Site Internet	Résultat de la recherche (n)
Études de synthèse			
Mots-clés : multicriteria decision analysis			
PROSPERO	<i>Centre for Reviews and Dissemination</i>	http://www.crd.york.ac.uk/prospéro/	0
Cochrane	<i>The Cochrane Library</i>	www.thecochranelibrary.com	0
Études scientifiques			
Mots-clés : multicriteria decision analysis			
	<i>U.S. National Institute for Health Research</i>	http://www.Clinicaltrials.gov	0
	<i>Current Controlled Trials Ltd.</i>	http://www.controlled-trials.com	0
NOMBRE DE DOCUMENTS RÉPERTORIÉS			0

Dernière recherche effectuée le 20 août 2015

ANNEXE 4. LISTE DES PUBLICATIONS EXCLUES ET RAISONS D'EXCLUSION

Articles qui ne satisfont pas les critères d'éligibilité

- Agapova M, Devine EB, Bresnahan BW, Higashi MK, Garrison LP. Applying quantitative benefit-risk analysis to aid regulatory decision making in diagnostic imaging: Methods, challenges, and opportunities. *Academic Radiology*. 2014; 21(9): 1138-43.
- Andradas E, Blasco JA, Valentin B, Lopez-Pedraza MJ, Gracia FJ. Defining products for a new health technology assessment agency in Madrid, Spain: A survey of decision makers. *Int J Technol Assess Health Care*. 2008; 24(1): 60-9.
- Anis AH, Gagnon Y. Using economic evaluations to make formulary coverage decisions: So much for guidelines. *PharmacoEconomics*. 2000; 18(1): 55-62.
- Attema AE, Edelaar-Peeters Y, Versteegh MM, Stolk EA. Time trade-off: One methodology, different methods. *European Journal of Health Economics*. 2013; 14(SUPPL. 1): S53-S64.
- Baltussen R, Youngkong S, Paolucci F, Niessen L. Multi-criteria decision analysis to prioritize health interventions: Capitalizing on first experiences. *Health Policy*. 2010; 96(3): 262-4.
- Becker C, Langer A, Leidl R. The quality of three decision-analytic diabetes models: a systematic health economic assessment. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2011; 11(6): 751-62.
- Bell KJ, Irwig L, March LM, Hayen A, Macaskill P, Craig JC. Should response rules be used to decide continued subsidy of very expensive drugs? A checklist for decision makers. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2010; 19(1): 99-105.
- Bots P, Hulshof JAM. Designing Multi-Criteria Decision Analysis Processes for Priority Setting in Health Policy. *J Multi-Crit Decis Anal*. 2000; 9: 56-75.
- Bridges JFP, Hauber AB, Marshall D, Lloyd A, Prosser LA, Regier DA, et al. Conjoint analysis applications in health - A checklist: A report of the ISPOR Good Research Practices for Conjoint Analysis Task Force. *Value Health*. 2011; 14(4): 403-13.
- Brookes VJ, Del Rio Vilas VJ, Ward MP. Disease prioritization: what is the state of the art? *Epidemiol Infect*. 2015 Oct;143 (14): 2911-22.
- Burls A, Caron L, Cleret de Langavant G, Dondorp W, Harstall C, Pathak-Sen C, et al. Tackling ethical issues in health technology assessment: A proposed framework. *Int J Technol Assess Health Care*. 2011; 27(3): 230-7.
- Canadian Agency for Drugs and Technology in Health. Criteria and Tools for the Planning or Prioritization of Medical Equipment for Replacement: Clinical Evidence and Guidelines. 2014.
- Chilcott J, Tappenden P, Rawdin A, Johnson M, Kaltenthaler E, Paisley S, et al. Avoiding and identifying errors in health technology assessment models: qualitative study and methodological review. *Health Technol Assess*. 2010; 14(25).
- Cook C, Brismee JM, Pietrobon R, Sizer Jr P, Hegedus E, Riddle DL. Development of a Quality Checklist Using Delphi Methods for Prescriptive Clinical Prediction Rules: The QUADCPR. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*. 2010; 33(1): 29-41.
- Cowel W. International Society for Pharmacoeconomic and Outcome Research. MCDA for HTA: What factors should we consider including? 2012: 1-5.
- Cox R, Sanchez J, Revie CW. Multi-criteria decision analysis tools for prioritising emerging or re-emerging infectious diseases associated with climate change in Canada. *PloS one*. 2013; 8(8): e68338.
- Cunich M, Salkeld G, Dowie J, Henderson J, Bayram C, Britt H, et al. Integrating evidence and individual preferences using a web-based multi-criteria decision analytic tool: an application to prostate cancer screening. *Patient*. 2011; 4(3): 153-62.
- Dakin HA, Devlin NJ, Odeyemi IAO. "Yes "No" or "Yes, but"? Multinomial modelling of NICE decision-making. *Health Policy*. 2006; 77(3): 352-67.
- Danner M, Hummel JM, Volz F, Van Manen JG, Wiegard B, Dintsios CM, et al. Integrating patients' views into health technology assessment: Analytic hierarchy process (AHP) as a method to elicit patient preferences. *Int J Technol Assess Health Care*. 2011; 27(4): 369-75.
- Diaby V, Campbell K, Goeree R. Multi-criteria decision analysis (MCDA) in health care: A bibliometric analysis. *Operations Research for Health Care*. 2013; 2: 20-4.

- Diaby V, Goeree R, Hoch J, Siebert U. Multi-criteria decision analysis for health technology assessment in Canada: insights from an expert panel discussion. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2015; 15(1): 13-9.
- Diaby V, Goeree R. How to use multi-criteria decision analysis methods for reimbursement decision-making in healthcare: a step-by-step guide. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2014; 14(1): 81-99.
- Diederich A, Salzmann D. Public preferences regarding therapeutic benefit, costs of a medical treatment and evidence-based medicine as prioritization criteria. *Journal of Public Health (09431853).* 2015; 23(3): 137-48.
- Dolan JG. Multi-Criteria Clinical Decision Support A Primer on the Use of Multiple-Criteria Decision-Making Methods to Promote Evidence-Based, Patient-Centered Healthcare. *Patient.* 2010; 3(4): 229-48.
- Drummond M, Marshall D. Institute of Health Economic. IHE Methodology Forum: Prioritizing Methodological Research in the Evaluation of Health Technologies in Canada. . 2010: 1-15.
- Farrar S, Ryan M, Ross D, Ludbrook A. Using discrete choice modelling in priority setting: an application to clinical service developments. *Soc Sci Med.* 2000; 50(1): 63-75.
- Felli JC, Noel RA, Cavazzoni PA. A multiattribute model for evaluating the benefit-risk profiles of treatment alternatives. *Medical decision making : an international journal of the Society for Medical Decision Making.* 2009; 29(1): 104-15.
- Gagnon MP, Desmartis M, Dipankui MT, Gagnon J, St-Pierre M. Alternatives to Seclusion and Restraint in Psychiatry and in Long-Term Care Facilities for the Elderly: Perspectives of Service Users and Family Members. *Patient.* 2013; 6(4): 269-80.
- Ghandour R, Shoaibi A, Khatib R, Rmeileh NA, Unal B, Sözmen K, et al. Priority setting for the prevention and control of cardiovascular diseases: Multi-criteria decision analysis in four eastern Mediterranean countries. *International Journal of Public Health.* 2015; 60(Suppl 1): 73-81.
- Goeree R, He J, reilly D, Tarride JE, Xie F, Lim M, et al. Transferability of health technology assessments and economic evaluations: A systematic review of approaches for assessment and application. *ClinicoEconomics and Outcomes Research.* 2011; 3(1): 89-104.
- Gonzalez-Pier E, Gutierrez-Delgado C, Stevens G, Barraza-Llorens M, Porrás-Condey R, Carvalho N, et al. Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health. *Lancet.* 2006; 368(9547): 1608-18.
- Green C. On the societal value of health care: What do we know about the person trade-off technique? *Health Econ.* 2001; 10(3): 233-43.
- Grutters JP, Seferina SC, Tjan-Heijnen VC, van Kampen RJ, Goettsch WG, Joore MA. Bridging trial and decision: a checklist to frame health technology assessments for resource allocation decisions. *Value Health.* 2011; 14(5): 777-84.
- Hansen P, Omblér F. A new method for scoring additive multi-attribute value models using pairwise rankings of alternatives. *Journal of multi-criteria decision analysis.* 2009; 15: 87-107.
- Hofmann B, Droste S, Oortwijn W, Cleemput I, Sacchini D. Harmonization of ethics in health technology assessment: A revision of the socratic approach. *Int J Technol Assess Health Care.* 2014; 30(1):3-9.
- Hummel JM, Bridges JF, MJ IJ. Group decision making with the analytic hierarchy process in benefit-risk assessment: a tutorial. *Patient.* 2014; 7(2): 129-40.
- Hummel MJ, Volz F, van Manen JG, Danner M, Dintsios CM, Ijzerman MJ, et al. Using the analytic hierarchy process to elicit patient preferences: prioritizing multiple outcome measures of antidepressant drug treatment. *Patient.* 2012; 5(4): 225-37.
- Irwin J, Peacock S. Multi-Criteria Decision Analysis: An emerging alternative for assessing the value of orphan medicinal products. 2015:12-5.
- Johri M, Norheim OF. Can cost-effectiveness analysis integrate concerns for equity? Systematic review. *Int J Technol Assess Health Care.* 2012; 28(2): 125-32.
- Kalo Z, Bodrogi J, Boncz I, Dozsa C, Jona G, Kovi R, et al. Capacity building for HTA implementation in middle-income countries: The case of Hungary. *Value in Health Regional Issues.* 2013; 2(2): 264-6.
- Kalfoff MK, Turner R, Cunich M, Salkeld G, Nielsen JB, Dowie J. Addressing preference heterogeneity in public health policy by combining Cluster Analysis and Multi-Criteria Decision Analysis: Proof of Method. *Health Economics Review.* 2015; 5(1).
- Kidholm K, Ehlers L, Korsbek L, Kjaerby R, Beck M. Assessment of the quality of mini-HTA. *Int J Technol Assess Health Care.* 2009; 25(1): 42-8.

- Knobloch K, Yoon U, Vogt PM. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses (PRISMA) statement and publication bias. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. 2011; 39(2): 91-2.
- Kuzma J, Paradise J, Ramachandran G, Kim JA, Kokotovich A, Wolf SM. An integrated approach to oversight assessment for emerging technologies. *Risk Anal*. 2008; 28(5): 1197-219.
- Lavoie CF, Schachter H, Stewart AT, McGowan J. Does outcome feedback make you a better emergency physician? A systematic review and research framework proposal. *Can J Emerg Med*. 2009; 11(6): 545-52.
- Linkov I, Massey O, Keisler J, Rusyn I, Hartung T. From "weight of evidence" to quantitative data integration using multicriteria decision analysis and bayesian methods. *Altex*. 2015; 32(1): 3-8.
- Makkar SR, Williamson A, Turner T, Redman S, Louviere J. Using conjoint analysis to develop a system of scoring policymakers' use of research in policy and program development. *Health Research Policy and Systems*. 2015; 13(1).
- Migliore A, Integlia D, Bizzi E, Piaggio T. Is it the time to rethink clinical decision-making strategies? From a single clinical outcome evaluation to a Clinical Multi-criteria Decision Assessment (CMDA). *Med Hypotheses*. 2015 Oct;85(4):433-40.
- Mitton C, Dionne F, Donaldson C. Managing healthcare budgets in times of austerity: The role of program budgeting and marginal analysis. *Applied health economics and health policy*. 2014; 12(2): 95-102.
- Mitton C, Smith N, Peacock S, Evoy B, Abelson J. Public participation in health care priority setting: A scoping review. *Health Policy*. 2009; 91(3): 219-28.
- Mt-Isa S, Hallgreen CE, Wang N, Callreus T, Genov G, Hirsch I, et al. Balancing benefit and risk of medicines: a systematic review and classification of available methodologies. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2014; 23(7): 667-78.
- National Institute for Health and Care Excellence. Developing NICE guidelines: the manual. 2014. 1-245.
- National Institute for Health and Care Excellence. Guide to the methods of technology appraisal 2013. 2013. 1-102.
- Nutt DJ, King LA, Phillips LD. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet*. 2010; 376(9752): 1558-65.
- Peacock S, Mitton C, Bate A, McCoy B, Donaldson C. Overcoming barriers to priority setting using interdisciplinary methods. *Health Policy*. 2009; 92(2-3): 124-32.
- Pearce-Smith N, Gray M. Priority-setting/prioritisation. A Reading List produced by NHS Right Care. 2014: 1-25.
- Phillips Z, Ginnelly L, Sculpher M, Claxton K, Golder S, Riemsma R. Review of guidelines for good practice in decision-analytic modelling in health technology assessment (Structured abstract). In: *Health Technology Assessment Database*. Health Technology Assessment 2004:1.
- Poblete-Vargas S, Castillo-Laborde C. Priority setting for the health technology assessment. *Rev Medica Chile*. 2014; 142(1): S22-S6.
- Porzolt F, Kajnar H, Awa A, Fassler M, Herzberger B. Validity of original studies in health technology assessment reports: Significance of standardized assessment and reporting. *Int J Technol Assess Health Care*. 2005; 21(3): 410-3.
- Postmus D, Tervonen T, Van Valkenhoef G, Hillege HL, Buskens E. A multi-criteria decision analysis perspective on the health economic evaluation of medical interventions. *European Journal of Health Economics*. 2014; 15(7): 709-16.
- Sarker SK, Chang A, Vincent C. Decision making in laparoscopic surgery: A prospective, independent and blinded analysis. *International Journal of Surgery*. 2008; 6(2): 98-105.
- Singh S, Maruthur NM, Joy S, Dolan J, Segal JB, Shihab HM. Systematic assessment of benefits and risks: Study protocol for a multi-criteria decision analysis using the Analytic Hierarchy Process for comparative effectiveness research. *F1000Research*. 2013; 2.
- Sloane EB, Liberatore MJ, Nydick RL, Luo W, Chung QB. Using the analytic hierarchy process as a clinical engineering tool to facilitate an iterative, multidisciplinary, microeconomic health technology assessment. *Computers & Operations research*. 2003; 30: 1447-65.
- Soto J. Health economic evaluations using decision analytic modeling: Principles and practices - Utilization of a checklist to their development and appraisal. *Int J Technol Assess Health Care*. 2002; 18(1): 94-111.
- Spath HM, Allenet B, Carrere MO. Using economic information in health care: Drug selection for hospital formularies. *Journal d'Economie Medicale*. 2000; 18(3-4): 147-61.
- Stalmeier PFM, Goldstein MK, Holmes AM, Lenert L, Miyamoto J, Stiggelbout AM, et al. What should be reported in a methods section on utility assessment? *Med Decis Mak*. 2001; 21(3): 200-7.

- Stolk EA, Poley MJ. Criteria for determining a basic health services package. Recent developments in The Netherlands. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*. 2005; 6(1): 2-7.
- Tervonen T, van Valkenhoef G, Buskens E, Hillegec HL, Postmus D. A stochastic multicriteria model for evidence-based decision making in drug benefit-risk analysis. *Statist Med*. 2011; 30: 1419-28.
- Thokala P, Duenas A. Multiple Criteria Decision Analysis for Health Technology Assessment. *Value Health*. 2012; 15(8): 1172-81.
- van den Bergh BJ, Gatherer A. The potential of practical checklists in successful health policy review and implementation. *Public Health*. 2010; 124(11): 640-2.
- van Til J, Groothuis-Oudshoorn C, Lieferink M, Dolan J, Goetghebeur M. Does technique matter; a pilot study exploring weighting techniques for a multi-criteria decision support framework. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2014; 12(1).
- Wahlster P, Goetghebeur M, Kriza C, Niederländer C, Kolominsky-Rabas P. Balancing costs and benefits at different stages of medical innovation: a systematic review of Multi-criteria decision analysis (MCDA). *BMC Health Serv Res*. 2015; 15: 262.
- Wahlster P, Goetghebeur M, Schaller S, Kriza C, Kolominsky-Rabas P. Exploring the perspectives and preferences for HTA across German healthcare stakeholders using a multi-criteria assessment of a pulmonary heart sensor as a case study. *Health Research Policy and Systems*. 2015; 13(1).
- Wen S, Zhang L, Yang B. Two approaches to incorporate clinical data uncertainty into multiple criteria decision analysis for benefit-risk assessment of medicinal products. *Value Health*. 2014; 17(5): 619-28.
- Whear R, Thompson-Coon J, Boddy K, Papworth H, Frier J, Stein K. Establishing local priorities for a health research agenda. *Health Expect*. 2015; 18(1): 8-21.
- Wiseman V. Comparing the preferences of health professionals and members of the public for setting health care priorities : experiences from Australia. *Applied health economics and health policy*. 2005; 4(2): 129-37.
- Xie F, Pickard AS, Krabbe PFM, Revicki D, Viney R, Devlin N, et al. A Checklist for Reporting Valuation Studies of Multi-Attribute Utility-Based Instruments (CREATE). *Pharmacoeconomics*. 2015; 33(8): 867-77.
- Youngkong S, Teerawattananon Y, Tantivess S, Baltussen R. Multi-criteria decision analysis for setting priorities on HIV/AIDS interventions in Thailand. *Health research policy and systems / BioMed Central*. 2012; 10: 6.
- Youngkong S. Application of HTA research on policy decision-making. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2014; 97 Suppl 5: S119-26.
- Zafiroopoulos N, Phillips L, Pignatti F, Luria X. Evaluating benefit-risk: An Agency perspective. 2012:5-9.

Autres motifs

Publications dérivées d'une étude originale

- Baeten SA, Baltussen RM, Uyl-de Groot CA, Bridges J, Niessen LW. Incorporating equity-efficiency interactions in cost-effectiveness analysis-three approaches applied to breast cancer control. *Value Health*. 2010; 13(5): 573-9.
- Goetghebeur MM, Wagner M, Khoury H, Levitt RJ, Erickson LJ, Rindress D. Bridging health technology assessment (HTA) and efficient health care decision making with multicriteria decision analysis (MCDA): applying the EVIDEM framework to medicines appraisal. *Medical decision making : an international journal of the Society for Medical Decision Making*. 2012; 32(2): 376-88.
- Goetghebeur MM, Wagner M, Khoury H, Rindress D, Gregoire J, Deal C. Combining multicriteria decision analysis, ethics and health technology assessment: Applying the EVIDEM decisionmaking framework to growth hormone for Turner syndrome patients. *Cost Eff Resour Alloc*. 2010 Apr 8;8:4.
- Golan O, Hansen P, Kaplan G, Tal O. Health technology prioritization: which criteria for prioritizing new technologies and what are their relative weights? *Health Policy*. 2011; 102(2-3): 126-35.
- Miot J, Wagner M, Khoury H, Rindress D, Goetghebeur MM. Field testing of a multicriteria decision analysis (MCDA) framework for coverage of a screening test for cervical cancer in South Africa. *Cost Eff Resour Alloc*. 2012 Feb 29;10(1):2.

- Noorani HZ, Husereau DR, Boudreau R, Skidmore B. Priority setting for health technology assessments: a systematic review of current practical approaches. *Int J Technol Assess Health Care*. 2007; 23(3): 310-5.
- Tony M, Wagner M, Khoury H, Rindress D, Papastavros T, Oh P, et al. 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*. 2011; 11: 329.

Publication ne faisant pas de synthèse de critères ou domaines

- Youngkong S, Kipiriri L, Baltussen R. Setting priorities for health interventions in developing countries: a review of empirical studies. *Tropical medicine & international health : TM & IH*. 2009; 14(8):930-9.

ANNEXE 5. QUESTIONNAIRE UTILISÉ POUR SONDER LES MÉTHODES DE PRIORISATION DES INTERVENTIONS DANS LES DÉPARTEMENTS, SERVICES MÉDICAUX ET COMITÉS DU CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL



Identification des mesures pour accroître la pertinence des soins et des actes médicaux et cliniques dans les Départements et Services médicaux du CHU de Québec

L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec-Université Laval et l'équipe de recherche du Dr François Rousseau collaborent avec la Direction des Services Professionnels (DSP) et la Direction médicale des services hospitaliers (DMSH) afin de développer un outil multicritères pour aider à la priorisation des interventions identifiées en lien avec la pertinence des soins et des actes médicaux et cliniques au CHU de Québec. En plus des données de la littérature scientifique, nous aimerions obtenir de l'information concernant les critères, valeurs ou préférences qui sont les plus utiles pour juger de la pertinence d'une pratique hospitalière.

Objectif de l'enquête : Décrire les critères, valeurs ou préférences couramment utilisés au CHU de Québec-Université Laval pour évaluer la pertinence des soins et des actes médicaux et cliniques.

Veillez noter que cette enquête n'a pas pour objet l'évaluation de la qualité des actes médicaux et cliniques.

Consentement

En répondant à ce questionnaire, je comprends et j'accepte que l'information divulguée, au nom de mon département ou service puisse être consignée, en totalité ou en partie, dans un rapport rédigé par l'UETMIS du CHU de Québec-Université Laval et le groupe de recherche du Dr François Rousseau. Nous tenons à vous assurer de la plus stricte confidentialité des renseignements qui nous seront fournis, d'autant plus que l'anonymat sera assuré en tout temps.

- J'accepte
- Je refuse

Veillez indiquer de quel Département ou Services médical vous êtes le chef.

Département : _____
Service : _____

Critères, valeurs ou préférences pour accroître la pertinence des actes et des soins médicaux et cliniques

1. **Quels critères, valeurs ou préférences utilisez-vous pour identifier des mesures permettant d'accroître la pertinence des soins et des actes médicaux et cliniques posés par les membres de votre service ou département clinique ?**

(Si vous avez une procédure, pourriez-vous SVP envoyer une copie de celle-ci à sylvain.lesperance@chuq.qc.ca)

2. **Quelles sont les sources d'informations que vous utilisez pour identifier les mesures permettant d'accroître la pertinence des soins et des actes médicaux et cliniques posés par les membres de votre service ou département clinique?**

(Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- Études cliniques, revues systématiques ou méta-analyses
- Guides de pratique clinique
- Consensus d'experts
- Discussion avec des collègues ou experts
- Résumés de congrès
- Rapport d'évaluation interne
- Orientation organisationnelle
- Autre (veuillez préciser)

3. **Selon votre expérience, est-ce qu'il y a d'autres critères, valeurs ou préférences (autres que ceux utilisés actuellement dans votre département ou service) qui pourraient être utiles pour juger de la pertinence des soins et des actes médicaux et cliniques au CHU de Québec – Université Laval?**

Méthodes pour identifier les mesures afin d'accroître la pertinence des soins et actes médicaux et cliniques

4. De quelle façon identifiez-vous les mesures permettant d'accroître la pertinence des soins et des actes médicaux et cliniques posés par les membres de votre service ou département clinique ?

(Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- Discussion avec des experts externes
- Révision de la littérature existante
- Réunion de département ou de services, rencontre de comité
- Discussion avec d'autres parties prenantes (p. ex. : comités internes du CHU de Québec - Université Laval)
- Discussion avec des comités du CMDP
- Discussion avec le DSP ou la DMSH
- Autre (veuillez préciser)

5. Quelles sont les parties prenantes impliquées dans la démarche d'identification des mesures permettant d'accroître la pertinence des soins et des actes médicaux et cliniques posés par les membres de votre service ou département clinique ?

(Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- Chefs de département
- Chefs de service
- Médecins du département ou service
- Gestionnaires d'unité
- Professionnels de la santé (autres que médecin)
- Haute direction
- Représentants du CMDP
- Représentants de la DSP et/ou de la DMSH
- Représentants de la Fondation du CHU de Québec - Université Laval
- Autre (veuillez préciser)

6. À quelle fréquence s'effectue l'évaluation des mesures permettant d'accroître la pertinence des soins et des actes médicaux et cliniques posés par les membres de votre service ou département clinique ?

(Cochez la réponse qui s'applique)

- Au besoin ou selon la demande
- À tous les mois
- 3 à 4 fois par année
- 1 à 2 fois par année
- Autre (veuillez préciser)

7. Selon votre expérience, quelles seraient les caractéristiques idéales d'un outil d'aide à l'identification et la priorisation des mesures permettant d'accroître la pertinence des soins et des actes médicaux et cliniques ?

8. Avez-vous d'autres informations en lien avec l'identification des mesures permettant d'accroître la pertinence des soins et des actes médicaux et cliniques ou la priorisation de ces dernières dans votre département ou service que vous aimeriez nous transmettre ?

MERCI BEAUCOUP DE VOTRE COLLABORATION !
Pour toutes questions, n'hésitez pas à communiquer avec :

Sylvain L'Espérance, Ph.D.
Unité d'évaluation des technologies et
des modes d'intervention en santé
10 rue de l'Espinay, Québec (Québec)
Canada, G1L3L5
TEL: 418 525-4444 poste 54686
FAX: 418 525-4028
sylvain.lesperance@chuq.qc.ca

Carmen Lindsay, B.Sc.
Centre de recherche du CHU de Québec – Université Laval
10 rue de l'Espinay, Québec (Québec)
Canada, G1L3L5
TEL: 418 525-4444 poste 53805
FAX: 418 525-4370
carmen.lindsay@crchudequebec.ulaval.ca

ANNEXE 6. PROTOCOLE DE CONSULTATION DE TYPE DELPHI

TITRE DU PROJET

- i** Sélection des thèmes nécessaires au développement d'un outil multicritères pour l'évaluation de la pertinence et la priorisation des soins médicaux

PRÉSENTATION

Contexte

- i** La priorisation des interventions possédant une valeur ajoutée doit reposer sur une démarche rigoureuse, scientifique, transparente et participative avec les principales parties prenantes impliquées. Un projet est présentement mis en branle au CHU de Québec – Université Laval afin de développer un outil de priorisation multicritères pour orienter les choix stratégiques que le CHU de Québec – Université Laval et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux devront faire dans le cadre de leur chantier de la pertinence respective. À la suite d'une revue de littérature scientifique et d'une enquête menée auprès des décideurs du CHU de Québec -Université Laval, 27 thèmes potentiels ont été identifiés.

Objectif de la consultation Delphi

- i** Sélectionner, de manière consensuelle, les thèmes (maximum de 12) qui constitueront l'outil d'analyse décisionnelle multicritères.

PROTOCOLE DE TYPE DELPHI

Étape 1 : Sélection des participants au Delphi

- i** Le groupe de participants au processus Delphi sera formé d'individus provenant de différents départements, services, comités et représentants de la clientèle du CHU de Québec-Université Laval ainsi que de professionnels et de directeurs provenant de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Les participants suivant sont visés pour la première ronde de consultation :

CHU de Québec – Université Laval

Chefs de départements ou de services

Représentants de comités décisionnels

Directeurs

Professionnels en ETMIS

Autres professionnels du CHU de Québec-Université Laval

Représentants de la clientèle

INESSS :

Professionnels

Coordonnateurs

Directeurs

Experts

La collaboration des participants sera sollicitée afin de participer à une consultation de type Delphi par voie électronique portant sur la liste des thèmes qui devraient guider les deux institutions dans le processus de priorisation des soins médicaux. Les participants issus du CHU de Québec-Université Laval et de l'INESSS seront invités par courriel à répondre au sondage Delphi à l'aide d'un lien hypertexte fourni.

Étape 2 : Élaboration du premier questionnaire et envoi aux participants

Étape 2.1 : Développement d'une liste initiale de thèmes

i Une recherche documentaire exhaustive a été effectuée afin d'identifier les thèmes d'évaluation de la pertinence clinique et de priorisation en santé. De plus, les chefs de département et des services du CHU de Québec-Université Laval ainsi que les membres de différents comités du milieu ont été consultés afin de connaître les thèmes utilisés lors de la priorisation des interventions effectuées dans leur département ou service. Un lien hypertexte menant à l'enquête par questionnaire a été acheminé par courriel aux différents intervenants. La mise en commun des thèmes extraits de la recherche documentaire et provenant du milieu forme la liste initiale.

Étape 2.2 : Raffinement de la liste initiale

i Les membres de l'équipe de développement de l'outil multicritères (ÉDOM) ont sélectionné des grands regroupements de thèmes à partir de la revue de littérature et des résultats de l'enquête des pratiques en cours dans les départements et services médicaux ainsi que dans les différents comités consultatifs du CHU de Québec-Université Laval. Une liste de 27 thèmes a été développée.

Liste des thèmes retenus

1. Abordabilité de l'intervention
2. Acceptabilité de l'intervention
3. Accessibilité de l'intervention
4. Aspects éthiques à considérer lors de la prise de décision
5. Aspects légaux à considérer lors de la prise de décision
6. Aspects organisationnels associés à l'introduction, à la mise en œuvre, au maintien ou au retrait d'une intervention
7. Aspects politiques à considérer lors de la prise de décision
8. Aspects sociaux, culturels et historiques à considérer lors de la prise de décision
9. Attitude envers l'intervention
10. Bénéfices pour la santé
11. Bénéfices sur les aspects importants pour le patient
12. Caractéristiques de l'intervention
13. Cohérence avec la planification en vigueur
14. Coût-efficacité
15. Description du contexte clinique et du problème de santé
16. Disponibilité de l'intervention
17. Efficacité de l'intervention
18. Exhaustivité et cohérence de la preuve
19. Existence et limites des options de traitement
20. Impact budgétaire et économique de l'intervention
21. Impact sur les relations interdépartementales ou interinstitutions
22. Impact sur les ressources humaines
23. Indication d'utilisation de l'intervention
24. Innocuité et sécurité de l'intervention
25. Innovation associée à l'intervention
26. Taille de la population
27. Vulnérabilité de la population ciblée

Étape 3 : Élaboration du premier questionnaire et l'envoi aux participants

- i** La liste des 27 thèmes potentiels est soumise aux participants par courriel. Le sondage demande aux participants de grader chaque thème selon une échelle de 1 à 10 (10 étant le plus important).

Étape 4 : Analyse des réponses du premier questionnaire (sommaire)

- i** Les responsables du Delphi (S.L. et C.L.) analyseront les résultats du premier tour du Delphi. Les réponses seront résumées et regroupées et si possible, quantifiées (moyenne, médiane, écart interquartile). Des analyses seront effectuées selon l'emplacement (CHU de Québec-Université Laval ou INESSS) et la fonction des répondants. Les responsables du Delphi (S.L. et C.L.) examineront le pointage et les commentaires pour chaque thème. Suivant la discussion, des recommandations ou changements seront formulés aux autres membres de l'EDOM concernant les thèmes pour lesquels un consensus aura été établi (pointage moyen supérieur ou égal à 7 ou inférieur ou égal à 3). En absence de consensus ou si les responsables du Delphi constatent une hétérogénéité dans le degré de consensus à travers les différents groupes de répondants, les participants seront sondés à nouveau dans le cadre d'une deuxième ronde de consultation.

Étape 5 : Élaboration du second questionnaire et retour aux participants

- i** À partir des thèmes n'ayant pas fait consensus ou présentant une hétérogénéité dans le degré de consensus entre les différents types de répondants lors du premier tour de consultation, un second questionnaire sera développé. Un lien hypertexte menant au questionnaire a été acheminé par courriel aux participants du CHU de Québec-Université Laval et de l'INESSS.

Étape 6 : Analyse des réponses au deuxième questionnaire (sommaire)

- i** Les responsables du Delphi (S.L., C.L. et J.G.) analyseront les résultats du deuxième tour du Delphi. Les réponses seront résumées et regroupées et si possible, quantifiées (moyenne, médiane, écart interquartile). Des analyses seront effectuées selon l'emplacement (CHU de Québec-Université Laval ou INESSS) et la fonction des répondants. Les responsables du Delphi (S.L. et C.L.) examineront le pointage et les commentaires pour chaque thème. Suivant la discussion, des recommandations concernant la liste finale de thèmes à conserver sera élaborées.

Étape 7 : Élaboration du troisième questionnaire (si requis) et retour aux participants

- i** À partir des thèmes sélectionnés aux termes des deux tours de consultation, un troisième questionnaire sera développé afin de classer par ordre d'importance chacun des thèmes. Un lien hypertexte menant au questionnaire a été acheminé par courriel aux participants du CHU de Québec-Université Laval et de l'INESSS.

Étape 8 : Analyse des réponses du troisième questionnaire

- i** Les responsables du Delphi (S.L., C.L. et J.G.) analyseront les résultats du troisième tour du Delphi. Des statistiques descriptives par thème seront effectuées à partir des résultats de la troisième ronde de consultation. Des analyses seront effectuées selon l'emplacement (CHU de Québec-Université Laval ou INESSS) et la fonction des répondants.

ANNEXE 7. RÉPARTITION DES DIFFÉRENTS CRITÈRES UNIQUES DANS LES THÈMES IDENTIFIÉS EN FONCTION DE LEUR PROVENANCE

Thèmes	Critères	Répartition des critères uniques (%)				
		Total (n = 424)	Littérature scientifique (n = 343)	Enquête		
				Départements et Services médicaux (n = 50)	Comités (n = 31)	Total (n = 81)
Accès aux soins de santé	Abordabilité de l'intervention	0,7	0,9	0,0	0,0	0,0
	Acceptabilité de l'intervention	0,9	0,9	2,0	0,0	1,2
	Accessibilité de l'intervention	1,7	1,5	2,0	3,2	2,5
	Disponibilité de l'intervention	2,1	1,7	6,0	0,0	3,7
Aspects organisationnels	Aspects organisationnels associés à l'introduction, à la mise en œuvre, au maintien ou au retrait d'une intervention	15,8	13,7	26,0	22,6	24,7
	Cohérence avec la planification en vigueur	1,9	1,5	4,0	3,2	3,7
	Impact budgétaire et économique de l'intervention	8,3	7,9	12,0	6,5	9,9
	Impact sur les relations interdépartementales ou interinstitutionnelles	1,9	1,7	4,0	0,0	2,5
	Impact sur les ressources humaines	2,1	2,6	0,0	0,0	0,0
Caractéristiques de la population visée	Taille de la population	1,2	1,5	0,0	0,0	0,0
	Vulnérabilité de la population ciblée	2,1	2,3	2,0	0,0	1,2
Caractéristiques de l'intervention	Attitude envers l'intervention	0,9	0,9	2,0	0,0	1,2
	Caractéristiques de l'intervention	8,0	8,5	2,0	12,9	6,2
	Indication d'utilisation de l'intervention	1,7	1,5	0,0	6,5	2,5
	Innovation associée à l'intervention	0,7	0,3	4,0	0,0	2,5
Efficacité et bénéfices de santé	Bénéfices pour la santé	6,4	6,4	8,0	3,2	6,2
	Bénéfices sur les aspects importants pour le patient	1,7	2,0	0,0	0,0	0,0
	Coût-efficacité	1,7	1,2	2,0	6,5	3,7
	Efficacité de l'intervention	4,2	4,1	4,0	6,5	4,9
Enjeux éthiques et sociétaux	Aspects sociaux, culturels et historiques à considérer lors de la prise de décision	5,2	6,4	0,0	0,0	0,0
	Aspects éthiques à considérer lors de la prise de décision	3,1	3,8	0,0	0,0	0,0
	Aspects légaux à considérer lors de la prise de décision	0,9	1,2	0,0	0,0	0,0
	Aspects politiques à considérer lors de la prise de décision	4,2	5,0	0,0	3,2	1,2
Exhaustivité et cohérence de la preuve	Exhaustivité et cohérence de la preuve	6,8	7,3	6,0	3,2	4,9
Existence et limites des options de traitement	Existence et limites des options de traitement	1,2	1,5	0,0	0,0	0,0
Innocuité et sécurité de l'intervention	Innocuité et sécurité de l'intervention	6,1	5,8	6,0	9,7	7,4
Problème de santé visé	Description du contexte clinique et du problème de santé	8,5	8,2	8,0	12,9	9,9

ANNEXE 8. RÉSULTATS DE LA PREMIÈRE RONDE DE LA CONSULTATION DELPHI

TABLEAU 8.1 COMPARAISON DES RÉSULTATS DE CONSENSUS EN FAVEUR DE CONSERVER UN THÈME D'ÉVALUATION OBTENUS APRÈS LA PREMIÈRE RONDE DE CONSULTATION SELON L'ORGANISATION DES RÉPONDANTS

Thèmes	Global		CHU de Québec*		INESSS	
	n	Consensus** GARDER n (%)	n	Consensus** GARDER n (%)	N	Consensus** GARDER n (%)
Aspects politiques	129	38 (29)	88	24 (27)	19	5 (26)
Aspects sociaux, culturels et historiques	130	51 (39)	89	36 (40)	19	6 (32)
Attitude envers l'intervention	127	74 (58)	89	52 (58)	19	7 (39)
Impact sur les relations interdépartementales ou interinstitutionnelles	130	66 (51)	89	48 (54)	19	8 (42)
Taille de la population ciblée	130	86 (66)	89	58 (65)	19	11 (58)
Impact sur les ressources humaines	129	90 (70)	89	62 (70)	19	10 (53)
Cohérence avec la planification en vigueur	132	95 (72)	90	67 (74)	19	9 (47)
Abordabilité de l'intervention	130	97 (75)	89	67 (75)	19	12 (63)
Caractéristique de l'intervention	131	100 (76)	89	68 (76)	19	13 (68)
Description du problème de santé	130	99 (76)	89	69 (78)	19	12 (63)
Impact budgétaire et économique anticipé	131	101 (77)	90	73 (81)	18	15 (83)
Innovation apportée à l'intervention	132	104 (79)	89	72 (81)	19	10 (53)
Indications relatives à l'utilisation de l'intervention	128	103 (80)	88	75 (85)	19	10 (53)
Aspects légaux	129	106 (82)	90	76 (84)	19	13 (68)
Vulnérabilité de la population ciblée	131	106 (81)	89	73 (82)	19	13 (68)
Coût-efficacité de l'intervention	132	109 (83)	90	79 (88)	19	15 (79)
Disponibilité de l'intervention	132	109 (83)	90	78 (87)	19	12 (63)
Aspects organisationnels associés à l'introduction, à la mise en œuvre, au maintien ou au retrait d'une intervention	130	109 (84)	89	79 (89)	19	16 (84)
Acceptabilité de l'intervention	130	109 (84)	89	78 (88)	18	12 (67)
Aspects éthiques	131	112 (85)	90	80 (89)	19	13 (68)
Bénéfice sur la santé	131	129 (98)	90	89 (99)	19	18 (95)
Accessibilité de l'intervention	129	112 (87)	90	79 (88)	19	16 (84)
Exhaustivité et cohérence de la preuve	131	121 (92)	90	85 (94)	18	16 (89)
Options de traitement disponibles	131	122 (93)	89	82 (92)	19	17 (89)
Innocuité et sécurité de l'intervention	129	127 (98)	89	88 (99)	18	18 (100)
Efficacité de l'intervention	129	128 (99)	88	87 (99)	19	19 (100)
Bénéfice pour le patient	131	131 (100)	89	89 (100)	19	19 (100)

*Excluant les réponses provenant des patients, citoyens ou bénévoles

** pointage moyen ≥ 7 sur une échelle de 1 à 10,

ROUGE = Aucun consensus, **JAUNE** = Faible consensus, **VERT** = Fort consensus

TABLEAU 8.2 COMPARAISON DES RÉSULTATS GLOBAUX DE CONSENSUS EN FAVEUR DE CONSERVER UN THÈME D'ÉVALUATION OBTENUS APRÈS LA PREMIÈRE RONDE DE CONSULTATION SELON LA FONCTION PRINCIPALE DES RÉPONDANTS

Thèmes	Global		Chefs de département ou de service		Cadres		Autres professionnels œuvrant ou non en milieu hospitalier		Patients/citoyens/bénévoles	
	n	Consensus* GARDER n (%)	n	Consensus* GARDER n (%)	n	Consensus* GARDER n (%)	n	Consensus* GARDER n (%)	n	Consensus* GARDER n (%)
Aspects politiques	129	38 (29)	34	6 (18)	23	11 (48)	48	10 (21)	18	9 (50)
Aspects sociaux, culturels et historiques	130	51 (39)	33	11 (33)	24	10 (42)	49	19 (39)	18	8 (44)
Attitude envers l'intervention	127	74 (58)	34	18 (53)	23	16 (70)	48	25 (52)	17	14 (82)
Impact sur les relations interdépartementales ou interinstitutionnelles	130	66 (51)	33	14 (42)	24	17 (71)	49	24 (49)	18	8 (44)
Taille de la population ciblée	130	86 (66)	34	27 (79)	24	17 (71)	49	33 (67)	19	13 (68)
Impact sur les ressources humaines	129	90 (70)	33	24 (73)	24	19 (79)	49	28 (57)	17	14 (82)
Cohérence avec la planification en vigueur	132	95 (72)	34	26 (76)	24	20 (83)	49	30 (61)	19	14 (74)
Abordabilité de l'intervention	130	97 (75)	33	22 (67)	24	19 (79)	49	39 (80)	18	14 (78)
Caractéristique de l'intervention	131	100 (76)	34	22 (65)	24	23 (96)	48	36 (75)	19	16 (84)
Description du problème de santé	130	99 (76)	33	25 (76)	24	19 (79)	49	35 (71)	18	15 (83)
Impact budgétaire et économique anticipé	131	101 (77)	34	25 (74)	24	20 (83)	48	42 (88)	19	12 (63)
Innovation apportée à l'intervention	132	104 (79)	34	28 (82)	24	20 (83)	49	34 (69)	19	16 (84)
Indications relatives à l'utilisation de l'intervention	128	103 (80)	34	30 (88)	24	22 (92)	47	32 (68)	17	15 (88)
Aspects légaux	129	106 (82)	34	30 (88)	24	18 (75)	49	40 (82)	16	14 (88)
Vulnérabilité de la population ciblée	131	106 (81)	34	31 (91)	24	16 (71)	49	39 (80)	19	14 (74)
Coût-efficacité de l'intervention	132	109 (83)	34	28 (82)	24	23 (96)	49	42 (86)	19	12 (63)
Disponibilité de l'intervention	132	109 (83)	34	28 (82)	24	19 (79)	49	42 (86)	19	15 (79)
Aspects organisationnels associés à l'introduction, à la mise en œuvre, au maintien ou au retrait d'une intervention	130	109 (84)	33	27 (82)	24	23 (96)	49	45 (92)	18	11 (61)
Acceptabilité de l'intervention	130	109 (84)	34	30 (88)	24	19 (79)	47	40 (85)	19	17 (89)
Aspects éthiques	131	112 (85)	34	32 (94)	24	19 (79)	49	41 (84)	18	17 (94)
Bénéfice sur la santé	131	129 (98)	34	33 (97)	24	24 (100)	49	48 (98)	18	18 (100)
Accessibilité de l'intervention	129	112 (87)	34	28 (82)	24	22 (92)	49	44 (90)	16	13 (81)
Exhaustivité et cohérence de la preuve	131	121 (92)	34	31 (91)	24	22 (92)	48	47 (98)	19	16 (84)
Options de traitement disponibles	131	122 (93)	33	27 (80)	24	23 (96)	49	47 (96)	19	19 (100)
Innocuité et sécurité de l'intervention	129	127 (98)	34	33 (97)	23	23 (100)	48	48 (100)	18	17 (94)
Efficacité de l'intervention	129	128 (99)	32	31 (97)	24	24 (100)	49	49 (100)	18	18 (100)
Bénéfice pour le patient	131	131 (100)	34	34 (100)	24	24 (100)	48	48 (100)	19	19 (100)

* pointage moyen ≥ 7 sur une échelle de 1 à 10,

ROUGE = Aucun consensus, **JAUNE** = Faible consensus, **VERT** = Fort consensus

ANNEXE 9. Résultats de la deuxième ronde de la consultation Delphi

TABLEAU 9.1 COMPARAISON GLOBALE DES RÉSULTATS DE CONSENSUS EN FAVEUR DE CONSERVER UN THÈME D'ÉVALUATION OBTENUS APRÈS LA DEUXIÈME RONDE DE CONSULTATION SELON L'ORGANISATION DES RÉPONDANTS

Thèmes	Global			CHU de Québec*			INESSS		
	n total	Consensus GARDER** N (%)	Consensus au final (n = 105)	N total	Consensus GARDER** N (%)	Consensus au final (n = 82)	n total	Consensus GARDER** N (%)	Consensus au final (n = 11)
Aspects politiques	103	13 (13)	N	80	10 (13)	N	11	1 (9)	N
Aspects sociaux, culturels et historiques	104	26 (25)	N	81	18 (22)	N	11	2 (18)	N
Abordabilité de l'intervention	104	43 (41)	----	81	36 (44)	----	11	3 (27)	N
Attitude envers l'intervention	102	48 (47)	----	79	37 (47)	----	11	3 (27)	O
Innovation apportée à l'intervention	104	67 (64)	O	81	49 (60)	O	11	8 (73)	O
Impacts sur les relations interdépartementales ou interinstitutionnelles	102	67 (66)	O	79	55 (70)	O	11	7 (64)	O
Aspects légaux	102	68 (67)	O	79	55 (70)	O	11	5 (45)	---
Caractéristiques de l'intervention	103	70 (68)	O	80	59 (74)	O	11	4 (36)	O
Impacts budgétaires et économiques anticipés	102	71 (70)	O	79	58 (73)	O	11	9 (82)	O
Impacts sur les ressources humaines	102	72 (71)	O	79	59 (75)	O	11	8 (73)	O
Indications relatives à l'utilisation de l'intervention	103	74 (72)	O	81	58 (72)	O	11	9 (82)	O
Taille de la population ciblée	104	76 (73)	O	81	61 (75)	O	11	7 (64)	O
Vulnérabilité de la population ciblée	103	76 (74)	O	80	60 (75)	O	11	7 (64)	O
Cohérence avec la planification en vigueur	102	77 (75)	O	79	62 (78)	O	11	7 (64)	O
Description du problème de santé	103	83 (81)	O	80	66 (83)	O	11	9 (82)	O

*Excluant les réponses provenant des patients, citoyens ou bénévoles

** pointage moyen ≥ 7 sur une échelle de 1 à 10,

ROUGE = Aucun consensus, **JAUNE** = Faible consensus, **VERT** = Fort consensus ; O = Oui ; N = Non

---- : pas de consensus en faveur de conserver ou non un thème au final

TABLEAU 9.2 COMPARAISON GLOBALE DES RÉSULTATS DE CONSENSUS EN FAVEUR DE CONSERVER UN THÈME D'ÉVALUATION OBTENUS APRÈS LA DEUXIÈME RONDE DE CONSULTATION SELON LA FONCTION PRINCIPALE DES RÉPONDANTS

Thèmes	Global			Chefs de département ou de service			Cadres			Autres professionnels œuvrant ou non en milieu hospitalier			Patient/citoyen/bénévole		
	n total	Consensus GARDER* n (%)	Final (n = 105)	n total	Consensus GARDER* n (%)	Final (n = 33)	n total	Consensus GARDER* n (%)	Final (n = 24)	n total	Consensus GARDER* n (%)	Final (n = 25)	n total	Consensus GARDER* n (%)	Final (n = 10)
Aspects politiques	103	13 (13)	N	33	1 (3)	N	22	4 (18)	N	37	6 (16)	N	10	2 (20)	N
Aspects sociaux, culturels et historiques	104	26 (25)	N	33	4 (12)	N	23	6 (26)	N	37	11 (30)	N	10	5 (50)	O
Abordabilité de l'intervention	104	43 (41)	N	33	14 (42)	N	23	9 (39)	N	37	16 (43)	N	10	4 (40)	O
Attitude envers l'intervention	102	48 (47)	N	33	16 (48)	O	22	12 (55)	N	36	13 (36)	N	10	6 (60)	O
Innovation apportée à l'intervention	104	67 (64)	O	33	19 (58)	O	23	15 (65)	O	37	25 (68)	O	10	9 (90)	O
Impacts sur les relations interdépartementales ou interinstitutionnelles	102	67 (66)	O	32	20 (63)	O	22	14 (64)	O	37	28 (76)	O	10	5 (50)	O
Aspects légaux	102	68 (67)	O	33	21 (64)	O	22	19 (86)	O	36	21 (58)	O	10	7 (70)	O
Caractéristiques de l'intervention	103	70 (68)	O	33	26 (79)	O	23	18 (78)	O	36	19 (53)	O	10	6 (60)	O
Impacts budgétaires et économiques anticipés	102	71 (70)	O	32	21 (66)	O	22	18 (82)	O	37	29 (78)	O	10	3 (30)	O
Impacts sur les ressources humaines	102	72 (71)	O	32	27 (84)	O	22	12 (55)	O	37	29 (78)	O	10	3 (30)	O
Indications relatives à l'utilisation de l'intervention	103	74 (72)	O	33	21 (64)	O	23	19 (83)	O	37	27 (73)	O	9	6 (67)	O
Taille de la population ciblée	104	76 (73)	O	33	22 (67)	O	23	18 (78)	O	37	28 (76)	O	10	8 (80)	O
Vulnérabilité de la population ciblée	103	76 (74)	O	33	24 (73)	O	22	15 (68)	O	37	29 (78)	O	10	8 (80)	O
Cohérence avec la planification en vigueur	102	77 (75)	O	33	25 (76)	O	22	18 (82)	O	36	27 (75)	O	10	6 (60)	O
Description du problème de santé	103	83 (81)	O	33	25 (76)	O	22	21 (95)	O	37	30 (81)	O	10	6 (60)	O

* pointage moyen ≥ 7 sur une échelle de 1 à 10,

ROUGE = Aucun consensus, **JAUNE** = Faible consensus, **VERT** = Fort consensus ; O = Oui ; N = Non

ANNEXE 10. Différences de proportion et coefficients de variation observées pour 15 thèmes mesurés lors de la première et deuxième ronde de consultation sur le degré de consensus en faveur de conserver ou de retirer un thème

Rondes de consultation Thèmes	Nombre total de patients		Consensus en faveur de GARDER le thème					Consensus en faveur de RETIRER le thème				
	#1	#2	#1	#2	Variations			#1	#2	Variations		
			Consensus GARDER* N (%)	Consensus GARDER* N (%)	Différences (2 vs 1)	χ^2 (valeurs p)	CV (%)	Consensus RETIRER** N (%)	Consensus RETIRER** N (%)	Différences (2 vs 1)	χ^2 (valeurs p)	CV (%)
Abordabilité de l'intervention	130	104	97 (75)	43 (41)	↓ 34 %	0,0000002	41	7 (5)	21 (20)	↑ 20 %	0,001	82
Aspects légaux	129	102	106 (82)	68 (67)	↓ 15 %	0,007	15	3 (2)	10 (10)	↑ 8 %	0,014	87
Aspects politiques	129	103	38 (29)	13 (13)	↓ 16 %	0,002	57	43 (33)	47 (46)	↑ 13 %	0,056	22
Aspects sociaux, culturels et historiques	130	104	51 (39)	26 (25)	↓ 14 %	0,021	31	20 (15)	36 (35)	↑ 20 %	0,001	54
Attitude envers l'intervention	127	102	74 (58)	48 (47)	↓ 11 %	0,091	15	16 (13)	17 (17)	↑ 4 %	0,384	20
Caractéristique de l'intervention	131	103	100 (76)	70 (68)	↓ 8 %	0,154	8	11 (8)	3 (3)	↓ 5 %	0,079	69
Cohérence avec la planification en vigueur	132	102	95 (72)	77 (75)	↑ 3 %	0,545	3	8 (6)	5 (5)	↓ 1 %	0,701	15
Description du problème de santé	130	103	99 (76)	83 (81)	↑ 5 %	0,417	4	4 (3)	5 (5)	↑ 2 %	0,484	32
Impact budgétaire et économique anticipé	131	102	101 (77)	71 (70)	↓ 7 %	0,197	7	7 (5)	10 (10)	↑ 5 %	0,194	42
Impact sur les relations interdépartementales ou interinstitutionnelles	130	102	66 (51)	67 (66)	↑ 15 %	0,023	18	16 (12)	7 (7)	↓ 5 %	0,168	40
Impact sur les ressources humaines	129	102	90 (70)	72 (71)	↑ 1 %	0,892	1	10 (8)	7 (7)	↓ 1 %	0,797	9
Indications relatives à l'utilisation de l'intervention	128	103	103 (80)	74 (72)	↓ 8 %	0,134	10	4(3)	6 (6)	↑ 3 %	0,316	43
Innovation apportée à l'intervention	132	102	104 (79)	67 (64)	↓ 15 %	0,025	13	6 (5)	9 (9)	↑ 4 %	0,199	44
Taille de la population ciblée	130	104	86 (66)	76 (73)	↑ 7 %	0,254	7	16 (12)	9 (9)	↓ 3 %	0,369	25
Vulnérabilité de la population ciblée	131	103	106 (81)	76 (74)	↓ 7 %	0,193	7	4 (3)	4 (4)	↑ 1 %	0,739	16

* pointage moyen ≥ 7 sur une échelle de 1 à 10, ** pointage moyen ≤ 3 sur une échelle de 1 à 10

χ^2 : test de khi carré, CV : coefficient de variation

10. RÉFÉRENCES

- [1] Prasad V, Cifu A, Ioannidis JP. Reversals of established medical practices: evidence to abandon ship. *Jama*. 2012; 307(1): 37-8.
- [2] Prasad V, Ioannidis JP. Evidence-based de-implementation for contradicted, unproven, and aspiring healthcare practices. *Implement Sci*. 2014; 9: 1.
- [3] Contandriopoulos D, Brousselle A, Breton M, Carrier A, Duhoux A, Pomerleau S, et al. Du bon usage des paniers: Mémoire déposé dans le cadre de la consultation lancée par le Commissaire à la santé et au bien-être relativement à la couverture publique des services en santé et en services sociaux. Chaires de recherche PoCoSa & CRC-EASY, Montréal. 2016.
- [4] Lessard C, Contandriopoulos AP, Beaulieu MD. The role of economic evaluation in the decision-making process of family physicians: design and methods of a qualitative embedded multiple-case study. *BMC Fam Pract*. 2009; 10: 15.
- [5] Attieh R, Gagnon MP, Estabrooks CA, Legare F, Ouimet M, Vazquez P, et al. Organizational readiness for knowledge translation in chronic care: a Delphi study. *BMC Health Serv Res*. 2014; 14: 534.
- [6] Centre d'aide SurveyMonkey, Question de classement (<http://help.surveymonkey.com/articles/fr/kb/How-do-I-create-a-Ranking-type-question>) (site Internet accédé le 28 juin 2016).
- [7] Gouvernement du Québec. Finance Québec. Le Plan économique du Québec. 2015 (disponible au <http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2015-2016/fr/documents/Planeconomique.pdf>).
- [8] Association médicale canadienne. 2013. Les médecins prennent l'initiative de définir la pertinence en soins de santé. (<https://www.cma.ca/Fr/Pages/Physicians-taking-lead-appropriateness-care.aspx>) (site Internet accédé le 28 juin 2016).
- [9] Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Usage judicieux de 14 analyses biomédicales. Rapport rédigé par Faiza Boughrassa et Alicia Framarin avec la collaboration du Comité d'experts sur la pertinence-OPTILAB. Montréal, Québec : INESSS; 2014. 33p.
- [10] Choosing Wisely Canada (<http://www.choosingwiselycanada.org/>).
- [11] Goetghebeur MM, Wagner M, Khoury H, Levitt RJ, Erickson LJ, Rindress D. Evidence and Value: Impact on DEcisionMaking--the EVIDEM framework and potential applications. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8: 270.
- [12] Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ (Clinical research ed)*. 1996; 312(7023): 71-2.
- [13] Drummond MF, Schwartz JS, Jonsson B, Luce BR, Neumann PJ, Siebert U, et al. Key principles for the improved conduct of health technology assessments for resource allocation decisions. *Int J Technol Assess Health Care*. 2008; 24(3): 244-58; discussion 362-8.
- [14] Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec – Université Laval. Guide méthodologique – Démarche d'évaluation et étapes de réalisation d'un projet d'ETMIS. Québec, novembre 2015, 26 p.
- [15] International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), Health Technology Assessment international (HTAi), Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). HTA Glossary. <http://htaglossary.net>, consulté en ligne le 3 août 2015.
- [16] Gagnon MP, Desmartis M, Poder T, Witteman W. Effects and repercussions of local/hospital-based health technology assessment (HTA): a systematic review. *Systematic reviews*. 2014; 3: 129.
- [17] Hansson SO. Decision Theory: A Brief Introduction. In: *Department of Philosophy and the History of Technology*. Stockholm: Royal Institute of Technology (KTH) 2005.
- [18] Prioritization. site Internet: <https://www.cdc.gov/nphpsp/documents/prioritization-section-from-apexph-in-practice.pdf> (accédé le 28 juin 2016).
- [19] Sullivan T. Using MCDA (Multi-Criteria Decision Analysis) to prioritise publicly-funded health care. Dunedin, New Zealand: University of Otago 2012.
- [20] Baltussen R, Niessen L. Priority setting of health interventions: The need for multi-criteria decision analysis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2006; 4.

- [21] Diaby V, Goeree R. How to use multi-criteria decision analysis methods for reimbursement decision-making in healthcare: a step-by-step guide. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2014; 14(1): 81-99.
- [22] Belton V, Stewart T. *Multiple criteria decision analysis: an integrated approach.* . États-Unis, 2002.
- [23] van Til J, Groothuis-Oudshoorn C, Lieferink M, Dolan J, Goetghebeur M. Does technique matter; a pilot study exploring weighting techniques for a multi-criteria decision support framework. *Cost Effectiveness and Resource Allocation.* 2014; 12(1).
- [24] Adunlin G, Diaby V, Xiao H. Application of multicriteria decision analysis in health care: a systematic review and bibliometric analysis. . *Health Expect.* 2014(Oct 18).
- [25] Thokala P, Duenas A. Multiple Criteria Decision Analysis for Health Technology Assessment. *Value Health.* 2012; 15(8): 1172-81.
- [26] Martelli N. Evaluation des dispositifs médicaux innovants dans les CHU en vue de leur acquisition : état des lieux et élaboration d'un outil d'aide à la décision. In: *École doctorale 425: Innovation thérapeutique: du fondamental à l'appliqué.* Université Paris-Sud 2015:399.
- [27] Rolland A. Aide à la décision multicritère et apprentissage automatique pour la classification" In Atelier AIDE, Conférence EGC 2012, , janvier 2012, Bordeaux, France. <http://eric.univ-lyon2.fr/aide/AIDE2012/Presentations/Rolland.pdf>. 2012.
- [28] Cromwell I, Peacock SJ, Mitton C. 'Real-world' health care priority setting using explicit decision criteria: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res.* 2015; 15: 164.
- [29] Guindo LA, Wagner M, Baltussen R, Rindress D, van Til J, Kind P, et al. From efficacy to equity: Literature review of decision criteria for resource allocation and healthcare decisionmaking. *Cost effectiveness and resource allocation : C/E.* 2012; 10(1): 9.
- [30] Tromp N, Baltussen R. Mapping of multiple criteria for priority setting of health interventions: an aid for decision makers. *BMC Health Serv Res.* 2012; 12: 454.
- [31] Vuorenkoski L, Toiviainen H, Hemminki E. Decision-making in priority setting for medicines--a review of empirical studies. *Health Policy.* 2008; 86(1): 1-9.
- [32] Paprica PA, Culyer AJ, Elshaug AG, Peffer J, Sandoval GA. From Talk to Action: Policy Stakeholders, Appropriateness, and Selective Disinvestment. *Int J Technol Assess Health Care.* 2015: 1-5.
- [33] Dionne F, Mitton C, Dempster B, Lynd LD. Developing a multi-criteria approach for drug reimbursement decision making: an initial step forward. *J Popul Ther Clin Pharmacol.* 2015; 22(1): e68-77.
- [34] Ritrovato M, Faggiano F, Tedesco G, Derrico P. Decision-oriented health technology assessment: one step forward in supporting the decision-making in hospitals. *Value Health.* 2015; in press.
- [35] Endrei D, Molics B, Agoston I. Multicriteria decision analysis in the reimbursement of new medical technologies: real-world experiences from Hungary. *Value Health.* 2014; 17(4): 487-9.
- [36] Radaelli G, Lettieri E, Masella C, Merlino L, Strada A, Tringali M. Implementation of eunetha core model(registered trademark) in lombardia: The VTS framework. *Int J Technol Assess Health Care.* 2014; 30(1): 105-12.
- [37] Sullivan T, Hansen P. Determining benefits-related criteria and weights for prioritising health technologies. *Dundin: Centre for Health Systems, University of Otago.* 2014.
- [38] Venhorst K, Zelle SG, Tromp N, Lauer JA. Multi-criteria decision analysis of breast cancer control in low- and middle- income countries: Development of a rating tool for policy makers. *Cost Effectiveness and Resource Allocation.* 2014; 12(1).
- [39] Daichman S, Greenberg D, Pikovsky O, Pliskin J. How to Make a Right Decision in Health Care: Multi Criteria Decision Analysis in the Healthcare System. *International Workshop on Biomedical Technologies.* 2013; Section II: 75-80.
- [40] Dionne F, Mitton C, MacDonald T, Miller C, Brennan M. The challenge of obtaining information necessary for multi-criteria decision analysis implementation: The case of physiotherapy services in Canada. *Cost Effectiveness and Resource Allocation.* 2013; 11(1).
- [41] Haute Autorité en Santé. Quelles définitions pour la pertinence des actes. (accédé par Internet le 8 janvier 2015) 2013.
- [42] Sussex J, Rollet P, Garau M, Schmitt C, Kent A, Hutchings A. A pilot study of multicriteria decision analysis for valuing orphan medicines. *Value Health.* 2013; 16(8): 1163-9.

- [43] Tsiachristas A, Cramm JM, Nieboer A, Rutten-van Molken M. Broader economic evaluation of disease management programs using multi-criteria decision analysis. *Int J Technol Assess Health Care*. 2013; 29(3): 301-8.
- [44] Defechereux T, Paolucci F, Mirelman A, Youngkong S, Botten G, Hagen TP, et al. Health care priority setting in Norway a multicriteria decision analysis. *BMC Health Serv Res*. 2012; 12: 39.
- [45] Golan O, Hansen P. Which health technologies should be funded? A prioritization framework based explicitly on value for money. *Israel Journal of Health Policy Research*. 2012; 1(1).
- [46] Mirelman A, Mentzakis E, Kinter E, Paolucci F, Fordham R, Ozawa S, et al. Decision-making criteria among national policymakers in five countries: A discrete choice experiment eliciting relative preferences for equity and efficiency. *Value Health*. 2012; 15(3): 534-9.
- [47] Youngkong S, Baltussen R, Tantivess S, Mohara A, Teerawattananon Y. Multicriteria decision analysis for including health interventions in the universal health coverage benefit package in Thailand. *Value Health*. 2012; 15(6): 961-70.
- [48] Ontario Health Technology Advisory Committee. OHTAC Recommendation Emerging Pharmacogenomic Tests. 2011. 1-6.
- [49] Husereau D, Boucher M, Noorani H. Priority setting for health technology assessment at CADTH. *Int J Technol Assess Health Care*. 2010; 26(3): 341-7.
- [50] Rousseau F, Lindsay C, Charland M, Labelle Y, Bergeron J, Blancquaert I, et al. Development and description of GETT: a genetic testing evidence tracking tool. *Clinical chemistry and laboratory medicine : CCLM / FESCC*. 2010; 48(10): 1397-407.
- [51] Elshaug AG, Moss JR, Littlejohns P, Karnon J, Merlin TL, Hiller JE. Identifying existing health care services that do not provide value for money. *Med J Aust*. 2009; 190(5): 269-73.
- [52] Jehu-Appiah C, Baltussen R, Acquah C, Aikins M, D'Almeida SA, Bosu WK, et al. Balancing equity and efficiency in health priorities in Ghana: The use of multicriteria decision analysis. *Value Health*. 2008; 11(7): 1081-7.
- [53] Mussen F, Salek S, Walker S. A quantitative approach to benefit-risk assessment of medicines - Part 1: The development of a new model using multi-criteria decision analysis. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2007; 16(SUPPL. 1): S2-S15.
- [54] Wilson E, Sussex J, Macleod C, Fordham R. Prioritizing health technologies in a Primary Care Trust. *Journal of health services research & policy*. 2007; 12(2): 80-5.
- [55] Baltussen R, Stolk E, Chisholm D, Aikins M. Towards a multi-criteria approach for priority setting: an application to Ghana. *Health Econ*. 2006; 15(7): 689-96.
- [56] Wilson EC, Rees J, Fordham RJ. Developing a prioritisation framework in an English Primary Care Trust. *Cost effectiveness and resource allocation : C/E*. 2006; 4: 3.
- [57] Lettieri E, Masella C. Measuring the value and sustainability of internet-based ICTs in healthcare organisations. *International journal of healthcare technology and management*. 2006; 7(3/4): 319-32.
- [58] Oortwijn WJ, Vondeling H, van Barneveld T, van Vugt C, Bouter LM. Priority setting for health technology assessment in The Netherlands: principles and practice. *Health Policy*. 2002; 62(3): 227-42.
- [59] Institut National de Santé et Services Sociaux du Québec. Processus et critères d'évaluation relatifs à l'évaluation des procédures de biologies médicale. (<http://www.inesss.qc.ca/activites/procedures-de-biologie-medicale/processus-et-criteres-devaluation.html>) (site Internet accédé le 19 août 2015).
- [60] Institut National de Santé et Services Sociaux du Québec. Le choix des médicaments assurés au Québec: une démarche responsable et transparente. (<http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuAdmin/Choix-medicaments-evaluation.pdf>) (site Internet accédé le 20 août 2015).
- [61] Tanios N, Wagner M, Tony M, Baltussen R, van Til J, Rindress D, et al. Which criteria are considered in healthcare decisions? Insights from an international survey of policy and clinical decision makers. *Int J Technol Assess Health Care*. 2013; 29(4): 456-65.
- [62] Lettieri E, Masella C, Nocco U. Budgeting and health technology assessment: First evidence obtained from proposal forms used to submit the adoption of new technology. *Int J Technol Assess Health Care*. 2008; 24(4): 502-10.
- [63] Douw K, Vondeling H, Oortwijn W. Priority setting for horizon scanning of new health technologies in Denmark: views of health care stakeholders and health economists. *Health Policy*. 2006; 76(3): 334-45.
- [64] Kapiriri L, Norheim OF. Criteria for priority-setting in health care in Uganda: exploration of stakeholders' values. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004; 82(3): 172-9.

- [65] Association médicale du Québec 2014. Le surdiagnostic: constats et plan d'action.
- [66] Baerøe K, Baltussen R. Legitimate healthcare limit setting in a real-world setting: Integrating accountability for reasonableness and multi-criteria decision analysis. *Public Health Ethics*. 2014; 7(2): 144-57.
- [67] Morton A. Aversion to health inequalities in healthcare prioritisation: A multicriteria optimisation perspective. *Journal of Health Economics*. 2014; 36(1): 164-73.
- [68] Kristensen FB, Lampe K, Chase DL, Lee-Robin SH, Wild C, Moharra M, et al. Practical tools and methods for health technology assessment in Europe: structures, methodologies, and tools developed by the European Network for Health Technology Assessment, EUnetHTA. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009; 25 Suppl 2: 1-8.
- [69] World Health Organization: The world health report 2000 - Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
- [70] World Health Organization: Everybody's Business: Strengthening Health systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action. Geneva: World Health Organization; 2007.
- [71] World Health Organization: The world Health report 2008 - Primary health care: now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
- [72] Sampietro-Colom L, Morilla-Bachs I, Gutierrez-Moreno S, Gallo P. Development and test of a decision support tool for hospital health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care*. 2012; 28(4): 460-5.
- [73] Goetghebeur MM, Wagner M, Khoury H, Levitt RJ, Erickson LJ, Rindress D. Bridging health technology assessment (HTA) and efficient health care decision making with multicriteria decision analysis (MCDA): applying the EVIDEM framework to medicines appraisal. *Medical decision making : an international journal of the Society for Medical Decision Making*. 2012; 32(2): 376-88.
- [74] Nadeau M-A. *La technique Delphi: une technique utile*. Québec Département de mesure et évaluation, Université Laval, 1982. Vol. 1.
- [75] Mitton C, Smith N, Peacock S, Evoy B, Abelson J. Public participation in health care priority setting: A scoping review. *Health Policy*. 2009; 91(3): 219-28.
- [76] Texas University. Response Rate. Disponible au https://facultyinnovate.utexas.edu/sites/default/files/response_rates.pdf.
- [77] Sumsion T. The Delphi technique: an adaptive research tool. *British Journal of Occupational Therapy* 1998; 61(4): 153-6.
- [78] Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs*. 2000; 32(4): 1008-15.

CHU DE QUÉBEC – UNIVERSITÉ LAVAL

UNITÉ D'ÉVALUATION ET DES MODES
D'INTERVENTION EN SANTÉ (**UETMIS**)

DIRECTION DE L'ÉVALUATION, DE LA QUALITÉ, DE L'ÉTHIQUE
DE LA PLANIFICATION ET DES AFFAIRES JURIDIQUES (**DEQEPAJ**)

HÔPITAL SAINT-FRANÇOIS D'ASSISE
10, RUE DE L'ESPINAY, ÉDIFICE D, D7-724
QUÉBEC (QUÉBEC) G1L 3L5
TÉLÉPHONE : 418 525-4444 POSTE 54682
TÉLÉCOPIEUR : 418 525-4028
