

Les services de santé axés sur la valeur en cancer colorectal : enjeux et défis au CHU de Québec-Université Laval

RAPPORT D'ÉVALUATION 01-22



**Les services de santé axés sur la valeur en cancer colorectal :
enjeux et défis au CHU de Québec-Université Laval**

Rapport d'évaluation

01-2022

préparé par

Geneviève Asselin, M.Sc., MBA
Sylvain L'Espérance, Ph.D.
Philippe Robert, MD, M.Sc.
Alice Nourissat, MD, Ph.D.
Marc Rhains, MD, M.Sc., FRCPC

UETMIS, CHU de Québec-Université Laval

Avril 2022

Direction de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles (DQEEAI)

<https://www.chudequebec.ca/professionnels-de-la-sante/evaluation/evaluation.aspx>

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.

COORDINATION

Dr Marc Rhains, cogestionnaire médical et scientifique, UETMIS

M^{me} Isabelle Jacques, adjointe au directeur – Évaluation et éthique, Direction de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles (DQEEAI)

RÉVISION LINGUISTIQUE, SECRÉTARIAT ET MISE EN PAGE

M^{me} Nancy Roger, agente administrative, module Évaluation et éthique, DQEEAI

Pour se renseigner sur cette publication ou toute autre activité 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 : uetmis@chudequebec.ca

Comment citer ce document :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec-Université Laval. Les services de santé axés sur la valeur en cancer colorectal : enjeux et défis au CHU de Québec-Université Laval – Rapport d'évaluation préparé par Geneviève Asselin, Sylvain L'Espérance, Philippe Robert, Alice Nourissat et Marc Rhains (UETMIS 01-22) Québec, 2022, xiii- 91 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.



Reproduction en tout ou en partie et distribution non commerciale permises, en mentionnant la source :

CHU de Québec-Université Laval.
Aucune modification autorisée. ©CHU de Québec-Université Laval, 2022

Dépôt légal :
Bibliothèque nationale du Québec 2022
Bibliothèque nationale du Canada 2022
ISBN 978-2-9820744-0-8 (PDF).

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

M. Martin Beaumont, président-directeur général, CHU de Québec-Université Laval
M^{me} Lynda Bélanger, responsable du Bureau d'expertise en expérience patient et partenariat (BEEPP), module qualité, partenariats et expérience patient, Direction de la qualité, évaluation, éthique et affaires institutionnelles (DQEEAI), CHU de Québec-Université Laval
Dr Alexandre Bouchard, chirurgien colorectal, Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA), CHU de Québec-Université Laval
D^{re} Amélie Bourassa, directrice adjointe - Pertinence et efficience clinique, Direction des services professionnels et des affaires médicales (DSPAM), CHU de Québec-Université Laval
M. Claude Bourque, patient partenaire
M^{me} Marie-Frédérique Fournier, directrice, Direction chirurgie et périopératoire (DCP), CHU de Québec-Université Laval
D^{re} Josée Gagnon, chirurgienne générale, chef du département de chirurgie, CHU de Québec-Université Laval
M^{me} Maude Laberge, professeure adjointe, Faculté des sciences de l'administration, Université Laval
M. Philippe Lachapelle, directeur, Direction de la performance clinique et organisationnelle (DPCO), CHU de Québec-Université Laval
M. Daniel La Roche, directeur, DQEEAI, CHU de Québec-Université Laval
M^{me} Amélie Lemieux, patiente partenaire
M^{me} Amélie Michaud, infirmière pivot en oncologie (IPO) digestive, L'Hôtel-Dieu de Québec (L'HDQ), CHU de Québec-Université Laval
M^{me} Maria-Gabriela Ruiz Mangas, directrice, Direction cancérologie, CHU de Québec-Université Laval
Dr Pascal St-Germain, chirurgien général, Hôpital du Saint-Sacrement (HSS), CHU de Québec-Université Laval

AUTRES COLLABORATEURS

Dr Étienne Auger-Dufour, chirurgien général, Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ), CHU de Québec-Université Laval
M^{me} Fabienne Barnard, patiente partenaire
M^{me} Isabelle Birs, externe en médecine
M^{me} Michèle Bisson, externe en médecine
Dr Mony Chhiv, chirurgien général, CHUL, CHU de Québec-Université Laval
D^{re} Pascale Chouinard, gastroentérologue, HSFA, CHU de Québec-Université Laval
M^{me} Michèle Dupont, agente administrative, HSFA, CHU de Québec-Université Laval
M^{me} Marie-Claude Gauvin, chef des services cliniques de stomathérapie et de la qualité des fournitures médicales, chirurgicales et équipements, Direction des soins infirmiers, CHU de Québec-Université Laval
M^{me} Annie Lachance, chef de service - Consultations externes spécialisées en oncologie et IPO HEJ-HDQ-HSFA, CHU de Québec-Université Laval
D^{re} Dominique LeBlanc, chirurgienne générale, HSS, CHU de Québec-Université Laval
Dr Christopher Lemieux, hémato-oncologue, L'HDQ, CHU de Québec-Université Laval
M^{me} Marie-Andrée Masson, infirmière clinicienne – stomathérapeute, L'HDQ, CHU de Québec-Université Laval
M^{me} Annick Simard, IPO, HSFA, CHU de Québec-Université Laval
M. Barry Stein, président, *Cancer Colorectal Canada*

FINANCEMENT

Ce projet a été financé à même le budget de fonctionnement de l'UETMIS.

AVANT-PROPOS

L'UETMIS du CHU de Québec-Université Laval 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

Présidente :

M^{me} Marie-Claude Michel – Programme de gestion thérapeutique des médicaments et représentante du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Membres :

Dr Richard Bernier – Médical ÉVAQ – Direction des services professionnels et des affaires médicales (DSPAM)

M. Martin Coulombe – Développement et excellence – Direction OPTILAB Capitale-Nationale

M^{me} Christine Danjou – Direction des soins infirmiers (DSI) – Conseil des infirmiers et infirmières (CII)

D^{re} Anne Desjardins – Microbiologie-infectiologie – Programme de prévention et contrôle des infections

M^{me} Marie-Frédérique Fournier – Chirurgie – Direction chirurgie et périopératoire

M^{me} Alexandra Gaudreau-Morneau – Conseil multidisciplinaire

M^{me} Marianne Giroux – Ergothérapie – Direction des services multidisciplinaires (DSM)

M. François Pouliot – Éthique clinique – Direction de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles (DQEEAI)

M^{me} Michèle Ricard – Module qualité, partenariats et expérience patient (DQEEAI)

M^{me} Martine Richard – Patient partenaire

M. David Simonyan – Recherche clinique – Direction de la recherche

M^{me} Michèle Touzin – Service-conseil génie biomédical (SCGBM) – Direction des services techniques (DST)

L'ÉQUIPE DE L'UETMIS

M^{me} Geneviève Asselin, agente de planification, de programmation et de recherche

M. Martin Bussièrès, agent de planification, de programmation et de recherche

M^{me} Sylvine Carrondo-Cottin, agente de planification, de programmation et de recherche

M^{me} Renée Drolet, agente de planification, de programmation et de recherche

M^{me} Isabelle Jacques, adjointe au directeur – Évaluation, expérience patient et éthique, DQEEAI

M^{me} Brigitte Larocque, agente de planification, de programmation et de recherche

M. Sylvain L'Espérance, agent de planification, de programmation et de recherche

D^{re} Alice Nourissat, médecin-conseil en ETMIS

Dr Marc Rhainds, cogestionnaire médical et scientifique des activités d'ETMIS

M^{me} Nancy Roger, agente administrative

Ce document présente les informations répertoriées au 10 janvier 2022 selon la méthodologie de recherche documentaire développée. Ces informations ne remplacent pas le jugement du clinicien. Elles ne constituent pas une approbation ou un désaveu du mode d'intervention ou de l'utilisation de la technologie en cause.

Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité du CHU de Québec-Université Laval, de son personnel et des professionnels à l'égard des informations transmises. En conséquence, les auteurs, le CHU de Québec-Université Laval, les membres du groupe de travail de même que les membres du Conseil scientifique de l'UETMIS 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 par les membres du groupe de travail.

SOMMAIRE

Les initiatives d'implantation des services de santé axés sur la valeur (SSAV) se sont multipliées dans la dernière décennie en tant que nouveaux modèles d'organisation et de gestion des soins de santé. Ce type de modèle d'organisation des soins et services vise à améliorer les résultats pour les patients tout en optimisant l'utilisation des ressources des hôpitaux grâce à une approche collaborative fondée sur des données probantes. En marge du déploiement prochain du mode de financement lié au coût par parcours de soins et de services au Québec, le CHU de Québec-Université Laval (ci-après CHU de Québec) souhaite migrer vers un modèle de prise en charge selon les principes des SSAV. L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec a été mandatée par le Bureau du président-directeur général du CHU de Québec afin d'évaluer la faisabilité d'implanter ce nouveau mode d'organisation des services de santé pour les patients atteints d'un cancer colorectal. Le présent rapport fait état des caractéristiques et de l'efficacité des modèles d'organisation des SSAV en oncologie ainsi que les effets indésirables, les barrières et les facilitateurs associés à leur implantation.

Aucune étude concernant l'implantation d'un modèle SSAV en cancer colorectal n'a été recensée. Toutefois, quelques études de cas concernant l'efficacité des modèles SSAV implantés pour d'autres sites tumoraux ont été identifiées. Les résultats de ces études suggèrent que les éléments phares à considérer pour l'implantation d'une organisation des SSAV incluent une organisation des soins autour d'une même condition médicale au sein d'une unité de pratique intégrée, la mesure de résultats (indicateurs de processus, résultats cliniques et rapportés par le patient) et des coûts, et le suivi des données par l'entremise de plateformes technologiques de l'information. Malgré certaines incertitudes, les résultats issus des études de cas rapportant des expériences d'hôpitaux ayant implanté certaines composantes des SSAV en oncologie suggèrent qu'elles pourraient avoir des effets prometteurs sur les résultats cliniques (p. ex. : mortalité, taux de réinterventions) et rapportés par le patient (p. ex. : effets indésirables des traitements, satisfaction des patients) et sur les processus (p. ex. : durée de séjour, délais d'attente). Cependant, plusieurs barrières à l'implantation de ce type de modèle d'organisation des soins et de services ont été identifiées, notamment en lien avec les difficultés liées à la collecte, l'accès et l'exploitation des données pertinentes dans les bases de données électroniques et la présence de systèmes financiers qui ne permettent pas de déterminer les coûts réels des soins. D'autre part, l'engagement de la direction de l'établissement, la formation d'agents de changement et l'identification de champions cliniques de même qu'un changement de culture vers la mesure des résultats sont les principaux éléments rapportés dans les études recensées qui pourraient faciliter l'implantation des SSAV. L'analyse du contexte et des caractéristiques du modèle actuel d'organisation des soins et des services pour les patients atteints d'un cancer colorectal au CHU de Québec soulèvent plusieurs enjeux quant au degré de concordance avec les principes des SSAV. Tout d'abord, la trajectoire de soins pour les patients atteints d'un cancer du côlon n'est pas unifiée et uniforme entre les hôpitaux alors que celle pour les cancers du rectum est plus formalisée. De plus, on note une absence d'équipe interdisciplinaire intégrée pour l'ensemble des activités de soins et de technologies de l'information performantes pour la collecte et l'exploitation des données de même que peu de mesures standardisées de résultats et des coûts. Les données recueillies auprès d'informateurs clés de l'organisation suggèrent tout de même que l'environnement du CHU de Québec serait favorable au développement d'un modèle intégré et structuré de SSAV pour le cancer colorectal, notamment en raison de l'engagement de la haute direction de l'hôpital et l'intérêt des médecins, des professionnels de santé et des patients partenaires envers ce mode d'organisation.

Considérant l'ensemble des données probantes, l'UETMIS recommande d'initier une transformation organisationnelle des soins en cancer colorectal au CHU de Québec en vue d'implanter un modèle de SSAV. Cette transformation impliquera un changement de culture important ayant des impacts sur l'organisation, la gestion, le travail des cliniciens et les pratiques, mais également avec des impacts positifs pour créer de la valeur et recentrer les soins sur les patients.

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES

AACODS	<i>Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date et Significance</i>
BEEPP	Bureau d'expertise en expérience patient et partenariat
CIUSSS de l'Estrie-CHUS	Centre intégré en santé et services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CLSC	Centre local de services communautaires
CPSS	Coût par parcours de soins et de services
CROM	Résultats rapportés par les cliniciens (<i>clinician reported outcome measures</i>)
CRSCC	Centre de référence suprarégional en chirurgie colorectale
DPCO	Direction de la performance clinique et organisationnelle
DQEEAI	Direction de la qualité, de l'éthique, de l'évaluation et des affaires institutionnelles
ECR	Essai clinique randomisé
ERAS	<i>Enhanced Recovery After Surgery</i>
FAP	Financement axé sur les patients
HEJ	Hôpital de l'Enfant-Jésus
HSFA	Hôpital Saint-François d'Assise
HSS	Hôpital du Saint-Sacrement
ICHOM	<i>International Consortium for Health Outcomes Measurement</i>
IPO	Infirmière pivot en oncologie
IRM	Imagerie par résonance magnétique
L'HDQ	L'Hôtel-Dieu de Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NCH	Nouveau complexe hospitalier
PREM	Expériences rapportées par les patients (<i>patient-reported experience measures</i>)
PROM	Résultats rapportés par les patients (<i>patient-reported outcome measures</i>)
SSAV	Services de santé axés sur la valeur
UETMIS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
UPI	Unité de pratique intégrée

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	IV
SOMMAIRE	V
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES.....	VI
TABLE DES MATIÈRES	VII
LISTE DES ANNEXES.....	VIII
LISTE DES TABLEAUX.....	VIII
LISTE DES FIGURES.....	IX
RÉSUMÉ.....	X
1. INTRODUCTION.....	1
2. INFORMATIONS GÉNÉRALES.....	2
2.1 Financement des soins de santé au Québec.....	2
2.2 Services de santé axés sur la valeur	2
3. QUESTIONS DÉCISIONNELLE ET D'ÉVALUATION.....	7
3.1 Question décisionnelle.....	7
3.2 Questions d'évaluation.....	7
4. MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION.....	8
4.1 Évaluation de l'efficacité, de l'innocuité et de la sécurité	8
4.1.1 Recherche documentaire	8
4.1.2 Sélection des publications	8
4.1.3 Évaluation de la qualité des publications et extraction des données	10
4.2 Description des pratiques au CHU de Québec	10
4.2.1 Collecte de données auprès d'informateurs clés du CHU de Québec	10
4.2.2 Données de volumétrie issues du registre local de cancer	10
4.2.3 Réanalyse des données d'une enquête d'expérience patient menée au CHU de Québec.....	11
4.2.4 Estimation des coûts de la trajectoire de soins	11
4.3 Enquête dans d'autres établissements de santé québécois et canadiens.....	11
4.4 Analyse de l'ensemble des données probantes et développement des recommandations	12
4.5 Révision	12
4.6 Modifications au plan d'évaluation	12
5. RÉSULTATS.....	13
5.1 Recherche documentaire.....	13
5.1.1 Documents d'organismes portant sur les stratégies d'implantation d'une organisation des services de santé axés sur la valeur	14
5.1.2 Revues de synthèse portant sur l'implantation d'une organisation des services de santé axés sur la valeur	20
5.1.3 Expériences publiées d'hôpitaux ayant implanté une organisation des services de santé axés sur la valeur en oncologie	22

5.1.4	Barrières et facilitateurs liés à l'implantation d'une organisation des services de santé axés sur la valeur en oncologie	34
5.1.5	Synthèse et appréciation globale des données probantes portant sur l'implantation d'une organisation des services de santé axés sur la valeur en oncologie	35
5.1.6	Étude en cours	36
5.2	Contexte au CHU de Québec	38
5.2.2	Description de la trajectoire actuelle des soins en cancer colorectal	41
5.2.3	Résultats de l'évaluation de l'expérience patient réalisée en 2015-2016	48
5.2.4	Estimation du coût de la trajectoire de soins	50
5.2.5	Comparaison des caractéristiques de l'organisation des soins pour les patients atteints de cancer colorectal au CHU de Québec avec celles des SSAV	50
5.3	Enquête dans d'autres établissements québécois et canadiens	52
6.	DISCUSSION	53
7.	RECOMMANDATION	59
8.	CONCLUSION	62
	ANNEXES	63
	RÉFÉRENCES	89

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1.	SITES INTERNET CONSULTÉS POUR LA RECHERCHE DE LA LITTÉRATURE GRISE	63
ANNEXE 2.	STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE DANS LES BASES DE DONNÉES INDEXÉES	66
ANNEXE 3.	SITES INTERNET CONSULTÉS POUR LA RECHERCHE DE PROTOCOLES PUBLIÉS	69
ANNEXE 4.	INDICATEURS DE SANTÉ EN CANCER COLORECTAL	70
ANNEXE 5.	LISTE DES PUBLICATIONS EXCLUES	71
ANNEXE 6.	GUIDE D'ENTREVUE UTILISÉ POUR LA COLLECTE DE DONNÉES AUPRÈS D'INFORMATEURS CLÉS DU CHU DE QUÉBEC	79
ANNEXE 7.	LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ QUÉBÉCOIS ET CANADIENS CONTACTÉS DANS LE CADRE DE L'ENQUÊTE	81
ANNEXE 8.	QUESTIONNAIRE UTILISÉ DANS LE CADRE DE L'ENQUÊTE RÉALISÉE AUPRÈS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ QUÉBÉCOIS ET CANADIENS (VERSION FRANÇAISE)	82
ANNEXE 9.	MATRICE D'IMPLANTATION DES SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR DE <i>L'EUROPEAN INSTITUTE OF INNOVATION AND TECHNOLOGY – HEALTH</i> [27]	88

LISTE DES TABLEAUX

TABEAU 1.	CRITÈRES DE SÉLECTION ET LIMITES	9
TABEAU 2.	DÉFINITIONS DES SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR RECENSÉES DANS LES RAPPORTS D'ORGANISMES RETENUS	14

TABLEAU 3. PHASES D'IMPLANTATION DES SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR PROPOSÉES PAR L' <i>EUROPEAN UNIVERSITY HOSPITAL ALLIANCE</i> [28].....	18
TABLEAU 4. PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES REVUES DE SYNTHÈSE PORTANT SUR L'IMPLANTATION DES SERVICES DE SANTÉS AXÉS SUR LA VALEUR	20
TABLEAU 5. PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES EXPÉRIENCES PUBLIÉES D'HÔPITAUX AYANT IMPLANTÉ UNE ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR EN ONCOLOGIE	23
TABLEAU 6. INITIATIVES D'AMÉLIORATIONS DÉCLENCHÉES PAR L'IMPLANTATION DES SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR RAPPORTÉES PAR NILSSON <i>ET AL.</i> (2017B) [37]	27
TABLEAU 7. PRINCIPALES BARRIÈRES ET FACILITATEURS LIÉS À L'IMPLANTATION D'UNE ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR EN ONCOLOGIE RAPPORTÉS PAR LES ORGANISMES ET DANS LES ÉTUDES DE CAS D'IMPLANTATION	34
TABLEAU 8. DESCRIPTION DES ÉTUDES DE SYNTHÈSE EN COURS	36
TABLEAU 9. DESCRIPTION DES ÉTUDES ORIGINALES EN COURS.....	37
TABLEAU 10. NOMBRE DE NOUVEAUX CAS DE CANCERS COLORECTAUX TRAITÉS AU CHU DE QUÉBEC PAR ANNÉE FINANCIÈRE SELON L'ÉTABLISSEMENT AU DIAGNOSTIC ¹	38
TABLEAU 11. COMPARAISON ENTRE LES INDICATEURS PROPOSÉS PAR L'ICHOM POUR LA MESURE DES RÉSULTATS DE SANTÉ IMPORTANTS POUR LES PATIENTS EN CANCER COLORECTAL [19] ET LES DONNÉES DISPONIBLES AU CHU DE QUÉBEC.....	46
TABLEAU 12. PRINCIPALES PISTES D'AMÉLIORATION RAPPORTÉES PAR LES INFORMATEURS CLÉS	47
TABLEAU 13. PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS À L'ENQUÊTE PORTANT SUR L'EXPÉRIENCE PATIENT EN CANCER COLORECTAL MENÉE PAR LE BEEPP EN 2015-2016 (N = 82)	48
TABLEAU 14. COMPARAISON ENTRE LES SSAV ET L'ORGANISATION DES SOINS POUR LES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER COLORECTAL AU CHU DE QUÉBEC.....	51
TABLEAU 15. PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES MODÈLES ACTUELS D'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ EN ONCOLOGIE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ CANADIENS SONDÉS	52

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1. MODÈLE LOGIQUE DES SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR	6
FIGURE 2. DIAGRAMME DE SÉLECTION DES DOCUMENTS PORTANT SUR LES MODÈLES D'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR	13
FIGURE 3. RÉPARTITION DU NOMBRE ANNUEL MOYEN DE CHIRURGIES SELON L'HÔPITAL POUR LES USAGERS TRAITÉS POUR UN CANCER DU CÔLON OU DU RECTUM AU CHU DE QUÉBEC (2016 À 2019)*	38
FIGURE 4. STRUCTURE ORGANISATIONNELLE (CLINICO-ADMINISTRATIVE ET CLINIQUE) DES SOINS POUR LES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER COLORECTAL AU CHU DE QUÉBEC ¹	40
FIGURE 5. TRAJECTOIRE ACTUELLE DE SOINS POUR LES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER COLORECTAL AU CHU DE QUÉBEC	43
FIGURE 6. ÉVALUATION DE LA PARTICIPATION À LEURS SOINS ET DE LA COORDINATION DES SOINS RAPPORTÉE PAR LES RÉPONDANTS À L'ENQUÊTE D'EXPÉRIENCE PATIENT MENÉE PAR LE BEEPP EN 2015-2016	49

RÉSUMÉ

Les services de santé axés sur la valeur (SSAV) ou *Value Based Healthcare* visent à rassembler autour d'un objectif commun tous les intervenants et partenaires d'un secteur de soins qui œuvrent dans une unité de pratique intégrée : optimiser les résultats importants pour le patient avec l'expérience de soins et les ressources disponibles. Ce mode d'organisation met l'accent sur la prestation de soins axés sur le patient, où les services sont organisés en fonction des besoins médicaux des patients et intégrés tout au long du parcours de soins. Cette stratégie comprend six composantes : a) organiser les soins autour d'une même condition médicale, b) mesurer les résultats importants pour les patients et les coûts, c) mettre en place des systèmes d'information performants, d) intégrer les systèmes de prestations des soins, e) étendre la portée géographique et f) financer les soins en fonction de la valeur. En marge du déploiement prochain du mode de financement lié au coût par parcours de soins et de services dans les centres hospitaliers universitaires québécois par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, le CHU de Québec-Université Laval (ci-après CHU de Québec) souhaite migrer vers un modèle de prise en charge selon les principes des SSAV. Le Bureau du président-directeur général du CHU de Québec a mandaté l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (JETMIS) du CHU de Québec pour évaluer la faisabilité d'implanter ce nouveau mode d'organisation des services de santé pour les patients atteints d'un cancer colorectal.

QUESTION DÉCISIONNELLE

Quel modèle d'organisation des SSAV devrait être privilégié au CHU de Québec pour la prise en charge des patients atteints d'un cancer colorectal ?

MÉTHODOLOGIE

Une recension de la littérature scientifique publiée en français ou en anglais entre le 1^{er} janvier 2000 et le 10 janvier 2022 a été effectuée dans plusieurs bases de données indexées et dans la littérature grise. Les principaux indicateurs recherchés incluaient la description des modèles d'organisation des SSAV implantés en oncologie, l'efficacité des SSAV sur les résultats de santé, les résultats axés sur les patients et les coûts, l'innocuité de ces modes d'organisation de même que les barrières et facilitateurs liés à l'implantation de ce nouveau modèle d'organisation de soins et de services de santé.

Une collecte de données à l'aide d'entretiens semi-dirigés a été menée entre le 29 mars et le 26 novembre 2021 auprès de différentes parties prenantes (n = 19), incluant trois patients partenaires, impliquées dans la trajectoire actuelle du cancer colorectal afin de caractériser le modèle actuel d'organisation des soins en cancer colorectal au CHU de Québec. Les données relatives au volume de patients traités annuellement pour un cancer colorectal pour les années financières 2016 à 2019 ont été obtenues du Registraire en oncologie du CHU de Québec. Une réanalyse des données d'une enquête d'expérience patient menée en 2015-2016 auprès de la clientèle en oncologie du CHU de Québec par le Bureau d'expertise en expérience patient et partenariat (BEEPP) de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles (DQEEAI) a été réalisée afin d'extraire les résultats portant spécifiquement sur une population de patients ayant un diagnostic de cancer colorectal. Une analyse de dix cas traceurs a été planifiée afin d'estimer le coût des différentes trajectoires dans la prise en charge du cancer colorectal avec l'aide de la Direction de la performance clinique et organisationnelle (DPCO) du CHU de Québec. Enfin, une enquête a été réalisée entre le 15 avril et le 25 août 2021 auprès des personnes-ressources (n = 19) des principaux centres de traitement du cancer au Québec et au Canada afin de décrire les modèles d'organisation des SSAV en oncologie qui ont été implantés dans ces établissements.

RÉSULTATS

Les données probantes recueillies ont été analysées afin de répondre aux questions d'évaluation suivantes :

Quelles sont les caractéristiques, incluant la définition du concept de valeur, des modèles d'organisation des SSAV en oncologie, décrits dans la littérature, implantés ou en cours de développement au Québec ou ailleurs au Canada ?

Les caractéristiques des modèles d'organisation des SSAV ont été discutées dans cinq documents publiés par des organismes en santé, trois revues de synthèse et sept études de cas d'implantation. Les définitions des SSAV présentées dans les documents publiés par ces organismes ne sont pas uniformes reflétant certaines adaptations liées à la culture organisationnelle et au système de soins de santé en place. La définition usuelle des SSAV, soit le ratio entre les dollars dépensés et les résultats importants pour le patient, aurait une portée trop restrictive selon plusieurs organismes qui proposent des éléments additionnels à considérer pour améliorer la valeur telle que l'atteinte des objectifs personnels des patients, une gestion adéquate des ressources disponibles et un meilleur calcul des coûts. Par ailleurs, les résultats des études de cas qui rapportent les expériences d'hôpitaux ayant implanté des modèles d'organisation des SSAV en oncologie suggèrent que les composantes les plus fréquemment déployées concernent la mise en place d'unités de pratique intégrée (UPI), la mesure des résultats et des coûts et l'utilisation de systèmes d'information performants. Les UPI réfèrent à des unités dans lesquelles les soins sont concentrés sur une même condition médicale tout au long de la trajectoire et dispensés par des équipes multidisciplinaires de prestataires de soins qui travaillent ensemble pour fournir une gamme complète de services aux patients. La mesure des indicateurs de processus, de résultats cliniques et rapportés par le patient, de même que des coûts ressort parmi les éléments essentiels à la mise sur pied des SSAV. En effet, pour tirer parti des meilleures pratiques cliniques, cette information est essentielle à la prise de décisions concernant la prestation des soins et l'identification des moyens pour améliorer les résultats. La mise en place de systèmes d'information performants pour faciliter la collecte de données et le suivi des indicateurs est également requise selon une majorité des expériences rapportées.

Par ailleurs, les répondants (n = 3) à l'enquête canadienne réalisée dans le cadre du présent rapport ont mentionné ne pas avoir intégré un modèle d'organisation des SSAV en oncologie.

Quelle est l'efficacité des modèles d'organisation des SSAV en oncologie en considérant les résultats centrés sur le patient, l'expérience patient et les coûts ?

La preuve disponible pour juger de l'efficacité des modèles d'organisation de SSAV en oncologie relativement aux étapes du diagnostic, de la prise en charge et du suivi des patients repose sur l'analyse d'études limitées en nombre et en qualité. Aucune des expériences répertoriées dans les études incluses dans les revues de synthèse et dans les rapports de cas ne porte sur l'implantation de l'ensemble des composantes des SSAV en oncologie de même que sur le cancer colorectal. La littérature identifiée suggère toutefois que les composantes des SSAV prises individuellement pourraient avoir des effets prometteurs et un impact positif sur les processus et les résultats de santé et importants pour le patient notamment sur la mortalité, le taux de réinterventions, la durée de séjour, les délais d'attente, les effets indésirables des traitements et la satisfaction des patients. Il serait toutefois imprudent dans l'état actuel des connaissances de généraliser ces résultats en raison de leurs liens étroits avec le contexte et les milieux dans lesquels les SSAV ont été mis en place. Une étude en cours de réalisation qui porte spécifiquement sur le cancer colorectal pourrait toutefois apporter un éclairage quant à l'efficacité des SSAV pour cette clientèle.

Quels sont les effets indésirables associés aux modèles d'organisation des SSAV en oncologie sur les résultats centrés sur le patient, l'expérience patient et l'organisation des soins ?

Aucune des études de cas d'implantation n'a rapporté de résultats en lien avec les effets indésirables des modèles d'organisation des SSAV en oncologie.

Quels sont les barrières et facilitateurs reliés à l'implantation des modèles d'organisation des SSAV en oncologie ?

Plusieurs des documents identifiés ont fait état de barrières ou de facilitateurs liés à l'implantation des SSAV. Les barrières les plus fréquemment rapportées portent sur l'accès à des données collectées de manière standardisée via des bases de données électroniques performantes ainsi que sur la difficulté liée à l'utilisation actuelle de systèmes financiers pour déterminer les coûts réels des trajectoires de soins. Parallèlement, les éléments qui semblent faciliter l'implantation des SSAV incluent l'emphase sur la collecte des résultats et des coûts en ayant des ressources humaines et financières dédiées à cet effet et la disponibilité de bons outils technologiques de collectes de données. L'engagement de la haute

direction et l'implication des gestionnaires d'hôpitaux vers un changement de culture pour le déploiement du concept de SSAV et l'identification de champions cliniques et d'agents de changement sont d'autres facteurs qui pourraient faciliter l'implantation de ce nouveau mode d'organisation des soins.

Quelles sont les différences et les similitudes entre les modèles recensés et le modèle actuel d'organisation des services du cancer colorectal au CHU de Québec ?

Les soins en cancer colorectal au CHU de Québec sont principalement organisés par clinique ou par intervention. Bien que la prise en charge des patients atteints d'un cancer du rectum soit centralisée et plus formalisée, celle des patients atteints d'un cancer du côlon n'est pas uniforme d'un établissement à l'autre. Les soins prodigués par différents spécialistes et professionnels de la santé ne sont pas intégrés au sein d'une équipe interdisciplinaire qui partage des protocoles communs. Toutefois, les résultats de l'enquête d'expérience patient menée par le BEEPP en 2015-2016 et les consultations menées auprès des patients partenaires suggèrent que les intervenants semblent travailler en équipe et bien coordonner les rendez-vous. Certains professionnels tels que les infirmières pivots en oncologie (IPO), stomothérapeutes, nutritionnistes et intervenants psychosociaux sont présents dans la trajectoire de soins, mais ne semblent pas faire partie d'une équipe intégrée. Selon les entrevues réalisées, le manque de concentration des soins dans la prise en charge du cancer du côlon représenterait un frein à l'application des SSAV qui visent entre autres à maximiser l'expertise et l'expérience des intervenants. D'autre part, la haute direction et les équipes en place semblent démontrer un intérêt à migrer vers un modèle de soins qui reprend les concepts des SSAV (p. ex. : établir une trajectoire commune, favoriser le travail d'équipe, fixer un volume minimal de chirurgies par chirurgien, éliminer les inégalités d'accès à une IPO).

Selon les informateurs clés questionnés dans le cadre de ce rapport, peu de résultats sont partagés avec les équipes cliniques et aucun résultat important pour le patient n'est actuellement mesuré de façon systématique au CHU de Québec. L'intérêt exprimé par plusieurs des informateurs clés et des patients partenaires envers la mesure des résultats de soins comme outil d'amélioration constitue un élément favorable pour initier un changement de culture pour pouvoir revoir l'ensemble des résultats et envisager des pistes d'amélioration. L'absence actuelle de technologies de l'information performantes constitue cependant un élément majeur à considérer dans la capacité du CHU de Québec de mettre en place un modèle de SSAV pour soutenir la mesure et valoriser les données disponibles. L'identification avec précision des coûts des services reçus par la clientèle dans l'ensemble de la trajectoire de soins en cancer colorectal demeure également un défi de taille pour l'organisation.

L'analyse de comparaison réalisée dans le présent rapport entre les SSAV et les caractéristiques du modèle actuel d'organisation des soins et des services pour les patients atteints d'un cancer colorectal au CHU de Québec a révélé un faible degré de concordance avec les principales composantes des SSAV. Les éléments les plus divergents incluent l'organisation en UPI (dont la création d'une trajectoire formelle et unifiée), la mesure des processus, des résultats de santé et rapportés par le patient et des coûts de même que les plateformes technologiques pour soutenir la mesure de ces résultats.

DISCUSSION

L'analyse et l'appréciation des données issues de la recherche documentaire, des enquêtes réalisées au CHU de Québec et auprès d'autres établissements de santé canadiens de même que des échanges avec les membres du groupe de travail ont mené aux constats suivants :

- L'organisation des services de santé axés sur la valeur en oncologie : peu de résultats d'efficacité documentés mais plusieurs expériences d'implantation avec des effets prometteurs
- La prise en charge du cancer colorectal au CHU de Québec : bien comprendre le contexte et les défis organisationnels actuels
 - Un environnement externe et interne favorable à l'application du concept de SSAV
 - Plusieurs écarts observés entre la pratique actuelle et le concept d'unité de pratique intégrée
 - Une capacité réduite pour mesurer les résultats et les coûts

RECOMMANDATION

Il est recommandé au président-directeur général du CHU de Québec d'initier une transformation organisationnelle des soins en cancer colorectal en vue d'implanter un modèle de services de santé axés sur la valeur.

Le plan de développement suivant est suggéré en s'appuyant sur une approche itérative de réalisation :

1. Mettre sur pied un Comité de gouvernance
2. Développer une unité de pratique intégrée pour les patients atteints de cancer colorectal au CHU de Québec
3. Initier un chantier de transformation numérique visant à collecter, extraire et analyser les indicateurs de résultats et les coûts reliés aux trajectoires de soins en cancer colorectal

CONCLUSION

Certaines des composantes des modèles d'organisation des SSV pourraient avoir des effets prometteurs et un impact positif sur les processus et les résultats de santé et rapportés par le patient. L'intégration et la coordination des soins tout au long du continuum de soins par l'entremise de la mise sur pied d'unités de pratique intégrée, la mesure des processus, des résultats de santé et des coûts et le suivi des données via des plateformes technologiques de l'information constitueraient les éléments phares de ce type de modèle. L'environnement du CHU de Québec semble favorable au développement d'un modèle d'organisation des SSV bien que plusieurs enjeux soient présents. Implanter un tel modèle représente un changement de culture important avec des impacts positifs pour créer de la valeur et contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients atteints d'un cancer colorectal.

1. INTRODUCTION

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la santé est définie comme étant un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité [1]. Ainsi, la santé constitue un déterminant de la capacité des individus à vivre normalement et à contribuer à la société [2]. Avec des dépenses annuelles en santé de plusieurs milliards de dollars, de nouvelles façons de faire doivent être envisagées au Québec. L'objectif étant d'améliorer l'efficacité du système de santé et d'assurer sa pérennité pour préserver et améliorer l'état de santé et le bien-être de la population [3]. Le développement d'une nouvelle approche en santé, soit les services de santé axés sur la valeur (*value-based healthcare*, [SSAV]), initiée aux États-Unis par l'équipe de l'économiste *Michael Porter* de la *Harvard Business School* est apparu en réponse à cette problématique [4]. Certains membres de l'industrie, conjointement aux principaux intervenants en santé, ont commencé à redéfinir leurs missions et leurs modèles opérationnels dans le but d'améliorer la valeur des soins de santé ou les résultats de santé importants pour les patients en fonction des ressources ou des coûts requis. Ce nouveau mode d'organisation ne vise donc pas à améliorer la quantité de services donnés, mais bien la qualité et les bénéfices du service offert. Le Forum économique mondial, en collaboration avec le *Boston Consulting Group* (BCG), a d'ailleurs lancé en 2016 le projet *Value in Healthcare* afin de développer une compréhension globale des éléments clés des systèmes de santé axés sur la valeur, de tirer des leçons générales sur la mise en œuvre des SSAV dans les principaux établissements de soins de santé du monde entier, d'identifier les obstacles potentiels qui empêchent les systèmes de santé d'obtenir de meilleurs résultats importants pour les patients et à moindre coût et de définir les priorités des parties prenantes de l'industrie afin d'accélérer l'adoption de modèles fondés sur la valeur [5].

En marge du déploiement prochain du mode de financement lié au coût par parcours de soins et de services (CPSS) dans les centres hospitaliers universitaires québécois par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec, le CHU de Québec-Université Laval (ci-après CHU de Québec) souhaite migrer vers un modèle de prise en charge selon les principes des SSAV. L'intérêt de l'équipe médicale en cancer colorectal envers le concept des SSAV constitue également un levier pour explorer la faisabilité d'implanter ce nouveau mode d'organisation des services de santé dans la trajectoire de soins des patients atteints d'un cancer colorectal. Le Bureau du président-directeur général du CHU de Québec a sollicité l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec afin de contribuer à la réflexion et au diagnostic organisationnel concernant la mise en place d'un modèle de SSAV en cancer colorectal. L'UETMIS a été mandatée pour évaluer les caractéristiques et l'efficacité des modèles d'organisation des SSAV en oncologie incluant le cancer colorectal ainsi que les effets indésirables, les barrières et les facilitateurs associés à leur implantation.

2. INFORMATIONS GÉNÉRALES

2.1 Financement des soins de santé au Québec

Au Québec, les établissements de santé sont financés par des budgets globaux historiques qui proviennent essentiellement de revenus fiscaux. Ces revenus sont collectés généralement par l'impôt sur le revenu des particuliers ou des corporations ainsi que par la taxation des produits et services et reposent principalement sur le principe d'une mutualisation des risques liés à la santé chez la population [2]. D'autres fonds sont également utilisés pour financer le système de soins de santé. Ceux-ci incluent entre autres des fonds dédiés spécifiques aux services de soins de santé et les transferts fédéraux en matière de soins de santé [2]. Sur le budget annuel total du Québec, la part des dépenses consacrée au financement du système de santé s'élevait à 41,1 % en 2019-2020 et, étant donné les pressions importantes sur les coûts en raison du vieillissement de la population, de l'utilisation croissante des nouvelles technologies et du développement de nouveaux médicaments, il est prévu que cette part continuera à augmenter jusqu'à atteindre 45,9 % du budget provincial en 2029- 2030 [6]. Un des rôles des gestionnaires du système de soins de santé est donc de s'assurer que l'allocation des ressources financières en santé puisse être effectuée de façon efficace et équitable tout en prenant en considération les éléments que les bénéficiaires des soins jugent importants pour leur condition de santé.

En 2014, à la suite de la publication d'un rapport provenant du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients [7], le MSSS a entrepris une réforme en introduisant un mode de financement axé sur les patients (FAP). Cette réforme vise à relever les défis auxquels le système de santé du Québec fait actuellement face, soit l'accessibilité aux soins, les pressions sur les dépenses dans un contexte budgétaire difficile, les incertitudes concernant la qualité et la pertinence des soins et les questionnements relatifs à l'équité avec laquelle le financement est réparti [7]. La nécessité d'une information clinique et financière fiable et disponible rapidement a également été identifiée parmi les enjeux [7]. Pour soutenir la mise en place de ce mode de financement, le groupe d'experts a émis plusieurs recommandations :

- Réviser l'architecture des données cliniques et financières permettant un croisement entre les banques de données cliniques et les banques de données financières;
- Développer une méthodologie standardisée de coûts par cas pour les établissements;
- Mettre en place une banque de données pour que les établissements puissent se comparer.

Le système de CPSS a été choisi pour déployer le FAP et répondre au besoin de calculer le coût d'un parcours de soins à partir des données administratives et clinico-administratives permettant ainsi de financer les soins en fonction des services rendus aux patients. À terme, six catégories de données seront importées des systèmes d'information non financiers incluant des données sur l'identité des usagers, les soins et services reçus par l'utilisateur, les épisodes de soins, les mouvements des usagers admis (transferts), les diagnostics et les interventions de même que les événements indésirables. Le déploiement du CPSS vise à fournir aux gestionnaires et chefs cliniques un outil pouvant être utilisé pour soutenir la prise de décision et l'amélioration de la qualité.

2.2 Services de santé axés sur la valeur

La mise en place du FAP ne doit toutefois pas se faire au détriment de l'accès aux soins et de la qualité des soins offerts. La mise en place de modèles d'organisation des SSAV est une stratégie prometteuse en ce sens. Il s'agit d'une stratégie d'organisation, de financement et d'amélioration continue des soins de santé popularisée par Michael Porter et ses collègues [4, 8, 9]. Améliorer la valeur des soins de santé serait, selon eux, un objectif rassembleur pour les cliniciens, les administrations de la santé et les patients. Ils définissent la valeur par le ratio entre les résultats de santé importants pour les patients (p. ex. : survie, contrôle de la maladie, bien-être psychologique, retour aux activités normales, absence de complications) en fonction des coûts ou des ressources disponibles [4, 8, 9]. Les approches fondées sur la valeur mettent l'accent sur la prestation de soins axés sur le patient, où les services sont organisés en fonction des besoins médicaux des patients et intégrés tout au long du continuum de la maladie. Cette stratégie comprend six composantes qui se renforcent mutuellement :

- organiser les soins autour d'une même condition médicale;
- mesurer les résultats importants pour les patients et les coûts;
- mettre en place des systèmes d'information performants;
- intégrer les systèmes de prestation de soins;
- étendre la portée géographique des services;
- financer les soins en fonction de la valeur plutôt que du volume de soins.

- Organisation des soins autour d'une même condition médicale

Pour offrir plus de valeur, les professionnels de la santé doivent approfondir leur expertise et étendre leur capacité à répondre aux besoins complexes et interdépendants de chaque patient tout au long du cycle de soins pour une condition médicale donnée [8]. Les améliorations dans les résultats et l'efficacité des soins de santé proviennent d'efforts soutenus, basés sur le travail d'équipe, sur un ensemble défini de services et de pratiques médicalement intégrés. Les soins doivent être concentrés sur une même condition médicale tout au long de la trajectoire de soins et dispensés dans des unités de pratique intégrées (UPI) [8]. Les UPI sont des équipes multidisciplinaires de prestataires de soins organisées autour des besoins médicaux d'une population de patients définie. Ces équipes travaillent ensemble pour fournir une gamme complète de services aux patients [10]. L'un des aspects les plus importants d'une UPI consiste à effectuer des rencontres multidisciplinaires sur une base régulière pour discuter des cas des patients afin de déterminer les plans de traitement et la coordination des soins [11]. L'intégration de l'équipe de soins primaires et une collaboration efficace avec des personnes extérieures à l'UPI sont aussi essentielles. La révision des cas compliqués devrait également s'effectuer sur une base régulière en ajout aux réunions portant sur la morbidité et la mortalité. Les résultats des soins devraient être examinés régulièrement avec des informations transparentes sur le rendement de l'équipe et le rendement individuel. Enfin, la diffusion des nouvelles découvertes tirées de la littérature scientifique est primordiale afin de s'assurer que les connaissances des membres de l'équipe restent à jour.

- Mesure des résultats importants pour les patients et les coûts

Dans un modèle d'organisation des SSAV, les décisions concernant la prestation de soins sont fondées sur des données probantes et sur une mesure standardisée des résultats de santé et des coûts des soins [8]. L'expérience des patients est aussi considérée via la mesure des résultats rapportés par les patients (*patient-reported outcome measures* [PROM]) et des expériences rapportées par le patient (*patient-reported experience measures* [PREM]). Les PROM réfèrent à l'état de santé rapporté par le patient (p. ex. : capacité fonctionnelle, qualité de vie) alors que les PREM explorent les aspects fonctionnels des soins (p. ex. : temps d'attente, accessibilité) et les aspects relationnels (p. ex. : soutien émotionnel, communication) [12]. La standardisation élimine la variation dans la façon dont les résultats sont mesurés et utilisés. Elle fournit un langage commun pour comparer les résultats des soins dans différents contextes et zones géographiques de soins de santé [13]. L'*International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM) produit et diffuse depuis 2012 des instruments standardisés dans l'objectif de mesurer les résultats importants pour les patients dans leur vie quotidienne [14]. L'ICHOM se base sur trois types de données pour mesurer la qualité des soins : les données sociodémographiques du patient, l'évaluation par le patient de ses scores fonctionnels ou de sa qualité de vie avant, pendant et après le traitement, et les données cliniques. À ce jour, des indicateurs standardisés à l'échelle internationale sont disponibles pour une trentaine de pathologies incluant certains cancers (p. ex. : poumon, prostate, colorectal, sein) [14]. La collecte de données est aussi une étape cruciale qui doit idéalement être réalisée durant le cheminement du patient dans sa trajectoire de soins. Ces données sont analysées et diffusées périodiquement aux équipes concernées afin d'identifier des moyens d'améliorer les résultats et tirer parti des meilleures pratiques [11]. Enfin, dans un modèle de SSAV, le coût des soins est mesuré et doit inclure les coûts liés au personnel, aux ressources, aux fournitures et aux services de soutien impliqués tout au long de la trajectoire de soins d'un patient pour une condition médicale donnée.

- Mise en place de systèmes d'information performants

La transformation vers un système de SSAV implique le partage de données, la mesure des résultats et des coûts ainsi que la production de rapports qui s'intègrent dans un environnement informationnel incluant le développement de technologies de l'information performantes [8]. Les principales caractéristiques des technologies de l'information dans un modèle de SSAV se regroupent autour des éléments suivants : a) être centrées sur le patient, b) utiliser une définition commune des données, c) intégrer tous les types de données pour un patient, d) permettre un accès aux données à tous les professionnels de la santé, e) créer des modèles normalisés par condition médicale afin de mettre en évidence les informations les plus pertinentes et f) faciliter l'extraction des résultats [11].

- Intégration des systèmes de prestation de soins

L'intégration des systèmes de prestation de soins constitue un élément important des organisations de services de type SSAV [8]. Cette intégration permet d'ajouter de la valeur autant pour le bénéficiaire que pour les professionnels de la santé et le système dans son ensemble [11]. Pour intégrer efficacement les systèmes de prestation de soins, les fournisseurs de soins de santé doivent redéfinir la portée des services de chaque établissement et optimiser les services offerts par chaque site en tant que composante de l'ensemble de l'organisation afin d'être en mesure de concentrer le volume de services par condition médicale sur un nombre réduit de sites [11]. L'*Institute for strategy & competitiveness* de l'Université de Harvard propose quatre étapes pour faciliter la création d'un système de prestation de soins intégrés dans le cadre d'un modèle d'organisation SSAV [11]. Ces étapes incluent :

1. la définition de l'objectif des services dans lesquels il est possible d'atteindre l'excellence en matière de valeur;
2. la rationalisation des services ainsi que du nombre d'unités de pratique entre les sites afin d'améliorer le volume de services, mieux utiliser les ressources et outiller davantage les équipes en place;
3. la prestation de soins et de services dans le site approprié selon l'état de santé du bénéficiaire, l'intensité des ressources, les coûts et la commodité;
4. l'intégration clinique des soins entre les différents établissements d'une même région, incluant les soins de première ligne, en mettant en place une UPI.

- Extension de la portée géographique des services

Une des composantes clés du modèle de SSAV tel que décrit en 2008 par Porter implique une expansion géographique des services [4]. Cette expansion a pour but d'améliorer l'accès aux soins et aux traitements ainsi que de réduire l'iniquité géographique des soins en augmentant stratégiquement le nombre de sites pour lequel les services de soins de santé sont offerts, tout en s'associant avec des organisations de premières lignes et des associations reconnues pour leur innovation et l'excellence des soins offerts à leurs clientèles [11]. Selon l'*Institute for strategy & competitiveness* de l'Université de Harvard, une expansion géographique rationnelle se réalise par le biais d'un modèle de centres satellites en étoile ou par des affiliations cliniques avec des prestataires existants [11]. Les systèmes mis en place via l'établissement d'une UPI à travers les différents sites de l'expansion peuvent permettre de mesurer de façon standardisée des résultats afin de réaliser des comparaisons (*benchmarking*) entre les sites, mais également entre les centres d'excellence [13].

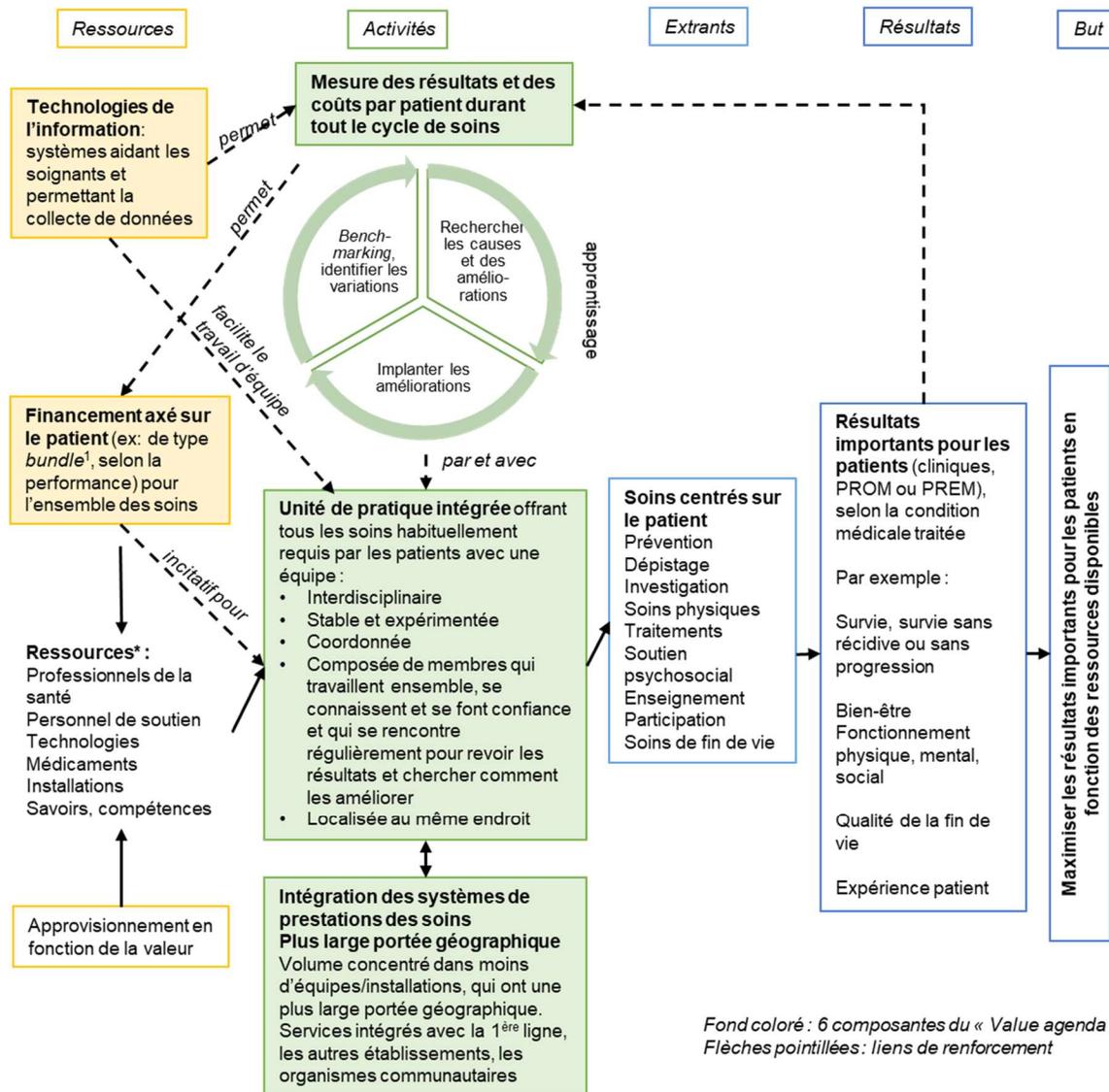
- Financement des soins en fonction de la valeur plutôt que du volume de soins

Le financement des soins et des services dans une organisation de type SSAV est idéalement déterminé en fonction de l'atteinte du meilleur état de santé pour le patient plutôt que du volume d'interventions réalisées [8]. Pour atteindre cet objectif, il est recommandé de mettre en place un mode de financement par épisode complet de soins (*episode-based payment*) ou des paiements groupés (*bundled payment*) pour des cycles complets de soins et de services [11]. Selon les experts de l'*Institute for strategy & competitiveness* de l'Université de Harvard, la mise en place de paiements groupés constituerait la méthode la plus simple et la plus efficace pour financer les soins selon la valeur [11]. Les paiements groupés sont des paiements uniques ajustés au risque couvrant le cycle complet de soins d'une affection, du diagnostic à la réadaptation. Le paiement est subordonné à l'obtention de bons résultats et permet aux prestataires de bénéficier directement de l'amélioration de l'efficacité [11]. En plus de limiter le phénomène de fragmentation des soins causé par le paiement à l'acte, le paiement groupé permettrait de maximiser la transmission de données essentielles aux autres fournisseurs de soins concernant les services prodigués à un patient afin d'assurer une continuité [11]. Cependant, une évaluation adéquate des coûts et des bénéfices pour le patient est essentielle pour réaliser des économies et aligner le paiement sur la valeur créée. Il est essentiel pour modéliser les paiements groupés et estimer les coûts aux fins de la fixation

des prix, de pouvoir compter sur un système informatique qui a la capacité de saisir à la fois les coûts et les résultats tout au long du parcours de soins.

L'effet synergique de l'ensemble des six composantes des SSAV de Porter [4, 8, 9] est présenté dans le modèle logique illustré à la figure 1. Bien qu'il existe des variations dans l'appellation ou l'application concrète de ces composantes selon le milieu, celles utilisées par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (2018), le *Conference Board* du Canada [13], le Forum économique mondial [5] et d'autres auteurs [15-17] ont été retenues. Dans ce modèle logique, les soins sont fournis par des professionnels de la santé qui travaillent dans une UPI. L'organisation des soins au sein d'une UPI contribue à améliorer continuellement la valeur grâce à la mesure des résultats et des coûts. La notion d'apprentissage et d'amélioration, en fonction des résultats plutôt que des processus, est explicitée par un cycle d'amélioration inspiré de Johansen et Saunders [16]. Les soins sont intégrés tant à l'intérieur de l'organisation qui met en place les SSAV qu'à l'extérieur avec les autres établissements de la région ou des autres régions. Les activités entourant la prestation de soins et de services reposent sur un ensemble d'intrants tels que les ressources humaines, matérielles, technologiques, informationnelles qui sont financées pour atteindre des résultats et créer de la valeur. Les ressources informationnelles (les technologies de l'information) occupent une place à part dans ce modèle puisqu'elles forment l'une des six composantes des SSAV.

FIGURE 1. MODÈLE LOGIQUE DES SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR



¹ Paiements groupés

3. QUESTIONS DÉCISIONNELLE ET D'ÉVALUATION

3.1 Question décisionnelle

Quel modèle d'organisation des SSAV* devrait être privilégié au CHU de Québec pour la prise en charge des patients atteints d'un cancer colorectal ?

** Les modèles d'organisation des SSAV incluent le Value Based Healthcare développé par Porter (2008) [4] ainsi que tous les autres modèles d'organisation intégrant une création de valeur par l'optimisation des coûts, des résultats de santé et de l'expérience de soins pour les patients.*

3.2 Questions d'évaluation

1. Quelles sont les caractéristiques, incluant la définition du concept de valeur, des modèles d'organisation des SSAV en oncologie, décrits dans la littérature, implantés ou en cours de développement au Québec ou ailleurs au Canada ?
2. Quelle est l'efficacité des modèles d'organisation des SSAV en oncologie en considérant les résultats centrés sur le patient, l'expérience patient et les coûts ?
3. Quels sont les effets indésirables associés aux modèles d'organisation des SSAV en oncologie sur les résultats centrés sur le patient, l'expérience patient et l'organisation des soins ?
4. Quels sont les barrières et facilitateurs reliés à l'implantation des modèles d'organisation des SSAV en oncologie ?
5. Quelles sont les différences et les similitudes entre les modèles recensés et le modèle actuel d'organisation des services en cancer colorectal au CHU de Québec ?

4. MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION

La démarche mise en œuvre dans le cadre de ce projet d'évaluation suit les différentes étapes décrites dans le guide méthodologique de l'UETMIS du CHU de Québec [18]. Un groupe de travail interdisciplinaire associant les principaux acteurs ainsi que des patients partenaires concernés par la question décisionnelle (voir la liste en page III) a été constitué. Les membres du groupe de travail ont participé à l'élaboration du plan d'évaluation¹, à l'analyse des résultats, à la compréhension du contexte de l'établissement ainsi qu'à l'appréciation des constats et des recommandations. La méthodologie utilisée pour identifier et analyser les données probantes issues de la recherche documentaire, de l'analyse contextuelle au CHU de Québec et de l'enquête de pratiques réalisée dans d'autres centres hospitaliers au Québec et au Canada est présentée ci-après.

4.1 Évaluation de l'efficacité, de l'innocuité et de la sécurité

4.1.1 Recherche documentaire

Le tableau 1 résume les critères de sélection, les limites ainsi que les indicateurs définis *a priori* utilisés pour effectuer la recherche documentaire en lien avec les questions d'évaluation portant sur les caractéristiques des modèles de SSAV et pour les volets efficacité et innocuité. Une recension des publications scientifiques a été effectuée à partir des bases de données indexées *Medline (PubMed)*, *Embase*, *Web of Science*, du *Centre for Reviews and Dissemination*, de la bibliothèque *Cochrane* et d'autres sources documentaires (littérature grise) afin d'identifier les types de documents présentés au tableau 1. Les bases de données en sciences sociales et en sciences de l'administration ont également été consultées (*EconLit*, *CINAHL*, *ABI/INFORM Global*). Les sites Internet d'organismes en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) ainsi que ceux d'associations professionnelles ont été consultés afin de rechercher des documents pertinents. La liste des organismes et des bases de données considérés 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 Scholar* et *Scientific Research Publishing* (<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/prospero/)*. Les sites www.clinicaltrials.gov des *U.S. National Institutes of Health* et *Current Controlled Trials Ltd. de Springer Science+Business Media (BioMed Central, www.controlled-trials.com)* ont été consultés pour retracer des essais cliniques randomisés (ECR) en cours. Les résultats de cette recherche sont présentés à l'annexe 3.

4.1.2 Sélection des publications

La sélection des études a été effectuée de manière indépendante par deux évaluateurs (G.A. et S.L.) selon les critères d'inclusion et d'exclusion et les limites spécifiés au tableau 1. En cas de désaccord, l'avis d'un troisième évaluateur (M.R. ou A.N.) était sollicité afin de parvenir à un consensus.

¹ Le plan d'évaluation est disponible sur le site du CHU de Québec (<https://www.chudequebec.ca/professionnels-de-la-sante/evaluation/plans-d-evaluation-2.aspx>).

TABLEAU 1. CRITÈRES DE SÉLECTION ET LIMITES

CRITÈRES D'INCLUSION	
Population	Patients atteints d'un cancer
Intervention	Modèle d'organisation des SSAV ¹
Comparateur	Autres modèles d'organisation de santé et de services
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Description du modèle d'organisation des soins et services <ul style="list-style-type: none"> o Structure physique et organisationnelle o Processus, trajectoire de soins o Ressources impliquées et expertise chirurgicale (spécialisation, volumes du chirurgien et de l'hôpital) o Outils d'évaluation et indicateurs de mesures o Type de financement des activités • Résultats de santé² : <ul style="list-style-type: none"> o Rémission o Complications précoces et tardives o Survie sans récurrence o Décès • Résultats axés sur le patient: <ul style="list-style-type: none"> o Mesures générales de l'état de santé rapportées par le patient (PROM)³ <ul style="list-style-type: none"> - Capacité fonctionnelle - Qualité de vie o Mesures d'expériences rapportées par le patient (PREM) : <ul style="list-style-type: none"> - Accessibilité des soins (p. ex. : délais d'attente) - Soutien émotionnel - Communication - Autres dimensions • Résultats sur les coûts de santé : <ul style="list-style-type: none"> o Coûts de la trajectoire de soins (perspective de l'hôpital, du système de santé ou du patient) • Barrières et facilitateurs liés à l'implantation d'un nouveau modèle d'organisation des SSAV
Types de documents recherchés	<ol style="list-style-type: none"> I. Rapports d'ETMIS, revues systématiques avec ou sans méta-analyse, guides de pratique II. ECR III. Études observationnelles IV. Séries de cas V. Études de cas VI. Avis ou consensus d'experts
LIMITES	
	CRITÈRES D'EXCLUSION
- Langue : français et anglais - Période : 1 ^{er} janvier 2000 au 10 janvier 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Approches de financement axé sur le patient sans référence à des indicateurs de valeurs (résultats de santé et axés sur le patient) - Modèles portant exclusivement sur le dépistage des cancers - Études portant sur l'évaluation économique de médicaments ou d'interventions ciblées en oncologie - Études portant sur les <i>medical home</i>, <i>accountable care organization</i> et <i>oncology care model</i>

SSAV: services de santé axés sur la valeur

¹ Tous types de modèles visant l'optimisation des coûts, des résultats de santé et de l'expérience de soins pour les patients.

² Les principaux indicateurs de santé spécifiques à chaque type de cancer seront extraits. Les indicateurs de santé spécifiques au cancer colorectal sont présentés à l'annexe 4.

³ Les indicateurs définis par l'*International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM) en cancer colorectal ont été utilisés [19].

4.1.3 Évaluation de la qualité des publications et extraction des données

La qualité des publications a été évaluée de manière indépendante par deux évaluateurs (G.A. et S.L.). L'évaluation de la qualité méthodologique des revues systématiques a été réalisée à l'aide de la grille AMSTAR-2 [20]. L'évaluation et l'appréciation critique de la littérature grise ont été effectuées à l'aide de la liste de vérification AACODS (*Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date et Significance*) [21]. Les études qualitatives ont été évaluées à partir de la grille d'analyse CASP (*Critical Appraisal Skills Programme*) [22]. Étant donné l'absence de grille validée pour évaluer la qualité des études de cas relatant des expériences d'implantation de SSAV, ce type de devis a été apprécié selon les critères suivants :

- Description du contexte relatif à l'implantation du modèle de SSAV;
- Description du milieu où a été implanté le modèle de SSAV incluant l'année d'implantation;
- Description de la clientèle visée par l'implantation du modèle de SSAV;
- Description du modèle de SSAV implanté;
- Description des indicateurs, ainsi que leurs méthodes de mesure;
- Disponibilité de résultats découlant de l'implantation du modèle de SSAV;
- Discussion des barrières ou des facilitateurs associés à l'implantation du modèle de SSAV.

L'avis d'un troisième évaluateur (M.R. ou A.N.) a été sollicité lors de désaccords sur l'appréciation de la qualité afin de parvenir à un consensus. L'extraction des données a été effectuée par deux évaluateurs indépendants (G.A. et S.L.) à l'aide d'une grille spécifique à ce projet. Les paramètres extraits incluaient la population ciblée, les caractéristiques du modèle de SSAV implanté selon les composantes de l'article de Porter et Lee publié en 2013 [8] et l'impact de l'implantation du modèle de SSAV selon des indicateurs cliniques, de processus, de coûts ou d'expérience patient. Les études évaluées et retenues sont présentées à la section 5.1. La liste des publications exclues ainsi que les raisons d'exclusion sont présentées à l'annexe 5.

4.2 Description des pratiques au CHU de Québec

4.2.1 Collecte de données auprès d'informateurs clés du CHU de Québec

Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de différentes parties prenantes représentant les services, départements ou directions du CHU de Québec impliqués dans la trajectoire actuelle d'organisation des soins en cancer colorectal. L'objectif principal de ces entretiens était de caractériser le modèle actuel d'organisation des soins en cancer colorectal au CHU de Québec afin de documenter la trajectoire diagnostique, d'intervention et post-intervention des patients. L'information recherchée a porté sur les structures physiques et organisationnelles, les activités réalisées, les ressources impliquées et les indicateurs de mesures axés sur la santé et le patient. Les entrevues ont été réalisées par deux évaluateurs (G.A. et P.R. ou S.L.) entre le 29 mars et le 26 novembre 2021 à partir d'un guide d'entrevue comprenant des questions ouvertes et adaptées au rôle de chaque informateur clé. Le guide général d'entrevue est présenté à l'annexe 6. Le contenu des entrevues a été résumé dans un compte-rendu et validé par les deux évaluateurs présents. Une synthèse qualitative des différents éléments rapportés lors de ces entretiens a été réalisée. Afin d'assurer la validité des résultats et de l'analyse, les renseignements colligés auprès des différents informateurs clés ont été triangulés entre eux ainsi qu'avec les différents documents consultés. Des informations complémentaires ont été recueillies au besoin auprès de certains répondants.

4.2.2 Données de volumétrie issues du registre local de cancer

Le nombre de patients traités annuellement pour un cancer colorectal et le nombre annuel moyen de cas de cancers du côlon ou du rectum opérés ou ayant reçu un traitement systémique ou de radiothérapie pour les années financières 2016 à 2019 ont été estimés à partir de la base de données SARDO avec l'aide du Registraire en oncologie du CHU de Québec. La base de données SARDO est une application spécialisée en oncologie utilisée au CHU de Québec qui permet de maintenir un registre local de cancer structuré et exhaustif tout en alimentant le Registre québécois du cancer.

4.2.3 Réanalyse des données d'une enquête d'expérience patient menée au CHU de Québec

Une enquête d'expérience patient a été menée en 2015-2016 auprès de la clientèle en oncologie du CHU de Québec par le Bureau d'expertise en expérience patient et partenariat (BEEPP) de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles (DQEEAI). L'objectif de cette enquête était a) de recueillir les perceptions des patients sur les soins et les services reçus en oncologie afin de contribuer à l'identification de pistes d'amélioration de la qualité et b) de dresser un portrait de l'expérience patient pour la clientèle de chacune des équipes d'oncologie du CHU de Québec. Les résultats portant spécifiquement sur une population de patients ayant un diagnostic de cancer colorectal ont été réanalysés dans le cadre du présent rapport pour en extraire les éléments suivants :

- les professionnels responsables de l'annonce du diagnostic;
- les modalités de planification des traitements;
- l'information reçue;
- l'implication des patients dans les prises de décisions;
- l'aide reçue pour la planification des rendez-vous;
- la présence d'une infirmière pivot en oncologie;
- la disponibilité des personnes-ressources à contacter en cas de questions ou de problèmes de santé.

Une synthèse des différents éléments a été réalisée par un évaluateur (G.A.) et révisée par un second (S.L.).

4.2.4 Estimation des coûts de la trajectoire de soins

Une analyse de dix cas traceurs a été planifiée dans le cadre de cette évaluation afin d'estimer le coût des différentes trajectoires dans la prise en charge du cancer colorectal. Les données de dix patients ayant un cancer du côlon ou du rectum diagnostiqué entre le 13 février 2018 et le 27 septembre 2019 ont été fournies par le Registraire en oncologie du CHU de Québec. La Direction de la performance clinique et organisationnelle (DPCO) du CHU de Québec a analysé ces dix cas traceurs à l'aide du logiciel de coût de revient *Power Performance Management* (PPM) de la compagnie australienne *Power Health Solution* (<https://www.powerhealthsolutions.com/fr/ppm>). Ce logiciel intègre des données clinico-administratives et financières du CHU de Québec. Les coûts ont été considérés à partir de la période débutant un mois avant la date du diagnostic jusqu'au 31 mars 2020.

4.3 Enquête dans d'autres établissements de santé québécois et canadiens

Une enquête a été réalisée afin de décrire les modèles d'organisation des SSAV en oncologie qui ont été implantés dans des établissements de santé québécois et canadiens. Cette enquête a été réalisée en deux phases. Un court questionnaire en ligne a été transmis une première fois le 15 avril 2021 à des personnes-ressources des principaux centres de traitement du cancer dans chacune des provinces. Une relance a été effectuée le 25 août 2021. Cette phase exploratoire visait à retracer des établissements où des SSAV étaient implantés ou en cours d'implantation, afin de mener des entrevues semi-dirigées pour décrire plus en détail leur modèle d'organisation. Les personnes contactées étaient principalement des experts en cancer colorectal identifiés par *Cancer Colorectal Canada* ou ayant participé à l'*Eastern Canadian Gastrointestinal Cancer Consensus Conference 2018* [23] ou à la *Western Canadian Gastrointestinal Cancer Consensus Conference 2018* [24]. Lorsqu'un établissement de santé n'était pas représenté, le questionnaire a été transmis au courriel général de l'établissement ou à des médecins ciblés selon leur site web (p. ex : chef de service d'hémo-oncologie). La liste des établissements de santé ou organisations contactés est présentée à l'annexe 7. Les éléments suivants ont été documentés :

- La présence dans l'organisation d'un modèle d'organisation des SSAV implanté pour au moins un type de cancer;
- La description du modèle d'organisation (p. ex. : type de cancer, hôpitaux et équipes impliqués, initiatives prises);
- La présence de trajectoires de soins élaborées explicitement et formellement pour certains types de cancers;
- Les indicateurs des résultats importants pour les patients mesurés;
- Le mode de financement et les coûts.

Le questionnaire est présenté à l'annexe 8. L'extraction des données a été effectuée par un évaluateur (P.R.) à l'aide d'une grille spécifique à ce projet puis validée par un second (G.A.). Une synthèse qualitative des différents éléments rapportés a été réalisée. À noter qu'aucune entrevue semi-structurée n'a été conduite puisque les établissements de santé contactés n'ont pas rapporté avoir implanté de modèles d'organisation de SSAV en oncologie.

4.4 Analyse de l'ensemble des données probantes et développement des recommandations

L'ensemble des données probantes issues de la littérature et de l'analyse contextuelle au CHU de Québec et de l'enquête de pratiques ont été triangulées afin d'en dégager différents constats généraux. Ces constats ont été discutés et validés par les membres du groupe de travail interdisciplinaire et ont servi de base de réflexion pour le développement des recommandations et de la conclusion. Ces dernières ont été élaborées de façon indépendante par l'équipe de l'UETMIS, puis discutées avec les membres du groupe de travail interdisciplinaire.

4.5 Révision

Le rapport a été révisé par les membres du groupe de travail interdisciplinaire (voir liste en page III). Les membres du Conseil scientifique de l'UETMIS l'ont également révisé et adopté lors de leur réunion du 15 mars 2022.

4.6 Modifications au plan d'évaluation

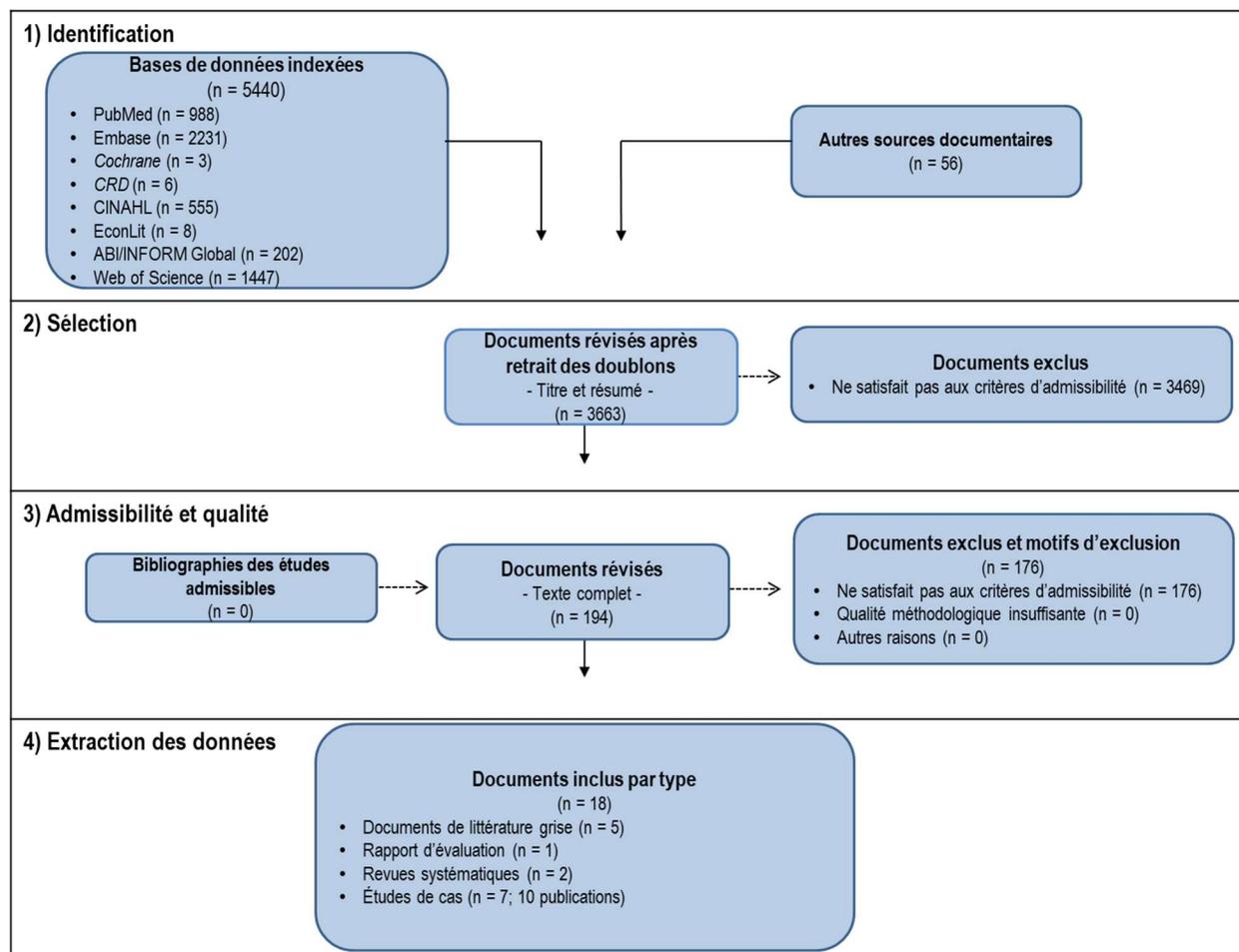
Une modification a été apportée au plan d'évaluation présenté au groupe de travail le 8 février 2021. Un critère d'exclusion a été ajouté pour la sélection des documents afin de mieux cibler l'intervention d'intérêt, soit les modèles d'organisation des SSAV qui intègrent à la fois la création de valeur par l'optimisation des coûts, des résultats de santé et de l'expérience de soins pour les patients. Les critères d'admissibilité des documents ont ainsi été révisés pour exclure les études portant sur les *medical home*, les *accountable care organization* et l'*oncology care model* qui sont des modèles d'organisation qui mettent l'accent essentiellement sur la composante de financement des soins sans nécessairement viser à optimiser les résultats de santé et l'expérience de soins des patients. Selon l'évaluation effectuée par l'équipe de l'UETMIS, les modifications au plan initial d'évaluation n'auraient pas introduit de biais dans l'interprétation des résultats, l'élaboration des constats et le développement des recommandations de l'UETMIS.

5. RÉSULTATS

5.1 Recherche documentaire

La stratégie de recherche documentaire a permis de répertorier 3663 publications différentes. Après avoir effectué les étapes de sélection et d'évaluation de l'admissibilité, 18 documents ont été retenus incluant cinq documents de littérature grise [25-29], un rapport d'évaluation [30], deux revues systématiques [31, 32] et sept études de cas d'implantation ayant fait l'objet de dix publications [33-42]. La figure 2 présente le diagramme de sélection des documents. La liste des publications exclues ainsi que les raisons d'exclusion sont présentées à l'annexe 5.

FIGURE 2. DIAGRAMME DE SÉLECTION DES DOCUMENTS PORTANT SUR LES MODÈLES D'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR



Date de la dernière recherche : 10 janvier 2022

5.1.1 Documents d'organismes portant sur les stratégies d'implantation d'une organisation des services de santé axés sur la valeur

La recherche documentaire a permis de répertorier des documents provenant de cinq organismes portant sur les SSAV dont un en provenance du Canada [25], trois de l'Europe [26-28] et un de l'Australie [29]. Les organismes retenus ainsi que les définitions des SSAV proposées sont présentées au tableau 2.

TABLEAU 2. DÉFINITIONS DES SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR RECENSÉES DANS LES RAPPORTS D'ORGANISMES RETENUS

Organisme, année [réf]	Pays	Définition des SSAV
<i>Canadian Foundation for Healthcare Improvement</i> , 2018 [25]	Canada	Ratio entre les dollars dépensés et les résultats importants pour le patient - Définition de Porter [4] trop restreinte - Définition proposée :
Commission européenne - <i>Expert Panel on effective ways of investing in Health</i> , 2019 [26]	Europe	a) Soins appropriés pour atteindre les objectifs personnels du patient b) Atteindre les meilleurs résultats possibles avec les ressources disponibles c) Répartition équitable des ressources entre les groupes de patients d) Contribution des soins de santé à la participation sociale
<i>European Institute of Innovation and Technology – Health</i> , 2020 [27]	Europe	NR
<i>European University Hospital Alliance</i> , 2021 [28]	Europe	Considère la définition de la Commission européenne [26] - Définition de Porter [4] trop unidimensionnelle - Considérer aussi :
<i>Deeble Institute for Health Policy and Research</i> , 2019 [29]	Australie	a) Les résultats importants pour les patients sont multidimensionnels b) Les coûts peuvent inclure plusieurs fournisseurs de soins et épisodes de soins sur une période de temps donnée

NR : non rapporté; SSAV : services de santé axés sur la valeur

Canadian Foundation for Healthcare Improvement, 2018

L'objectif du document publié en 2018 par la *Canadian Foundation for Healthcare Improvement* est de présenter une perspective sur les SSAV et de décrire de quelle manière le concept est appliqué au Canada en s'appuyant sur l'analyse de la littérature, d'enquêtes et d'études de cas [25]. Selon cet organisme, les SSAV lient les dollars dépensés aux résultats importants pour les patients, plutôt qu'au volume de services ou à des procédés ou des produits spécifiques qui peuvent ou non permettre d'atteindre ces résultats. L'objectif n'est donc pas de limiter les coûts, mais plutôt d'obtenir les meilleurs résultats à un coût égal ou inférieur. Ce type d'organisation ne vise pas non plus à optimiser les composantes individuelles d'un épisode de soins isolé mais plutôt à comprendre et à promouvoir l'amélioration des résultats et des coûts qui couvrent un épisode de soins ou un groupe de population. En somme, une augmentation de la valeur est considérée lorsqu'une diminution des coûts totaux est observée pour l'obtention de résultats équivalents ou améliorés.

Plusieurs éléments seraient nécessaires pour progresser vers une organisation des SSAV. Par exemple, il faut :

- Identifier et mesurer les résultats en matière de santé et de suivre les dépenses tout au long du parcours de soins du patient;
- Être en mesure de suivre les données globales, mais aussi pour des groupes spécifiques de patients;
- Être capable de se développer et de mettre en œuvre des approches qui augmentent la valeur pour différents groupes de personnes.

Ceci nécessite la création d'un ensemble d'outils, les ressources nécessaires et une capacité de transformation de l'organisation pour mettre l'accent sur la valeur dans l'ensemble du système de santé. De plus, comprendre les points de vue des patients sur les résultats importants pour eux et les soins qu'ils reçoivent est essentiel. La *Canadian Foundation for Healthcare Improvement* a identifié plusieurs catalyseurs pour favoriser une transition vers une organisation des SSAV :

- Avoir l'engagement des dirigeants en faveur du changement;

- Faire de l'enseignement aux professionnels de la santé quant aux concepts des SSV et faire la promotion des stratégies permettant de migrer vers cette approche;
- Mettre l'emphase sur la mesure des résultats et des coûts. Selon un sondage réalisé en 2017 auprès des membres du *Canadian College of Health Leaders*, seulement 4 répondants sur 10 ont indiqué que leur organisation mesurait la valeur à l'aide de systèmes d'information et environ la moitié (56 %) ont déclaré que leur organisation posait des questions aux patients sur la valeur des soins qu'ils ont reçus;
- Renforcer l'intégration et la coordination tout au long du continuum de soins pour assurer des services plus homogènes et pour briser les silos qui nuisent à la prestation de soins centrés sur le patient;
- Favoriser une approche de paiement axé sur les résultats.

Selon la *Canadian Foundation for Healthcare Improvement*, le concept de valeur est relativement nouveau dans le secteur de la santé et sa mise en œuvre n'est pas généralisée. L'implantation de SSV ne constitue pas une initiative isolée ou une solution rapide mais a plutôt d'importantes implications culturelles, politiques et pratiques pour le secteur de la santé.

La *Canadian Foundation for Healthcare Improvement* a publié en 2020 un document pouvant servir de boîte à outils afin de fournir de l'information et des conseils à l'intention des établissements qui sont intéressés à en apprendre davantage sur les SSV et à ceux qui souhaitent implanter une organisation des SSV ou encore évaluer et améliorer les initiatives déjà en place [43].

Commission européenne - Expert Panel on effective ways of investing in Health, 2019

La Commission européenne a mis sur pied un comité d'experts multidisciplinaires et indépendants pour lui prodiguer des conseils quant à des moyens efficaces d'investir en santé [26]. Ce groupe d'experts a été invité à fournir une analyse sur la manière a) de définir la valeur dans le concept de SSV et b) d'éclairer la prise de décision en matière de soins de santé pour devenir plus efficace. L'interprétation de la valeur comme étant le ratio entre les résultats de santé et les coûts est perçue par la Commission européenne comme étant trop restreinte. Ce groupe d'experts considère que le terme « valeur » selon la perspective de Porter [4] est devenu un mot à la mode (*buzzword*) dans le cadre d'une gestion centrée sur les fournisseurs de soins et n'est pas approprié en considérant l'ensemble d'un système de santé centré sur le patient. Les experts conviennent que l'amélioration dans la prestation de soins de santé est bénéfique pour le système de santé, par exemple en mettant l'accent sur l'expérience du patient et en améliorant les trajectoires de soins, mais que d'autres éléments devraient être considérés. La Commission européenne propose donc de définir les SSV comme un concept fondé sur quatre piliers de valeur : des soins appropriés pour atteindre les objectifs personnels des patients (**valeur personnelle**), l'atteinte des meilleurs résultats possible avec les ressources disponibles (**valeur technique**), une répartition équitable des ressources entre tous les groupes de patients (**valeur d'allocation**) et la contribution des soins de santé à la participation sociale (**valeur sociétale**). La Commission européenne recommande ainsi un plan stratégique à long terme pour faciliter l'émergence d'une culture qui permet la libération de ressources pour un réinvestissement dans des soins de grande valeur et pour une réaffectation efficace vers des SSV. Six recommandations ont été émises :

- Sensibiliser davantage à ce que la santé soit considérée comme un investissement essentiel dans une société européenne équitable et juste (**valeur sociétale**);
- Élaborer une stratégie à long terme axée sur la valeur vers un changement de culture. Par exemple, le développement d'un langage commun (de gaspillage, de soins appropriés, etc.), la formation d'agents de changement (*leaders*), l'identification d'une série d'objectifs qui appuient l'objectif à long terme du changement font partie des stratégies pouvant être utiles (**valeurs personnelles, techniques, d'allocation et sociétale**);
- Soutenir et investir dans la recherche et le développement de méthodologies portant sur la pertinence des soins (**valeurs personnelles, techniques, d'allocation et sociétale**);
- Encourager les professionnels de la santé à prendre leurs responsabilités et à se sentir responsables de l'augmentation de la valeur dans les soins de santé, ce qui peut nécessiter la libération de ressources liées à des

soins de faible valeur pour réinvestir dans des soins de plus grande valeur. Les professionnels de la santé ont un rôle clé à jouer dans la promotion d'un changement de culture (**valeurs d'allocation et sociétale**);

- Créer des communautés d'apprentissage pour mettre en commun les meilleures expertises, les expériences et les pratiques et apprendre les uns des autres en mesurant, en comparant (*benchmarking*) et en implantant des actions (**valeurs d'allocation et sociétale**);
- Soutenir les initiatives des patients favorisant leur engagement dans la prise de décisions partagées en reconnaissant l'importance de leurs objectifs, leurs valeurs et leurs préférences (**valeurs personnelles**).

En somme, l'augmentation de la valeur dans le système de soins de santé nécessite selon la Commission européenne une solide collaboration et plusieurs actions qui englobent entre autres l'évaluation des interventions pour distinguer les véritables innovations et identifier les interventions de faible valeur et le suivi des services de soins de santé fournis.

European Institute of Innovation and Technology – Health, 2020

Le rapport produit par l'*European Institute of Innovation and Technology – Health* avait comme objectif premier de partager les meilleures pratiques et des outils pour accélérer le développement d'une culture de mesure des résultats et ainsi permettre aux équipes médicales de comparer et d'améliorer leurs résultats au fil du temps [27]. Selon cet organisme, la mise en place des SSAV est ralentie par divers facteurs tels que le faible nombre de données provenant d'indicateurs standardisés et l'absence de clarté concernant la définition de ce qu'est la valeur. Pour l'organisation, le point de départ afin de créer de la valeur au niveau des soins de santé consiste en la mesure des indicateurs. Afin d'aider les établissements de santé à introduire le concept de SSAV, l'*European Institute of Innovation and Technology – Health* a effectué des entrevues semi-dirigées auprès de 246 *leaders* issus des systèmes de santé de 22 pays européens ayant mis en place ce mode d'organisation. À partir des informations collectées, un guide concernant l'implantation des SSAV dédié aux fournisseurs de soins de santé a été développé. Une matrice d'implantation de ce mode d'organisation est proposée par l'organisme. Cette matrice est constituée de cinq dimensions (Annexe 9):

1. **Enregistrement** : mesurer les processus et les résultats par le biais de tableaux de bord et d'une plateforme de données
 - *Définition des processus, des coûts et des indicateurs pendant la mise en place d'ajustements;*
 - *Mise en place d'une structure permettant de compiler des données.*
2. **Comparaison** : analyses comparatives des équipes via des rapports internes et externes
 - *Fournir des résultats transparents concernant les indicateurs évalués aux fournisseurs de soins de santé impliqués.*
3. **Récompense** : investissement de ressources et création d'incitatifs basés sur le résultat
 - *Implication des ressources humaines et financières pour l'implantation des SSAV;*
 - *Création de moyens permettant de récompenser les équipes selon leurs résultats et leur engagement envers les SSAV.*
4. **Amélioration** : organiser des cycles d'amélioration via l'apprentissage collectif
 - *Mise en place de cycles d'amélioration, de programme de formation et de recherche.*
5. **Partenariat** : alignement des forces internes afin de forger des collaborations avec des partenaires externes
 - *Établissement de partenariats avec les assureurs, les entreprises de sciences de la vie et les autorités sanitaires;*
 - *Mobilisation des forces internes, implication des patients et obtention d'un appui de la part du conseil d'administration.*

En ce qui concerne la clientèle visée, l'*European Institute of Innovation and Technology – Health* indique qu'il est important d'identifier des champions cliniques qui travaillent auprès de cette clientèle et qui seraient prêts à mesurer des indicateurs et à informer leurs pairs et leurs patients de façon transparente sur leurs résultats. Ils indiquent également qu'il est important

que l'équipe désignée soit motivée et prête à mettre le temps nécessaire pour mesurer les indicateurs. La mobilisation des forces vives internes est un aspect également important pour la réussite de l'implantation d'un modèle de SSAV afin de surmonter les résistances aux changements apportés par ce nouveau mode d'organisation. Selon l'*European Institute of Innovation and Technology – Health*, l'implantation d'un modèle SSAV exige que les responsables cliniques et administratifs travaillent en tandem en combinant leurs compétences médicales et managériales afin d'être en mesure d'accepter ensemble les risques inhérents au changement.

European University Hospital Alliance, 2021

L'*European University Hospital Alliance* est un consortium formé de neuf grands hôpitaux européens qui vise à accroître la qualité et l'efficacité des soins afin d'obtenir de meilleurs résultats pour les patients [28]. Leur document publié en 2021 vise à fournir un plan directeur pour aider d'autres hôpitaux à démarrer, implanter et développer davantage les SSAV au sein de leurs institutions et systèmes de soins de santé en identifiant les différentes phases, les catalyseurs et les obstacles possibles. Les auteurs du document de l'*European University Hospital Alliance* [28] utilisent la définition de la Commission européenne [26] mais considèrent que le plan directeur développé peut être utile, peu importe la définition utilisée. Un processus de consensus international multicentrique a été réalisé en incluant un groupe de travail multidisciplinaire composé de deux leaders, un méthodologiste et des experts en matière de résultats de santé rapportés par les patients, d'amélioration des processus et d'élaboration de trajectoires de soins. Ces experts incluaient des infirmières, des médecins, des ingénieurs de processus, des statisticiens, des gestionnaires d'hôpitaux et des chercheurs. Les composantes critiques pour l'implantation des SSAV dans les hôpitaux ont été identifiées selon un processus itératif. Ces composantes ont été regroupées en principaux domaines et des phases d'implantation ont été définies. Au total, quatre domaines ont été identifiés dans le but d'avoir une approche centrée sur le patient et incluent a) une organisation des trajectoires de soins, b) la collecte de données, c) la création d'une plateforme informationnelle et d) l'utilisation des résultats à court et long terme pour la prise de décisions cliniques et pour l'amélioration des soins. Des composantes critiques pour l'implantation des SSAV ont été regroupées sous ces quatre domaines :

- Organiser les soins en UPI ou revoir les trajectoires de soins afin d'ajouter de la valeur aux patients;
- Mesurer systématiquement les résultats importants pour le patient (résultats cliniques, PROM, PREM) et les indicateurs de processus;
- Mesurer systématiquement les coûts;
- Créer une plateforme de technologie de l'information;
- Offrir une prestation de soins intégrés à travers des établissements distincts;
- Migrer vers un financement de type *bundle*.

Selon les auteurs du document, une transformation de l'organisation des soins en UPI peut devenir coûteuse et prendre beaucoup de temps à réaliser dans les hôpitaux. Cela nécessite également d'importants changements organisationnels et culturels dans la façon dont les soins sont dispensés. L'*European University Hospital Alliance* présente ainsi un plan directeur portant sur la révision des trajectoires plutôt que sur la création d'UPI. Les six phases de développement proposées par l'*European University Hospital Alliance* pour l'implantation des SSAV sont présentées au tableau 3.

TABLEAU 3. PHASES D'IMPLANTATION DES SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR PROPOSÉES PAR L'EUROPEAN UNIVERSITY HOSPITAL ALLIANCE [28]

Phases d'implantation	Caractéristiques
Préparer l'organisation à l'implantation des SSAV	<ul style="list-style-type: none"> - Créer un environnement stratégique par les membres du Comité de direction pour l'implantation des SSAV à tous les niveaux de l'organisation - Élaborer un plan stratégique et une stratégie de communication - Mettre sur pied un comité central multidisciplinaire incluant au moins un leader stratégique et un leader opérationnel - Identifier une trajectoire de soins à haut potentiel
Préparer chaque trajectoire de soins	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser la participation d'une équipe multidisciplinaire dans la révision de la trajectoire - Préparer l'équipe à travailler sur un nouveau modèle de soins et à mesurer des résultats - Identifier les objectifs des membres de l'équipe et les barrières - Fournir des outils et des méthodes pour améliorer la qualité et les processus - Évaluer la situation initiale en mesurant les coûts, les PREM, les indicateurs de processus, la culture des équipes cliniques et l'environnement de travail - Définir les résultats à mesurer et les standards de soins
Élaborer le nouveau modèle	<ul style="list-style-type: none"> - Inclure des indicateurs de processus - Inclure les patients pour co-construire les trajectoires de soins et identifier les résultats à mesurer
Construire des outils permettant la mesure	<ul style="list-style-type: none"> - Trouver des solutions informationnelles pour collecter de manière prospective, analyser et visualiser les résultats et les indicateurs de processus - Intégrer les résultats dans les dossiers patients électroniques - Implanter les changements majeurs dans la trajectoire de soins - Permettre aux patients l'accès à leurs propres résultats et à leur évolution - Mettre l'accent sur la collecte des PROM et sur l'implantation des changements dans la trajectoire
Implanter les SSAV	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser l'amélioration continue à travers une méthode de PDCA - Utiliser la mesure des résultats et des indicateurs de processus pour évaluer les changements et suivre l'amélioration - Évaluer et comparer annuellement ou biannuellement les PREM et les coûts - Utiliser la rétroaction des patients pour faciliter l'amélioration continue - Tenir des réunions périodiques avec l'équipe pour regarder les résultats et concevoir des plans d'action - Communiquer les résultats à toute l'organisation et aux parties prenantes externes
Évaluer et améliorer le nouveau modèle de soins	

PDCA: planifier, faire, vérifier, agir (*plan, do, check, act*); PROM: résultats rapportés par le patient; PREM: expériences rapportées par le patient; SSAV: services de santé axés sur la valeur

Deeble Institute for Health Policy and Research, 2019

Le *Deeble Institute for Health Policy and Research* de l'Australie visait à proposer une définition des SSAV, à identifier les opportunités que ce mode d'organisation peut apporter au système de santé ainsi que les facteurs facilitants et les barrières à l'implantation de ce modèle de soins [29]. Selon les auteurs, la valeur des soins de santé ne peut être définie de façon unidimensionnelle tel que proposé par Porter (indicateurs importants pour le patient divisé par le coût) [4] puisque selon eux, les indicateurs de santé importants pour le patient constituent un paramètre multidimensionnel qui peut inclure des paramètres qui sont différents de ceux traditionnellement considérés. Ils mentionnent également que les coûts considérés doivent refléter l'ensemble du parcours de soins du patient qui peut inclure à la fois plusieurs fournisseurs de soins de santé et épisodes de soins sur une période de temps donnée. Les auteurs sont toutefois d'avis que la définition de la valeur de Porter [4] peut offrir un cadre permettant un dialogue entre les parties prenantes lors de travaux visant l'accès à des SSAV pour une population donnée.

Plusieurs liens sont faits par les auteurs entre le concept de SSAV et les définitions connues de la qualité de soins de santé. Ils mentionnent que plusieurs concepts de soins de santé semblent inclure la notion de valeur. Ils rapportent comme exemple les dimensions incluses dans la définition de la qualité des soins (efficacité, accessibilité et équité, acceptabilité/centré sur la personne, coordination, sécurité, efficience et pérennité) et l'atteinte des critères reliés au *Triple Aim* (amélioration

de l'expérience patient, amélioration de la santé de la population, diminution des coûts per capita des soins) ou au *Quadruple Aim* [44]. Pour les auteurs de ce rapport, la création de la valeur doit se faire de façon locale en combinant les efforts de tous les professionnels de santé durant le cycle complet de soins, et ce, dans tous les secteurs. Selon eux, en plus de bien définir la population ciblée, ceci demande de :

- Convenir et mesurer systématiquement les résultats qui comptent pour les patients, ainsi que les coûts nécessaires pour obtenir ces résultats sur l'ensemble du cycle de soins;
- Suivre en continu les résultats et les coûts pour des segments de population définis;
- Développer des interventions personnalisées pour améliorer la valeur pour chaque segment de la population.

L'utilisation d'indicateurs existants dans la littérature (p. ex : indicateurs de l'ICHOM) ainsi que d'une méthode d'analyse des coûts par activité selon leur durée (*time-driven activity-based costing*) pour documenter les coûts des cycles de soins sont discutées par les auteurs. Les auteurs expriment également qu'une standardisation des indicateurs ainsi que l'accès aux résultats de santé et aux coûts permettent aux décideurs de pouvoir avoir des discussions plus complètes et plus collaboratives sur la valeur des services de soins de santé. Ces données peuvent être utilisées pour a) faciliter une prise de décision centrée sur le patient, b) identifier les pratiques cliniques qui apportent le plus de valeur pour le patient durant l'épisode de soins, c) diminuer les variations dans les processus de soins et d) reconnaître que certaines variations peuvent être justifiées et souhaitables pour répondre aux besoins ou aux préférences des patients en matière de soins de santé.

Une partie du document publié par le *Deeble Institute for Health Policy and Research* est consacrée à l'alignement du système de santé australien sur une approche fondée sur la valeur. Les auteurs indiquent que plusieurs éléments individuels associés à la mise en place d'une approche de SSAV sont présents dans leur pays, mais que certaines barrières limitent l'adoption de ce mode d'organisation, dont l'absence d'une stratégie de coordination impliquant toutes les parties prenantes (gouvernement, fournisseurs de soins de santé, patients). Ils indiquent également qu'un changement de culture à tous les niveaux et dans tous les secteurs serait requis. Afin d'éclairer les décideurs publics en Australie, les auteurs de ce rapport recommandent :

- La mise sur pied d'une stratégie nationale et intersectorielle concernant les SSAV;
- Un accès à des données pertinentes et actualisées concernant les soins de santé;
- Le développement de données probantes sur les SSAV spécifiques au contexte australien;
- La mise sur pied d'une stratégie de la gestion de la main-d'œuvre en santé qui adopte l'approche des SSAV;
- Un financement du système de soins de santé qui encourage une prestation de SSAV.

Appréciation des documents

La liste de vérification AACODS [21] a été utilisée afin d'évaluer la qualité des documents provenant des organismes en santé retenus. On note que l'ensemble des documents a été rédigé par des organismes reconnus par les pairs en matière de soins de santé ou d'organisation des services de soins de santé. Les objectifs étaient clairement énoncés et le contenu des documents répondait bien à ces objectifs. Toutefois, seuls les documents provenant de l'*European Institute of Innovation and Technology – Health* [27] et de l'*European University Hospital Alliance* [28] présentaient une description de la méthodologie utilisée pour atteindre ces objectifs. Néanmoins, les positions des cinq organismes sont appuyées par des références contemporaines et ces dernières sont étayées de façon exhaustive. Ces positions sont principalement de nature plus théorique que pratique. Il est toutefois difficile d'apprécier l'étendue des positions émises par ces organisations puisqu'aucune d'entre elles n'a exposé adéquatement les limites de leur analyse.

5.1.2 Revues de synthèse portant sur l'implantation d'une organisation des services de santé axés sur la valeur

Un rapport d'évaluation [30] publié en 2018 et deux revues systématiques [31, 32] publiées en 2021 ont été retenus pour l'analyse. Ces derniers visaient à identifier des études portant sur les SSAV. Dans le rapport d'évaluation de la *Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services*, les études originales devaient rencontrer les critères suivants pour être considérées : a) inclure les termes « *value-based health care* » ou « *value-based care* », b) contenir une analyse des données collectées, et c) être réalisées au sein d'une organisation ou d'un système de soins de santé [30]. Dans la revue systématique de Reitblat *et al.*, dont les auteurs font partie de l'équipe de Michael Porter, les études incluses devaient porter sur l'implantation d'une ou plusieurs des six composantes du concept de SSAV dans des milieux de soins urologiques et rapporter des mesures de changements dans la valeur des soins de santé [31]. Les auteurs de la revue systématique de Zanotto *et al.* [32] ont considéré les études qui avaient mis en œuvre des initiatives de SSAV et qui avaient utilisé la définition établie par Porter et Lee [8]. Un sommaire des principales caractéristiques des trois revues de synthèse retenues est présenté au tableau 4.

TABLEAU 4. PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES REVUES DE SYNTHÈSE PORTANT SUR L'IMPLANTATION DES SERVICES DE SANTÉS AXÉS SUR LA VALEUR

Auteur, année [réf] Pays	Période de la recherche documentaire	Objectifs des études	n études incluses
<i>Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services</i> , 2018 [30] Suède	Janvier 2014 à décembre 2017	Identifier les études publiées portant sur le concept de SSAV	36
Reitblat, 2021 [31] États-Unis	Jusqu'à mai 2020	Réviser la littérature portant sur l'implantation et l'impact des SSAV en urologie	22
Zanotto, 2021 [32] Brésil	Janvier 2010 à mars 2020	Identifier les mesures de résultats qui sont utilisées dans l'application des SSAV	47

SSAV: services de santé axés sur la valeur

Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services, 2018

Selon l'information rapportée dans le sommaire en anglais de ce rapport d'évaluation, l'article complet n'étant disponible qu'en suédois, 36 études ont été incluses dans l'analyse, la majorité ayant été réalisées aux États-Unis (22 études sur 36; 61 %) [30]. Peu d'études ont examiné le cadre complet d'organisation des SSAV en incluant les six composantes proposées par Porter. Elles portent davantage sur l'évaluation de composantes individuelles principalement liées aux résultats et aux coûts. Les auteurs ont identifié différentes limites aux études incluses incluant dans plusieurs cas une description inadéquate des devis d'études de même que du moment et de la manière dont les données ont été sélectionnées, collectées ou analysées. De plus, les études étaient relativement hétérogènes quant aux problèmes de santé ou milieux médicaux analysés (p. ex. : cancer, chirurgie de la hanche, infarctus du myocarde), aux mesures des résultats et aux variables de coût. Selon les auteurs, les résultats des articles indiquent que les composantes individuelles des SSAV peuvent avoir un impact positif sur les résultats en matière de santé, mais qu'il n'est pas possible de généraliser ces conclusions aux effets spécifiques d'un programme complet d'organisation de SSAV.

Reitblat *et al.*, 2021

Au total, 22 études ont été incluses dans cette revue systématique dont 10 réalisées aux États-Unis, 8 au Royaume-Uni, 3 au Canada et 1 au Danemark [31]. La majorité des études (n = 20; 91 %) a porté sur des conditions uro-oncologiques et principalement sur le cancer de la prostate (n = 14; 64 %). Aucun ECR n'a été identifié. Quatre études ont porté sur l'organisation des soins autour d'une même condition via l'implantation d'UPI. Les résultats de ces études montrent que l'implantation d'UPI est liée à une plus grande adhésion aux lignes directrices pour la prise en charge des hommes atteints du cancer de la prostate ainsi qu'à de meilleurs résultats pour les patients présentant des symptômes du bas appareil urinaire. Les effets liés à la mesure des résultats pour chaque patient ont été examinés dans trois études et suggèrent une

amélioration pour des patients atteints du cancer de la prostate (p. ex. : diminution du taux de marges positives, moins d'effets indésirables, plus grande satisfaction des patients). Dans une autre étude, la mesure des coûts pour chaque patient, à l'aide d'une analyse des coûts par activité selon leur durée (*time-driven activity-based costing*), a été associée à une réduction de l'utilisation des ressources dans une clinique multidisciplinaire pédiatrique. L'impact de l'intégration des systèmes de prestation de soins a été évalué dans quatorze études. La centralisation des soins liés à des cancers urologiques au Royaume-Uni, au Danemark et au Canada (n = 10) a été associée à des résultats améliorés par exemple pour la survie, la durée de séjour et les taux de réinterventions et de marges positives, alors que des résultats mitigés quant à l'intégration des systèmes ont été observés aux États-Unis (n = 4). Enfin, aucune étude n'a examiné l'impact de la mise en place de systèmes d'information, de l'élargissement de la portée géographique ou du financement des soins en fonction de la valeur plutôt que du volume de soins.

Les auteurs de la revue systématique ont jugé que les études incluses avaient toutefois plusieurs limites méthodologiques. Un certain nombre étaient des études écologiques avec un devis avant-après sans ajustement en fonction des variables initiales ou des facteurs potentiellement confondants dans la population à l'étude. Il est donc possible selon eux que certaines des améliorations observées soient attribuables à des changements dans la gestion des maladies urologiques plutôt qu'à l'implantation d'une des composantes des SSAV. Les auteurs mentionnent aussi le manque de données probantes pour juger de l'efficacité de l'implantation d'une approche de SSAV en urologie puisque trois des composantes du concept de SSAV, tel que décrit par Porter, n'ont pas été étudiées. Selon les auteurs, l'emphase mise sur des composantes spécifiques pourrait s'expliquer par une plus grande facilité de mise en œuvre de certaines composantes par rapport à d'autres ainsi que le stade précoce de l'implantation d'une organisation des SSAV en urologie. Ils ajoutent également ne pas avoir été en mesure de réaliser une méta-analyse, d'évaluer le risque de biais de publication ou d'effectuer des analyses de sous-groupes en raison du peu d'études ayant examiné chaque composante. Certaines barrières à l'implantation d'une organisation des SSAV en urologie sont aussi soulevées incluant l'absence de consensus sur la meilleure façon de faire pour opérationnaliser la mesure de la valeur, des infrastructures informatiques limitées pour faciliter l'intégration des soins et une complexité quant aux aspects financiers. Les auteurs ont conclu que les résultats disponibles dans la littérature suggèrent des effets prometteurs des SSAV pour les soins en urologie.

Zanotto et al., 2021

Au total, 47 études publiées entre 2010 et 2020 ont été incluses dans la revue systématique de Zanotto et al. [32]. Ces études ont été principalement réalisées aux États-Unis (n = 39) et dans une moindre mesure en Europe (n = 4), au Royaume-Uni (n = 3) et au Brésil (n = 1). La majorité d'entre elles ont porté sur des clientèles chirurgicales hospitalisées (72 %; n = 34), incluant des chirurgies oncologiques, orthopédiques, cardiaques, bariatriques et de la colonne vertébrale, et près du quart auprès de patients atteints de cancers (21 %; n = 10). Les différentes initiatives ont surtout porté sur la révision des trajectoires (45 %; n = 21) et des approches traditionnelles de SSAV qui sont définies par les auteurs par la mesure des résultats cliniques, de processus et financiers (43 %; n = 20). Des dossiers de santé électroniques ont été utilisés pour extraire les données à mesurer dans quarante études (85 %). Les résultats rapportés par les patients ont été considérés dans seize études dont onze d'entre elles (69 %) suggèrent des effets positifs sur ces indicateurs. Les résultats financiers ont été évalués dans 37 études (79 %), la majorité via des estimations de type *micro-costing* (n = 13) et six à l'aide d'une méthode d'analyse des coûts par activité selon leur durée (*time-driven activity-based costing*). Les changements dans l'organisation des services de santé ont contribué à des effets bénéfiques sur les résultats financiers dans près du tiers des études (36 %), et ce, principalement dû à la réduction des réadmissions et des séjours hospitaliers. Selon les auteurs, les effets sur la mesure des résultats de santé sont difficiles à apprécier puisque les données sont non structurées et difficilement accessibles, les résultats rapportés par les patients sont peu disponibles et il est ardu d'avoir une vue complète du cycle de soins. Ils mentionnent également que l'implantation des SSAV n'est pas réalisable sans investissement dans les technologies de l'information. Certaines limites méthodologiques ont été rapportées par les auteurs notamment la possibilité d'un biais de publication. En effet, comme aucune étude rapportant des résultats négatifs liés à l'implantation de SSAV n'a été identifiée, cela suggère la possibilité d'un biais en faveur de publier que les résultats positifs dans ce domaine. Ils rapportent également leur incapacité à évaluer la qualité méthodologique des études retenues puisqu'aucun outil validé n'existe actuellement pour ce type de devis.

Appréciation des documents

Peu d'informations sont disponibles pour juger de la qualité méthodologique du document de la *Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services* étant donné l'accès restreint au sommaire et aux annexes en anglais (document final en suédois) [30]. Toutefois, ces sections présentent des éléments suggérant une planification de leur synthèse (critères d'inclusion et d'exclusion des études) et une stratégie de recherche documentaire adéquate. Plusieurs éléments sont cependant indisponibles incluant les méthodes de sélection, d'extraction et d'évaluation de la qualité, les caractéristiques des études incluses, les conflits d'intérêts et le financement.

Les auteurs des deux revues systématiques présentent une bonne planification de leur synthèse (critères d'inclusion et d'exclusion des études) et une méthode de recherche documentaire [31, 32]. Reitblat *et al.* ont de plus enregistré leur protocole [31]. Dans les deux cas, la sélection et l'extraction des données ont été réalisées par deux évaluateurs indépendants. Bien qu'évaluée à l'aide d'un outil validé, la qualité méthodologique des études incluses dans la revue systématique de Reitblat *et al.* est peu discutée [31]. Par ailleurs, aucune évaluation de la qualité des études incluses n'a été réalisée dans la revue systématique de Zanotto *et al.* [32]. Les études incluses n'étaient pas bien décrites dans les deux documents ce qui ne permet pas, à partir des résultats présentés, de tirer des conclusions spécifiques pour les domaines de la chirurgie ou des soins oncologiques. Enfin, les auteurs des revues systématiques ne rapportent aucun conflit d'intérêts.

5.1.3 Expériences publiées d'hôpitaux ayant implanté une organisation des services de santé axés sur la valeur en oncologie

Plusieurs expériences d'hôpitaux ayant implanté une organisation des services de santé axés sur la valeur en oncologie ont été identifiées dans la littérature sous la forme de rapports de cas (n = 7; 10 publications) [33-42] et dans le document rédigé par l'*European Institute of Innovation and Technology – Health* présenté à la section 5.1.1 (n = 3) [27]. Les caractéristiques de ces expériences sont résumées au tableau 5. À noter qu'aucune des études de cas d'implantation n'a rapporté de résultats en lien avec les effets indésirables des modèles d'organisation des SSV en oncologie.

TABLEAU 5. PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES EXPÉRIENCES PUBLIÉES D'HÔPITAUX AYANT IMPLANTÉ UNE ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR EN ONCOLOGIE

Auteur, année [réf] Pays	Établissement	Type de cancer	Composantes des SSAV ¹ implantées					
			Unité de pratique intégrée	Mesure des résultats et des coûts	Financement axé sur la valeur	Intégration des systèmes de prestation de soins	Portée géographique étendue	Systèmes d'information performants
Pollock, 2008 [33] États-Unis	<i>MD Anderson Cancer Center</i>	Mixte	X	X (r)		X	X	X
Feeley, 2010 [34] États-Unis	<i>MD Anderson Cancer Center – Head and Neck Center</i>	Tête et cou		X (r, p, c)		X		
Andersson 2015 [35], Nilsson 2017a [36], Nilsson 2017b [37], Nilsson 2018 [38] Suède	Hôpital universitaire NR	Prostate ²		X (r, c)				
Van Egdom, 2019 [39] Pays-Bas	<i>Erasmus MC Cancer Institute</i>	Sein	X	X (r, p)				X
Redondo, 2019 [40] Portugal	<i>Skin Clinic of Instituto Português de Oncologia-Porto</i>	Peau	X	X (r, c)				X
EIT-Health, 2020 [27]	Pays-Bas <i>Santeon</i> Allemagne <i>Martini-Klinik</i> Suisse <i>Basel University Hospital</i>	Sein Prostate Sein	X X X	X (r, p, c) X (r) X (r, p)			X X X	X X X
Bosserman, 2021 [41] États-Unis	<i>City of Hope Hospital</i>	Mixte	X	X (r, c)		X	X	X
Ramos, 2021 [42]	Suède <i>Karolinska University Hospital</i> Brésil <i>Hospital Israelita Albert Einstein</i>	Mixte ² Mixte	X	X (r, p, c)		X X	X	X

NR : non rapporté; c : mesure des coûts; EIT-Health : *European Institute of Innovation and Technology – Health*; p : mesure des processus; r : mesure des résultats; SSAV : services de santé axés sur la valeur

¹ selon Porter et Lee (2013) [8]

² Les auteurs ont aussi inclus des populations mixtes non oncologiques

MD Anderson Cancer Center (Texas, États-Unis)

Deux publications rapportent l'expérience d'implantation d'une organisation des SSV en oncologie au *MD Anderson Cancer Center* [33, 34].

Pollock, 2008

La publication de Raphael E. Pollock visait à présenter la transformation organisationnelle majeure mise en place au *MD Anderson Cancer Center* de l'Université du Texas où certaines stratégies visant l'implantation de SSV proposées par l'équipe de Porter ont été implantées précocement [33]. Au début des années 1990, le centre faisait face à des défis importants liés à une augmentation rapide des cas de cancers à prendre en charge associée à des coûts de plus en plus élevés, et ce, dans un contexte de concurrence croissante au niveau locorégional. Au *MD Anderson Cancer Center*, les soins ambulatoires étaient prodigués par plus de 40 départements organisés verticalement selon chaque spécialité clinique. Par exemple, les radiologistes et les pathologistes travaillaient dans leur propre domaine sans lien avec les spécialités cliniques, ce qui était source de problèmes d'accès au diagnostic pour les chirurgiens ou les oncologues. Devant les difficultés à mettre en place une pratique multidisciplinaire et l'observation de nombreuses duplications des activités cliniques et de recherche, la direction s'est appuyée sur plusieurs forces du centre (p. ex. : fort leadership des médecins oncologues, importante implication universitaire, soutien de la gouvernance, reconnaissance étendue au niveau régional et national) pour réorganiser les soins. Dans ce contexte, la stratégie de Porter visant à changer en profondeur le système de santé en améliorant la qualité des résultats importants pour les patients tout en limitant les coûts, a eu une forte résonance auprès des gestionnaires de l'institution. Les deux principales composantes de la stratégie mise en place reposaient sur la création d'unités de pratique médicale organisées autour d'une même condition de santé englobant l'ensemble du cycle de soins et la mise en place d'un système transparent et robuste de mesure des résultats obtenus par les unités.

Sur une période approximative de cinq ans, seize cliniques multidisciplinaires ont été créées incluant un centre dédié aux pathologies gastro-intestinales. Les médecins spécialistes en pathologie, radiologie, chirurgie, oncologie médicale, radiothérapie ont été relocalisés et intégrés dans les centres multidisciplinaires dédiés à une pathologie. Ces mouvements ont également inclus la migration de services satellites dans des structures existantes au niveau locorégional ou national pour certaines pathologies. Le modèle de soins multidisciplinaires n'a pas pu être appliqué avec succès dans les unités d'hospitalisation où la pratique de soins infirmiers issus d'un modèle classique (médecine, chirurgie) s'est avérée plus efficace qu'orientée vers une maladie spécifique. Chaque centre multidisciplinaire a été aménagé avec des salles d'examen partagées et des salles de conférence pour faciliter les interactions entre les disciplines. Le suivi des patients est réalisé par une équipe multidisciplinaire, intégrant généralement un médecin et une infirmière de pratique avancée, et ce, pour toute la durée du cycle de soins, incluant le diagnostic, le traitement, la rémission et la surveillance post-traitement. Tous les cas de nouveaux patients sont discutés lors d'une rencontre hebdomadaire de la clinique multidisciplinaire afin de définir les thérapies ou interventions envisagées. Les patients suivis ont également accès à un portail web, *MyAnderson*, permettant de communiquer directement avec un médecin, une infirmière ou un administrateur de la clinique multidisciplinaire. Ce portail permet également de faciliter l'admission du patient, la facturation, la lecture de résultats des tests diagnostiques effectués et l'admissibilité du patient à des protocoles de recherche. L'effet de la mise en place des cliniques multidisciplinaires a été évalué par l'organisation via notamment la compilation des données de survie spécifique à la maladie. Par exemple, le centre a observé une amélioration significative de la survie des femmes atteintes de cancers ovariens dix ans après la mise en place de la clinique multidisciplinaire d'oncologie gynécologique. Une survie à cinq ans plus élevée (58 %) a également été observée chez les patients atteints du cancer du poumon non à petites cellules localisé suivis dans les cliniques multidisciplinaires du *MD Anderson Cancer Center* comparativement à la moyenne nationale (42 %). L'auteur mentionne toutefois que des mesures de résultats et de coûts plus précises sont nécessaires. Certaines données sont disponibles au *MD Anderson* pour des comparaisons intra-muros seulement (p. ex. : temps d'attente, nombre de salles en activité, questionnaires de satisfaction des patients et des médecins référents). En 2008, le *MD Anderson* poursuivait son développement rapide avec entre autres l'intégration de biostatisticiens et d'infirmières de recherche responsables de l'élaboration méthodologique et de la coordination d'essais cliniques.

Feeley et al., 2010

Une analyse d'étude de cas de SSV appliqués au *Head and Neck Center* du *University of Texas MD Anderson Cancer Center* a été réalisée en 2008 en collaboration avec l'équipe de Porter (*Harvard Business School*). La publication de Feeley et al. [34] décrit une approche visant à évaluer la création de valeur lors du traitement de patients atteints de cancers dans le cadre de soins multidisciplinaires dans un centre de cancérologie et examine de quelle manière cet établissement intègre

le concept de SSAV tel que décrit par Porter [4]. Trois principaux sites tumoraux de la tête et du cou étaient ciblés incluant le larynx, l'oropharynx et la cavité buccale. Les auteurs ont sélectionné dans leurs registres une cohorte de 2467 patients ayant été traités entre 1997 et 2006.

La première étape de leur approche a été d'identifier des indicateurs de mesures et de survie importants dans le traitement de ces maladies. L'information fournie par les spécialistes du domaine a permis d'identifier en plus de la survie, la capacité de parler et d'avaler comme étant deux indicateurs secondaires à considérer chez cette population. Ces trois indicateurs de mesures représentent, selon les auteurs, le premier niveau dans la hiérarchie de mesure des résultats définie par Porter [4] soit l'état de santé (clinique ou fonctionnel) atteint ou conservé. Une sélection d'indicateurs de processus a ensuite été réalisée afin de déterminer si des soins multidisciplinaires avaient été administrés et de mesurer l'intervalle de temps entre le diagnostic et la fin des traitements. Selon les auteurs, dans le cas des cancers de la tête et du cou, les résultats s'améliorent lorsque les traitements sont terminés dans les 100 jours suivants le début du traitement. Le délai entre le moment de l'évaluation initiale et la fin des traitements a donc été retenu comme indicateur de processus. Les données de survie ont été obtenues deux et cinq ans suivant le diagnostic et la stadification du cancer à partir de leur registre des tumeurs. La capacité à parler et à avaler a été déterminée par l'entremise d'une collecte rétrospective de données dans les dossiers de chaque patient. Les dossiers électroniques du patient ne pouvaient être utilisés puisque l'information recherchée n'était pas facilement consultable et extractible. Cette collecte ardue a mis en évidence, selon les auteurs, certains des défauts de nombreux dossiers de santé électroniques qui peuvent capturer efficacement les données au niveau de l'utilisateur, mais ne permettent pas l'extraction de ces données dans un format utilisable. Au total, plus de 75 % des patients étaient vivants deux ans après la fin des traitements et plus de 90 % pouvaient parler et avaler normalement à un an. Tous les patients avaient été évalués par le comité multidisciplinaire et avaient complété leurs traitements dans les 100 jours. Le calcul des coûts incluait les coûts professionnels et techniques (médecins et traitements), en plus des coûts indirects, pour chaque patient par épisode de soins. Les épisodes de soins ont été divisés en trois phases : prétraitement, traitement, post-traitement. Ces coûts ont ensuite été analysés en fonction du type et du stade de cancer. Les auteurs ont observé que 89 % des coûts survenaient dans la première année de traitement pour les trois types de cancers étudiés et que les coûts moyens la première année sont plus élevés pour les cancers de stades avancés au moment du diagnostic. Les patients ayant eu des complications importantes correspondaient à ceux dont les coûts de la trajectoire de soins étaient supérieurs au 75^e percentile.

Dans leur discussion, les auteurs soulignent l'importance pour les fournisseurs de soins d'évaluer la création de valeur en déterminant les indicateurs pertinents à mesurer et une manière appropriée pour évaluer les coûts dans leurs établissements. Ils identifient à cet égard certaines pistes d'action pour faciliter la mise en place de ces mesures soit : a) l'importance d'impliquer les professionnels de santé pour connaître quels indicateurs de mesure sont importants pour une condition donnée, b) la nécessité dans le futur d'avoir des dossiers médicaux électroniques qui intègrent toutes les informations dans un format permettant d'extraire les données clés servant aux analyses, et enfin, c) faire évoluer les systèmes financiers actuels vers des mécanismes basés sur les épisodes de soins afin de mesurer facilement les coûts réels des soins.

Hôpital universitaire suédois

Andersson et al., 2015; Nilsson et al., 2017a; Nilsson et al., 2017b; Nilsson et al., 2018

Quatre articles publiés par la même équipe rapportent l'expérience de l'implantation d'une organisation des SSAV dans un hôpital universitaire suédois [35-38]. Cet établissement offre des soins spécialisés à des enfants et des adultes et compte environ 2000 lits et 16 700 employés. Les gestionnaires de l'établissement ont décidé d'implanter une organisation des SSAV en 2013. Le processus d'implantation a démarré avec quatre projets pilotes portant sur le syndrome de bipolarité, le cancer de la prostate, l'arthroplastie de la hanche et la chirurgie cardiaque pédiatrique. Chaque projet pilote avait une équipe de projet composée de cinq participants ayant différentes qualifications professionnelles (p. ex. : médecin, infirmière, psychologue, ergothérapeute, économiste, spécialiste de la logistique). Des patients partenaires ont été impliqués de manière sporadique. L'équipe a été soutenue durant les trois premiers mois d'implantation par des consultants externes spécialisés en SSAV. Après avoir cartographié les trajectoires des patients, l'implantation visait à a) définir les résultats à mesurer et les méthodes de collecte, b) collecter et analyser les données, c) élaborer et mettre en œuvre des initiatives d'améliorations, et d) maintenir une méthode de travail qui favorise la création de valeur. Le système de financement n'a pas été modifié pour un financement de type *bundle*. Des entrevues avec des questions ouvertes ont été réalisées auprès

des vingt participants des équipes de projet, et ce, à trois reprises soit entre mars et avril 2014, entre novembre 2014 et janvier 2015 et entre septembre et novembre 2015. L'analyse des verbatim s'est faite de manière qualitative afin d'identifier les thèmes émergents.

Dans la phase initiale d'implantation, les auteurs ont cherché à explorer la compréhension des participants des équipes de projet quant au concept de SSAV [35]. Cinq thèmes ont émergé de l'analyse qualitative :

- Bien que les participants accordent une importance à intégrer la perspective des patients, ce sont les professionnels de la santé qui déterminent ce qui a de la valeur pour les patients et identifient les résultats à mesurer;
- La plupart des participants se concentrent sur l'importance de créer de la valeur pour les patients et de mesurer des résultats cliniques et dans une moindre mesure, de mesurer les coûts;
- Il est essentiel de développer des systèmes pour pouvoir faire du *benchmarking*;
- Les SSAV constituent une stratégie visant à renforcer les méthodes de travail qui crée de la valeur pour les patients tout en réduisant l'emprise du contrôle économique;
- Des changements dans la culture organisationnelle sont essentiels pour favoriser des soins de santé centrés sur les patients.

Les entrevues ont aussi permis d'explorer de quelle manière les participants ont vécu l'implantation de cette nouvelle organisation des SSAV [36] ainsi que les leçons apprises [38]. Les participants ont ainsi rapporté que la présence de consultants a permis de bien structurer la démarche à réaliser mais qu'une charge exigeante de tâches y était rattachée [36]. Ils se sont sentis pressés par le processus d'identification des résultats pertinents à collecter pour chaque groupe de patients afin de créer de la valeur. Toutefois, la présence de patients partenaires dans ce processus a permis dans certains cas d'apporter des opinions pertinentes [36]. Des difficultés dans la mesure des coûts ont également été soulevées. Après un an, certains participants estimaient qu'ils n'étaient plus dans la phase de démarrage, mais plutôt que les SSAV étaient de plus en plus intégrés dans leur travail quotidien. D'autres participants cherchaient toujours à tenter d'identifier les meilleurs résultats à collecter et certains ont pris un temps d'arrêt dans l'implantation de ce modèle d'organisation des soins [36]. Les participants ont soulevé des difficultés avec les systèmes informatiques, surtout pour la mesure des coûts, mais aussi en relation avec la mesure des résultats de santé. Des efforts ont été déployés pour faciliter l'élaboration de nouvelles routines et de nouveaux systèmes d'aide pour le personnel lors de l'enregistrement des données des patients (p. ex. : création de registres locaux) [36]. Une amélioration dans la capacité à suivre les résultats cliniques des patients a été rapportée par les répondants ainsi que dans les processus leur permettant d'identifier ce qui fonctionne bien, mais également moins bien. Le besoin de coopération avec d'autres départements a été noté [36]. Trois thèmes ont émergé de l'identification des leçons apprises en lien avec cette expérience d'implantation incluant les besoins en ressources, la notion d'engagement et le leadership décisionnel [38]. La première phase d'implantation a été caractérisée par un tempo rapide et a nécessité beaucoup de temps des participants qui, selon eux, auraient bénéficié davantage de préparation et de temps alloué spécifiquement à l'implantation. Un ajout de ressources administratives aurait également pu alléger leur tâche entre autres pour la production de données de base. La présence de systèmes informatiques inadéquats semble un enjeu de taille selon eux. Après deux ans d'implantation, des participants ont mentionné qu'ils auraient dû impliquer des patients partenaires dès le début du processus afin de se concentrer spécifiquement sur ce qui a de la valeur pour eux. Ils mentionnent que le rôle des patients doit être bien défini et expliqué et qu'ils doivent être préparés pour les rencontres. Également, des stratégies devraient être développées afin de favoriser l'engagement des employés dans le processus d'implantation. Enfin, la décision de la haute direction de l'hôpital de mettre en œuvre des SSAV a facilité le processus d'implantation [38].

L'implantation des SSAV a agi en tant que déclencheur pour des initiatives d'améliorations liées aux indicateurs de santé et de processus et à la collecte de données [37]. Quelques exemples sont présentés au tableau 6.

TABLEAU 6. INITIATIVES D'AMÉLIORATIONS DÉCLENCHÉES PAR L'IMPLANTATION DES SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR RAPPORTÉES PAR NILSSON *ET AL.* (2017B) [37]

Problématique	Élément qui a agi à titre de déclencheur	Actions entreprises	Résultats
Santé des patients			
Problèmes de nausées postopératoires	Discussion dans le groupe de travail d'une des équipes pilotes des temps de séjour prolongés	- Utilisation d'un instrument de mesure et collecte de données pour suivre l'évolution dans le temps et proposer des améliorations - Création d'un module spécifique aux nausées dans les dossiers informatisés des patients - Réduction des opioïdes en prémédication	Réduction fréquence des nausées postopératoires
Processus			
Réadmissions trop fréquentes à la suite d'un séjour hospitalier	Cartographie initiale de la trajectoire des patients a mis en évidence que très peu de patients étaient admis dans un service spécialisé spécifique à leur maladie	- Objectif d'admettre 90 % des patients dans un service spécifique à leur maladie - Mesures des taux de réadmission, du nombre de soins-jours, DMS, etc.	Accès accru à des lits dans les bons services et une meilleure qualité des soins
Peu de patients ayant une infirmière ressource (<i>contact nurse</i>) au congé	Participation du patient partenaire dans l'équipe pilote a soulevé comme enjeu que les patients avec un cancer n'avaient pas accès à cette ressource	- Procédure pour mieux définir l'offre de services des infirmières ressources (<i>contact nurse</i>) ainsi que la façon de le documenter dans les dossiers des patients	2 ans plus tard : 90 % des patients ont accès à une infirmière ressource (<i>contact nurse</i>)
Collecte de données			
Absence de mesures de résultats fiables	Discussion avec les patients atteints de cancer pour l'identification des résultats pertinents à mesurer	- Nouveau système de codage dans les dossiers informatisés pour mesurer les résultats en matière de santé par sous-groupe de patients	Taux d'utilisation du nouveau code : 80 %

DMS : durée moyenne de séjour

Erasmus MC Cancer Institute (Rotterdam, Pays-Bas)

Van Egdom et al., 2019

La publication de Van Egdom *et al.* visait à décrire l'implantation d'un modèle de SSAV pour les patientes suivies pour un cancer du sein à l'*Erasmus MC Cancer Institute* de Rotterdam aux Pays-Bas [39]. Ce modèle d'organisation a été mis en place en octobre 2015 par une équipe multidisciplinaire de cet établissement via la création d'une série d'indicateurs standardisés incluant à la fois des indicateurs de processus et des éléments importants pour le patient. L'implantation de ce nouveau mode d'organisation a été possible grâce au soutien de l'organisation et la mise en place d'une équipe multidisciplinaire dédiée composée de chirurgiens, d'oncologues, de radio-oncologues, de pathologistes, d'infirmières spécialisées en cancer du sein, de généticiens, de psychologues et de gynécologues. Les soins et les services pour cette clientèle ont été réalignés en fonction des besoins fondamentaux des patientes. Les moments correspondants à la visite avec un médecin et à la mesure requise d'un indicateur ont été prédéterminés dans les nouvelles trajectoires de soins. Les indicateurs tels que les caractéristiques des patientes, de la tumeur et des traitements, le taux de survie ainsi que les complications liées aux traitements sont mesurés. Les périodes de mesure ont été déterminées selon celles recommandées par l'ICHOM. Les indicateurs importants pour les patients sont ceux identifiés dans des questionnaires validés de qualité de vie (p. ex. : EORTC-QLQ-Core, EORTC-QLQ *Breast Cancer*, BREAST-Q, EQ-5D-5L, *Distress Thermometer*, *Reproductive Concerns Scale*, *CarerQoL-7D*). Ainsi, les indicateurs sont mesurés de façon longitudinale avant les traitements (T0), après le dernier cycle de chimiothérapie néoadjuvante (T3), 6 mois après la chirurgie (T6) et annuellement par la suite pendant une période de 60 mois (T12 à T60). Des suivis à plus long terme sont également réalisés pour les patientes traitées à l'aide d'une thérapie endocrine ou pour celles ayant eu un diagnostic en bas âge ou de maladie avancée. Un instrument électronique de mesure maison a été développé pour documenter les différents indicateurs. Un questionnaire pour recueillir les PROM est automatiquement envoyé par courriel aux patientes à chacune des périodes de mesure.

Les différentes modifications à l'organisation des soins ont été testées sur une période initiale de trois mois durant laquelle plusieurs changements ont été apportés dans les processus, entre autres pour la compilation des données sur les

indicateurs importants pour le patient. À certains moments, les questionnaires ont été remis en mains propres aux patientes alors qu'à d'autres, des appels téléphoniques ont été effectués. Une première évaluation de l'effet du nouveau modèle de SSAV a été réalisée sur une période de deux ans (octobre 2015 à décembre 2017) auprès de 239 femmes atteintes de cancers du sein. Des taux de réponse décroissants aux questionnaires pour documenter les PROM ont été constatés avec le temps (T0 : 83,3 %; T6 : 65,7 %; T12 : 55,1 %). Certains questionnaires n'avaient pas été remplis par les patientes en raison d'un oubli ou d'une incompréhension de la démarche. Les scores médians des indicateurs importants pour le patient ont été analysés sur une période d'un an. Ces résultats indiquent que comparativement au niveau initial (T0), les scores des différents PROM diminuent six mois après la chirurgie pour augmenter ensuite à douze mois après les traitements. Les résultats d'un sondage de satisfaction réalisé auprès des patientes suggèrent que les indicateurs documentés sont alignés avec les traitements et que les patientes se sentent davantage écoutées durant leur épisode de soins. De plus, selon une majorité des femmes, la complétion des questionnaires de PROM les aidait à devenir plus alertes quant à leur fonctionnement quotidien et contribuait positivement à leurs traitements.

Différents éléments d'importance ont été mis en évidence à la suite de cet exercice d'implantation incluant :

- d'avoir des ressources humaines et financières dédiées pour mesurer les différents indicateurs;
- d'instaurer un changement de culture et de pratiques au niveau de l'organisation et des équipes soignantes afin d'intégrer les SSAV dans les pratiques de tous les jours;
- de développer un bon outil de collecte de données;
- de faire des essais pilotes et de l'éducation auprès des intervenants et des patientes afin d'améliorer le taux d'adhésion aux différentes prises de mesure;
- d'apporter certaines modifications et des adaptations tout au long du processus d'implantation.

Selon les auteurs, l'implantation de l'approche de SSAV chez les patientes atteintes d'un cancer du sein dans leur organisation a été un succès. Cette nouvelle structure permettra selon eux de créer des opportunités pour améliorer la performance de l'organisation, la prise de décision partagée et le *benchmarking*.

Skin Clinic of Instituto Português de Oncologia-Porto (IPO Porto) (Portugal)

Redondo et al., 2019

La publication de Redondo *et al.* présente l'expérience d'une UPI spécialisée dans le traitement du cancer de la peau incluant les mélanomes et les non-mélanomes [40]. L'objectif était de décrire les caractéristiques de cette UPI relativement à la mise en place d'une organisation des SSAV. L'*IPO Porto* est un hôpital public portugais qui est un centre de référence national spécialisé dans le traitement du cancer (11 différents types de cancers) qui a démarré ses activités en 2009. L'établissement vise à fournir des traitements de haute qualité pour le cancer de la peau en offrant des soins multidisciplinaires afin d'assurer la meilleure survie et qualité de vie possible pour les patients. En 2018, 7 600 patients ayant un cancer de la peau y ont été traités. Pour optimiser les soins et obtenir de meilleurs résultats de survie, la *Skin Clinic of IPO Porto* vise à s'adapter à l'innovation, à fournir suffisamment de ressources techniques et humaines et à intégrer des nouveaux systèmes d'information. Un des objectifs est de mettre sur pied des unités multidisciplinaires où les différents professionnels de la santé et le personnel non clinique peuvent intervenir dans la trajectoire de soins complète du patient. Ainsi, l'introduction d'un *case manager*, qui évalue les besoins des patients et l'utilisation des ressources, a contribué à une meilleure gestion des examens et rendez-vous médicaux et a facilité les discussions quant aux plans de traitement et de suivi dans le cadre de consultations multidisciplinaires. Afin de répondre aux besoins des patients et de favoriser leur qualité de vie, l'UPI vise entre autres à offrir un accès personnalisé aux options de diagnostic et de traitement. L'établissement a également développé un réseau social pour les patients pour permettre l'échange de connaissances et d'expériences. Les données cliniques et administratives sont recueillies et stockées dans une base de données électronique unique et centralisée. Elles sont ensuite analysées en temps réel pour produire de l'information relativement à la survie, la sécurité, la qualité de vie et le coût des traitements. Afin de favoriser la formation continue des professionnels de la santé et augmenter leur expertise, les participations à des conférences nationales et internationales et les collaborations de recherche clinique ont été encouragées ce qui a mené à une meilleure utilisation du temps médical et une identification plus appropriée des priorités des patients. La *Skin Clinic of IPO Porto* a aussi misé sur la disponibilité d'installations et de technologies appropriées et sur la participation à des essais cliniques ou protocoles expérimentaux de pointe pour favoriser l'accès à l'innovation.

Différents indicateurs clés ont été utilisés pour évaluer l'optimisation des soins de santé :

- Augmentation de l'accès aux reconstructions en chirurgie plastique pour améliorer la qualité de vie et la satisfaction des patients : hausse des procédures de 69 % depuis 2010;
- Augmentation des chirurgies ambulatoires pour réduire les listes d'attente : hausse de 17 % (représentant 92 % de toutes les chirurgies de la clinique);
- Réduction de la liste d'attente pour une première consultation ou traitement : réduction du temps moyen d'attente a) entre l'admission et le premier rendez-vous (20 %), b) entre la première consultation et les consultations multidisciplinaires (39 %), c) entre les consultations multidisciplinaires et le début du traitement (65 %);
- Augmentation de la survie des patients : amélioration du taux de survie à cinq ans pour les patients ayant un mélanome (stade I : 100 %, stade II : 75 %, stade III : 56 %, stade IV : 8 %).

Les auteurs rapportent que l'UPI a ajouté de la valeur aux patients en contribuant à l'amélioration des résultats cliniques et à une meilleure qualité de vie, et ce, à moindre coût. Dans l'ensemble, cette initiative a nécessité depuis sa création un investissement en matière d'infrastructures de soins de santé de 581 579 € et, bien que l'introduction de traitements pharmacologiques innovants ait représenté 74 % du budget de fonctionnement de la clinique, l'amélioration de la performance a permis d'être rentable dans la trajectoire complète de soins. L'absence de référentiel pour estimer l'importance des changements observés dans le temps pour les indicateurs d'optimisation des soins de santé constitue toutefois une limite méthodologique importante de cet article.

European Institute of Innovation and Technology – Health, 2020

Dans son document publié en 2020, l'*European Institute of Innovation and Technology – Health* a décrit plusieurs expériences d'implantation des SSAV dont trois, spécifiquement en oncologie [27].

Santeon forme un regroupement de sept hôpitaux universitaires privés néerlandais employant au total 29 000 employés. Ces sept hôpitaux ont commencé à travailler ensemble à partir de 2016 pour mesurer et comparer leurs résultats, leurs coûts et leurs indicateurs de processus pertinents, et ce, pour cinq groupes de patients. *Santeon* a adopté le même modèle de SSAV dans ses sept hôpitaux pour permettre des analyses comparatives afin de tirer parti d'une expertise combinée. Ils ont notamment réuni une équipe de base pour travailler à l'harmonisation des pratiques dans les sept hôpitaux incluant un directeur de programme pour diriger l'opération, un leader médical pour diriger le développement du contenu et un analyste de données pour travailler sur la qualité des données. Dans chaque hôpital, une équipe multidisciplinaire a été mise sur pied en impliquant des patients partenaires pour identifier les priorités et faciliter la mise en œuvre de l'implantation des SSAV. Les équipes cliniques multidisciplinaires ont sélectionné dix-neuf indicateurs de mesures pour définir la valeur. Chaque équipe a fait participer les patients à la définition des résultats et des processus clés. La mise en place d'un tableau de bord a également fourni aux chercheurs une base de données pouvant être utilisée pour publier des résultats scientifiques. Des cycles d'amélioration aux six mois ont été instaurés. L'ensemble des données collectées a permis la comparaison entre les hôpitaux (*benchmark*). Les équipes ont d'ailleurs été incitées à adopter une approche collaborative pour utiliser les données non pas pour se juger entre elles, mais pour élaborer des pratiques exemplaires fondées sur l'observation des différences entre les sites. Le partage confidentiel des données a également aidé les équipes à mettre en évidence les domaines où des améliorations étaient possibles. Dans les 18 mois suivant l'implantation des SSAV dans la trajectoire de cancer du sein, *Santeon* a réduit les réopérations dues à des complications jusqu'à 74 % à certains endroits et les hospitalisations jugées inutiles d'environ 30 % dans les sept hôpitaux. Selon les auteurs, *Santeon* a réussi à créer une communauté d'apprentissage entre hôpitaux où les données cliniques sont partagées de manière transparente sans crainte de sanctions permettant ainsi un processus d'amélioration fondée sur la valeur.

Martini-Klinik est un établissement privé offrant exclusivement des soins pour le cancer de la prostate, avec une structure organisée autour des résultats pour les patients. Cette clinique est située sur le campus de l'hôpital universitaire de Hambourg et fonctionne en étroite collaboration avec les départements et services universitaires sur place. Elle inclut 250 employés et réalise 11 % de toutes les prostatectomies en Allemagne. La clinique est structurée en UPI. Dès 2005, cet établissement a développé une plateforme interne permettant la collecte de données. Cette plateforme est soutenue par une équipe composée de deux techniciens de bases de données, trois assistants à la documentation et deux chercheurs. Un tableau de bord intégrant des PROM et des mesures de résultats rapportés par les cliniciens (*clinician reported outcome measure* [CROM]) a également été créé. Tous les six mois, les membres de la clinique reçoivent sous forme de rapport leurs résultats ainsi que ceux de leurs collègues. Les rapports fournis incluent des renseignements de base tels que le

volume de cas par chirurgien, l'âge moyen des patients et le stade des tumeurs, mais également des données chirurgicales (p. ex.: perte de sang moyenne, taux de marges chirurgicales positives). Dans son rapport annuel en ligne, la clinique publie aussi des résultats tels que la survie moyenne spécifique à la maladie, les taux d'incontinence, d'impuissance et de récurrence biochimique par groupe d'âge et stade du cancer. L'organisation applique également un système de rémunération qui encourage à la fois les résultats et la cohésion de l'équipe. Les salaires sont égaux pour tous les membres du corps professoral en plus d'une prime basée sur la qualité et la production scientifique. Les bonus sont alors mis en commun et répartis également entre les cliniciens, ce qui renforce la dynamique de groupe. Enfin, plusieurs partenariats avec des hôpitaux universitaires, des compagnies en science de la vie et des assureurs ont été créés. Comparativement à la moyenne en Allemagne, l'établissement rapporte un taux d'incontinence sévère 11 fois plus faible, un taux de dysfonctionnement érectile sévère un an après la chirurgie de 55 % inférieur et un taux de sepsis 62 fois plus faible. Selon les auteurs, *Martini-Klinik* a réussi à créer une culture unique axée sur les résultats qui mobilise la cohésion de l'équipe.

Enfin, le *Basel University Hospital* a un effectif de 7 200 employés et traite près de 38 000 patients hospitalisés et un million de patients externes chaque année. Cet établissement de soins tertiaires a implanté des SSAV en 2016 à partir de trois stratégies clés. Tout d'abord, la haute direction a clairement approuvé l'approche de SSAV et a offert un soutien aux équipes cliniques. Deuxièmement, l'établissement a investi dans une équipe de gestion de projet de SSAV dédiée à la coordination de la mise en œuvre dans l'ensemble des départements. Enfin, le choix des pathologies ciblées a été motivé par la présence de champions cliniques où des gains rapides pouvaient mobiliser les équipes en place. Une équipe dédiée aux SSAV a été créée et incluait un gestionnaire de projet, un gestionnaire de la qualité des soins centrés sur le patient, un analyste de données et un coordonnateur des technologies de l'information. Pour les coûts, le service des finances a mis sur pied un groupe de travail composé de deux cliniciens et d'un économiste. En 2017, l'établissement a introduit le suivi dans la pratique clinique quotidienne des indicateurs de l'ICHOM pour le cancer du sein. Une plateforme électronique de données a été créée dans laquelle les patients peuvent colliger directement les PROM ou les envoyer par courriels. La plateforme de données fournit une présentation graphique des PROM et les cliniciens ont un accès en temps réel à ces résultats pendant les consultations pour appuyer la prise de décision avec les patients. Un tableau de bord présente les PROM et les CROM. Après un an d'implantation, les PROM sont maintenant évalués et discutés avec les patientes ayant un cancer du sein pendant les consultations menant ainsi à l'amélioration de leur engagement et de leur satisfaction. Les efforts de l'établissement ont conduit les équipes médicales à implanter des SSAV initialement pour deux conditions médicales (cancer du sein, accident vasculaire cérébral) et d'étendre par la suite ce concept à sept autres.

City of Hope Hospital (Californie, États-Unis)

Bosserman et al. 2021

L'objectif de *Bosserman et al.* était de réviser le développement et les composantes des soins en oncologie axés sur la valeur à travers les expériences du *City of Hope Hospital* dans l'implantation de trajectoires multidisciplinaires [41]. Le *City of Hope Hospital* est un centre de cancérologie intégré ayant une désignation du *National Cancer Institute* (NCI). Il dessert des patients ayant des diagnostics de cancers dans une région de 25 millions d'habitants vivant dans cinq comtés du sud de la Californie ainsi que des patients plus éloignés. Le *City of Hope Hospital* en Californie comprend un établissement hospitalier académique de soins et de recherche clinique situé sur le campus de Duarte et un réseau de 31 pratiques communautaires cliniquement intégrées. Approximativement 30 % des médecins pratiquent en communauté. La mission de l'organisation est de développer et d'apporter une expertise de pointe dans les soins sur le cancer et la recherche clinique pour chaque patient. Ces soins doivent être personnalisés, prodigués avec compassion et de haute qualité tout en ayant conscience des coûts au sein de l'initiative de soins du cancer axés sur la valeur.

En réponse au désir de la direction du *City of Hope Hospital* d'accorder une priorité à la prestation de soins oncologiques axés sur la valeur, un projet de réalisation de la valeur dirigé par une équipe multidisciplinaire a été mis en place. L'équipe était composée de médecins, de pharmaciens, d'infirmières, d'administrateurs, d'informaticiens, d'analystes de la qualité, d'analystes de données, d'experts en gestion du risque, de chefs de services médicaux et d'agents administratifs. Un cadre de valeur regroupant des projets spécifiques dans chacun des trois piliers de soins a été développé par cette équipe multidisciplinaire :

- Soins fondés sur des données probantes pour le diagnostic ou le traitement (p. ex. : rapport synoptique de pathologie, prescriptions standardisées d'examen de laboratoire ou d'imagerie);
- Gestion des soins (p. ex. : enseignement aux patients, outils de collecte des PROM);
- Soins après le cancer (p. ex. : plan pour les survivants, retour au travail, soins de fin de vie).

Au fur et à mesure de l'élaboration de chacun des projets, des efforts ont été mis sur la mesure de l'utilisation des trajectoires par les cliniciens et son impact, de même que l'évaluation de la qualité des soins, des résultats cliniques et financiers et des essais cliniques.

Dans le cadre de leur initiative des SSAV, l'analyse des différentes trajectoires de soins menée sur une période de deux ans par un groupe multidisciplinaire, dirigé par un chirurgien oncologue, a fait émerger le besoin de développer un outil pour offrir des soins standardisés aux patients. De nombreux facteurs étant à prendre en considération dans la standardisation des soins de l'ensemble des spécialités, une équipe d'experts a été mise à contribution pour mobiliser les chefs de file en oncologie médicale, en chirurgie et en radio-oncologie afin de contribuer à de meilleurs soins, de meilleurs résultats et potentiellement des coûts plus bas. À noter que des administrateurs, des spécialistes en technologies de l'information et en informatique et des experts dans les dossiers patients électroniques ont aussi été impliqués pour évaluer, mettre en œuvre et améliorer les trajectoires oncologiques.

En 2017, les équipes d'oncologie médicale ont choisi le *ClinPath system* pour le suivi des trajectoires oncologiques. Ce programme offre l'avantage de porter sur les tumeurs les plus communes tout en fournissant des résumés de données probantes facilement accessibles par les cliniciens. Il permet également de prioriser des trajectoires en fonction de l'efficacité, de la toxicité et des coûts. Les oncologues ont été formés initialement à utiliser ce système pour les six sites tumoraux suivants : sein, poumon, tête et cou et systèmes génito-urinaires, gastro-intestinaux et gynécologiques. Des documents informatifs étaient accessibles et une équipe de formation était disponible sur une base individuelle. Une équipe interdisciplinaire se réunissant deux fois ou plus par mois était responsable a) d'analyser les données, b) de recueillir les commentaires des cliniciens et des administrateurs, c) de tenir à jour un tableau de bord, d) d'examiner les taux mensuels de conformité aux trajectoires, et e) de participer au développement d'interfaces et de partage de rapports entre les cliniciens, les sites et les gestionnaires. Une augmentation de l'utilisation des trajectoires par les cliniciens a été observée au fil du temps servant ainsi d'indicateur de performance pour les membres en oncologie médicale. Ces mesures étaient également examinées par la direction pour maximiser la standardisation, la qualité et la valeur des soins cliniques dans l'ensemble de l'organisation. Les cliniciens, en particulier ceux travaillant en communauté, ont souligné l'apport des trajectoires standardisées dans l'amélioration de leur efficacité et gestion du temps. Le *ClinPath system* a ensuite été introduit en 2019 et 2020 dans les équipes de radiothérapie et d'hémo-oncologie, respectivement. Pour la chirurgie, plusieurs équipes du *City of Hope Hospital* ont développé des protocoles ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*) entre autres pour les trajectoires de chirurgies urologique, mammaire, colorectale, thoracique et gynécologique.

Plusieurs initiatives du Département de soins de soutien médicaux ont été rapportées :

- Mise en place d'un service de soins intégrés par une équipe de soutien dédiée, composée d'un médecin en soins palliatifs, d'un travailleur social, d'un aumônier et d'un pharmacien. Ce service fournit des soins interdisciplinaires intensifs aux patients hospitalisés et en externe ayant des besoins complexes en matière de soins, une maladie avancée ou des problèmes psychosociaux;
- Développement d'une offre d'hébergement sur le campus de Duarte pour les patients en soins palliatifs. Ce type d'hébergement permet au patient de recevoir des soins de leurs professionnels de santé dans un environnement privé et confortable lorsque la maison n'est pas une option;
- Mise en place d'un projet pilote collaboratif entre l'hématologie, l'oncologie et les soins de soutien visant à identifier les patients à haut risque et à les référer directement dans une trajectoire de soins de soutien. Cette trajectoire inclut entre autres le dépistage des patients, la planification des soins avancés, la formation sur la communication et l'identification des besoins des patients et de la famille;
- Implantation d'une trajectoire pour la planification des soins avancés. Plusieurs éléments ont été mis en place incluant une trajectoire de triage téléphonique et l'utilisation d'un questionnaire de révision des symptômes.

Différents éléments en lien avec le maintien et le partage des connaissances ont également été mis en place. Les rencontres des Comités des tumeurs se déroulent maintenant par téléconférence de sorte que les équipes multidisciplinaires tant du campus que des pratiques communautaires peuvent participer activement et présenter des cas. Les collaborations sont aussi facilitées entre les médecins du campus et des pratiques communautaires, notamment par la mise sur pied d'un système pour obtenir une deuxième opinion. Enfin, deux défis liés à la mise en place des trajectoires de soins ont été

identifiés par les auteurs : maintenir les trajectoires à jour en temps réel de même que l'engagement des médecins dans l'élaboration et l'implantation de projets de SSAV sans engendrer d'épuisement.

Karolinska University Hospital (Suède) et Hospital Israelita Albert Einstein (Brésil)

Ramos *et al.*, 2021

La publication de Ramos *et al.* visait à comparer de quelle manière les SSAV ont été implantés dans deux hôpitaux au Brésil et en Suède et de décrire comment cette implantation a été influencée par des facteurs contextuels [42]. Le *Karolinska University Hospital* est un centre tertiaire public situé à 2 endroits à Stockholm comprenant 1400 lits et employant 15 800 employés. L'*Hospital Israelita Albert Einstein* est un établissement privé à but non lucratif situé à Sao Paulo. Il comprend 3 hôpitaux et 29 cliniques externes pour un total de 993 lits et 12 900 employés. La collecte des données s'est effectuée par l'entremise d'entrevues, de documents officiels et de présentations. Des entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès de 21 représentants de chacun des deux établissements entre avril et décembre 2018. Les données des entrevues ont été analysées par thème. Un cadre d'innovation complexe (*Complex innovation framework*) a été utilisé pour explorer l'adoption des SSAV. Ce cadre inclut cinq dimensions soit l'identification du problème, l'innovation (c'est-à-dire la définition des SSAV dans chaque hôpital), le système d'adoption, le système de santé et le contexte. En plus de la hausse des coûts en santé, les deux organisations ont identifié différentes problématiques que l'implantation de SSAV visait à corriger incluant l'incapacité à mesurer les résultats et la présence de soins fragmentés au *Karolinska University Hospital* et un modèle de remboursement inadéquat basé sur un mode de paiement à l'acte à l'*Hospital Israelita Albert Einstein*. Les entrevues ont aussi révélé deux visions différentes quant à la définition des SSAV et à la manière de générer de la valeur menant à deux modèles différents d'organisation des SSAV.

Au *Karolinska University Hospital*, l'effort pour implanter des SSAV a porté sur l'adoption de nouvelles organisations, de nouveaux processus et de nouveaux outils qui pourrait faciliter la mesure des résultats et l'intégration des soins. Le processus de changement a commencé en 2013, lorsque l'implantation des SSAV a été mise à l'essai dans dix trajectoires de soins représentant 10 % du volume total de patients. Une méthodologie axée sur les processus a été utilisée, en mettant l'accent sur l'amélioration des trajectoires de patients. À la fin de 2014, une nouvelle équipe de direction a été nommée et a développé un nouveau plan du modèle opérationnel orienté vers les patients (*New Operating Model* [NVM]) qui intégrait différents éléments :

- Nouvelle structure organisationnelle incluant sept champs médicaux (vieillesse, cancer, santé des enfants et des femmes, cardiaque et vasculaire, infection et inflammation, neurologie, traumatologie) et cinq fonctions (professionnels paramédicaux, médecine d'urgence, médecine de laboratoire, médecine périopératoire et soins intensifs, radiologie et imagerie) intégrant au total 260 trajectoires de soins basées sur le diagnostic;
- Nouveaux rôles de gestion, incluant un leader qui a la responsabilité et les ressources pour concevoir, gérer et évaluer en continu l'ensemble des trajectoires des patients;
- Tenue de réunions organisées par le leader, où des équipes interprofessionnelles et interdisciplinaires prennent des décisions stratégiques et co-conçoivent des voies optimales pour chaque trajectoire;
- Mesure transparente des résultats, incluant des PROM et des PREM, et des coûts à l'aide de tableaux de bord numériques;
- Intégration des soins, de la recherche et de l'enseignement à tous les niveaux de gestion;
- Nouveau modèle opérationnel sous la responsabilité du *Chief Operating Officer* et de l'équipe de développement stratégique des soins de santé.

Le *Karolinska University Hospital* a fait face à des difficultés liées à l'implantation du nouveau modèle organisationnel. Premièrement, le discours organisationnel est passé au fil du temps de SSAV au *New Operating Model* ce qui a créé de la confusion. Certains gestionnaires utilisaient les termes de façon interchangeable, mais pour la plupart, le *New Operating Model* a été défini comme un modèle organisationnel centré sur les trajectoires des patients, tandis que les SSAV consistaient à donner la priorité aux patients et à mesurer et améliorer les résultats. Également, la perception était que le

modèle de SSAV heurtait le modèle traditionnel. Le principal avantage décrit était la possibilité de soins interdisciplinaires et la participation à la recherche pour des groupes de patients particuliers. Le principal inconvénient était un risque de sous-spécialisation rendant difficile l'apport de valeur pour les patients ainsi que la formation des résidents et des étudiants. En effet, la coordination et les responsabilités en matière de formation sont devenues imprécises avec une affectation des ressources devenue plus difficile. Une complexité accrue à la réalisation de projets de recherche clinique a aussi été observée. Certains chefs de département ont également été dépeints comme résistants au changement. L'ambition initiale de décentraliser la gestion des ressources et des résultats grâce aux tableaux de bord ne s'est pas entièrement concrétisée. Cela a été attribué entre autres aux défis liés à la collecte de données, à savoir l'utilisation du dossier patient électronique qui n'était pas adapté à la saisie de données structurées par exemple pour les résultats rapportés par les patients. De plus, le financement n'était pas aligné avec le nouveau modèle opérationnel puisque l'implantation des SSAV n'a pas été accompagnée d'une réorganisation du réseau et d'un nouveau modèle de financement. Les fonds étaient toujours alloués par le biais de budgets annuels plutôt que via le nouveau modèle opérationnel orienté vers les patients. La présence du patient partenaire aux réunions interdisciplinaires s'est également avérée difficile pour certains membres de l'équipe. Alors que certains pensaient que les patients pouvaient fournir des réflexions et des apprentissages intéressants à travers leur expérience, d'autres étaient mal à l'aise de leur présence. Des facteurs propres au système de santé suédois ont aussi influencé les efforts d'implantation d'un modèle de SSAV. L'implantation a effectivement eu lieu pendant une période de changements majeurs avec une restructuration du système de santé régional et un déménagement de l'hôpital dans un nouveau bâtiment. L'influence politique et la présence des médias ont joué un rôle important dans la façon dont les gestionnaires et le personnel ont compris et se sont impliqués dans la transformation organisationnelle. La présence d'un engouement médiatique autour de la « stratégie des SSAV » ainsi que l'intensification de l'atmosphère politique lors des élections nationales de 2018 a miné l'engagement du personnel dans le projet. Les gestionnaires ont d'ailleurs cessé d'utiliser le terme SSAV, parlant plutôt de « K [arolinska]-valeur ».

Contrairement au *Karolinska University Hospital*, les gestionnaires de l'*Hospital Israelita Albert Einstein* ont décrit le concept d'organisation des SSAV en termes financiers, soit un financement de type *bundle* pour le traitement de conditions cliniques spécifiques pour une période donnée. L'ajout de la mesure des résultats, des suivis post-aigus et des ententes de partage de risques avec les fournisseurs pour les complications potentielles reliées au traitement a été suggéré pour encourager la création de valeur. Les soins qui étaient auparavant considérés comme des revenus sont devenus des dépenses qui devaient être gérées sans réduire la qualité. Les gestionnaires s'attendaient à ce que cela produise une viabilité financière systémique en incitant les bonnes pratiques cliniques et en générant une plus grande demande pour des fournisseurs de soins de meilleure qualité. L'accent a également été mis sur l'extension de l'influence hospitalière au-delà des soins aux patients hospitalisés. Un renforcement des soins de santé primaires et l'élaboration de stratégies pour promouvoir la santé de la population ont été intégrés. L'adoption des SSAV a remis en question le modèle actuel de l'établissement alors que les nouveaux modèles de financement de l'*Hospital Israelita Albert Einstein* exigeaient de modifier la relation avec leurs médecins et leurs patients. Ceci remettait en question le modèle d'organisation basé sur l'autonomie des médecins. Dans le modèle traditionnel, les médecins étaient la principale porte d'entrée pour l'arrivée des patients à l'hôpital. Avec le nouveau modèle, la demande de patients pouvait venir directement par l'intermédiaire de tiers payeurs. Cela a obligé l'hôpital à sélectionner les équipes cliniques les plus performantes en fonction des résultats cliniques, du contrôle des coûts et des taux de complications. Les gestionnaires ont aussi décrit l'importance de communiquer avec le personnel clinique au sujet de la nécessité du changement. Des leaders ont participé personnellement à ce processus, en animant des ateliers et des conférences internes avec des médecins et en réalisant des sondages auprès du personnel pour les sensibiliser à l'organisation des SSAV. Comme au *Karolinska University Hospital*, l'*Hospital Israelita Albert Einstein* a connu des défis en matière de collecte de données. Avec des données sur les patients réparties dans différents hôpitaux et compagnies d'assurance, il a été difficile de suivre les trajectoires de soins des patients et de concevoir des paiements de type *bundle* sur de longues périodes de suivi. De plus, les systèmes administratifs n'étaient pas conçus pour ce type de paiements. Certains facteurs propres au système de santé ont également influencé les efforts d'implantation de ce nouveau modèle d'organisation des soins. L'établissement a réalisé que l'implantation ne pouvait pas être effectuée par une seule entité, mais devait plutôt faire participer de nombreux intervenants tels que des compagnies d'assurance, des fournisseurs de dispositifs médicaux, etc. La fragmentation des soins dans le secteur privé au Brésil a aussi mené à des difficultés pour recueillir des données et assumer la responsabilité de la trajectoire complète de soins puisque les patients visitaient différents hôpitaux ou recevaient des soins à plusieurs endroits utilisant différents dossiers patients électroniques.

Ramos *et al.* ont mis en évidence que les deux établissements de santé n'avaient pas les conditions préalables à la mise en place d'une organisation des SSAV [42]. Par exemple, le nouveau modèle opérationnel du *Karolinska University Hospital*

n'était pas accompagné d'une réorganisation du réseau ou de nouveaux modes de financement des soins, laissant l'hôpital avec des structures organisationnelles mal alignées. Similairement, la relation avec les compagnies d'assurance, la surveillance des soins aux patients, de même que les exigences réglementaires à l'*Hospital Israelita Albert Einstein* demeuraient liées aux logiques de paiement à l'acte. Les auteurs ont conclu qu'une transformation vers des SSAV semble nécessiter une approche systématique et systémique où toutes les parties prenantes ont besoin de définir clairement l'objectif et la portée de la transformation et, ensemble, orienter leurs actions et leurs décisions en conséquence.

5.1.4 Barrières et facilitateurs liés à l'implantation d'une organisation des services de santé axés sur la valeur en oncologie

Plusieurs des documents retenus aux sections 5.1.1 et 5.1.3 ont mis en évidence des barrières et facilitateurs liés à l'implantation d'une organisation des SSAV en oncologie. Les principales sont présentées au tableau 7.

TABLEAU 7. PRINCIPALES BARRIÈRES ET FACILITEURS LIÉS À L'IMPLANTATION D'UNE ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR EN ONCOLOGIE RAPPORTÉS PAR LES ORGANISMES ET DANS LES ÉTUDES DE CAS D'IMPLANTATION

Principaux éléments	Organisme/Auteur, année [réf]
Barrières	
Maintenir les trajectoires de soins à jour	Bosserman, 2021 [41]
Maintenir l'engagement des parties prenantes dans le processus d'implantation	Bosserman, 2021 [41]; Nilsson, 2018 [38]; EUHA, 2021 [28]
Faible nombre d'indicateurs standardisés disponibles	<i>EIT-Health</i> , 2020 [27], EUHA, 2021 [28]
Difficulté de collecter, d'avoir accès et d'extraire les données pertinentes dans les bases de données électroniques	Feeley, 2010 [34]; Ramos, 2021 [42]; Nilsson, 2017a [36]; <i>EIT-Health</i> , 2020 [27], EUHA, 2021 [28]
Systèmes financiers actuels ne permettent pas de déterminer les coûts réels de la trajectoire de soins	Feeley, 2010 [34]; Nilsson, 2017a [36], EUHA 2021 [28]
Modèle de financement non aligné avec l'implantation des SSAV	Ramos, 2021 [42]
Résistance au changement de la part du personnel	Ramos, 2021 [42]
Absence d'une stratégie de coordination entre les parties prenantes	<i>Deeble Institute</i> , 2019 [29]
Contexte politique défavorable	Ramos, 2021 [42]
Facilitateurs	
Avoir l'engagement de la haute direction	CFHI, 2018 [25]; <i>EIT-Health</i> , 2020 [27], Nilsson, 2018 [38]
Engager des consultants pour démarrer le processus d'implantation	Nilsson 2017a [36]
Former des agents de changements et identifier des champions cliniques	Commission européenne, 2019 [26]; <i>EIT-Health</i> , 2020 [27]
Mettre l'accent sur la mesure des résultats et des coûts	CFHI, 2018 [25]
Impliquer les professionnels de santé et les patients pour identifier les indicateurs de mesure	Feeley, 2010 [34]; Nilsson, 2017a [36]
Avoir la disponibilité de ressources humaines/financières dédiées pour mesurer les indicateurs	Van Egdom, 2019 [39]
Développer de bons outils technologiques de collectes de données	Van Egdom, 2019 [39]
Avoir des dossiers médicaux électroniques qui intègrent toute l'information et qui permettent d'extraire des données clés	Feeley, 2010 [34]
Changer la culture organisationnelle afin d'implanter les SSAV dans la pratique de tous les jours	Van Egdom, 2019 [39]; Commission européenne, 2019 [26]; <i>Deeble Institute</i> , 2019 [29]
Réaliser des essais pilotes et éduquer les intervenants/patients en lien avec l'importance des prises de mesures	Van Egdom, 2019 [39]
Établir une bonne communication avec le personnel clinique au sujet de la nécessité du changement et utiliser des stratégies pour favoriser leur engagement	Ramos, 2021 [42]; Nilsson, 2018 [38]; CFHI, 2018 [25]

CFHI: *Canadian Foundation for Healthcare Improvement*; *Deeble Institute*: *Deeble Institute for Health Policy and Research*; *EIT-Health* : *European Institute of Innovation and Technology*; SSAV : services de santé axés sur la valeur

5.1.5 Synthèse et appréciation globale des données probantes portant sur l'implantation d'une organisation des services de santé axés sur la valeur en oncologie

Les processus liés à l'implantation d'une organisation des services de santé axés sur la valeur en oncologie ont été discutés dans cinq documents publiés par des organismes en santé [25-29], trois revues de synthèse [30-32] et sept études de cas d'implantation [33-42].

Les définitions des SSAV présentées dans les documents publiés par des organismes en santé sont plus ou moins uniformes en raison de certaines adaptations. La définition proposée par Porter est celle utilisée par la *Canadian Foundation for Healthcare Improvement* [25] alors que d'autres organismes considèrent que cette définition est trop restreinte [26, 27, 29]. Ils proposent des éléments additionnels à considérer pour l'implantation de SSAV tels que l'atteinte des objectifs personnels des patients [26, 28], une gestion adéquate des ressources disponibles [26, 28] et un calcul des coûts qui prend en considération le fait que plusieurs fournisseurs de soins et épisodes de soins peuvent être engagés pour une période de temps donnée [29]. Certains éléments jugés importants pour l'implantation des SSAV ont aussi été mis en évidence dans ces documents. La mesure des processus [27, 28], des résultats de santé et des coûts [25, 27-29] et le suivi des données [25, 27-29], par l'entremise de tableaux de bord par exemple, sont ceux les plus fréquemment mentionnés. La collecte de ces informations permettrait de fournir des rapports d'analyses comparatives des indicateurs aux équipes impliquées et ainsi, favoriser un investissement de ressources et la création d'incitatifs basés sur les résultats pour récompenser les équipes [27]. Également, cet exercice pourrait contribuer au développement d'approches qui augmentent la valeur et à la réalisation de cycles d'amélioration [25, 27-29].

Aucune des expériences répertoriées dans les études incluses dans les revues de synthèse [30-32] et dans les rapports de cas [33-42] ne porte sur l'implantation de l'ensemble des six composantes des SSAV en oncologie de même que sur le cancer colorectal. La littérature identifiée suggère toutefois que les composantes des SSAV prises individuellement pourraient avoir des effets prometteurs et un impact positif sur les processus et les résultats de santé et importants pour le patient. Par exemple, des effets bénéfiques ont été observés avec l'implantation de certaines composantes des SSAV sur la mortalité [31-34, 40], le taux de réinterventions [31], la durée de séjour [31, 32], les délais d'attente [40], les effets indésirables des traitements [31, 32, 37] et la satisfaction des patients [31, 32, 39]. Malgré les améliorations observées sur le terrain, il serait imprudent dans l'état actuel des connaissances de généraliser ces résultats aux effets attendus d'un programme complet d'organisation des SSAV intégrant l'ensemble des six composantes.

Certains éléments doivent être considérés dans l'interprétation des résultats issus des études de cas d'implantation des SSAV en oncologie. En premier lieu, deux de ces études ont fait l'objet de cinq publications [35-38, 42]. La méthodologie avec un devis de type qualitatif était adéquatement décrite et adaptée à l'objectif de l'étude. Les auteurs des autres études de cas d'implantation ont peu ou pas rapporté leur méthodologie, les indicateurs de même que les méthodes de mesure utilisées [33, 34, 39-41]. Peu de résultats étaient également rapportés dans ces derniers documents. De plus, un certain nombre de ces études étaient des devis avant-après dans lesquels des variables mesurées initialement ou des facteurs potentiellement confondants n'ont pas été ajustés ce qui suggère que les améliorations observées pourraient être attribuables à des changements dans les pratiques médicales plutôt qu'à l'implantation d'une des composantes des SSAV. D'autres éléments méritent d'être pris en considération dans l'appréciation de ces données probantes. À l'exception de deux études de cas [33, 34], la majorité des expériences d'implantation des SSAV en oncologie ont été publiées entre 2015 et 2021 ce qui accroît le potentiel d'applicabilité des observations au contexte actuel. Par ailleurs, une majorité des auteurs des études retenues ont déclaré leurs conflits d'intérêts ou rapporté leurs sources de financement [35, 36, 39-42]. Enfin, aucune donnée n'est rapportée dans les documents retenus relativement aux effets indésirables possibles des modèles d'organisation des SSAV en oncologie.

Par ailleurs, plusieurs des documents identifiés ont fait état de barrières ou facilitateurs liés à l'implantation des SSAV. Les barrières les plus fréquemment rapportées portent sur l'accès à des données collectées de manière standardisée [27, 28, 34, 36, 42] via des bases de données électroniques performantes ainsi que sur la difficulté avec l'utilisation actuelle de systèmes financiers de déterminer les coûts réels des trajectoires de soins [28, 34, 36]. Parallèlement, les éléments identifiés qui facilitent l'implantation des SSAV seraient de mettre l'emphase sur la collecte des résultats et des coûts [25] en ayant des ressources humaines et financières dédiées pour mesurer les indicateurs et de bons outils technologiques de collectes de données [39]. L'engagement de la haute direction vers un changement de culture pour le déploiement du concept de SSAV [25, 27, 38] et l'identification de champions cliniques [26, 27] sont d'autres éléments qui pourraient faciliter l'implantation de ce nouveau mode d'organisation des soins.

5.1.6 Étude en cours

La recherche documentaire effectuée dans les bases de données de protocoles d'études de synthèse et d'études cliniques a permis de recenser cinq protocoles de revues systématiques et un protocole d'une revue réaliste (Tableau 8) et deux protocoles d'études originales (Tableau 9) portant sur les modèles d'organisation de SSAV. Les revues systématiques en cours ont pour objectif de réviser les données probantes portant sur l'implantation de modèles de SSAV. Plus spécifiquement, elles visent à évaluer l'efficacité des SSAV (CRD42020169327, CRD42021259025), de quelle manière les résultats de santé sont définis et mesurés (CRD42021259025) et d'identifier a) des indicateurs de qualité utilisés en santé cardiovasculaire et en oncologie (CRD42021229763), b) des expériences de cliniciens, de patients et de soignants (CRD42021239158) et c) des obstacles et des facilitateurs liés à la mise en œuvre de ce nouveau modèle de soins (CRD42017073418, CRD42021259025). Deux des revues systématiques devaient se terminer respectivement en 2017 et 2020, mais aucune publication n'a été identifiée à ce jour. Les dates de fin anticipée des trois autres protocoles s'échelonnent d'octobre 2021 à novembre 2022. L'objectif principal de la revue réaliste est de réviser l'approche d'implantation de sept initiatives de SSAV réalisées en Australie [45]. Les objectifs spécifiques sont de a) identifier les stratégies de changement, les processus et les mécanismes par lesquels la mise en œuvre des initiatives influence l'implantation et les résultats, b) examiner l'impact des différentes circonstances contextuelles sur les mécanismes d'implantation et c) développer des modèles performants aux niveaux macro, meso et micro pour l'implantation d'initiatives de SSAV. La fin anticipée de la collecte de données est prévue en juillet 2022.

TABLEAU 8. DESCRIPTION DES ÉTUDES DE SYNTHÈSE EN COURS

Enregistrement Pays Devis d'étude	Objectif	Date de fin anticipée
CRD42017073418 Portugal Revue systématique	Réviser les données probantes pour évaluer les obstacles et les facilitateurs à la mise en œuvre de programmes SSAV dans les hôpitaux	Septembre 2017
CRD42020169327 Australie, Canada, Royaume-Uni, Nouvelle-Zélande, États-Unis Revue systématique	Réviser les données probantes portant sur l'efficacité clinique, le coût-efficacité et l'acceptabilité des SSAV	Novembre 2020
CRD42021229763 Pays-Bas et Arabie saoudite Revue systématique	Réviser les données probantes pour identifier les indicateurs de qualité qui sont utilisés dans les modèles de SSAV des secteurs cardiovasculaires et oncologiques d'hôpitaux	Octobre 2021
CRD42021259025 Pays-Bas Revue systématique	Réviser les données probantes pour identifier les définitions des SSAV, la façon dont ils sont mis en œuvre, leurs principaux effets et les barrières et facilitateurs à leur implantation	Février 2022
Sarkies, 2020 Australie Revue réaliste	Réviser l'approche de 7 initiatives ¹ d'implantation de SSAV en Australie, pour comprendre à quel point différentes stratégies et processus de mise en œuvre stimulent l'adoption, la <i>fidélité</i> et l'adhésion pour obtenir des impacts durables dans une variété de contextes	Juillet 2022 ²
CRD42021239158 Australie Revue systématique	Réviser les données probantes portant sur les expériences des cliniciens, des patients et des soignants en matière de SSAV	Novembre 2022

SSAV : services de santé axés sur la valeur

¹ Les initiatives portent sur : les soins chroniques pour l'ostéoartrite (n = 1), la prévention de refracture ostéoporotique (n = 1), l'insuffisance cardiaque (n = 1), la maladie pulmonaire obstructive chronique (n = 1), le diabète (n = 2) et les soins de support aux maladies rénales (n = 1).

² Date de fin anticipée pour la collecte des données.

L'objectif du protocole d'étude de cohorte française recensé est principalement d'évaluer l'introduction d'une approche de SSAV dans les traitements du cancer colorectal afin de comprendre quelle pratique est la plus efficace pour obtenir des soins centrés sur le patient (NCT03965325). L'hypothèse sous-jacente est qu'une analyse périodique des résultats cliniques et des PROM pourrait augmenter la valeur pour la santé des patients et pour les professionnels de la santé. Les patients avec un diagnostic confirmé de cancer colorectal et ayant une consultation chirurgicale seront inclus dans l'étude. Les données des patients (caractéristiques de base, résultats cliniques et PROM) seront collectées de manière standardisée en

suivant les recommandations de l'ICHOM. La collecte des données s'effectuera initialement avant tout traitement ou chirurgie, puis lors des suivis à un et six mois et ensuite une fois par an. L'objectif de l'étude multicentrique, incluant treize hôpitaux de cinq pays différents, est de comparer les impacts sur des indicateurs de santé et de coûts d'une approche de SSAV pour les patients atteints d'un cancer du sein ou du poumon (NCT04960735). Les résultats de ces deux études sont attendus en juin 2022.

TABLEAU 9. DESCRIPTION DES ÉTUDES ORIGINALES EN COURS

Enregistrement Pays Devis d'étude	Objectif	n anticipé	Date de fin anticipée
NCT03965325 France Étude de cohorte	Évaluer l'introduction d'une approche de SSAV dans les traitements du cancer colorectal afin de comprendre quelle pratique serait la plus efficace pour obtenir des soins centrés sur le patient	300	Juin 2022
NCT04960735 Multiple pays ¹ Étude multicentrique	Comparer l'efficacité et les impacts sur des indicateurs de santé et de coûts d'une approche de SSAV pour les patients atteints d'un cancer du sein ou du poumon (VOICE) entre 13 hôpitaux	1161	Juin 2022

SSAV : services de santé axés sur la valeur

¹ Belgique, France, Italie, Portugal, Espagne

5.2 Contexte au CHU de Québec

Au CHU de Québec, selon les données du registre local de cancer, entre 689 et 739 patients nouvellement diagnostiqués sont traités pour un cancer colorectal chaque année (Tableau 10).

TABLEAU 10. NOMBRE DE NOUVEAUX CAS DE CANCERS COLORECTAUX TRAITÉS AU CHU DE QUÉBEC PAR ANNÉE FINANCIÈRE SELON L'ÉTABLISSEMENT AU DIAGNOSTIC¹

Site tumoral	n patients			
	2016	2017	2018	2019
Côlon	370	384	361	332
CHU de Québec	325	332	313	282
Hors CHU de Québec	45	52	48	50
Rectum²	356	355	373	357
CHU de Québec	199	178	190	167
Hors CHU de Québec	157	177	183	190
Total cancer colorectal	726	739	734	689

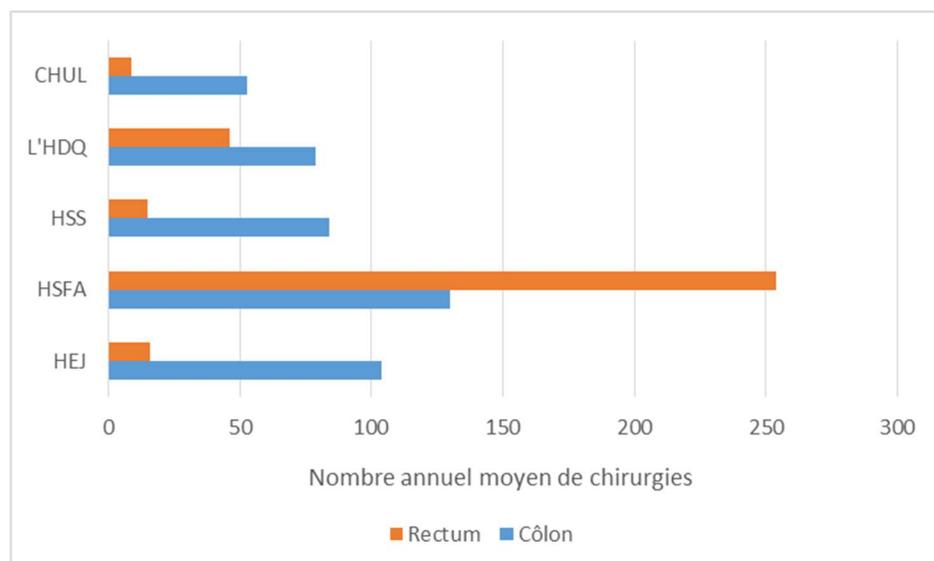
¹ La cohorte inclut tous les cancers infiltrant, *in situ* ainsi que les tumeurs à évolution imprévisible et elle exclut tous les patients se présentant au CHU de Québec avec une dysplasie de haut grade ou une maladie récidivante ou persistante.

² Inclut les cancers du rectum bas, moyen et haut et les cancers recto-sigmoïdes.

Source : base de données SARDO (registre local de cancer)

Des chirurgies colorectales sont réalisées sur les cinq sites hospitaliers avec une activité prédominante à l'Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA) notamment pour la chirurgie du rectum. La figure 3 présente la répartition du nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer du côlon ou du rectum opérés dans chaque hôpital du CHU de Québec entre 2016 et 2019. Actuellement, le CHU de Québec compte 32 chirurgiens généraux et 6 chirurgiens colorectaux. À l'HSFA, un centre de référence suprarégional en chirurgie colorectale (CRSCC) est en place depuis 2015 et regroupe des chirurgiens spécialisés en chirurgie colorectale ainsi que du personnel paramédical, notamment des stomothérapeutes et une infirmière pivot en oncologie (IPO). Une agente administrative est rémunérée par le groupe de chirurgiens colorectaux. Des radiologistes, radio-oncologues, pharmaciens, nutritionnistes sont également rattachés à l'équipe.

FIGURE 3. RÉPARTITION DU NOMBRE ANNUEL MOYEN DE CHIRURGIES SELON L'HÔPITAL POUR LES USAGERS TRAITÉS POUR UN CANCER DU CÔLON OU DU RECTUM AU CHU DE QUÉBEC (2016 À 2019)*



HEJ : Hôpital de l'Enfant-Jésus; HSFA : Hôpital Saint-François d'Assise; HSS : Hôpital du Saint-Sacrement; L'HDQ : L'Hôtel-Dieu de Québec

Source : base de données SARDO (registre local de cancer)

* Le nombre de chirurgies réalisées de 2016 à 2018 consiste en la date de la première résection chirurgicale (si plusieurs) effectuée au CHU de Québec. Le nombre de chirurgies en 2019 inclut toutes les chirurgies effectuées au CHU de Québec ou ailleurs.

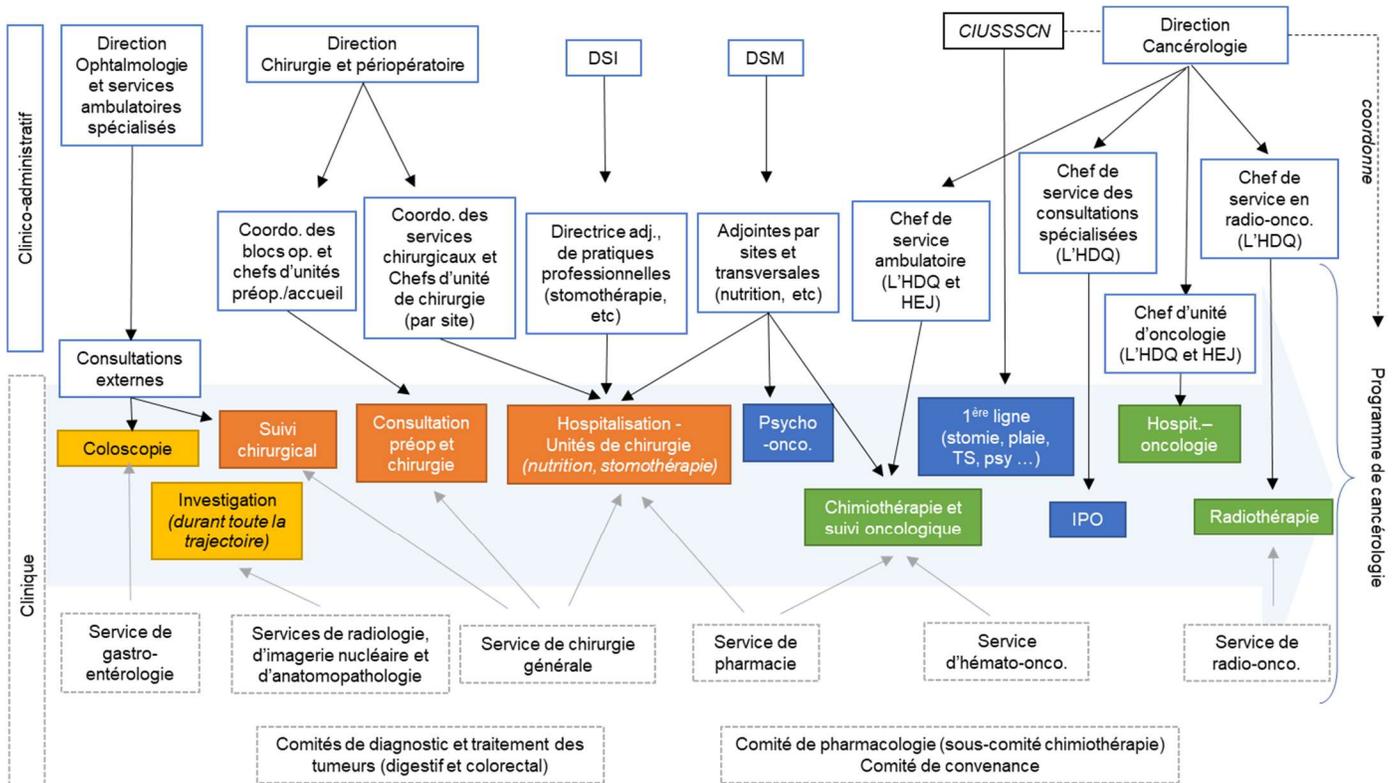
Les traitements de chimiothérapie sont administrés à L'Hôtel-Dieu de Québec (L'HDQ), l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ) ou l'Hôpital du Saint-Sacrement (HSS). À L'HDQ, le service d'hémo-oncologie compte cinq hémo-oncologues spécialisés en cancers des voies digestives regroupés en deux équipes. À l'HEJ, cinq hémo-oncologues spécialisés sont également en activité. Le nombre de traitements systémiques administrés pour les cancers du côlon est similaire à l'HEJ et L'HDQ (entre 30 et 40 par année) alors qu'un nombre moindre est administré à l'HSS (entre 10 et 20). Pour les cancers du rectum, la majorité des traitements systémiques sont administrés à L'HDQ (entre 80 et 90 par année). Les traitements de radiothérapie sont administrés à L'HDQ pour les cancers du côlon (entre 1 et 5 par année) et pour les cancers du rectum (entre 110 et 112).

Afin de décrire l'organisation des soins en cancer colorectal au CHU de Québec, différents documents ont été consultés (p. ex. : organigrammes, listes d'unités administratives) et des entrevues ont été réalisées auprès d'informateurs clés des cinq hôpitaux du CHU de Québec prenant en charge les patients avec un cancer colorectal (n = 19). Les répondants sont des chirurgiens (n = 6), des gestionnaires (n = 4), des IPO (n = 2), une gastroentérologue, un hémo-oncologue, une stomothérapeute, une agente administrative et des patients partenaires (n = 3). L'analyse de l'ensemble des entrevues a permis a) de décrire la trajectoire générale en cancer colorectal au CHU de Québec en termes de structure physique et organisationnelle, des activités réalisées et des ressources impliquées et b) d'identifier des enjeux quant à l'organisation actuelle des soins en cancer colorectal au CHU de Québec et certaines pistes d'amélioration.

5.2.1 Structure organisationnelle des soins en cancer colorectal au CHU de Québec

Une schématisation de la structure organisationnelle élaborée selon les organigrammes des directions, la liste des unités administratives et les informateurs clés est présentée à la figure 4. La trajectoire de soins est sous la responsabilité principale de la Direction Cancérologie, mais la Direction Chirurgie et périopératoire joue un rôle important puisque la plupart des patients sont opérés. Les soins sont principalement organisés par clinique ou par intervention (p. ex : clinique externe, clinique préopératoire, bloc opératoire, unité de chirurgie, salle de traitement en chimiothérapie). Il n'existe pas de coordonnateur de l'ensemble de la trajectoire.

FIGURE 4. STRUCTURE ORGANISATIONNELLE (CLINICO-ADMINISTRATIVE ET CLINIQUE) DES SOINS POUR LES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER COLORECTAL AU CHU DE QUÉBEC ¹



Blocs op. : blocs opératoires; CIUSSSCN : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale; coordo : coordonnateur; DSI : Direction des soins infirmiers; DSM : Direction des services multidisciplinaires; HEJ : Hôpital de l'Enfant-Jésus; HSFA : Hôpital Saint-François d'Assise; IPO : infirmière pivot en oncologie; L'HDQ : L'Hôtel-Dieu de Québec; psy : psychologue; radio-onco : radio-oncologie; TS : travailleur social

¹ Contribuent à la trajectoire de soins mais ne sont pas représentés : Direction Optilab Capitale-Nationale, Direction des services professionnels et des affaires médicales, Direction Médecine, directions en soutien (ressources informationnelles, ressources humaines, logistique, services techniques)

5.2.2 Description de la trajectoire actuelle des soins en cancer colorectal

L'analyse de données recueillies lors des différentes entrevues réalisées a permis d'élaborer la trajectoire de soins en cancer colorectal avec certaines particularités selon le site tumoral et l'installation (Figure 5). Les principales étapes de la trajectoire clinique incluent le diagnostic et l'investigation, la chirurgie et les traitements, les soins de soutien et le suivi des patients. Les étapes liées à la prévention du cancer, le dépistage et les soins palliatifs n'ont pas été abordées dans la présente évaluation.

Diagnostic et investigation

Le cancer colorectal est habituellement détecté lors de la découverte d'une lésion à la coloscopie et le diagnostic confirmé par la biopsie. La coloscopie peut être réalisée par un gastroentérologue ou un chirurgien général ou colorectal en tant que dépistage pour certains groupes à risque, après un dépistage positif par recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi), une référence pour investigation de symptômes ou une présentation à l'urgence. Le clinicien identifie alors une lésion, effectue une biopsie et réalise un marquage en prévision de la chirurgie. Dans la région de Québec, des coloscopies sont réalisées dans les cinq hôpitaux du CHU de Québec ainsi qu'à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec-Université Laval. Selon une convention informelle, les gastroentérologues réfèrent habituellement au chirurgien général de garde dans l'hôpital, mais ils peuvent aussi décider de référer le patient à un chirurgien général de son choix ou à un chirurgien colorectal de l'HSFA. Les chirurgiens généraux qui effectuent des coloscopies peuvent choisir de prendre en charge les cas ou de les référer à des collègues. Les patients atteints de cancer du rectum ou des cas complexes sont habituellement référés aux chirurgiens colorectaux de l'HSFA. Le cancer peut également être découvert lors d'une consultation à l'urgence ou durant une hospitalisation, par exemple suite à une hémorragie digestive, une perforation ou une occlusion intestinale. Il est généralement pris en charge par le chirurgien général de garde de l'hôpital. Des établissements d'autres régions réfèrent des patients atteints de cancer du rectum ou des cas complexes de cancer du côlon aux chirurgiens généraux ou colorectaux du CHU de Québec (p. ex. : Mauricie-Centre-du-Québec, Bas-Saint-Laurent, Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, Côte-Nord, Nouveau-Brunswick).

Des examens de laboratoire et d'imagerie (bilan sanguin, tomodensitométrie [TDM], imagerie par résonance magnétique [IRM], tomographie par émissions de positrons [TEP]) sont prescrits soit par le gastroentérologue (habituellement suite à une discussion avec le chirurgien), soit par le chirurgien lui-même. Ces examens doivent être réalisés dans un court délai. Leur planification varie selon les installations. Ils peuvent être organisés par une infirmière du guichet digestif (L'HDQ), par une agente administrative (HSFA) ou par le chirurgien lui-même (HSS, HEJ, CHUL). Dans tous les hôpitaux, le déroulement des examens est organisé idéalement de manière à les regrouper dans la même journée avant la première consultation avec le chirurgien. Enfin, l'investigation des patients en provenance d'autres établissements peut avoir été complétée, débutée ou non amorcée. Des examens d'imagerie sont parfois répétés ou relus au CHU de Québec pour en assurer la qualité.

Chirurgie et traitements

La prise en charge et le suivi des patients avec un diagnostic de cancer du côlon ou du rectum sont assurés principalement par les chirurgiens généraux ou colorectaux, avant et après la chirurgie, à moins que les patients ne puissent être opérés et que les traitements de chimiothérapie ne soient la seule alternative à envisager. Dans ce dernier cas, la prise en charge est assurée par les hémato-oncologues. La trajectoire de soins en chirurgie diffère aussi selon que le patient est pris en charge par un chirurgien colorectal du CRSCC ou un chirurgien général. Des variations de pratique sont également présentes entre les installations du CHU de Québec de même que d'un professionnel à l'autre au sein d'un même établissement. Le chirurgien détermine donc d'abord s'il y a une indication de chirurgie et s'il doit référer en hémato-oncologie ou en radio-oncologie (avant ou après la chirurgie) en fonction du type et du stade de cancer. Chaque médecin détermine alors la pertinence des traitements en fonction de sa spécialité et peut prendre l'initiative d'en discuter avec ses collègues de la même spécialité, d'appeler un collègue d'une autre spécialité ou de présenter les cas complexes à un comité de diagnostic et de traitement des tumeurs. Le Comité des tumeurs colorectales révisé chaque semaine les cas de cancer du rectum et les cas complexes ou métastatiques de cancer du côlon pris en charge par le CRSCC (12 à 14 cas). Les chirurgiens colorectaux, des radio-oncologues, hémato-oncologues et pathologistes y participent. Les dossiers des patients avec un cancer du côlon ou du rectum haut pris en charge en dehors du CRSCC peuvent quant à eux être présentés au Comité des tumeurs digestives.

La trajectoire habituelle d'un patient devant subir une chirurgie comprend l'évaluation en clinique préopératoire, la chirurgie, l'hospitalisation postopératoire et le suivi en clinique externe avec leur chirurgien. Le protocole ERAS est utilisé dans tous les hôpitaux et permet de standardiser les soins postopératoires. Il est toutefois nécessaire de refaire régulièrement la formation du personnel à propos de ce protocole. Après la chirurgie, les patients sont hospitalisés dans les unités de chirurgie des cinq hôpitaux du CHU de Québec.

Les demandes en hémato-oncologie et en radio-oncologie sont centralisées. Les traitements de radiothérapie sont administrés à L'HDQ alors que pour la chimiothérapie, l'offre de services est disponible à L'HDQ, l'HEJ ou l'HSS. Les patients référés en hémato-oncologie sont évalués par un hémato-oncologue spécialisé en cancer digestif qui détermine leur plan de traitement. Les patients référés à L'HDQ sont suivis par des équipes formées d'environ trois hémato-oncologues (en alternance) tandis que les patients référés à l'HEJ ont un hémato-oncologue attiré. Après la consultation initiale en hémato-oncologie, le dossier est transféré à une infirmière de la salle de chimiothérapie qui organise les traitements. Un pharmacien évalue les patients avant leur premier traitement. L'hémato-oncologue et le pharmacien effectuent les suivis en alternance durant les traitements.

Soins de soutien

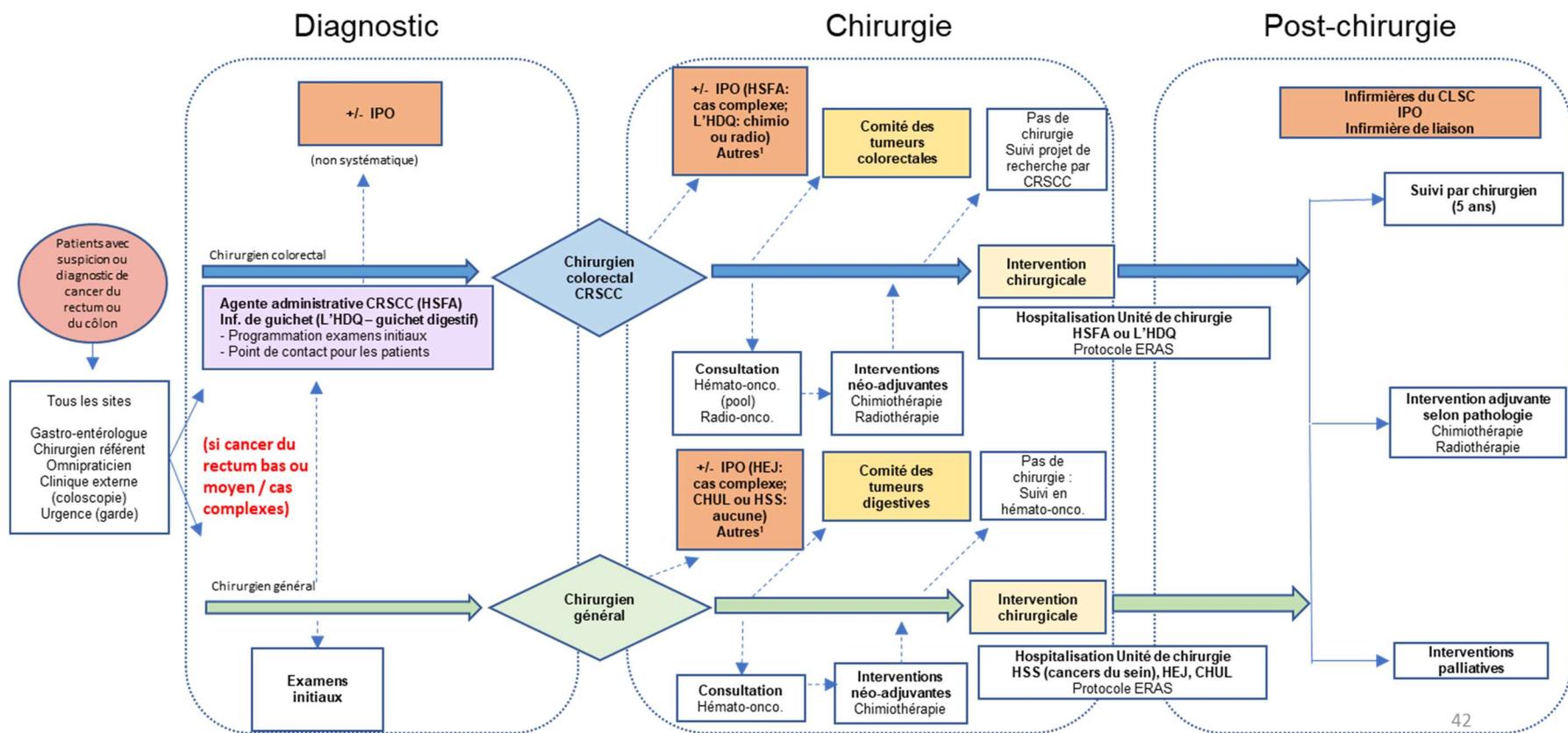
L'IPO est responsable de l'évaluation du patient incluant le dépistage de la détresse psychologique, de l'enseignement et de coordonner les références vers d'autres professionnels ou vers des ressources dans la communauté. L'accès à une IPO varie cependant selon les installations et la complexité des besoins des patients. Il n'y a pas de mécanisme de référence automatique à une IPO. À l'HSFA, comme il n'y a qu'une seule IPO, seuls les cas complexes sont suivis. À L'HDQ, les patients ayant davantage de soins à coordonner sont suivis par une IPO notamment lorsqu'ils reçoivent de la chimiothérapie ou de la radiothérapie. Des IPO sont disponibles à l'HSS et l'HEJ, mais ces services étant rarement nécessaires, peu de patients y seraient référés selon les répondants. Aucune IPO n'est attirée aux patients suivis au CHUL. Certains des répondants voient davantage le rôle de l'IPO pour le suivi et la coordination des rendez-vous plutôt que dans un rôle de soutien, de point de contact et d'enseignement. Par ailleurs, alors que certains chirurgiens auraient tendance à référer presque systématiquement les patients à une IPO, d'autres en réfèreraient rarement. Une équipe de psycho-oncologie offre un soutien psychosocial spécialisé suite à une référence par l'IPO ou un autre professionnel. Des bénévoles sont disponibles au CHU de Québec pour présenter les ressources disponibles dans la communauté. Des nutritionnistes sont accessibles en consultation à la demande du médecin ou d'un professionnel ou selon le protocole ERAS en chirurgie.

Lorsqu'une stomie est nécessaire, une stomothérapeute rencontre le patient à la clinique préopératoire et durant son hospitalisation. La stomothérapeute est la personne de référence pour fournir l'enseignement relatif aux soins à apporter à la stomie et offrir des références vers des ressources externes en fonction des besoins des patients. Une équipe de stomothérapeutes (n = 6) basée à l'HSFA, l'HEJ et L'HDQ offre des services dans les cinq hôpitaux. Pour les patients du CHUL et de l'HSS, le suivi se réalise plus souvent par l'envoi de photos aux stomothérapeutes. Les patients atteints d'un cancer colorectal sont référés à l'équipe de stomothérapeutes par la clinique préopératoire lorsque le chirurgien en fait la demande sur la requête opératoire. Le rendez-vous avec la stomothérapeute est organisé la même journée que celle des autres examens préopératoires. Les stomothérapeutes préparent alors les patients pour la stomie, font le marquage pour identifier la localisation la plus favorable de la future stomie et prennent la décision quant au type d'appareillage requis. Un guide d'information est remis et expliqué au patient. Les patients sont ensuite rencontrés le lendemain de leur chirurgie pour de l'enseignement. Les stomothérapeutes font le premier changement d'appareillage à l'hôpital et s'occupent des soins de stomie. Elles fournissent au patient une ordonnance pour l'appareillage requis à se procurer à l'externe pour les soins de la stomie. Une trousse de départ est fournie au patient avant son congé. Le centre local de services communautaires (CLSC) prend alors la relève pour les soins usuels de la stomie une fois le patient sorti de l'hôpital. L'infirmière de liaison fait le lien avec le CLSC. Lorsque le patient a des problèmes avec sa stomie, il peut revenir à l'hôpital voir une stomothérapeute. Les patients sont revus par la stomothérapeute lors de la rencontre de suivi postopératoire quatre à six semaines après la chirurgie.

Suivi des patients

Le suivi s'échelonne sur une période d'au moins cinq ans et est habituellement effectué par le chirurgien ayant opéré le patient, même si des traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie ont été reçus. Le suivi comprend des coloscopies régulières qui peuvent être effectuées par le chirurgien qui suit le patient ou par un gastroentérologue. Selon le résultat obtenu à la pathologie, des interventions adjuvantes de chimiothérapie ou radiothérapie peuvent être administrées.

FIGURE 5. TRAJECTOIRE ACTUELLE DE SOINS POUR LES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER COLORECTAL AU CHU DE QUÉBEC



CLSC : centre local de services communautaires; CRSCC : centre de référence suprarégional en chirurgie colorectale; ERAS : *Enhanced Recovery After Surgery*; HEJ : Hôpital de l'Enfant-Jésus; HSFA : Hôpital Saint-François d'Assise; HSS : Hôpital du Saint-Sacrement; IPO : infirmière pivot en oncologie; L'HDQ : L'Hôtel-Dieu de Québec
 † Stomothérapeute, nutritionniste, psychologue, travail social, pharmacien

5.2.3 Principaux enjeux relatifs à l'organisation actuelle des soins en cancer colorectal

Les entrevues réalisées auprès de différents informateurs clés incluant des patients partenaires ainsi que les données clinico-administratives actuellement disponibles ont permis de soulever plusieurs enjeux quant à l'organisation actuelle des soins en cancer colorectal au CHU de Québec et d'identifier certaines pistes d'amélioration.

Travail d'équipe, coordination et participation des patients à leurs soins

Dans l'ensemble, les informateurs clés ont rapporté que les principaux professionnels impliqués dans la trajectoire se connaissent, travaillent ensemble et peuvent se contacter pour discuter de cas précis. Plus formellement, les chirurgiens colorectaux se rencontrent au sein du comité des tumeurs colorectales pour discuter de cas complexes et les chirurgiens généraux au comité des tumeurs digestives. Selon certains informateurs clés, les liens entre les différents chirurgiens pourraient être renforcés et il pourrait y avoir un avantage à ce que certains chirurgiens généraux puissent également participer au comité des tumeurs colorectales dans un objectif d'apprentissage et de formation continue. Il a été également suggéré que tous les cas de cancer colorectal ou de cancer du rectum puissent être discutés en équipe comme cela existe dans d'autres établissements.

En ce qui concerne la coordination des soins, les examens seraient généralement programmés rapidement et regroupés dans la même journée pour limiter les déplacements des patients. Les liens entre les différentes étapes de la trajectoire de soins (p. ex. : examen, chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) se feraient bien selon les trois patients partenaires consultés sur le sujet. Toutefois, il a été souligné que l'information reçue n'était pas toujours la même et qu'il était difficile de ne pas pouvoir consulter les résultats de ses propres examens. Ils auraient préféré n'avoir qu'un ou deux hémato-oncologues impliqués dans leur dossier. Les rencontres en présentiel plutôt que par téléphone avec les hémato-oncologues permettraient également de faciliter la communication et les échanges d'information selon un des patients partenaires. Les opinions des patients quant à l'impression de participer activement à leurs soins étaient divergentes. Un patient a rapporté avoir eu la liberté de participer aux décisions et s'être senti impliqué, un autre avoir eu confiance aux experts et avoir obtenu les réponses à ses questions alors que l'un d'entre eux ne s'est pas senti impliqué dans les prises de décision, mais plutôt inclus dans un protocole de soins standard.

Concentration des soins

Les entrevues avec les informateurs clés ont soulevé un enjeu lié au nombre de chirurgiens qui pratiquent des chirurgies colorectales et plus particulièrement des chirurgies du côlon. Les patients atteints de cancers du rectum, notamment du rectum bas et moyen, seraient la plupart du temps référés à un des six chirurgiens colorectaux. Les chirurgies pour un cancer du côlon ou du rectum haut peuvent être réalisées par tous les chirurgiens généraux ($n = 32$). Certains chirurgiens généraux opèrent un nombre élevé de cas de cancer du côlon par année et d'autres peu. En se basant sur des données de la littérature, plusieurs informateurs clés ont mentionné certaines inquiétudes quant aux impacts possibles de l'expérience de pratique sur les résultats de santé du patient (p. ex. : le taux de complications ou la survie). Ainsi, certains informateurs clés ont proposé que les chirurgies de cancers du côlon soient réalisées par ceux qui auraient développé une expertise plus appuyée dans le domaine en raison de leur expérience ou de leur formation plutôt que par l'ensemble des chirurgiens généraux. D'autres informateurs clés ont rappelé que la chirurgie du côlon fait partie non seulement de la formation de base du chirurgien général mais elle est également une des compétences à développer selon le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. L'un d'entre eux soulignait le besoin de maintenir ses compétences afin de pouvoir réaliser ces interventions, notamment lors des gardes. Toutefois, selon certains, les chirurgiens peuvent facilement référer des patients ou obtenir du soutien de la part des chirurgiens généraux qui opèrent un volume important de patients ou des chirurgiens colorectaux qui détiennent une expertise de pointe en cancer colorectal et qui couvrent également la garde. Selon plusieurs informateurs clés, le regroupement des activités sur un site pourrait théoriquement permettre de maximiser l'expertise, l'expérience et l'efficacité mais cela semble peu adéquat dans le contexte du CHU de Québec où un grand volume de chirurgies coliques est réalisé chaque année.

Disponibilité des indicateurs de mesures des résultats de santé et des coûts

Les professionnels ont généralement mentionné ne pas avoir d'information sur l'ensemble des indicateurs de santé des patients, mais qu'ils souhaiteraient en avoir. Aucun des informateurs clés n'était par ailleurs au courant des coûts des soins reçus par les patients et n'avait reçu d'information à ce sujet (hormis quelques exceptions comme le coût de certains instruments chirurgicaux). Des ressources sont demandées depuis plusieurs années pour colliger des données afin de répondre notamment aux exigences du protocole ERAS et réaliser des audits en vue de l'amélioration des pratiques. Pour les trois patients partenaires, il serait justifié de mesurer des indicateurs pour pouvoir se comparer avec d'autres hôpitaux et s'améliorer. Selon plusieurs informateurs clés, les indicateurs pertinents pour mesurer les résultats de santé et les résultats importants pour le patient incluent les taux de stomies permanentes, les taux de complications dont les fuites anastomotiques, le taux de survie, la durée du séjour hospitalier, les cicatrices, les fonctions sexuelle et urinaire, les effets secondaires de la chimiothérapie/neuropathie, le retour au travail, le retour le plus près possible à leur niveau de base et la qualité de vie. À noter que les chirurgiens de l'HEJ ont créé au cours des dernières années une base de données à partir des dossiers des patients qu'ils opèrent. Ils ont également recruté une agente administrative pour saisir les données qui incluent les complications mineures et majeures, la morbidité et mortalité à 30 jours, les marges chirurgicales, le nombre de ganglions excisés, la survie, la survie sans récurrence et les récurrences du cancer.

Une comparaison entre les indicateurs proposés par l'ICHOM pour le cancer colorectal [19] et les données recueillies au CHU de Québec est présentée au tableau 11. L'ICHOM recommande de mesurer tous ces indicateurs au moment initial à l'exception des indicateurs de traitements qui devraient être mesurés à six mois puis annuellement durant dix ans. On remarque que certains des indicateurs de résultats parmi ceux suggérés par l'ICHOM ne sont pas disponibles actuellement dans les systèmes d'exploitation des données au CHU de Québec. Quelques résultats sur la survie sont disponibles dans le registre local de cancer. Toutefois, il n'est pas possible de suivre les données des patients lorsqu'ils reçoivent des soins dans d'autres établissements que le CHU de Québec puisque ce registre n'est pas encore lié au Registre québécois du cancer. Enfin, quelques résultats sur les complications liées aux traitements sont disponibles à partir des feuilles sommaires, mais de l'avis de certains informateurs clés, elles ne sont pas toujours inscrites de manière standard.

Concept de valeur et objectifs des soins :

Selon un des professionnels consultés, l'objectif des soins est de répondre aux besoins des patients qui sont variés alors que ceux-ci prennent des décisions quant à leurs traitements en fonction de ce qui est important pour eux, mais également des impacts oncologiques possibles et des impacts sur leur qualité de vie. Les patients veulent savoir ce qui va leur arriver et se sentir bien pris en charge. La valeur varie effectivement d'un patient à l'autre et par conséquent, il doit être au centre des considérations selon un autre informateur clé. Ce dernier ajoute que cela implique de pouvoir s'appuyer sur une équipe stable et expérimentée autant pour la chirurgie que pour le suivi oncologique. D'après des informateurs clés, l'accroissement du roulement de personnel dans les dernières années a nui au développement de l'expertise et au cumul d'expérience en cancer colorectal sur les unités d'hospitalisation. Pour améliorer la valeur, il est nécessaire d'avoir un impact sur les variables oncologiques (p. ex. : taux de survie) et sur la qualité de vie mesurée à court (p. ex. : complications) et long terme (p. ex. : stomie, séquelles).

TABLEAU 11. COMPARAISON ENTRE LES INDICATEURS PROPOSÉS PAR L'ICHOM POUR LA MESURE DES RÉSULTATS DE SANTÉ IMPORTANTS POUR LES PATIENTS EN CANCER COLORECTAL [19] ET LES DONNÉES DISPONIBLES AU CHU DE QUÉBEC

ICHOM		Indicateurs au CHU de Québec	
Indicateur		Données clinico-administratives	Registre local de cancer
Facteurs démographiques	Date de naissance	oui	oui
	Genre	oui	oui
	Indice de masse corporelle	--	--
	Ethnicité	--	--
	Niveau d'éducation	--	--
	Statut de relation	--	--
État clinique initial	Indice fonctionnel (ECOG/WHO)	--	--
	Comorbidités (SCQ)	oui si inscrit sur feuille sommaire ¹	--
	Statut cognitif	oui si inscrit sur feuille sommaire ¹	--
	Polypose adénomateuse familiale	--	--
	Syndrome de Lynch	--	--
	Maladie inflammatoire de l'intestin	oui si inscrit sur feuille sommaire ¹	--
État tumoral initial	Localisation de la tumeur	oui	oui
	<i>Si tumeur rectale</i> : distance de la verge anale (cm)		--
	Date du diagnostic histologique		oui
	Stade clinique TNM		oui
	Tumeur synchrone primaire (oui/non)		--
	Grade histologique		oui
	Présence d'une mutation BRAF		--
	Présence d'une mutation RAS		--
	Présence d'instabilité microsatellite		--
	Stade pathologique M		oui
	Présence de perforation de l'intestin	oui si inscrit sur feuille sommaire ¹	--
	Visée du traitement : curatif ou palliatif		indirectement
	<i>Si chirurgie</i> : stade pathologique TNM		oui
	<i>Si chirurgie</i> : nombre de ganglions réséqués		oui
	<i>Si chirurgie</i> : nombre de ganglions impliqués		oui
	<i>Si chirurgie</i> : invasion lymphovasculaire dans la tumeur		oui
<i>Si chirurgie</i> : invasion périneurale de la tumeur réséquée		oui	
<i>Si chirurgie</i> : présence de maladie résiduelle après la chirurgie		--	
<i>Si chirurgie</i> : urgence de la procédure (catégories NCEPOD)		--	
Traitements	Chirurgie	oui	oui
	Chimiothérapie	oui	oui
	Radiothérapie	oui	oui
	Thérapie ciblée	--	oui

ECOG/WHO: Eastern Cooperative Oncology Group/World Health Organization; ICHOM : International Consortium for Health Outcomes Measurement; NCEPOD: National Confidential Enquiry into Perioperative Deaths; SCQ: self-administered comorbidity questionnaire

¹ Fréquence d'inscription non disponible.

Principales pistes d'amélioration proposées

Un résumé des principales pistes d'amélioration proposées par les informateurs clés est présenté au tableau 12. Selon certains, le modèle actuel d'organisation des soins et des services au CHU de Québec pour le cancer colorectal n'est pas optimal. Il devrait tout d'abord exister une trajectoire commune pour les patients atteints de cancer colorectal afin que ces derniers puissent avoir les mêmes services peu importe qui les opère ou dans quel site ils sont pris en charge. Une meilleure collaboration avec les chirurgiens colorectaux et les chirurgiens digestifs de même qu'entre les équipes de soins dans les différentes installations pourrait également améliorer la valeur des soins et des services pour le patient selon deux informateurs clés.

Plusieurs éléments peuvent augmenter la valeur selon deux des patients partenaires incluant une prise en charge adéquate, une bonne communication et une bonne écoute, sentir le respect des soignants, la présence de petites attentions de la part

des intervenants et le sentiment de se sentir bien avec les professionnels. L'amélioration de la communication entre les intervenants et une meilleure coordination des soins pourraient également améliorer la valeur selon un répondant. Deux informateurs clés ont émis une opinion quant au concept voulant que les soins de santé doivent viser à maximiser les résultats importants pour les patients par rapport aux coûts des ressources investies. Pour l'un d'entre eux, ce concept serait approprié tant que l'objectif de réduire les coûts ne se fasse pas au détriment de la qualité des soins de santé.

TABLEAU 12. PRINCIPALES PISTES D'AMÉLIORATION RAPPORTÉES PAR LES INFORMATEURS CLÉS

Informateur clé	Piste d'amélioration
Chirurgiens	<ul style="list-style-type: none"> • Établir une trajectoire commune pour les patients atteints d'un cancer colorectal • Réaliser des examens de qualité dans un court délai (p. ex. : IRM) • Viser le moins d'aller-retour possible à l'hôpital pour les patients • Davantage de travail d'équipe, approche multidisciplinaire • Prise en charge par une équipe expérimentée • Meilleure collaboration entre les chirurgiens colorectaux et les chirurgiens généraux et entre les sites • Discuter de tous les cas de cancer colorectal • Établir des critères ou un nombre minimal de chirurgies en cancer colorectal par chirurgien • Mesurer et comparer les résultats de santé et les taux de complications par chirurgien • Avoir accès à une ressource pour compiler les données • Avoir une meilleure offre postopératoire pour les patients ayant des besoins de convalescence et de soins gériatriques
Autres professionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Présence de stomothérapeutes sur tous les sites • Éliminer les inégalités d'accès à une IPO
Patients partenaires	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir moins d'hémo-oncologues dans leur dossier • Avoir des rencontres en présentiel avec les hémo-oncologues • Réduire le taux de roulement des IPO, reconnaître leur importance • Favoriser une meilleure coordination des soins • Mesurer des indicateurs permettant la comparaison entre hôpitaux

IPO : infirmière pivot en oncologie; IRM : imagerie par résonance magnétique

5.2.3 Résultats de l'évaluation de l'expérience patient réalisée en 2015-2016

Au total, 82 patients du CHU de Québec ayant un cancer colorectal ont répondu à l'enquête d'expérience patient menée par le BEEPP en 2015-2016. Les principales caractéristiques de ces répondants sont présentées au tableau 13. La moitié des répondants sont des hommes et la majorité sont âgés entre 60 et 79 ans (67 %). Le cancer colorectal est le premier cancer pour environ trois quarts des répondants (n = 63; 77 %). La majorité des répondants avaient reçu leurs diagnostics de cancer colorectal dans la dernière année (n = 58; 72 %) et étaient en cours de traitement au moment de l'enquête (n = 69; 84 %). Dans la majorité des cas, l'annonce du diagnostic a été effectuée par le chirurgien (n = 34; 42 %). Le questionnaire a été complété par le patient dans 90 % des cas (n = 71), avec l'aide d'une autre personne dans 6 % des cas (n = 5) et par un proche du patient pour trois cas (4 %).

TABLEAU 13. PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS À L'ENQUÊTE PORTANT SUR L'EXPÉRIENCE PATIENT EN CANCER COLORECTAL MENÉE PAR LE BEEPP EN 2015-2016 (N = 82)

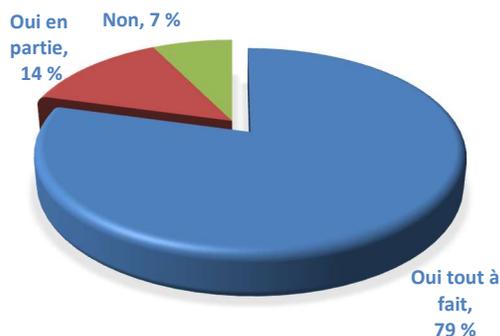
Caractéristiques	n répondants	n (%)
Usagers		
Sexe masculin	81	43 (53)
Âge 60-79 ans	81	54 (67)
Oncologiques		
Type de cancer	82	
Premier cancer		63 (77)
Récidive, deuxième cancer, autre		19 (23)
Diagnostic reçu depuis	81	
Moins de 1 an		58 (72)
≥ 1 an		23 (28)
Étape du traitement	82	
Avant traitement		1 (1)
En cours de traitement		69 (84)
Traitement terminé / suivi / soins palliatifs		12 (15)

BEEPP : Bureau d'expertise en expérience patient et partenariat

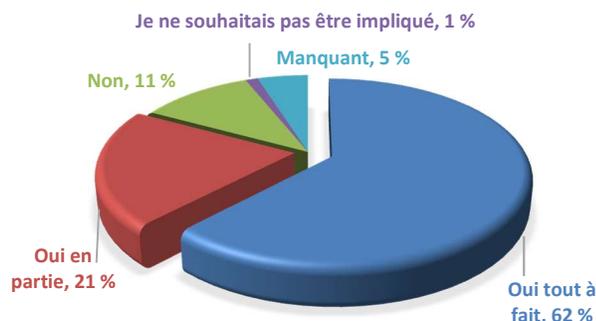
Une majorité des répondants ont rapporté qu'un membre de leur équipe de soins avait discuté avec eux des différents traitements disponibles pour leur cancer (n = 65; 79 %) (Figure 6a) et que cette information était suffisante (n = 62; 76 %). Les répondants mentionnent aussi qu'ils étaient tout à fait (n = 51; 62 %) ou en partie (n = 17; 21 %) impliqués dans les décisions à prendre concernant leurs soins et traitements, et ce, autant qu'ils le souhaitaient (Figure 6b). Après chaque rendez-vous, les répondants rapportent qu'ils savaient toujours (n = 62; 76 %) ou habituellement (n = 16; 19 %) la prochaine étape de leurs traitements ou de leurs soins (Figure 6c). Une grande majorité des répondants rapportent que les membres de leur équipe de soins étaient toujours (n = 52; 63 %) ou habituellement (n = 23; 28 %) au courant de leur dossier médical, des résultats de leurs examens et des résultats de leurs traitements lorsque cela était nécessaire (Figure 6d).

FIGURE 6. ÉVALUATION DE LA PARTICIPATION À LEURS SOINS ET DE LA COORDINATION DES SOINS RAPPORTÉE PAR LES RÉPONDANTS À L'ENQUÊTE D'EXPÉRIENCE PATIENT MENÉE PAR LE BEEPP EN 2015-2016

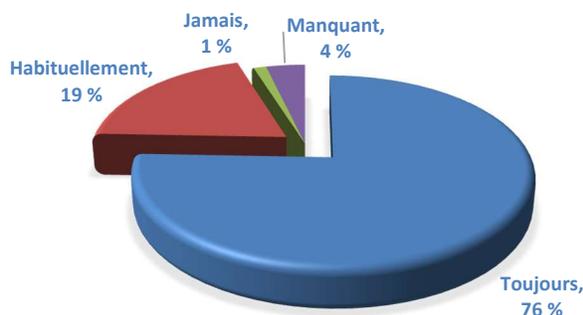
a) Un membre de votre équipe de soins a-t-il discuté avec vous des différents traitements disponibles contre le cancer dont vous souffrez ?



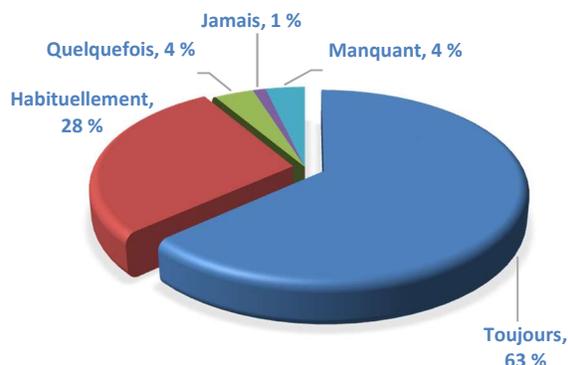
b) Vous a-t-on impliqué dans les décisions à prendre concernant vos soins et traitements autant que vous le souhaitiez ?



c) Après chacun de vos rendez-vous, saviez-vous quelle serait la prochaine étape de vos traitements ou de vos soins ?



d) Les membres de votre équipe de soins étaient-ils au courant de votre dossier médical, des résultats de vos examens et des résultats de vos traitements lorsque nécessaire ?



BEEPP : Bureau d'expertise en expérience patient et partenariat

Plusieurs répondants ont aussi rapporté ne pas avoir reçu l'information dont ils avaient besoin sur les différents services disponibles. Moins du quart des patients disent avoir tout à fait ou en partie reçu l'information dont ils avaient besoin sur les soins palliatifs (13 %), les organismes communautaires (21 %) ou les groupes de soutien (24 %). Environ le tiers des patients disaient avoir tout à fait ou en partie reçu l'information dont ils avaient besoin sur les services des psychologues (36 %) et des travailleurs sociaux (31 %). Enfin, cette proportion était plus importante pour les nutritionnistes (55 %). En ce qui a trait aux personnes-ressources, la grande majorité des répondants (n = 76; 93 %) rapportent avoir été mis en contact avec une IPO pour les accompagner tout au long de leur maladie. Pour environ la moitié des répondants (49 %), l'IPO a aidé à organiser leurs rendez-vous pour la planification des examens ou des traitements. Enfin, 96 % des répondants mentionnent qu'ils ont été informés des personnes à contacter en cas de questions ou problèmes liés à leur santé ou leurs traitements.

Les principales ressources indiquées par les répondants incluent les IPO (87 %), l'urgence de l'hôpital (48 %) et la pharmacie de l'hôpital (42 %) (catégories non mutuellement exclusives).

Limites de l'enquête portant sur l'expérience patient en cancer colorectal au CHU de Québec

Certaines limites sont à considérer dans l'interprétation des résultats de l'enquête. Le type de questionnaire autorapporté utilisé dans l'enquête incluant essentiellement des questions fermées limite la capacité à obtenir des détails complexes pour chaque répondant. De plus, puisque ce questionnaire a été conçu pour l'oncologie en général, il n'est pas possible d'extraire des données spécifiques à la trajectoire de cancer colorectal au CHU de Québec. Enfin, certains biais possibles (p. ex. : la désirabilité sociale, la peur de représailles, la gratitude après le traitement), peuvent avoir influencé les résultats. Il est donc possible que les résultats renvoient une image légèrement plus positive de l'expérience patient qu'elle ne l'est en réalité selon les responsables du BEEPP.

5.2.4 Estimation du coût de la trajectoire de soins

Les données clinico-administratives et financières identifiées dans le logiciel de coûts de revient *Power Performance Management* (PPM) ont été utilisées par l'équipe de la DPCO pour estimer le coût total des trajectoires de soins individuels de chacun des dix cas traceurs de patients ayant eu un diagnostic de cancer du côlon (n = 5) ou du rectum (n = 5) entre le 13 février 2018 et le 27 septembre 2019. Toutefois, il n'a pas été possible d'estimer avec précision le coût des épisodes de soins pour chacun des cas traceurs en raison de la difficulté de reconstruire le coût spécifique d'une trajectoire de soins oncologique en colorectal ainsi que l'absence de données pour certains secteurs d'activités de la trajectoire.

Ainsi, l'identification des coûts spécifiques attribuables à la condition oncologique d'un patient en excluant les coûts provenant d'autres origines (p. ex. : cardiovasculaire, ophtalmologie) via un système d'analyse automatisé apparaît complexe. Dans ces conditions, une surestimation du coût total de la trajectoire de soins oncologique est à prévoir avec l'information financière du CPSS. Par ailleurs, une sous-estimation est également possible puisque les coûts pour certains secteurs d'activités (p. ex. : laboratoire et ceux générés à l'extérieur de l'établissement) ne sont pas intégrés dans les données du CPSS. Enfin, la capacité actuelle d'estimer les coûts à l'aide du CPSS fait face à plusieurs autres barrières incluant, entre autres, la présence d'une méthodologie de coût de revient évolutive dans certains secteurs (p. ex. : pharmacie) de même qu'une amélioration lente, mais graduelle, de la qualité des données utiles au CPSS.

5.2.5 Comparaison des caractéristiques de l'organisation des soins pour les patients atteints de cancer colorectal au CHU de Québec avec celles des SSAV

Le tableau 14 compare les caractéristiques de l'organisation des soins pour le cancer colorectal au CHU de Québec avec chacune des composantes des SSAV telles que définies par Porter [4] et D'Angelo [13] selon les informations recueillies dans la littérature et dans notre propre établissement. On remarque que le degré de concordance avec les composantes des SSAV est généralement faible. Les éléments de l'organisation des soins où il semble actuellement exister une plus grande divergence au CHU de Québec avec les composantes des SSAV sont la mesure des résultats de santé, les plateformes technologiques pour soutenir la mesure de ces résultats et l'organisation en UPI (dont la création d'une trajectoire formelle et unifiée).

TABLEAU 14. COMPARAISON ENTRE LES SSAV ET L'ORGANISATION DES SOINS POUR LES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER COLORECTAL AU CHU DE QUÉBEC

Composantes des SSAV	Caractéristiques	Organisation des soins pour les patients atteints de cancer colorectal au CHU de Québec	Degré de concordance
Soins structurés autour d'une même condition médicale	- Population cible clairement définie - Initiatives qui considèrent l'ensemble de la trajectoire de soins (p. ex. : soins de 1 ^{ère} ligne, soutien communautaire, soins hospitaliers)	- Pas de trajectoire de soins formelle et unifiée pour les cas de cancers du côlon dans les hôpitaux du CHU de Québec et avec les autres établissements du réseau - Trajectoire mieux définie pour les patients atteints d'un cancer du rectum - Soins d'un patient semblent fournis par une « équipe » constituée <i>ad hoc</i> , selon les demandes de consultation et les références, plutôt que par une équipe interdisciplinaire intégrée ayant des protocoles communs	moyen
	- UPI fournit tous les soins habituellement requis par une condition : professionnels qui travaillent ensemble, se coordonnent et se rencontrent pour revoir leur performance. Ils peuvent travailler dans plusieurs sites, mais fonctionnent comme s'ils formaient une équipe basée dans un seul site	- Soins chirurgicaux et oncologiques semblent plutôt séparés même si les cas complexes sont discutés au comité de diagnostic et traitement des tumeurs - Soins oncologiques semblent plutôt intégrés dans chaque installation - Certains professionnels (IPO, nutritionniste, intervenants psychosociaux) sont présents, mais ne semblent pas faire partie d'une équipe intégrée. Ces équipes ne semblent pas se rencontrer régulièrement pour réviser leur performance	faible
Résultats et coûts mesurés pour chaque patient	- Résultats de santé mesurés de manière standardisée	- Peu d'indicateurs de résultats sont disponibles. Aucun PROM ou PREM n'est collecté	faible
	- Résultats de santé disponibles pour les professionnels de la santé et les gestionnaires - Équipes cliniques se rencontrent régulièrement pour revoir les résultats et les comparer, réfléchir aux causes des différences, chercher des solutions et se renseigner sur les meilleures pratiques - Résultats de santé sont rapportés aux patients ou publiquement	- Résultats peu partagés aux équipes cliniques (autre les données de sécurité comme les accidents ou les infections nosocomiales)	faible
	- Résultats de santé sont rapportés aux patients ou publiquement	- Pas de résultats disponibles	faible
	- Coûts (basés sur l'activité) sont mesurés par patient	- Coût par trajectoire non disponible - Déploiement du CPSS et du FAP à venir	faible
Systèmes d'information performants	- Les technologies de l'information facilitent le travail multidisciplinaire des soignants et l'analyse des données	- Dossier patient électronique accessible à tous les professionnels du CHU de Québec mais ne permet pas d'extraire des données - Aucune application permettant de collecter des PROM ou des PREM	faible
Étendre la portée géographique	- Mesure standardisée des résultats entre les sites et les régions, sert d'étalonnage	- Pas de standards de collecte en cancer colorectal au Québec	faible
	- Pratiques alignées avec les meilleures pratiques définies au niveau national ou par les centres d'excellence	- Algorithmes de diagnostic et traitement du cancer du côlon développés par l'INESSS et le Groupe d'étude en oncologie du Québec - Choix de chimiothérapie fortement dépendants du remboursement par le MSSS - Protocole de soins postopératoire ERAS utilisé dans les 5 hôpitaux - Pas de mécanisme pour référer les patients à des projets de recherche	moyen
Intégration des systèmes de prestation de soins	- Définir la portée des services de l'établissement et optimiser les services offerts par chaque site	- Organisation en silos (par site), peu d'intégration des services	faible
	- Partenariats formels avec la 1 ^{ère} ligne et les organisations communautaires - Processus formels pour diriger les patients de la région aux bons services en fonction de leurs besoins	- Ententes avec le CIUSSSCN pour les soins à domicile - IPO et autres professionnels réfèrent les patients à des ressources communautaires lorsqu'ils en ont besoin, mais non systématiquement - Gastroentérologues et chirurgiens réfèrent habituellement les patients atteints de cancer du rectum au CRSCC. Ce dernier a des liens avec les autres établissements. Pas de processus clair pour le cancer du côlon	moyen faible
Financement des soins en fonction de la valeur	- Des initiatives mesurent et rapportent les résultats de santé en fonction des coûts (ratio)	- Exceptionnellement	faible
	- Financement lié à la mesure des résultats de santé	- Pas actuellement (budget historique)	faible
	- PROM collectés et considérés dans la gestion	- Pas de PROM collectés	faible

CIUSSSCN : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale; CPSS : coût par parcours de soins et de services; CRSCC : centre de référence suprarégional en chirurgie colorectale; ERAS : *Enhanced Recovery After Surgery*; FAP : financement axé sur les patients; HSFA : Hôpital Saint-François d'Assise; INESSS : Institut national d'excellence en santé et services sociaux; IPO : infirmière pivot en oncologie; MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux; PREM : expériences rapportées par le patient; PROM : résultats de santé rapportés par les patients; SSAV : services de santé axés sur la valeur; UPI : unité de pratique intégrée

5.3 Enquête dans d'autres établissements québécois et canadiens

Une collecte d'informations a été réalisée auprès d'établissements de santé du Québec et du Canada entre les mois d'avril 2021 et le 25 août 2021 afin de décrire et de comprendre les modèles d'organisation des SSAV en oncologie qui ont été implantés au Canada. Au total, trois des dix-neuf établissements contactés (16 %) ont répondu à l'enquête. Les répondants incluent le Centre intégré en santé et services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie-CHUS), le *Cancer Care Manitoba* (Manitoba) et le *Eastern Health* (Terre-Neuve). Les principales caractéristiques de leurs modèles sont présentées au tableau 15.

L'ensemble des répondants ont mentionné ne pas avoir intégré un modèle d'organisation des SSAV en oncologie. Toutefois, le répondant du *Cancer Care Manitoba* estime que son établissement planifie implanter un tel modèle pour la leucémie aigüe (*bundled model of care bridging inpatient and outpatient services*). Deux répondants ont mentionné la présence de trajectoires de soins pour le cancer en général au CIUSSS de l'Estrie-CHUS ou pour des cancers spécifiques au *Cancer Care Manitoba* (sein, génito-urinaire, lymphomes). Le répondant du CIUSSS de l'Estrie-CHUS précise aussi que certaines initiatives relatives aux trajectoires de soins ont été prises dans leur établissement par exemple par les hémato-oncologues qui ont restreint leurs champs de pratique et limitent le nombre de sites tumoraux dont ils s'occupent, pour concentrer l'expertise. De plus, plusieurs spécialistes (p. ex. : gastroentérologues, pneumologues, urologues, gynécologues) contribuent à la prise en charge des cancers par spécialité ce qui donne encore plus d'expertise selon lui.

Deux répondants considèrent que l'objectif principal de leur modèle actuel d'organisation des soins est de maximiser les résultats importants pour les patients en fonction des coûts (CIUSSS de l'Estrie-CHUS, *Eastern Health*). Il n'y aurait cependant pas de mesure des indicateurs de résultats importants pour les patients dans les modèles actuels d'organisation des soins des trois établissements consultés. Deux répondants précisent qu'aucune mesure des coûts par patient n'est effectuée dans leurs établissements (CIUSSS de l'Estrie-CHUS, *Cancer Care Manitoba*) alors que le répondant du *Eastern Health* mentionne que les coûts par patient sont mesurés seulement pour certains éléments précis du cycle de soins. Enfin, seulement un des trois répondants précise que son établissement est affilié à d'autres centres pour optimiser la prise en charge des patients atteints d'un cancer peu importe leur localisation géographique.

TABLEAU 15. PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES MODÈLES ACTUELS D'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ EN ONCOLOGIE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ CANADIENS SONDÉS

Établissements (province)	Modèle axé sur la valeur	Trajectoires de soins définies	Mesures	
			Indicateurs importants pour les patients	Coûts par patient
<i>Cancer Care Manitoba</i> (Manitoba)	en planification	oui	non	non
CIUSSS de l'Estrie-CHUS (Québec)	non	oui	non	non
<i>Eastern Health</i> (Terre-Neuve)	non	non	non	partiellement

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

6. DISCUSSION

Les SSAV visent à améliorer les résultats pour les patients tout en optimisant l'utilisation des ressources des hôpitaux grâce à une approche collaborative fondée sur des données probantes. Les objectifs du présent rapport étaient d'évaluer les caractéristiques et l'efficacité des modèles d'organisation des SSAV en oncologie, incluant le cancer colorectal, ainsi que les effets indésirables, les barrières et les facilitateurs associés à leur implantation. L'analyse et l'appréciation des données issues de la recherche documentaire, des enquêtes réalisées au CHU de Québec et auprès d'autres établissements de santé canadiens de même que des échanges avec les membres du groupe de travail ont mené aux constats suivants :

6.1 L'organisation des services de santé axés sur la valeur en oncologie : peu de résultats d'efficacité documentés mais plusieurs expériences d'implantation avec des effets prometteurs

Les initiatives d'implantation des SSAV à travers le monde ont gagné en importance dans la dernière décennie en tant que nouveaux modèles d'organisation et de gestion des soins de santé. Plusieurs organismes spécialisés dans l'organisation des soins et des services de santé ont proposé certaines stratégies d'implantation des SSAV après avoir initié une réflexion dans leur milieu sur l'innovation sous-jacente aux principes des SSAV mais également, en s'appuyant sur les expériences rapportées dans différents établissements avec des contextes propres à leur juridiction et les données de la littérature [25- 29]. D'ailleurs, en plus des grands principes généraux propres aux SSAV proposés par Porter [4, 8, 9], certains organismes considèrent également le potentiel d'influence d'autres éléments sur le concept de valeur tels que les objectifs personnels des patients, la gestion des ressources disponibles et un meilleur calcul des coûts [26, 28, 29]. Bien que plusieurs interprétations des SSAV soient possibles selon la culture et le système de soins et de santé en place, des similarités sont présentes dans les définitions de la valeur ou les recommandations pour l'implantation des modèles SSAV proposées par ces organisations. L'intégration et la coordination des soins tout au long du continuum, la mesure des indicateurs de processus et de résultats de santé et des coûts et le suivi des données par l'entremise de plateformes technologiques de l'information constituent les éléments clés qui définissent les SSAV. La notion de cycles d'amélioration pour augmenter la valeur revient également fréquemment dans les propositions des organismes. La *Canadian Foundation for Healthcare Improvement* souligne d'ailleurs que les SSAV constituent une stratégie globale, et non une initiative isolée ou une solution rapide puisqu'ils ont d'importantes implications culturelles, politiques et organisationnelles pour le secteur de la santé [25]. Mettre l'accent sur la valeur pourrait avoir le potentiel d'engendrer un changement fondamental dans la façon dont nous concevons, organisons, délivrons et évaluons les services de santé [25].

En oncologie, la preuve disponible pour juger de l'efficacité des modèles d'organisation de SSAV aux étapes du diagnostic, de la prise en charge et du suivi des patients repose sur l'analyse d'études limitées en nombre et en qualité. À noter d'ailleurs que les études incluses ne ciblaient pas la clientèle atteinte d'un cancer colorectal ou un modèle implanté au Canada. De plus, aucune des études originales identifiées dans le présent rapport n'a porté sur l'implantation de l'ensemble des composantes des SSAV. Les composantes plus fréquemment implantées concernent la mise en place d'UPI, la mesure des résultats et des coûts ou encore l'utilisation de systèmes d'information performants. L'intégration des systèmes de soins, l'élargissement de la portée géographique et le financement axé sur la valeur sont des composantes souvent non implantées dans les modèles recensés. Aucun devis de type comparatif (p. ex. : avant-après) n'ayant été identifié, le niveau de preuve repose essentiellement sur des résultats d'expériences d'implantation issus d'études de cas et d'études qualitatives limitant ainsi la capacité à porter un jugement sur la supériorité, la non-infériorité ou même l'infériorité de ce type de modèle d'organisation des soins en oncologie, et ce, tant au niveau de l'efficacité que de la sécurité. De plus, les résultats observés peuvent difficilement être transposés à d'autres contextes puisqu'ils sont très spécifiques aux milieux dans lesquels les SSAV ont été mis en place. On remarque également dans les quelques expériences d'implantation recensées de l'hétérogénéité tant au regard de la clientèle visée par les SSAV que des interventions mises en place. L'enquête de pratique menée auprès de répondants d'établissements de santé canadiens n'a pas permis d'identifier de modèles de SSAV implantés en cancer colorectal ou plus largement en oncologie. Une étude en cours de réalisation en Europe qui porte plus spécifiquement sur le cancer colorectal, pourrait toutefois apporter un éclairage quant à l'efficacité des SSAV pour cette clientèle. La littérature disponible suggère néanmoins que l'implantation des SSAV en oncologie pourrait avoir des effets prometteurs, notamment sur la survie, les complications liées aux traitements, l'accès aux soins, les délais d'attente et la satisfaction des patients [31-34, 37, 39, 40].

L'analyse des données issues des études originales et des expériences rapportées par les organismes a mis en lumière divers facteurs facilitants et des barrières à l'implantation des SSAV qui peuvent être utiles à considérer par les établissements de santé à l'étape de la planification et de la mise en œuvre de ce type de transformation organisationnelle. L'engagement de la haute direction de l'établissement semble un ingrédient essentiel de même que l'implication des gestionnaires d'hôpitaux dans la promotion et l'implantation des SSAV dans la pratique clinique. La formation d'agents de changements et l'identification de champions cliniques seraient également un atout selon les auteurs de certaines études. Un changement de culture à l'égard de la mesure et du suivi d'indicateurs de résultats cliniques, de résultats importants pour les patients, des processus et des coûts constituerait également un point névralgique à toute implantation de SSAV. Différents leviers pourraient faciliter cette transition, notamment par l'implication des professionnels de santé et des patients dans l'identification des indicateurs de mesure pertinents et l'investissement de ressources humaines et financières dédiées à la mesure de ces indicateurs. Inversement, les barrières les plus fréquemment rapportées portent sur la difficulté de collecter, d'avoir accès et d'extraire dans les bases de données électroniques les données pertinentes et de mesurer les coûts réels des trajectoires de soins à partir des systèmes financiers existants. Le développement d'outils technologiques performants pour la collecte de données serait donc primordial afin d'avoir accès à des dossiers médicaux électroniques qui intègrent toute l'information et qui permettent d'extraire des données pertinentes. La mise en œuvre des SSAV nécessiterait une nouvelle génération de solutions informatiques qui facilite une coordination efficace au sein des UPI, la mesure des résultats en temps réel et l'adoption de nouveaux systèmes de remboursement.

Bien que comportant plusieurs principes communs, il apparaît que les modèles d'organisation des SSAV sont variés et que plusieurs éléments sont insuffisamment décrits à l'heure actuelle pour déterminer un modèle optimal en particulier à privilégier. Il semble toutefois que les différents modèles de SSAV identifiés ont été développés et ajustés au cours du temps en fonction des besoins et des contextes cliniques et organisationnels de chaque milieu où ils ont été implantés.

6.2 La prise en charge du cancer colorectal au CHU de Québec : bien comprendre le contexte et les défis organisationnels actuels

6.2.1 Un environnement externe et interne favorable à l'application du concept de SSAV

La Société canadienne du cancer estimait en 2020 que le cancer colorectal serait au 3^e rang des cancers les plus diagnostiqués au Canada (26 900 nouveaux cas) et la deuxième cause de décès lié au cancer [46] bien qu'il soit évitable et souvent guéri s'il est détecté tôt [47]. Le *Conference Board* du Canada suggère que l'implantation d'approches fondées sur la valeur en cancer colorectal pourrait améliorer l'accès aux soins, donner de meilleurs résultats chez les patients et permettre de limiter les coûts [48]. Selon un sondage réalisé par cet organisme dans les centres de cancérologie au Québec et en Ontario, les établissements s'appuient sur des parcours de soins définis pour le cancer colorectal incluant le dépistage, le diagnostic, le traitement, le suivi et les soins de fin de vie. Tous soulignent toutefois un manque d'uniformité dans la prestation de soins aux patients en raison de la complexité des parcours de soins et de services, l'application inadéquate des connaissances dans les parcours, l'absence de mesures des résultats et le manque de ressources. Afin d'optimiser les soins et offrir plus de valeur, le *Conference Board* du Canada, suggère ainsi d'accorder une place centrale au patient et d'uniformiser la mesure des résultats via une infrastructure solide de technologies de l'information ce qui d'ailleurs constitue les éléments centraux du concept des SSAV [48].

Au Québec, le concept des SSAV s'aligne avec certaines priorités du Plan directeur de cancérologie qui privilégie entre autres l'évaluation systématique, la publication des résultats et la rétroaction rapide des indicateurs de structure, de processus et de résultats de soins, des temps d'attente et des expériences de soins vécues par les patients [49]. Le Comité consultatif sur la démarche d'amélioration et de maintien de la performance du Programme québécois de cancérologie a d'ailleurs comme objectif d'implanter un système de suivi global et intégré de la performance via la mesure d'indicateurs (accessibilité des services, qualité des services, utilisation optimale des ressources) et d'en assurer l'utilisation par l'ensemble des acteurs impliqués en cancérologie [50]. De plus, l'implantation d'un financement axé sur le patient et du coût par parcours de soins, notamment en chirurgie, fournit des outils pour mesurer et comparer les coûts. Selon le Groupe d'experts pour un financement axé sur le patient, ce type de financement est fortement inspiré des SSAV dans la mesure où il inclut des cibles de qualité et de résultats [7]. Ce même groupe d'experts constatait en 2014 qu'un nombre limité d'indicateurs de qualité, de sécurité et de pertinence des soins était disponible au Québec en raison de l'absence de systèmes d'information et de reddition de comptes sur ces éléments [7]. Par ailleurs, les effets de la pandémie à la

COVID-19 sur le nombre d'exams médicaux et d'interventions chirurgicales en attente et le rattrapage à prévoir offrent une opportunité de réfléchir aux priorités, à la valeur et à l'optimisation de ressources limitées. Ils génèrent cependant des priorités concurrentes incluant une surcharge de travail et une instabilité qui peuvent nuire à l'implantation de nouveaux projets.

Le CHU de Québec dessert quant à lui un large bassin de population de par sa vocation de centre tertiaire. Avec la présence du Centre de référence suprarégional en chirurgie colorectale, l'établissement traite ainsi un volume important de patients atteints d'un cancer colorectal et possède une masse critique de professionnels spécialisés. C'est également au CHU de Québec que le plus grand nombre de coloscopies longues dans le cadre du dépistage du cancer colorectal est réalisé chaque année (22 953 en 2018-2019) comparativement aux autres centres hospitaliers de la province [51]. Les priorités organisationnelles de l'établissement dont le plan stratégique vise à intégrer l'efficacité dans toutes les interventions et à se distinguer parmi les meilleurs semblent compatibles avec une orientation des SSAV. L'intérêt de la haute direction vis-à-vis les modes d'organisation des SSAV constitue également un atout au sein de l'établissement. C'est d'ailleurs dans ce contexte que s'inscrit le présent rapport d'évaluation. Cet appui constitue certainement un environnement favorable au changement et à l'intégration de nouvelles pratiques qui soulèvent plusieurs enjeux cliniques, informationnels et organisationnels. Les données de la littérature suggèrent à cet égard que l'appui de la direction est primordial afin d'établir un cadre stratégique pour l'implantation des SSAV à tous les niveaux de l'organisation [25, 27, 28, 38]. L'intérêt envers les approches de SSAV de plusieurs des informateurs clés impliqués dans la trajectoire de soins en cancer colorectal et des patients partenaires consultés dans le cadre de ce rapport constitue également un élément favorable. Par ailleurs, la cogestion médico-administrative actuellement présente en oncologie au CHU de Québec pourrait contribuer à faciliter la participation des médecins dans l'implantation d'un modèle de SSAV et des cycles d'amélioration de même que leur implication dans l'interprétation des résultats de santé et des coûts. L'expertise développée au cours des 10 dernières années au CHU de Québec en *Lean management* de même que l'implantation d'un système de gestion *Lean* ont contribué à développer une culture de l'amélioration continue qui est un pilier incontournable pour la mise sur pied des SSAV. Les deux approches étant effectivement basées sur un cycle de mesure, d'analyse et de recherche participative d'améliorations. La présence au sein de l'établissement de mécanismes formels pour évaluer les nouvelles technologies en fonction de leur efficacité (UETMIS, comité de pharmacologie, comité de convenance, comité d'introduction des pratiques innovantes) constitue également un avantage au plan organisationnel pouvant soutenir des initiatives axées sur la valeur. L'emphasis mise au cours des dernières années par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) au CHU de Québec sur une approche transversale de l'évaluation de la qualité mais également de la pertinence des actes médicaux est un autre facteur pouvant contribuer au développement des SSAV. La consolidation à la DPCO d'une expertise pour implanter le CPSS et valoriser les données des systèmes clinico-administratifs dont la collaboration au développement d'un centre de valorisation et d'exploitation des données médicales hospitalières (SCIENTA) constituent aussi un atout. Par ailleurs, l'expertise développée par le BEEPP au cours des dix dernières années a contribué à la valorisation d'une culture des soins centrés sur le patient et à la mesure de l'expérience patient qui rayonne à travers les équipes sur le terrain, mais également au niveau de la haute Direction incluant le Conseil d'administration (Comité de vigilance et qualité). Il s'agit sans aucun doute d'un contexte très favorable aux SSAV et une opportunité d'aller encore plus loin vers une organisation des soins centrée sur le patient. Enfin, l'intégration prochaine des activités en cancérologie dans le Centre intégré de cancérologie (CIC) du Nouveau complexe hospitalier (NCH) pourrait constituer une opportunité de mieux coordonner les trajectoires, de développer le concept d'UPI ainsi que d'améliorer l'accès à la recherche de pointe pour les patients. À noter toutefois que l'ouverture du NCH pourrait aussi représenter une faiblesse pour l'organisation puisque les ressources importantes actuellement consacrées à ce grand chantier peuvent ne pas être disponibles pour l'implantation des SSAV.

Ainsi, l'analyse de l'environnement actuel semble favorable à la mise sur pied d'initiatives visant l'application des principes des SSAV au CHU de Québec. De telles initiatives centrées sur le patient visant à innover dans le domaine de l'organisation des soins et services de santé pourraient s'inscrire dans le cadre d'efforts collectifs menés à long terme aux niveaux local, régional et national afin de maintenir la capacité du système de santé à assumer pleinement ses rôles autant en prévention et promotion de la santé qu'en soins curatifs et palliatifs. Toutefois, l'analyse de la pratique actuelle en cancer colorectal au CHU de Québec suggère que plusieurs enjeux et défis seraient à considérer dans l'éventualité d'une transformation organisationnelle qui viserait à introduire un modèle de SSAV.

6.2.2 Plusieurs écarts observés entre la pratique actuelle et le concept d'unité de pratique intégrée

La notion d'UPI décrite dans la littérature implique la mise en place de services de santé structurés autour d'une même condition médicale dans l'ensemble du cycle de soins. La création d'une équipe interdisciplinaire intégrée qui se réfère à des protocoles standardisés de soins et de traitements communs, se coordonne pour minimiser les pertes de temps et de ressources, se rencontre régulièrement pour planifier les soins des patients et revoir leur performance est au cœur même du concept d'UPI [8]. L'UPI vise à intégrer et uniformiser les différentes trajectoires de soins possibles selon le cheminement du patient et ses besoins en promotion, prévention de la santé, en soins spécialisés, généraux, en réadaptation ou en soins palliatifs [8, 11]. L'exercice de concordance réalisé dans le présent rapport entre les composantes des SSAV proposées par Porter [8] et l'organisation des soins pour les patients atteints d'un cancer colorectal au CHU de Québec a mis en exergue plusieurs éléments qui ne semblent pas répondre à l'heure actuelle à la définition même d'une UPI. En premier lieu, notons l'absence de coordonnateur pour l'ensemble de la trajectoire de soins, celle-ci étant à la fois sous la responsabilité de la Direction Cancérologie, mais également de la Direction Chirurgie et périopératoire qui joue un rôle important puisque la plupart des patients sont opérés. Les soins sont principalement organisés par clinique ou par intervention (p. ex. : clinique externe, clinique préopératoire, bloc opératoire, unité de chirurgie, salle de traitement en chimiothérapie). Globalement, il n'y a pas de trajectoire uniforme au CHU de Québec pour les patients atteints d'un cancer du côlon. Ces patients sont plutôt pris en charge de manière indépendante par une équipe constituée ad hoc, selon les demandes de consultations, les urgences et les références, plutôt que par une équipe interdisciplinaire intégrée ayant des protocoles communs. L'organisation des rendez-vous pour les examens complémentaires et les consultations médicales ainsi que l'accès à des ressources multidisciplinaires (p. ex. : IPO, nutritionnistes et autres professionnels) et à des protocoles de recherche semblent variables selon le lieu de prise en charge. La trajectoire de soins semble plus formelle pour le cancer du rectum et concerne surtout les soins chirurgicaux. Selon les patients partenaires consultés et les résultats de l'enquête d'expérience patient menée par le BEEPP, les intervenants font des efforts pour travailler en équipe et bien coordonner les rendez-vous, mais un nombre trop élevé d'hémato-oncologues impliqués dans leur dossier et une reconnaissance inégale du rôle de l'IPO a été rapporté comme pistes d'amélioration à plusieurs reprises. Certains professionnels tels que les IPO, stomothérapeutes, nutritionnistes et intervenants psychosociaux sont présents dans la trajectoire de soins, mais ne semblent pas faire partie d'une équipe intégrée. Les interactions entre les différents intervenants des soins chirurgicaux et oncologiques semblent également limitées alors que des comités de diagnostic et traitement des tumeurs sont en place et que l'on assiste au cours des dernières années au développement d'une expérience des intervenants avec des outils communs comme le protocole ERAS en chirurgie ou le dépistage de la détresse psychologique. À l'heure actuelle, plusieurs chirurgiens détiennent un statut et des privilèges leur permettant d'opérer des patients atteints de cancers du côlon au CHU de Québec incluant des chirurgiens colorectaux et des chirurgiens généraux. Parmi les chirurgiens généraux, certains d'entre eux effectuent un grand nombre de chirurgies coliques alors que d'autres opèrent quelques cas de cancers coliques par année en urgence ou lorsqu'un patient leur est référé. Selon les entrevues réalisées auprès de différentes parties prenantes à l'interne, le manque de concentration des soins dans la prise en charge du cancer du côlon représenterait un frein à l'application des SSAV qui visent entre autres à maximiser l'expertise et l'expérience des intervenants. D'ailleurs, plusieurs revues systématiques publiées dans les dernières années, dont deux portant spécifiquement sur la chirurgie du cancer colorectal, suggèrent une association entre le volume d'interventions d'un chirurgien ou d'un hôpital et les résultats cliniques [52-56]. Les auteurs mentionnent toutefois que la présence d'hétérogénéité entre les études limite la possibilité de définir un volume minimal de chirurgies et rappellent que celui-ci ne peut pas garantir à lui seul des résultats améliorés [52, 54].

Ainsi, malgré quelques initiatives intégratrices, la pratique actuellement observée en cancer colorectal ne paraît pas répondre à l'ensemble de la définition d'une UPI et d'une trajectoire de soins unifiée qui sont identifiées comme étant des éléments phares des SSAV dans plusieurs documents recensés dans le cadre de ce rapport d'évaluation. Toutefois, selon les informations recueillies dans le cadre de l'enquête réalisée auprès d'informateurs clés, les équipes en place au CHU de Québec semblent démontrer un intérêt à migrer vers un modèle de soins qui reprend les grands concepts des UPI dont notamment d'établir une trajectoire commune, de favoriser le travail d'équipe et une meilleure collaboration (entre les chirurgiens et entre les sites), de fixer un volume minimal de chirurgies, et d'éliminer les inégalités d'accès à une IPO. Cet intérêt est également souligné par les patients partenaires qui suggéraient de procéder à une amélioration de la coordination des soins et de reconnaître l'importance des IPO.

6.2.3 Une capacité réduite pour mesurer les résultats et les coûts

Parmi les éléments fondamentaux pour la mise en place d'une organisation des soins de type SSAV figure la capacité à mesurer et partager les résultats ainsi que les coûts des soins et des services à l'aide de systèmes d'information performants. Dans la littérature, il existe différents indicateurs spécifiques proposés pour le suivi des patients avec un cancer colorectal [13] dont certains sont disponibles dans les systèmes informationnels de la DPCO ou du registre local du cancer du CHU de Québec (voir section 5.2.3). Ces indicateurs sont actuellement consignés dans différents systèmes informationnels non interreliés selon une logique de trajectoire hospitalière ou encore en fonction des soins et services associés à une condition médicale et dans lesquels il est ardu d'extraire des données pour en faire l'analyse. À noter qu'un centre de valorisation et d'exploitation de la donnée (SCIENTA), qui est une plateforme du Centre de recherche du CHU de Québec, a été officiellement lancé à l'automne 2021. Il s'agit d'un lac de données qui vise à regrouper l'ensemble des données brutes cliniques et financières provenant d'une quinzaine de systèmes d'information différents. Bien que celui-ci soit conçu pour faciliter l'accès à la donnée aux chercheurs et non dans un objectif de gestion hospitalière ou de performance, il s'agit d'une démarche d'intérêt à suivre pour la valorisation des données. Par ailleurs, selon les informateurs clés questionnés dans le cadre de ce rapport, peu de résultats sont partagés avec les équipes cliniques à l'exception des données de sécurité des soins comme pour les accidents ou les infections nosocomiales. De plus, aucun résultat important pour le patient (PROM et PREM) n'est actuellement mesuré de façon systématique au CHU de Québec. Des travaux visant l'identification de ces indicateurs semblent nécessaires d'être menés en collaboration avec les intervenants et les patients afin d'être intégrés dans le système de gestion et le cycle d'amélioration continue [28]. L'intérêt exprimé par plusieurs des informateurs clés et des patients partenaires envers la mesure des résultats de soins comme outil d'amélioration (p. ex : audits demandés par les chirurgiens, ressources demandées pour compiler les données) constitue un élément favorable pour initier ce changement de culture. Les équipes cliniques auraient ainsi la possibilité de revoir l'ensemble des résultats pour pouvoir se comparer et envisager des pistes d'amélioration. L'absence de registre ou base de données au Québec sur des indicateurs standardisés de résultats cliniques ou PROM en cancer colorectal limite toutefois la possibilité de se comparer avec d'autres établissements de santé québécois ou canadiens. Enfin, l'accès à des technologies de l'information performantes constitue un autre pilier majeur à considérer dans la capacité de mise en place des SSAV pour soutenir la mesure et l'exploitation des résultats. Le développement de plateformes technologiques pour mesurer les PROM et les PREM est une étape primordiale. Certaines des expériences des hôpitaux ayant implanté des SSAV illustrent bien cette difficulté avec les dossiers de santé électroniques actuels qui peuvent capturer les données, mais n'en permettent pas l'extraction dans un format utilisable [34, 36, 42]. L'*European University Hospital Alliance* soulignait à cet effet que le développement technologique nécessite la participation du personnel des technologies de l'information et du *Business intelligence* pour mettre sur pied des plateformes utiles à la collecte, l'analyse et la visualisation des résultats et des indicateurs de processus [28]. Le développement de tableaux de bord ou d'autres outils pour interfacier les données peut également être utile pour analyser facilement les indicateurs des processus et les résultats. Ce type d'outils pourrait aider les cliniciens entre autres à améliorer la communication avec les patients et effectuer un meilleur suivi entre les visites cliniques. Selon les principes des SSAV, les plateformes électroniques devraient également permettre aux patients d'avoir accès à leurs résultats et de suivre leur évolution au fil du temps. Des initiatives d'ici ou d'ailleurs, telles que Capto MD du CHU de Québec et Opal au CUSM, pourraient être inspirantes à ce sujet pour améliorer l'expérience des patients, mais également celle des cliniciens. L'expérience récente avec la création d'un outil de documentation informatisé aux soins intensifs de l'HEJ pourrait également être une avenue intéressante à explorer. Cet outil implanté en octobre 2021 est le fruit de trois années de développement grâce à une subvention de la Fondation canadienne pour l'innovation. Il permet la collecte de données en temps réel au chevet de l'usager directement par ordinateur. Les données sont automatiquement transférées au DPE et accessibles après 48 heures à tous les intervenants du CHU de Québec. Ultiment, les données seront versées dans le lac de données afin d'être exploitées. Selon les utilisateurs, l'outil est convivial, offre une structure de saisie optimale avec des menus déroulants et permet de réduire les tâches sans valeur ajoutée en éliminant notamment la retranscription.

La mesure des coûts ventilés selon les catégories de soins et services reçus par la clientèle atteinte de cancer colorectal semble également représenter un défi de taille au CHU de Québec. Actuellement, aucun des informateurs clés rencontrés dans le cadre de ce rapport d'évaluation n'a mentionné être au courant des coûts des soins qu'ils prodiguent à leurs patients ou avoir reçu de l'information à ce sujet. Malgré les avantages attendus liés au déploiement du financement axé sur le patient et du CPSS, il demeure présentement difficile pour l'organisation d'identifier avec précision les coûts des services reçus par sa clientèle dans l'ensemble de la trajectoire de soins. En effet, il est important de rappeler que les données du CPSS sont en développement depuis seulement quatre ans et que ce système d'information n'a pas été structuré en fonction d'une trajectoire de soins et services pour une condition médicale donnée. Mentionnons que le financement axé sur le patient en

chirurgie sera le premier mode opérationnel d'allocation des ressources au Québec à établir un lien direct entre le patient et les soins prodigués dont le début d'utilisation est prévu en avril 2023. Ce mode de financement représente une opportunité de valorisation des données à considérer qui pourrait permettre d'initier un système de surveillance des coûts du volet chirurgical pour la prise en charge des patients traités pour un cancer colorectal. D'autres méthodes comme l'évaluation des coûts détaillés (*micro-costing*) ont l'avantage d'être plus précises avec une estimation des coûts relatifs à l'utilisation des ressources de santé pour chaque individu, mais sont également plus coûteuses et complexes à entreprendre. Pour faire face à ces différentes contraintes, il convient dans ce contexte de mettre en place une méthode appropriée de compilation des coûts durant le parcours de soins qui permet de recenser les coûts avec un bon degré de précision, à condition que la trajectoire soit uniforme et bien formalisée.

7. RECOMMANDATION

Considérant que :

- Les initiatives d'implantation des services de santé axés sur la valeur se sont multipliées dans la dernière décennie en tant que nouveaux modèles d'organisation et de gestion des soins de santé;
- Selon les données de la littérature, les éléments critiques à considérer pour l'implantation d'une organisation des services de santé axés sur la valeur incluent :
 - une organisation des soins autour d'une même condition médicale au sein d'une unité de pratique intégrée;
 - la mesure de résultats (indicateurs de processus, de résultats cliniques et rapportés par le patient) et des coûts;
 - le suivi des données par l'entremise de plateformes technologiques de l'information.
- Les études originales ayant évalué les effets sur des résultats de santé, les processus et les coûts de l'organisation des services de santé axés sur la valeur sont limitées en nombre et en qualité et aucune n'a porté sur la clientèle atteinte d'un cancer colorectal;
- Les expériences d'hôpitaux identifiées dans le présent rapport ayant implanté certaines composantes du modèle de Porter et Lee suggèrent que la mise en place d'une organisation des services de santé axés sur la valeur en oncologie pourrait avoir des effets prometteurs sur les résultats cliniques (p. ex. : mortalité, taux de réinterventions) et rapportés par le patient (p. ex. : effets indésirables des traitements, satisfaction des patients) et sur les processus (p. ex. : durée de séjour, délais d'attente);
- Selon la littérature disponible, les principaux éléments qui pourraient faciliter l'implantation des services de santé axés sur la valeur incluent :
 - l'engagement de la direction de l'établissement;
 - la formation d'agents de changement et l'identification de champions cliniques;
 - un changement de culture vers la collecte de données;
 - l'implication des professionnels de la santé et des patients dans le processus de changement.
- Les barrières à l'implantation des services de santé axés sur la valeur les plus fréquemment rapportées dans la littérature incluent :
 - le maintien de l'engagement des parties prenantes dans le processus d'implantation;
 - la mise à jour des trajectoires de soins en fonction de l'évolution des connaissances et des cycles d'amélioration continue des processus;
 - la difficulté de collecter, d'avoir accès et d'exploiter les données pertinentes dans les bases de données électroniques (résultats cliniques et rapportés par le patient, processus);
 - la présence de systèmes financiers qui ne permettent pas de déterminer les coûts réels des soins.
- Les caractéristiques du modèle actuel d'organisation des soins et des services pour les patients atteints d'un cancer colorectal au CHU de Québec soulèvent plusieurs enjeux quant au degré de concordance avec les principes des services de santé axés sur la valeur dont notamment :
 - absence d'une trajectoire formelle et unifiée entre les cinq hôpitaux pour les patients atteints d'un cancer du côlon;
 - absence d'une équipe interdisciplinaire intégrée pour l'ensemble des activités de soins en cancer colorectal;
 - peu d'indicateurs standardisés pour mesurer les résultats (processus, cliniques et rapportés par le patient) et les coûts;
 - absence de technologies de l'information performantes pour la collecte des données.

- Certains éléments liés au contexte de l'organisation actuelle des soins pour les patients atteints d'un cancer colorectal au CHU de Québec sont favorables à l'implantation d'un modèle d'organisation des services de santé axés sur la valeur :
 - l'engagement de la haute direction de l'hôpital;
 - l'intérêt des médecins et professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients atteints d'un cancer colorectal;
 - l'intérêt des patients partenaires;
 - le développement du Centre de référence suprarégional en chirurgie colorectale à l'Hôpital Saint-François d'Assise depuis plus de cinq ans;
 - une culture de la pertinence, de l'amélioration continue et de l'évaluation de l'acte;
 - l'expertise en *Lean management* et en gestion de projet;
 - une culture de la mesure de l'expérience patient développée par le Bureau d'expertise en expérience patient et partenariat;
 - l'expertise à la Direction de la performance clinique et organisationnelle (DPCO) dans l'évaluation du coût par parcours de soins et la valorisation de la donnée.

Il est recommandé au président-directeur général du CHU de Québec d'initier une transformation organisationnelle des soins en cancer colorectal en vue d'implanter un modèle de services de santé axés sur la valeur

Avec l'aval du Comité de direction, il est suggéré au président-directeur général de mandater les instances concernées pour la réalisation d'un projet de transformation organisationnelle pour le cancer colorectal. Ce projet de démonstration devrait ultimement servir à initier un mouvement vers une organisation des services de santé axés sur la valeur pour d'autres conditions médicales.

Le plan de développement suivant est proposé en s'appuyant sur une approche itérative de réalisation :

1- Mettre sur pied un Comité de gouvernance

Une équipe de gouvernance devrait être mise sur pied et dirigée par la Direction oncologie en collaboration avec la Direction chirurgie et périopératoire. Elle devrait inclure des représentants des différentes directions, conseils professionnels, départements et services concernés ainsi que des patients partenaires. À ce titre, les membres du groupe de travail ayant participé à l'élaboration de ce rapport d'évaluation pourraient être considérés. Le mandat du comité de gouvernance devrait porter sur l'identification, la priorisation, la planification et la coordination des différents chantiers à entreprendre visant une organisation des soins axée sur la création de valeur en cancer colorectal. Le Bureau d'expertise de projet du CHU de Québec devrait être sollicité pour soutenir le Comité de gouvernance afin de développer une stratégie efficace de transformation organisationnelle, de déterminer la séquence des travaux à entreprendre et l'échéancier.

2- Développer une unité de pratique intégrée pour les patients atteints de cancer colorectal au CHU de Québec.

Les différents chantiers à entreprendre pourront être développés en collaboration avec l'équipe du module de Planification, expertise de projet et amélioration continue de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles (DQEEAI). Une implication de la Direction adjointe des communications pour accompagner l'ensemble de la démarche serait également à privilégier. Les pistes d'actions suivantes sont proposées pour orienter les travaux :

- Mettre en place une équipe de projet multidisciplinaire représentative des cinq hôpitaux et incluant toutes les parties prenantes dont des patients partenaires (p. ex. : chirurgiens, oncologues, radio-oncologues, infirmières pivots en oncologie, stomathérapeutes, nutritionnistes, bureau d'expertise en expérience patient et partenariat, etc.);
 - Identifier au sein de l'équipe de projet un leader clinique chef de projet qui supervisera l'ensemble de la transformation vers une unité de pratique intégrée;
 - Développer une vision commune et une compréhension partagée de l'approche centrée sur le patient et des grands principes associés aux services de santé axés sur la valeur;
- Entreprendre une révision des trajectoires et des processus pour le cancer du côlon et pour le cancer du rectum en visant une standardisation des pratiques au sein de l'établissement;

- Définir les besoins en personnels dédiés pour coordonner et soutenir les activités de l'unité de pratique intégrée;
- Définir les besoins en ressources matérielles, informationnelles et financières pour l'ensemble des activités liées à l'unité de pratique intégrée;
- Déterminer les meilleures modalités ou mécanismes pour accroître la collaboration entre les professionnels des diverses disciplines, mais aussi entre les professionnels d'une même discipline à travers les installations. Par exemple, créer des opportunités de rencontres interdisciplinaires, encourager la présentation des cas aux comités de diagnostic et traitement des tumeurs, développer des mécanismes de partage de l'expertise et de discussion des cas entre les chirurgiens colorectaux, généraux et oncologiques, développer des outils de travail communs;
- Établir des corridors de services avec l'oncologie, la radio-oncologie, la gastro-entérologie, la radiologie, la pathologie et d'autres spécialités médicales appelées à collaborer à la prise en charge des patients atteints d'un cancer colorectal incluant les ressources de soins de première ligne et les organismes communautaires;
- Créer des liens avec le secteur de la recherche afin de favoriser un accès équitable aux projets de recherche du CHU de Québec pour les patients atteints d'un cancer colorectal;
- Définir et valider les indicateurs importants et utiles à suivre au niveau des processus et des résultats cliniques et rapportés par le patient ainsi que des cibles d'atteinte des objectifs. Les indicateurs proposés par l'*International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM)* et certains des informateurs clés rencontrés lors de l'élaboration du présent rapport pourraient être considérés (p. ex. : taux de stomies permanentes, fuites anastomotiques, taux de survie, durée du séjour hospitalier, cicatrices, fonctions sexuelle et urinaire, effets secondaires de la chimiothérapie/neuropathie, retour au travail, retour le plus près possible au niveau de base, qualité de vie). L'implication des patients dans le choix des indicateurs serait essentielle;
- Réaliser des cycles d'amélioration continue pour mesurer l'atteinte des objectifs en s'appuyant sur les indicateurs de processus et de résultats de santé développés afin de favoriser une gestion dynamique de la trajectoire.

3- Initier un chantier de transformation numérique visant à collecter, extraire et analyser les indicateurs de résultats et les coûts reliés aux trajectoires de soins en cancer colorectal

Cette étape devrait être réalisée en parallèle au processus de création de l'unité de pratique intégrée et de la révision des trajectoires :

- Constituer une équipe de projet intégrant les acteurs cliniques concernés et des représentants des directions des ressources informationnelles (DRI) et de la performance clinique et organisationnelle (DPCO), de l'informatique clinique de la Direction des soins infirmiers (DSI) et du Bureau d'expertise en expérience patient et partenariat (BEEPP);
- Identifier des méthodes de mesures et des solutions informatiques permettant de collecter de manière prospective et d'exploiter les données cliniques et les résultats rapportés par les patients en vue d'une utilisation pour le suivi individuel des patients, l'évaluation de la pratique et la performance de l'organisation. Des applications informatiques déjà existantes ou en cours de développement au CHU de Québec ou ailleurs pourraient être envisagées. Par exemple, l'expérience récente de l'équipe de l'unité des soins intensifs de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus concernant le développement et le déploiement d'un outil de documentation informatisé au chevet du patient pourrait être inspirante;
- Développer une méthode d'identification des coûts des services de santé à partir des données disponibles dans le système de coût par parcours de soins et de services (CPSS) pour chacune des trajectoires de soins du cancer colorectal. Une collaboration avec des équipes de recherche serait à privilégier afin d'optimiser la mesure des coûts;
- Élaborer un tableau de bord permettant de suivre les indicateurs d'intérêts (processus, résultats cliniques et rapportés par les patients, coûts). Les données recueillies devraient servir pour des comparaisons à l'interne et éventuellement avec d'autres établissements à l'externe (*benchmarking*);
- Définir les besoins en ressources humaines pour soutenir les activités de collecte, d'extraction et d'exploitation des données ainsi que les besoins en ressources matérielles et financières.

8. CONCLUSION

Le présent rapport visait à déterminer quel modèle d'organisation des SSAV devrait être privilégié au CHU de Québec pour la prise en charge des patients atteints d'un cancer colorectal. Les données de la littérature portant sur des expériences d'hôpitaux ayant implanté une organisation des SSAV en oncologie sont très limitées. Toutefois, il apparaît que certaines des composantes de ce modèle prises individuellement pourraient avoir des effets prometteurs et un impact positif sur les processus et les résultats de santé. Plusieurs organismes spécialisés dans l'organisation des soins et des services de santé ont d'ailleurs proposé des stratégies d'implantation. L'intégration et la coordination des soins tout au long du continuum de soins par l'entremise de la mise sur pied d'unités de pratique intégrée, la mesure des processus, des résultats de santé et rapportés par les patients et des coûts et le suivi des données via des plateformes technologiques de l'information constitueraient les éléments phares des modèles d'organisation des SSAV.

Au CHU de Québec, l'environnement semble favorable à l'implantation d'un modèle d'organisation des SSAV. L'engagement de la haute direction de l'établissement, l'intérêt des membres de l'équipe en colorectal et des patients partenaires envers ce modèle et la présence d'un Centre de référence suprarégional en chirurgie colorectale constituent des atouts. Cependant, plusieurs enjeux relevés dans le cadre de la présente évaluation sont à considérer en lien notamment avec l'absence d'une trajectoire formelle pour le cancer du côlon, d'une équipe interdisciplinaire intégrée pour l'ensemble des activités de soins en cancer colorectal, de mesures standardisées d'indicateurs de résultats (processus, cliniques et rapportés par le patient) et des coûts et de technologies de l'information performantes permettant la collecte, l'exploitation et la valorisation des données. Dans ce contexte, l'initiation d'une transformation organisationnelle des soins en vue d'implanter un modèle de SSAV au CHU de Québec constitue une avenue susceptible de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients atteints d'un cancer colorectal. Des travaux relatifs au développement d'une unité de pratique intégrée pour ces patients et à l'amélioration des méthodes actuelles de collecte et d'extraction des résultats et des coûts devraient être entrepris. Une telle transformation organisationnelle doit se planifier et être menée progressivement, par apprentissage, sur plusieurs années pour faciliter l'adhésion des intervenants et des patients et s'harmoniser avec le chantier lancé récemment par l'établissement visant l'implantation d'une nouvelle approche de soins dans un contexte de pénurie de ressources. Bien que le réseau de la santé et des services sociaux soit déjà en évolution vers une organisation des SSAV à plusieurs égards, implanter un tel modèle représente un changement de culture important ayant des impacts sur l'organisation, la gestion, le travail des cliniciens et les pratiques, mais avec des impacts positifs pour créer de la valeur et recentrer les soins sur les patients.

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>value based healthcare, value-based healthcare, VBH, VBHC, accountable care organization, integrated practice unit</i>				
Sites en français : <i>SSAV, soins axés sur la valeur, VBH</i>				
Sites Internet généraux visités				
ACMETS	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé	Canada	http://www.cadth.ca/fr	0
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>	États-Unis	http://www.ahrq.gov/	1
AMC	Association médicale canadienne	Canada	https://www.cma.ca/	0
CEBM	<i>Centre for Evidence-based Medicine</i>	Royaume-Uni	http://www.cebm.net/	0
CMQ	Collège des médecins du Québec	Canada (Québec)	http://www.cmq.org/	0
ETMIS-CHUM	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du Centre hospitalier de l'Université de Montréal	Canada (Québec)	https://www.chumontreal.qc.ca/a-propos	0
ETMIS-IUCPQ	Comité ETMIS de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec	Canada (Québec)	http://iucpq.qc.ca/fr/institut/qualite-et-performance/evaluation-des-technologies-et-modes-d-intervention-en-sante-etmis/accueil	0
HAS	Haute Autorité de Santé	France	http://www.has-sante.fr/	0
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	Canada (Québec)	http://www.inesss.qc.ca/	0
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec	Canada (Québec)	https://www.inspq.qc.ca/	0
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
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>	Royaume-Uni	http://www.nice.org.uk/	0
NIHR HTA	<i>National Institute for Health Research Health Technology Assessment programme</i>	Royaume-Uni	http://www.nets.nihr.ac.uk/programmes/hta	0
OHTAC	<i>Ontario Health Technology Advisory Committee</i>	Canada (Ontario)	http://www.hqontario.ca/evidence	1
OMS	Organisation mondiale de la Santé	International	http://www.who.int/fr/	0
PHAC	<i>Public Health Agency of Canada</i>	Canada	https://www.canada.ca/en/public-health.html	0
SIGN	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>	Écosse	http://www.sign.ac.uk/	0
TAU-MUHC	<i>Technology Assessment Unit-McGill University Health Centre</i>	Canada (Québec)	https://muhc.ca/tau/page/tau-reports	0
UETMIS – CIUSSS de l'Estrie - CHUS	UETMISSS du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre	Canada (Québec)	https://www.santeestrie.qc.ca/professionnels/ressources-pour-les-professionnels/uetmisss/	0

Acronyme	Nom	Pays (province)	Site Internet	Résultat de la recherche (n)
	hospitalier universitaire de Sherbrooke			
VORTAL	HTAi vortal	International	http://vortal.htai.org/?q=search_websites	4
Sites Internet d'organismes et d'associations professionnelles spécifiques au sujet				
Chirurgie colorectale				
ACPGBI	<i>The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland</i>	Royaume-Uni	https://www.acpgbi.org.uk	0
ASCRS	<i>American Society of Colon and Rectal Surgeons</i>	États-Unis	https://fascrs.org	3
CSCRS	<i>Canadian Society of Colon and Rectal Surgeons</i>	Canada	https://cscrs.ca	0
CSSANZ	<i>Colorectal Surgical Society of Australia and New Zealand</i>	Australie / Nouvelle-Zélande	https://www.cssanz.org	0
ERAS	<i>ERAS Society</i>	International	https://erassociety.org	1
ESCP	<i>European Society of Coloproctology</i>	Europe	https://www.escp.eu.com	0
SAGES	<i>Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons</i>	États-Unis	https://www.sages.org	1
Qualité des soins				
FCASS	Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé	Canada	https://www.fcass-cfni.ca	1
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé	Canada	https://www.cihi.ca/fr	0
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>	États-Unis	http://www.ihl.org	4
ISQ	Institut de la statistique du Québec	Canada (Québec)	https://statistique.quebec.ca	4
NHS	<i>National Health Services</i>	Royaume-Uni	https://www.nhs.uk	0
NIH	<i>National Institutes of Health</i>	États-Unis	https://www.nih.gov	6
---	<i>Choosing Wisely Canada</i>	Canada (Québec)	http://www.choosingwisely.org/	0
---	<i>Choosing Wisely</i>	États-Unis	https://choosingwiselycanada.org/	0
NOMBRE DE DOCUMENTS RÉPERTORIÉS				26

Dernière recherche effectuée le : 10-01-2022

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 : value based healthcare, value-based healthcare, VBH, VBHC, accountable care organization, integrated practice unit				
ICER	Institute for Clinical and Economic Review		www.icer-review.org	0
IHE	Institute for Health Economics	Canada	www.ihe.ca	1
NHS-EED (CRD)	Center for Reviews and Dissemination	Royaume-Uni	http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/	0
PATH	Programs for Assessment of Technology in Health - Université McMaster	Canada	http://www.path-hta.ca/Home.aspx	0
THETA	Toronto Health Economics and Technology Assessment Collaborative	Canada	http://theta.utoronto.ca/home	0
NOMBRE DE DOCUMENTS RÉPERTORIÉS				1

Dernière recherche effectuée le : 10-01-2022

Autres sources documentaires

Noms	Site Internet	Résultat de la recherche (n)
Mots-clés		
Sites en anglais : value based healthcare, value-based healthcare, VBH, VBHC, accountable care organization, integrated practice unit		
Google	http://google.ca/	14
Google Scholar	http://scholar.google.ca/	15
Scientific Research Publishing	http://www.scirp.org	0
NOMBRE DE DOCUMENTS RÉPERTORIÉS		29

Dernière recherche effectuée le : 10-01-2022

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

PubMed

ligne	Stratégies
#1	((("value based" OR value-based OR high-value) AND ("health care" OR healthcare OR care)) OR VBH OR VBHC
#2	"accountable care organization*" OR "accountable care organizations"[Mesh] OR "integrated practice unit*" OR IPU
#3	"Value-Based Purchasing"[Mesh] OR "value-based purchasing"
#4	"Neoplasms"[Mesh] OR neoplas* OR Cancer* OR tumor* OR malignant* OR oncology
#5	(#1 OR #2 OR #3) AND #4
#6	#5 NOT (editorial[Filter] OR review[Filter] OR letter[Filter] OR comment[Filter])
#7	#6 AND ((2000/1/1:3000/12/12[mdat]) AND (english[Filter] OR french[Filter]))

- 988 documents répertoriés, recherche effectuée le 10 janvier 2022

Embase (Elsevier)

ligne	Stratégies
#1	('value based' OR 'high value') AND ('health care' OR healthcare OR care) OR vbh OR vbhc
#2	'accountable care organization'/exp OR 'accountable care organization' OR 'integrated practice unit' OR ipu
#3	'purchasing'/exp OR 'value-based purchasing'
#4	'neoplasm'/exp OR neoplas* OR cancer* OR tumor* OR malignant* OR oncology
#5	(#1 OR #2 OR #3) AND #4
#6	#5 NOT ([editorial]/lim OR [letter]/lim OR [review]/lim)
#7	#6 AND ([english]/lim OR [french]/lim) AND [1-1-2000]/sd

- 2231 documents répertoriés, recherche effectuée le 10 janvier 2022

Collaboration Cochrane

ligne	Stratégies
#1	((("value based" OR value-based OR high-value) AND ("health care" OR healthcare OR care)) OR VBH OR VBHC):ti,ab,kw
#2	MeSH descriptor: [Accountable Care Organizations] explode all trees
#3	"accountable care organization*" OR "integrated practice unit*" OR IPU
#4	#2 OR #3
#5	MeSH descriptor: [Value-Based Purchasing] explode all trees
#6	"value-based purchasing"
#7	#5 OR #6
#8	MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees
#9	neoplas* OR Cancer* OR tumor* OR malignant* OR oncology
#10	#8 OR #9
#11	#1 OR #4 OR #7
#12	#11 AND #10
#13	#12 with Cochrane Library publication date Between Jan 2000 and June 2021, in Cochrane Reviews

- 3 documents répertoriés, recherche effectuée le 10 janvier 2022

Centre for Review and Dissimulation

ligne	Stratégies
#1	((("value based" OR value-based OR high-value) AND ("health care" OR healthcare OR care)) OR VBH OR VBHC)
#2	MeSH DESCRIPTOR Accountable Care Organizations EXPLODE ALL TREES
#3	("accountable care organization*" OR "integrated practice unit*" OR IPU)
#4	MeSH DESCRIPTOR Value-Based Purchasing EXPLODE ALL TREES
#5	("value-based purchasing")
#6	MeSH DESCRIPTOR Neoplasms EXPLODE ALL TREES
#7	(neoplas* OR Cancer* OR tumor* OR malignan* OR oncology)
#8	#2 OR #3
#9	#4 OR #5
#10	#6 OR #7
#11	#1 OR #8 OR #9
#12	#10 AND #11
#13	#12, limite de date: à partir de 2000

- 6 documents répertoriés, recherche effectuée le 10 janvier 2022

CINAHL Plus with Full Text

ligne	Stratégies
#1	((("value based" OR value-based OR high-value) AND ("health care" OR healthcare OR care)) OR VBH OR VBHC)
#2	"accountable care organization*" OR (MH "Accountable Care Organizations") OR "integrated practice unit*" OR IPU
#3	(MH "Value-Based Purchasing") OR "value-based purchasing"
#4	(MH "Neoplasms+") OR neoplas* OR Cancer* OR tumor* OR malignan* OR oncology
#5	(#1 OR #2 OR #3) AND #4
#6	#5 AND <ul style="list-style-type: none"> • Opérateurs de restriction - Date de publication: 20000101-20211231 • Recherche détaillée par Language: - English, French

- 555 documents répertoriés, recherche effectuée le 10 janvier 2022

EconLit

ligne	Stratégies
#1	((("value based" OR value-based OR high-value) AND ("health care" OR healthcare OR care)) OR VBH OR VBHC)
#2	"accountable care organization*" OR "integrated practice unit*" OR IPU
#3	"value-based purchasing"
#4	neoplas* OR Cancer* OR tumor* OR malignan* OR oncology
#5	(#1 OR #2 OR #3) AND #4
#6	#5, Limites : Français, anglais, à partir de 2000

- 8 documents répertoriés, recherche effectuée le 10 janvier 2022

ABI/INFORM Global

ligne	Stratégies
#1	((("value based" OR value-based OR high-value) AND ("health care" OR healthcare OR care)) OR VBH OR VBHC)
#2	MAINSUBJECT.EXACT("Accountable care organizations") OR ("accountable care organization*") OR ("integrated practice unit*") OR (IPU)
#3	("value-based purchasing")
#4	(neoplas* OR Cancer* OR tumor* OR malignan* OR oncology)
#5	(#1 OR #2 OR #3) AND #4
#6	#6, Limites : Français, anglais, à partir de 2000

- 202 documents répertoriés, recherche effectuée le 10 janvier 2022

Web of Sciences

ligne	Stratégies
#1	ALL=((("value based" OR value-based OR high-value) AND ("health care" OR healthcare OR care)) OR ALL=VBH OR ALL=VBHC
#2	ALL="accountable care organization*" OR ALL="integrated practice unit*" OR ALL=IPU
#3	ALL="value-based purchasing"
#4	ALL=(neoplas* OR Cancer* OR tumor* OR malignan* OR oncology)
#5	(#1 OR #2 OR #3) AND #4
#6	#6, Limites : Français, anglais, à partir de 2000

- 1447 documents répertoriés, recherche effectuée le 10 janvier 2022

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 : <i>value based healthcare, value-based healthcare, VBH, VBHC, accountable care organization, integrated practice unit</i>			
PROSPERO	Centre for Reviews and Dissemination	http://www.crd.york.ac.uk/prospero/	6
Cochrane	The Cochrane Library	www.thecochranelibrary.com	0
ECR			
Mots-clés : <i>value based healthcare, value-based healthcare, VBH, VBHC, accountable care organization, integrated practice unit</i>			
	U.S. National Institute for Health Research	http://www.Clinicaltrials.gov	2
	Current Controlled Trials Ltd.	http://www.controlled-trials.com	0
NOMBRE DE DOCUMENTS RÉPERTORIÉS			8

Dernière recherche effectuée le : 10-01-2022

ANNEXE 4. INDICATEURS DE SANTÉ EN CANCER COLORECTAL

Oncologiques:

- survie globale (≥ 3 ans)
- survie sans récurrence (≥ 3 ans)
- incidence de récurrence locale (≥ 3 ans)

Pathologiques:

- qualité du spécimen
- marge de résection négative
- nombre de ganglions excisés

Périopératoires:

- mortalité à 30 jours
- morbidité
- fuites anastomotiques
- durée d'hospitalisation
- taux de réadmissions
- taux d'utilisation de protocoles ERAS

Basés sur le patient:

- taux de stomies permanentes
- proportion des chirurgies laparoscopiques (minimalement invasive)
- délais de prise en charge
- taux de consultations en stomothérapie préopératoire
- qualité de l'enseignement préopératoire

ANNEXE 5. LISTE DES PUBLICATIONS EXCLUES

Ne répondent pas aux critères d'admissibilité (n = 176)

- Baptist South Florida takes the ACO approach. *H&HN: Hospitals & Health Networks*. 2015; 89(5): 38-.
- ASCO Issues Guidelines for Developing Clinical Pathways That Promote Value-Based Care. *Oncology Nurse-APN/PA*. 2016; 9(3): 10-.
- NCCN Panel Debates Cancer Care in Value-Based Healthcare Models. *Journal of Oncology Navigation & Survivorship*. 2018; 9(9): 373-5.
- Real-World Applications of Value-Based Care in Oncology. *Oncology Pharmacist*. 2020; 13(2): 12-.
- Abdulla AG, Ituarte PH, Wiggins R, Teisberg EO, Harari A, Yeh MW. Endocrine surgery as a model for value-based health care delivery. *Surgical neurology international*. 2012; 3: 163.
- Abrahams E, Balch A, Goldsmith P, Kean M, Miller AM, Omenn G, et al. Clinical Pathways: Recommendations for Putting Patients at the Center of Value-Based Care. *Clinical Cancer Research*. 2017; 23(16): 4545-9.
- Acampora A, Fauci AJ, Cadeddu C, Angioletti C, De Belvis AG, Iannone P. Setting indicators for oncological clinical pathways: a 2-round Delphi method and face-to-face meeting. *European Journal of Public Health*. 2020; 30.
- Agarwal R, Shuk E, Romano D, Genoff M, Li Y, O'Reilly EM, et al. A mixed methods analysis of patients' advance care planning values in outpatient oncology: Person-Centered Oncologic Care and Choices (P-COCC). *Supportive Care in Cancer*. 2020; 28(3): 1109-19.
- Albright BB, Lewis VA, Ross JS, Colla CH. Preventive Care Quality of Medicare Accountable Care Organizations Associations of Organizational Characteristics With Performance. *Medical Care*. 2016; 54(3): 326-35.
- Alimi Y, Asemota A, Safar B, Fang S, Gearhart S, Efron J, et al. Optimizing colorectal surgery outcomes: What is the contribution of surgeon specialty? *Diseases of the Colon and Rectum*. 2016; 59(5): e360.
- Alison LM. Oncology nurse navigators: putting the "value" in value-based payment models. *The American journal of managed care*. 2018; 24(5 Spec No.): Sp128-sp9.
- Alkhudair N, Alshamrani M, Samarkandi H, Almudaheem H, Alabdulkarim H, Alsaqaaby M, et al. Cancer Management in Saudi Arabia: Recommendations by the Saudi Oncology Health Economics Expert Group (SHARP). *Saudi Pharmaceutical Journal*. 2021; 29(2): 115-20.
- Allen CJ, Eska JS, Thaker NG, Feeley TW, Kaplan RS, Huey RW, et al. Developing a Value Framework: Utilizing Administrative Data to Assess an Enhanced Care Initiative. *The Journal of surgical research*. 2021; 262: 115-20.
- Allen CJ, Thaker NG, Prakash L, Kruse BC, Feeley TW, Kaplan RS, et al. Communicating Value: Use of a Novel Framework in the Assessment of an Enhanced Recovery Initiative. *Annals of Surgery*. 2021; 273(1): E7-E9.
- Alvarnas J, Majkowski GR, Levine AM. Moving Toward Economically Sustainable Value-Based Cancer Care in the Academic Setting. *Jama Oncology*. 2015; 1(9): 1221-2.
- Arshoff L, Hoag G, Ivany C, Kinniburgh D. Laboratory medicine: The exemplar for value-based healthcare. *Healthcare Management Forum*. 2021; 34(3): 175-80.
- Aston G. A Hard Look at cancer services. *Hospitals & Health Networks*. 2015; 89(5): 36-9.
- Aviki E, Schleicher SM, Mullangi S, Matsoukas K, Korenstein D. Value-based healthcare delivery models in oncology: A systematic review. *Journal of Clinical Oncology*. 2018; 36(15).
- Aviki EM, Schleicher SM, Mullangi S. The Oncology Care Model and Other Value-Based Payment Models in Cancer Care. *Jama Oncology*. 2019; 5(3): 298-9.
- Aviki EM, Schleicher SM, Mullangi S, Matsoukas K, Korenstein D. Alternative Payment and Care-Delivery Models in Oncology: A Systematic Review. *Cancer*. 2018; 124(16): 3293-306.
- Bach PB, Edge SB, House L, Malin J, Mohler JL, Goodman C. NCCN Roundtable: Value-Based Decision-Making at the Bedside. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2015; 13(5.5): 659-61.
- Bae JM. Strategies for Appropriate Patient-centered Care to Decrease the Nationwide Cost of Cancers in Korea. *Journal of preventive medicine and public health = Yebang Uihakhoe chi*. 2017; 50(4): 217-27.
- Baldotto C, Araujo LH, Zukin M, Baptista M, De Mello Andrade P, Carvalho N, et al. Implementation of an international value-based standard set of outcomes for lung cancer patients in a Brazilian center. *Journal of Thoracic Oncology*. 2017; 12(1): S1442-S3.
- Baldotto C, Teich N, Monteiro M, Aguiar P, Andrade MC, Longo C, et al. Implementation of a Lung Cancer Value-Based Care Framework in a Low and Middle-Income Country Institution. *Journal of Thoracic Oncology*. 2021; 16(3): S191-S.

Basch E, Hershman D, Gurtshaw C, Schweizer AP, Krzyzanowska M. ASCO's Quality Care Symposium and the Evolving Science of Value-Based Care. *Jco Oncology Practice*. 2020; 16(3): 113-+.

Basch E, Wilfong L, Schrag D. Adding Patient-Reported Outcomes to Medicare's Oncology Value-Based Payment Model. *Jama-Journal of the American Medical Association*. 2020; 323(3): 213-4.

Bateni SB, Gingrich AA, Hoch JS, Canter RJ, Bold RJ. Defining Value for Pancreatic Surgery in Early-Stage Pancreatic Cancer. *Jama Surgery*. 2019; 154(10).

Beed G, Owens GM, Benson AB, 3rd, Klein IM, Silver SM, Beveridge RA, et al. Defining Value in Cancer Care: AVBCC 2012 Steering Committee Report. *American health & drug benefits*. 2012; 5(4): 202-17.

Bentley T, Aggarwal H, Ortendahl J, Anene A, Purdum A. Economic implications of instituting clinical care pathways in metastatic colorectal cancer. *Journal of Managed Care and Specialty Pharmacy*. 2016; 22: S29.

Bernstein SJ. Accountable Care Organizations and the Practice of Oncology. *Journal of Oncology Practice*. 2013; 9(3): 122-4.

Berry LL, Beckham D. Team-based care at Mayo Clinic: a model for ACOs. *Journal of healthcare management / American College of Healthcare Executives*. 2014; 59(1): 9-13.

Betteley A. A new standard of care for patients with cancer. *RCNi* 2016:14-.

Bhama AR, Holubar SD, Delaney CP. Health Care Policy and Outcomes after Colon and Rectal Surgery: What Is the Bigger Picture?-Cost Containment, Incentivizing Value, Transparency, and Centers of Excellence. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*. 2019; 32(3): 212-9.

Bhatia AK, Das DG, Wujcik D, Owenby S, Hall WD, Smith T, et al. Meeting lung cancer value based care requirements with documentation of patient goals and preferences. *Journal of Clinical Oncology*. 2019; 37(27).

Bishop J. Designing new systems of care to deliver value based health care. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*. 2015; 11: 99-

Blayney DW, Simon MK, Podtshaske B, Ramsey S, Shyu M, Lindquist C, et al. Critical Lessons From High-Value Oncology Practices. *Jama Oncology*. 2018; 4(2): 164-71.

Borza T, Kaufman SR, Yan P, Herrel LA, Luckenbaugh AN, Miller DC, et al. Early Effect of Medicare Shared Savings Program Accountable Care Organization Participation on Prostate Cancer Care. *Cancer*. 2018; 124(3): 563-70.

Borza T, Oerline MK, Skolarus TA, Norton EC, Dimick JB, Jacobs BL, et al. Association Between Hospital Participation in Medicare Shared Savings Program Accountable Care Organizations and Readmission Following Major Surgery. *Annals of Surgery*. 2019; 269(5): 873-8.

Bosserman LD. Changing oncology compliance standards: step 1 in re-valuing clinician workload for value-based cancer care. *Journal of Community and Supportive Oncology*. 2015; 13(9): 307-9.

Bosserman LD. Pathways, processes, team work: paving the way for value-based care with the quadruple aim. *Journal of Community and Supportive Oncology*. 2016; 14(7): 287-90.

Brady AP, Bello JA, Derchi LE, Fuchsjager M, Goergen S, Krestin GP, et al. Radiology in the era of value-based healthcare: A multi-society expert statement from the ACR, CAR, ESR, IS3R, RANZCR and RSNA. *Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology*. 2021; 65(1): 60-6.

Branning G, Lynch M, Hayes K. Value-Based Agreements in Healthcare: Willingness versus Ability. *American health & drug benefits*. 2019; 12(5): 232-4.

Brillstein LMPH. Navigating the Complexities of Value-Based Cancer Care. *Managed Healthcare Executive*. 2019; 29(11): 7.

Brown EG, Bateni SB, Burgess D, Li CS, Bold RJ. Interhospital Variability in Quality Outcomes of Pancreatic Surgery. *The Journal of surgical research*. 2019; 235: 453-8.

Buffery D. Health Economics in Oncology: A Necessary Tool for Value-Based Patient Care. *American Health and Drug Benefits*. 2015; 8(4): 184-.

Butcher L. High standards. NCQA-approved practice a test for value-based care. *Modern healthcare*. 2011; 41(11): 40.

Callahan R, Darzi A. Five Policy Levers To Meet The Value Challenge In Cancer Care. *Health Affairs*. 2015; 34(9): 1563-8.

Camilleri M, Katzka DA. Enhancing High Value Care in Gastroenterology Practice. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2016; 14(10): 1376-84.

Caro-Mendivelso J, Barrionuevo-Rosas L, Solans M, Almazán C. Value-based healthcare in Catalonia. Challenges and opportunities to contribute to the future. Barcelona: *Catalan Agency for Healthcare Quality and Assessment (AQuAS)* Department of Health. Government of Catalonia; 2019.

Cella D. Value-based cancer care and the patient perspective. *Journal of Community and Supportive Oncology*. 2016; 14(11): 445-6.

Chawla A, Westrich K, Dai A, Mantels S, Dubois RW. US Care Pathways: Continued Focus on Oncology and Outstanding Challenges. *American Journal of Managed Care*. 2019; 25(6): 280-+.

Cherkaoui Z, González C, Wakabayashi T, Delattre B, Léost E, Serra S, et al. A Standard Set of Value-Based Patient-Centered Outcomes for Pancreatic Carcinoma: An International Delphi Survey. *Ann Surg Oncol*. 2021; 28(2): 1069-78.

Chino F. High-Value Cancer Care and the Problem With Surrogate Endpoints in the Quality/Cost Equation. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2019; 17(12): 1569-70.

Chirikov VV, Mullins CD, Hanna NN, Breunig IM, Seal B, Shaya FT. Multidisciplinary physician care and mortality in hepatocellular carcinoma. *Value in Health*. 2013; 16(3): A185.

Cohen JT, Anderson JE, Neumann PJ. Three Sets of Case Studies Suggest Logic and Consistency Challenges with Value Frameworks. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*. 2017; 20(2): 193-9.

Cohn DE, Ko E, Meyer LA, Wright JD, Temkin SM, Foote J, et al. The “value” of value in gynecologic oncology practice in the United States: Society of Gynecologic Oncology evidence-based review and recommendations. *Gynecologic Oncology*. 2017; 145(1): 185-91.

Cole AP, Krasnova A, Ramaswamy A, Friedlander DF, Fletcher SA, Sun M, et al. Prostate cancer in the medicare shared savings program: are Accountable Care Organizations associated with reduced expenditures for men with prostate cancer? *Prostate Cancer and Prostatic Diseases*. 2019; 22(4): 593-9.

Colla CH, Lewis VA, Gottlieb DJ, Fisher ES. Cancer spending and accountable care organizations: Evidence from the Physician Group Practice Demonstration. *Healthcare-the Journal of Delivery Science and Innovation*. 2013; 1(3-4): 100-7.

Colman G, Hardeman E, Moorad JG. Enhancing the quality of the patient experience in an academic medical center. *Journal of Clinical Oncology*. 2013; 31(31).

Conti RM. Expanding the scope of the National Practice Oncology Benchmark would be a critical source for understanding outpatient oncology practice costs and profits in a time of change. *Journal of Oncology Practice*. 2015; 11(1): e95-e7.

Cormier JN, Cromwell KD, Pollock RE. Value-Based Health Care A Surgical Oncologist's Perspective. *Surgical Oncology Clinics of North America*. 2012; 21(3): 497-+.

Culumber J, Kiss B, Fernandez HF, Wartenberg K, DeMaria L, Shimkhada R, et al. Building a specialty accountable care organization (ACO) for cancer: Using cost groupers in breast cancer (BC) and malignant hematology (MH). *Journal of Clinical Oncology*. 2013; 31(31).

Curtis J, Bernhard L, Carlstrom KD, Gerd S, Hudson V, McLellan L, et al. A process for identifying and implementing BMT value-based care initiatives: Cleveland clinic experience. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*. 2016; 22(3): S430.

Dallili D, Isaac A, Rashidi A, Astrom G, Fritz J. Image-guided Sports Medicine and Musculoskeletal Tumor Interventions: A Patient-Centered Model. *Seminars in Musculoskeletal Radiology*. 2020; 24(03): 290-309.

Dalzell MD. Fred Hutchinson Report Plots The Nexus of Cost and Quality. *Managed care (Langhorne, Pa)*. 2018; 27(7): 8-9.

Damman OC, Jani A, de Jong BA, Becker A, Metz MJ, de Bruijne MC, et al. The use of PROMs and shared decision-making in medical encounters with patients: An opportunity to deliver value-based health care to patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2020; 26(2): 524-40.

Dang J, Delaisla J, Le K, Chau S, Pham N, Hertler A. Impact of the new century health value-based oncology program. *Journal of Managed Care and Specialty Pharmacy*. 2018; 24: S99.

Demedts I, Himpe U, Bertrand P, Anthoons G, Bossuyt J, Baetens K, et al. Value based healthcare and patient reported outcome measures (PROMS) in clinical practice: pilot trial in lung cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2018; 36(15).

Demedts I, Himpe U, Bossuyt J, Anthoons G, Bode H, Bouckaert B, et al. Clinical implementation of value based healthcare: Impact on outcomes for lung cancer patients. *Lung Cancer*. 2021; 162: 90-5.

Dhanda JS, Richards S, Wells J, Woodard F. HCAs transform patients' experience of care through Macmillan Cancer Support's Values Based Standard. *British Journal of Healthcare Assistants*. 2014; 8(7): 334-40.

Diaz A, Nuliyalu U, Dimick JB, Nathan H. Variation in Surgical Spending Among the Highest Quality Hospitals for Cancer Surgery. *Ann Surg*. 2020.

Diaz A, Paredes AZ, Hyer JM, Pawlik TM. Variation in value among hospitals performing complex cancer operations. *Surgery*. 2020; 168(1): 106-12.

Dombrádi V, Bíró K, Jonitz G, Gray M, Jani A. Broadening the concept of patient safety culture through value-based healthcare. *J Health Organ Manag*. 2021

Doolin JW, Halpin M, Berry JL, Hshieh T, Zerillo JA. Why focus on patient-reported outcome measures in older colorectal cancer patients? *Ejso*. 2020; 46(3): 394-401.

Dorney KM, Rao SK, Sisodia RC, del Carmen MG. Gynecologic oncology care in the world of accountable care organizations. *Gynecologic Oncology Reports*. 2019; 30.

Doyle C. Value-Based Healthcare Delivery: The Agenda for Oncology. *American health & drug benefits*. 2015; 8(Spec Issue): 1-27.

Dvorak T, Rostorfer R, Smith J, Coltey D, Waters J, Mamounas E. Evaluation of quality, cost, and value in clinical stage IA breast cancer. *Cancer Research*. 2018; 78(4).

Eaton KD, Jagels B, Martins RG. Value-Based Care in Lung Cancer. *Oncologist*. 2016; 21(8): 903-6.

Edlin M. Oncology ACOS offer innovation for high-cost populations. *Managed Healthcare Executive*. 2014; 24(1): 6.

Ellimoottil C, Miller DC. Anticipating the effect of The Patient Protection and Affordable Care Act for patients with urologic cancer. *Urologic Oncology-Seminars and Original Investigations*. 2014; 32(2): 55-8.

Elnahal SM, Rosati LM, Moningi S, Hodgins M, Laheru DA, Fishman EK, et al. Multidisciplinary Oncology Clinics Deliver Higher Value Care. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*. 2016; 96(2): S133-S.

Ennis RD, Parikh AB, Sanderson M, Liu M, Isola L. Interpreting Oncology Care Model Data to Drive Value-Based Care: A Prostate Cancer Analysis. *Journal of Oncology Practice*. 2019; 15(3): 155-+.

Evans M. Test-driving an ACO: Norton Healthcare, Humana already seeing results in first year of pilot project. *Modern healthcare*. 2011; 41(36): 38-41.

Fahim M, Visser RA, Dijkstra LM, Biesma DH, Noordzij PG, Smits AB. Routine postoperative intensive care unit admission after colorectal cancer surgery for the elderly patient reduces postoperative morbidity and mortality. *Colorectal Disease*. 2020; 22(4): 408-15.

Fauci AJ, Acampora A, Cadeddu C, Angioletti C, De Belvis AG, Iannone P. Patient Reported Outcome Measures (PROMs) for quality of care assessment: a pilot study protocol. *European Journal of Public Health*. 2020; 30.

Fayanju OM, Mayo TL, Spinks TE, Lee S, Barcenas CH, Smith BD, et al. Value-Based Breast Cancer Care: A Multidisciplinary Approach for Defining Patient-Centered Outcomes. *Annals of Surgical Oncology*. 2016; 23(8): 2385-90.

Fayanju OM, Mayo TL, Spinks TE, Lee S, Barcenas CH, Smith BD, et al. Implementing value-based cancer care: A multidisciplinary approach to defining breast cancer outcomes. *Journal of Clinical Oncology*. 2016; 34(7).

Feinberg B, Feinberg I. Overall survival of the medical oncologist: a new outcome measurement in cancer medicine. *Cancer*. 1998; 82(10 Suppl): 2047-56.

FitzPatrick K, Liu M, Berizzi D, Shelton G. The race towards value-based care: training for a marathon. *Oncology Nursing Forum*. 2018; 45(2).

Frankel A, Haraden C, Federico F, Lenoci-Edwards J. A Framework for Safe, Reliable, and Effective Care. White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare; 2017.

Frye D. Managing to succeed. Advancing value-based cancer care: Physician network develops toolkit for commercial payer APMs. *Radiology Today*. 2018; 19(2): 8-9.

Galvez ACM, Sanchez FJ, Moreno CA, Fernandez AJP, Garcia RB, Lopez MC, et al. Value-Based Healthcare in Ostomies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(16).

Gautam S, Sylwestrzak G, Barron J, Chen XX, Eleff M, Debono D, et al. Results From a Health Insurer's Clinical Pathway Program in Breast Cancer. *Journal of Oncology Practice*. 2018; 14(11): 689-+.

Goldstein D. The Ethical and Practical Challenges of Value-Based Cancer Care at the Patient's Bedside. *JAMA Oncology*. 2016; 2(7): 860-1.

Govaert JA, Fiocco M, van Dijk WA, Scheffer AC, de Graaf EJ, Tollenaar RA, et al. Costs of complications after colorectal cancer surgery in the Netherlands: Building the business case for hospitals. *European journal of surgical oncology : the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*. 2015; 41(8): 1059-67.

Govaert JA, Govaert M, Fiocco M, van Dijk WA, Tollenaar R, Wouters M, et al. Hospital Costs of Colorectal Cancer Surgery for the Oldest Old: A Dutch Population-Based Study. *Journal of Surgical Oncology*. 2016; 114(8): 1009-15.

Govaert JA, Lijftogt N, van Dijk WA, Tseng LN, Liem RS, Tollenaar RA, et al. Colorectal cancer surgery for obese patients: Financial and clinical outcomes of a Dutch population-based registry. *J Surg Oncol*. 2016; 113(5): 489-95.

Gupta R, Roh L, Lee C, Reuben D, Naeim A, Wilson J, et al. The Population Health Value Framework: Creating Value by Reducing Costs of Care for Patient Subpopulations With Chronic Conditions. *Academic Medicine*. 2019; 94(9): 1337-42.

Harden S, Stirling R, Brand M, Zalberg J. Value-Based Healthcare Study (VBHC) for Treating Lung Cancer in Victoria, Australia. *Journal of Thoracic Oncology*. 2021; 16(3): S191-S.

Hawkins AT, Rothman RL, Geiger TM, Canedo JR, Edwards-Hollingsworth K, LaNeve DC, et al. Patient-Reported Outcome Measures in Colon and Rectal Surgery: A Systematic Review and Quality Assessment. *Diseases of the Colon & Rectum*. 2020; 63(8): 1156-67.

- Hennink SD, Hofland N, Gopie JP, van der Kaa C, de Koning K, Nielsen M, et al. Value-based healthcare in Lynch syndrome. *Familial Cancer*. 2013; 12(2): 347-54.
- Herrel LA, Kaufman SR, Yan P, Miller DC, Schroeck FR, Skolarus TA, et al. Health Care Integration and Quality among Men with Prostate Cancer. *Journal of Urology*. 2017; 197(1): 55-60.
- Herrel LA, Norton EC, Hawken SR, Ye Z, Hollenbeck BK, Miller DC. Early impact of Medicare accountable care organizations on cancer surgery outcomes. *Cancer*. 2016; 122(17): 2739-46.
- Holcombe RF, Evangelista M. Delivery of Quality Oncology Care in a Large, Urban Practice: A Primer. *Journal of Oncology Practice*. 2016; 12(10): 892-7.
- Hollenbeck BK, Kaufman SR, Borza T, Yan P, Herrel LA, Miller DC, et al. Accountable care organizations and prostate cancer care. *Urol Pract*. 2017; 4(6): 454-61.
- Hong YR, Nguyen O, Yadav S, Etzold E, Song J, Duncan RP, et al. Early Performance of Hospital Value-based Purchasing Program in Medicare: A Systematic Review. *Med Care*. 2020; 58(8): 734-43.
- Hunter J, Grant S, Delaney GP, Templeman K, Ussher J, Parton C, et al. Barriers and Facilitators to Integrative Oncology Services in Australia: A Changed Mind Set Required. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2021; 27: S89-S98.
- Hussain T, Chang HY, Veenstra CM, Pollack CE. Collaboration Between Surgeons and Medical Oncologists and Outcomes for Patients With Stage III Colon Cancer. *Journal of Oncology Practice*. 2015; 11(3): E388-E97.
- Ives A, Millar L, Slavova-Azmanova N, Bellgard M, Codde J, Saunders C. Measuring what's important to our patients: The continuous improvement in care-cancer (CIC cancer) project. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*. 2018; 14: 148.
- Kamal K, Covvey J, Dashputre A, Ghosh S, Zacker C. A conceptual framework for value-based oncology treatment: A societal perspective. *Journal of Managed Care and Specialty Pharmacy*. 2016; 22: S28.
- Kline RM, Brown M, Buescher N, Cox J, Horenkamp E, Hoverman R, et al. The Centers for Medicare & Medicaid Services Oncology Care Model Halfway Through: Perspectives from Diverse Participants. *Jnci-Journal of the National Cancer Institute*. 2019; 111(8): 764-71.
- Kokshagina O. Managing shifts to value-based healthcare and value digitalization as a multi-level dynamic capability development process. *Technological Forecasting and Social Change*. 2021; 172(1-2): 121072. Kokshagina O, Keränen J. Institutionalizing value-based healthcare in a service system: a policy and document analysis over three decades. *Journal of Business & Industrial Marketing*. 2021
- Koo AS, Jacoby DL. Review Article: Patient Centered Specialty Practice: A Value Based Care Solution for Urology Groups. *Urology Practice*. 2018; 5(4): 245-52.
- Lagendijk M, Mittendorf E, King TA, Gibbons C, Pusic A, Dominici LS. Incorporating Patient-Reported Outcome Measures into Breast Surgical Oncology: Advancing Toward Value-Based Care. *Oncologist*. 2020; 25(5): 384-90.
- Lam MB, Zheng J, Orav EJ, Jha AK. Early Accountable Care Organization Results in End-of-Life Spending Among Cancer Patients. *Jnci-Journal of the National Cancer Institute*. 2019; 111(12): 1307-13.
- Lewanczuk R, Chuck A, Todd K, Yiu V. Value in Healthcare: Designing an Integrated Value-Based Healthcare System. *Healthc Pap*. 2020; 19(1): 59-64.
- Li J, Ye ZJ, Dupree JM, Hollenbeck BK, Min HS, Kaye D, et al. Association of Delivery System Integration and Outcomes for Major Cancer Surgery. *Annals of Surgical Oncology*. 2018; 25(4): 856-63.
- Lobatto DJ, Najafabadi AHZ, de Vries F, Andela CD, van den Hout WB, Pereira AM, et al. Toward Value Based Health Care in pituitary surgery: application of a comprehensive outcome set in perioperative care. *European Journal of Endocrinology*. 2019; 181(4): 375-87.
- Loria K. Are we there yet? A look at 4 value-based care programs. *Managed Healthcare Executive*. 2020; 30(9): 37-9.
- Mahesh S. Value-Based Oncology: Ongoing Lessons From an Oncology Care Model. *Oncology Times*. 2018; 40(8): 36-7.
- Mashinchi MI, Ojo A, Sullivan FJ. Investigating analytics dashboards' support for the value-based healthcare delivery model. In *Proceedings of the Annual Hawaii International Conference on System Sciences*. 2020: 3659-68.
- Mate KS, Rakover J, Cordiner K, Noble A, Hassan N. Novel quality improvement method to reduce cost while improving the quality of patient care: Retrospective observational study. *BMJ Quality and Safety*. 2020; 29(7): 586-94.
- Modica C. The Value Transformation Framework: An Approach to Value-Based Care in Federally Qualified Health Centers. *Journal for Healthcare Quality*. 2020; 42(2): 106-12.
- Nabhan C, Smith Y, Klink A, Kish J, Feinberg B. Value-based care in oncology: challenges and barriers amongst community oncologists. *Value in Health*. 2018; 21: S41-S2.

- Nardi EA, Wolfson JA, Rosen ST, Diasio RB, Gerson SL, Parker BA, et al. Value, Access, and Cost of Cancer Care Delivery at Academic Cancer Centers. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2016; 14(7): 837-47.
- Nejati M, Razavi M, Harirchi I, Zendehelel K, Nejati P. The impact of provider payment reforms and associated care delivery models on cost and quality in cancer care: A systematic literature review. *Plos One*. 2019; 14(4).
- Nghiemphu PL, Dezelan D, Tran JH, Cloughesy TF, Liao LM, Ahn C, et al. Improving care coordination for brain tumor patients through value-based care redesign of a virtual integrated practice unit. *Journal of Clinical Oncology*. 2017; 35(8).
- Nussbaum DP, Rushing CN, Sun Z, Yerokun BA, Worni M, Saunders RS, et al. Hospital-level compliance with the commission on cancer's quality of care measures and the association with patient survival. *Cancer Med*. 2021; 10(11): 3533-44.
- Ong WL, Schouwenburg MG, van Bommel ACM, Stowell C, Allison KH, Benn KE, et al. A Standard Set of Value-Based Patient-Centered Outcomes for Breast Cancer The International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) Initiative. *Jama Oncology*. 2017; 3(5): 677-85.
- Page RD. Refining the Standard of Care: How Oncology Treatment Pathways Can Make a Difference. Alexandria, Virginia: American Society of Clinical Oncology 2016:143-4.
- Parikh RB, Bekelman JE, Hodlofski A, Navathe AS. New Mexico Cancer Center and the COME HOME Model: Pathways improving the value of community-based cancer care. *Healthcare (Amsterdam, Netherlands)*. 2018; 6(1): 88-94.
- Pastorino R, Parente P, Barbara A, Di Pumpo M, Tognetto A, Kheiraoui F, et al. Value BREAST Cancer Care: a pilot project to build a population and value based system of care. *European Journal of Public Health*. 2017; 27.
- Patel MI, Moore D, Milstein A. Redesigning Advanced Cancer Care Delivery: Three Ways to Create Higher Value Cancer Care. *Journal of Oncology Practice*. 2015; 11(4): 280-+.
- Patel MI, Ramirez D, Agajanian R, Agajanian H, Bhattacharya J, Bundorf KM. Lay Health Worker-Led Cancer Symptom Screening Intervention and the Effect on Patient-Reported Satisfaction, Health Status, Health Care Use, and Total Costs: Results From a Tri-Part Collaboration. *Jco Oncology Practice*. 2020; 16(1): 32-+.
- Patel MI, Ramirez D, Agajanian R, Agajanian H, Coker T. Association of a Lay Health Worker Intervention With Symptom Burden, Survival, Health Care Use, and Total Costs Among Medicare Enrollees With Cancer. *Jama Network Open*. 2020; 3(3).
- Pessaux P, Cherkaoui Z. ASO Author Reflections: A Standard Set of Value-Based Patient-Centered Outcomes for Pancreatic Carcinoma: An International Delphi Survey. *Ann Surg Oncol*. 2020; 27(Suppl 3): 773-4.
- Reesink DJ, van de Garde EMW, Somford DM, Meijer RP, Los M, Biesma DH, et al. Development of the First Patient-centred Set of Outcomes for Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer: A Multicentre Initiative. *European Urology Open Science*. 2021; 26: 18-26.
- Reinke T. Value-based Health Care: One Patient's Experience and What Really Matters. *Managed care (Langhorne, Pa)*. 2016; 25(10): 17-22.
- Rhoads KF, Patel MI, Ma Y, Schmidt LA. How do integrated health care systems address racial and ethnic disparities in colon cancer? *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2015; 33(8): 854-60.
- Rodgers G, Colella F, Monak M, Earl M, Poole C, Carrino C. Utilization of a team based care model to transform care in the era of value based care. *Oncology Nursing Forum*. 2019; 46(2).
- Roman BR, Awad MI, Patel SG. Defining Value-Driven Care in Head and Neck Oncology. *Current Oncology Reports*. 2015; 17(1).
- Sackman JE, Kuchenreuther MJ. Value-based healthcare in the: United Kingdom. *Pharmaceutical Technology*. 2015; 39(1): 26-76.
- Sampaio SGDSM, Motta LBD, Caldas CP. Value-based medicine and palliative care: how do they converge? *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*. 2019; 19(5): 509-15.
- Saunders C, Alcorn C, Cowan C, Fabbiano M. High-impact workflow changes for value-based care success. *The American journal of managed care*. 2017; 23(13 Spec No.): Sp514-sp6.
- Scardoni A, Sancini S, Ambrosio A, Signorelli C, Odone A. Managing transition to Value-Based hospital care pathways. *European Journal of Public Health*. 2020; 30.
- Schleicher SM, Wood NM, Seohyun L, Feeley TW. How the Affordable Care Act Has Affected Cancer Care in the United States: Has Value for Cancer Patients Improved? *Oncology (08909091)*. 2016; 30(5): 468-74.
- Schwartz AL, Chernew ME, Landon BE, McWilliams JM. Changes in Low-Value Services in Year 1 of the Medicare Pioneer Accountable Care Organization Program. *Jama Internal Medicine*. 2015; 175(11): 1815-25.
- Seymour EK, de Souza JA, Fendrick AM. Incorporating Value-Based Care Into Oncology. *Cancer Journal*. 2020; 26(4): 311-22.
- Shirk JD, Tan HJ, Hu JC, Saigal CS, Litwin MS. Patient Experience and Quality of Urologic Cancer Surgery in US Hospitals. *Cancer*. 2016; 122(16): 2571-8.

- Silva-Velazco J, Dietz DW, Stocchi L, Costedio M, Gorgun E, Kalady MF, et al. Considering Value in Rectal Cancer Surgery: An Analysis of Costs and Outcomes Based on the Open, Laparoscopic, and Robotic Approach for Proctectomy. *Annals of Surgery*. 2017; 265(5): 960-8.
- Smith PC, Sagan A, Siciliani L, Panteli D, McKee M, Soucat A, Figueras J. Building on value-based health care: Towards a health system perspective. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2021.
- Soliman R, Eweida W, Zamzam M, Elhaddad A, Abouelnaga S. The delivery of value-based healthcare for children with osteosarcoma at Children's Cancer Hospital Egypt. *Journal of Clinical Oncology*. 2017; 35.
- Soliman R, Zamzam M, Eweida W, Abouelnaga S. Development of a Standardized System for Measuring Value-Based Healthcare in Osteosarcoma at Children's Cancer Hospital Egypt. *Pediatric Blood & Cancer*. 2017; 64: S35-S6.
- Sox HC, Basch EM, Berwick D. Strategies to Achieve High-Value Oncology Care-A Beginning. *Jama Oncology*. 2018; 4(2): 171-2.
- Speakman D. The potential of integrated practice units to add value to cancer care – feasible or folly? *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*. 2015; 11: 100-.
- Sprague BL, Dittus KL, Pace CM, Dulko D, Pollack LA, Hawkins NA, et al. Patient Satisfaction With Breast and Colorectal Cancer Survivorship Care Plans. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2013; 17(3): 266-72.
- Stiefel M, Nolan K. A Guide to Measuring the Triple Aim: Population Health, Experience of Care, and Per Capita Cost. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: *Institute for Healthcare Improvement*; 2012.
- Takes RP, Halmos GB, Ridge JA, Bossi P, Merx MAW, Rinaldo A, et al. Value and Quality of Care in Head and Neck Oncology. *Current Oncology Reports*. 2020; 22(9).
- Tan RY, Met-Domestici M, Zhou K, Guzman AB, Lim ST, Soo KC, et al. Using Quality Improvement Methods and Time-Driven Activity-Based Costing to Improve Value-Based Cancer Care Delivery at a Cancer Genetics Clinic. *J Oncol Pract*. 2016; 12(3): e320-31.
- Teisberg E, Wallace S, O'Hara S. Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. *Acad Med*. 2020; 95(5): 682-5.
- Tozzi VD, Morando V, Ferrara L. Can Integrated Practice Units work without the set-up of Accountable Care Organisations? Lessons learnt from the Breast Units' experiences in Italian NHS. *International Journal of Integrated Care (IJIC)*. 2018; 18: 1-2.
- Valuck T, Blaisdell D, Dugan DP, Westrich K, Dubois RW, Miller RS, et al. Improving Oncology Quality Measurement in Accountable Care: Filling Gaps with Cross-Cutting Measures. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*. 2017; 23(2): 148-55.
- van Deen WK, Spiro A, Burak Ozbay A, Skup M, Centeno A, Duran NE, et al. The impact of value-based healthcare for inflammatory bowel diseases on healthcare utilization: a pilot study. *European journal of gastroenterology & hepatology*. 2017; 29(3): 331-7.
- van der Vlies E, Smits AB, Los M, van Hengel M, Bos WJW, Dijkman LM, et al. Implementation of a preoperative multidisciplinary team approach for frail colorectal cancer patients: Influence on patient selection, prehabilitation and outcome. *Journal of Geriatric Oncology*. 2020; 11(8): 1237-43.
- van Harten WH. Turning teams and pathways into integrated practice units: Appearance characteristics and added value. *International Journal of Care Coordination*. 2018; 21(4): 113-6.
- Van Loenhout CM, Van Den Bosch WF, Van Den Borne B, Schramel F, Herder J. "Care for Outcome" in Lung Cancer: A Santeon's Value Based Health Care Project. *Journal of Thoracic Oncology*. 2015; 10(9): S226-S.
- Velho PI, Floriani M, Matte MC, Bessel M, Adamy R, Parrini M, et al. Value-based health care (VBHC) decisions in localized prostate cancer treatments: a single institution experience. *Journal of Urology*. 2020; 203: E17-E.
- Walker B, Frytak J, Hayes J, Neubauer M, Robert N, Wilfong L. Evaluation of Practice Patterns Among Oncologists Participating in the Oncology Care Model. *Jama Network Open*. 2020; 3(5).
- Williams SB, Ray-Zack MD, Hudgins HK, Oldenburg J, Trinh QD, Nguyen PL, et al. Impact of Centralizing Care for Genitourinary Malignancies to High-volume Providers: A Systematic Review. *European Urology Oncology*. 2019; 2(3): 265-73.
- Wind A, Goncalves FR, Marosi E, da Pieve L, Groza M, Asioli M, et al. Benchmarking Cancer Centers: From Care Pathways to Integrated Practice Units. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2018; 16(9): 1075-83.
- Wong M, Jussaume L, Tupis A. Integrated Care Collaborative: Navigating Patients Through the Colorectal Cancer Continuum...Tenth Annual AONN+ Navigation & Survivorship Conference, November 6-10, 2019, Nashville, TN. *Journal of Oncology Navigation & Survivorship*. 2019; 10(11): 449-50.
- Wujcik D, Owenby ST, Khushman MM, Cameron D, Butler TW, Tinnea C, et al. Oncology practice changes during a multistep Oncology Care Model practice transformation project. *Journal of Clinical Oncology*. 2019; 37(31).
- Ying AK, Feeley TW, Porter ME. Value-based healthcare: implications for thyroid cancer. *International Journal of Endocrine Oncology*. 2016; 3(2): 115-29.

Zafar SY, Polite BN, McClellan M. Engaging Patients in Value-Based Cancer Care A Missed Opportunity. *Jama Oncology*. 2018; 4(11): 1479-80.

Zerillo JA, Schouwenburg MG, van Bommel ACM, Stowell C, Lippa J, Bauer D, et al. An International Collaborative Standardizing a Comprehensive Patient-Centered Outcomes Measurement Set for Colorectal Cancer. *Jama Oncology*. 2017; 3(5): 686-94.

Zweigenhaft B, Bosserman L, Kenney JT, Jr., Lawless GD, Marsland TA, Deligdish CK, et al. Defining Value in Cancer Care: AVBCC 2013 Steering Committee Report. *American health & drug benefits*. 2013; 6(5): 236-46.

ANNEXE 6. GUIDE D'ENTREVUE UTILISÉ POUR LA COLLECTE DE DONNÉES AUPRÈS D'INFORMATEURS CLÉS DU CHU DE QUÉBEC

Élément	Questions
Identification de l'informateur clé	
Identification	1. Tout d'abord, pourriez-vous m'expliquer en quelques mots votre rôle dans les soins aux patients atteints de CCR?
Position dans l'organisation	2. Quelle proportion de votre travail est consacrée aux patients atteints de CCR (par rapport à d'autres conditions) ?
Modèle d'organisation actuel : pour les composantes / étapes connues de l'informateur clé	
Trajectoire telle que vécue par le patient	3. Voici un schéma résumant la trajectoire d'un patient atteint de CCR : manque-t-il des étapes ? Y a-t-il des étapes en trop ? Est-ce qu'il y a des liens qui se font plus difficilement ?
Professionnels impliqués Structure administrative (hiérarchique, fonctionnelle) : pour directrices seulement	4. Pour les étapes auxquelles vous participez : quels sont les autres professionnels impliqués dans ces étapes ? 5. Pour ces divers professionnels : à quels équipes, services, directions, départements appartiennent-ils ? Qui sont leurs supérieurs ?
Structure physique (localisation des soins)	6. Pour les étapes auxquelles vous participez : où ont lieu les étapes de cette trajectoire ? Est-ce qu'un même patient doit se déplacer à plusieurs endroits ? 7. Est-ce que les professionnels qui travaillent dans différents endroits mais qui soignent le même patient ont l'occasion de se rencontrer en équipe (par exemple, pour parler du patient ou pour chercher collectivement des moyens de faire mieux) ?
Perception de l'organisation et du travail d'équipe	8. Quels intervenants font partie de l'équipe dans laquelle vous travaillez ? Est-ce que cette équipe prend en charge des patients qui ont d'autres conditions que le CCR ?
Perception du travail d'équipe, de la coordination, de la communication ou de l'intégration	9. Si vous pensez à un patient particulier atteint de CCR : est-ce que les principaux professionnels qui en prennent soin se connaissent ? Est-ce qu'ils travaillent régulièrement ensemble ? Est-ce qu'ils s'identifieraient à la même équipe ? Est-ce qu'il leur arrive de chercher ensemble des manières d'améliorer les soins ? 10. D'après vous, est-ce que l'organisation actuelle des soins facilite la coordination, la communication et le travail d'équipe entre les professionnels tout au long de la trajectoire ?
Spécialisation, volume et expérience des professionnels	11. Selon vous, est-ce que le volume de patients atteints de CCR pris en charge par un chirurgien a un impact sur les résultats pour les patients ? Est-ce que le volume de patients atteints de CCR pris en charge par une équipe de soins a un impact ? Pourquoi ? 12. Que pensez-vous que des patients atteints de CCR soient pris en charge par plusieurs équipes en parallèle dans le CHU de Québec ?
Modalités et perceptions de la participation du patient	13. D'après vous, est-ce que l'organisation actuelle des soins favorise la participation du patient dans ses soins ? Qu'est-ce qui la favorise ? Qu'est-ce qui peut lui nuire ?
Modalités et perceptions de l'intégration avec les fournisseurs de soins externes au CHU de Québec	14. Êtes-vous au courant de soins aux patients atteints de CCR qui sont offerts hors du CHU de Québec (p. ex. : CLSC, médecin de famille, soins palliatifs, chimiothérapie dans d'autres établissements) ? Si oui : d'après vous, est-ce que l'organisation actuelle favorise la communication et l'intégration avec ces partenaires ? 15. Est-ce que les patients sont mis en contact avec des ressources offrant des services dans la communauté (p. ex. : fondation québécoise du cancer) ?
Modalités d'allocation des ressources ou de décision sur les nouveaux traitements (p. ex. : nouvelle chimiothérapie, médicaments coûteux, imagerie coûteuse).	16. D'après vous, comment sont prises les décisions sur les services à offrir ? Quels responsables/comités/organismes sont impliqués ? 17. Qu'est-ce qui fait qu'un service est offert et pas un autre selon vous ? Quels critères sont utilisés ? Est-ce que les résultats obtenus par les patients et les coûts sont considérés ?
Disponibilité des données sur les résultats ou coûts, et utilisation de ces données	18. Est-ce que certaines données sur les résultats sont disponibles pour vous ou votre équipe, par exemple le taux de survie, le taux de complications, l'état fonctionnel des patients, leur bien-être ? 19. Seriez-vous intéressé à connaître ces résultats ? Est-ce que cela pourrait changer les soins prodigués ? 20. Serait-il utile de comparer les résultats du CHU de Québec à d'autres hôpitaux québécois ou canadiens ?
Connaissance et utilisation des données de résultats ou de coûts	21. Est-ce que votre équipe connaît les coûts des services offerts ou lesquels coûtent le plus cher ?

Élément	Questions
Intégration avec la recherche (essais cliniques)	22. D'après vous, est-ce que l'organisation actuelle favorise l'intégration des patients dans des essais cliniques qui pourraient leur bénéficier ? Qu'est-ce qui le favorise ? Qu'est-ce qui peut nuire ?

Analyse stratégique

Conception personnelle de la valeur (avant qu'elle soit définie par l'intervieweur)	23. Selon vous, qu'est-ce qui ajoute de la valeur pour les patients atteints de CCR ? 24. Si on définit plutôt la valeur comme les résultats importants pour les patients en fonction des coûts [exemples au besoin], qu'est-ce qui pourrait améliorer la valeur des soins pour les patients atteints de CCR ? 25. Selon vous, quels seraient des indicateurs pertinents pour mesurer les résultats des soins aux patients atteints de CCR ?
---	--

CCR : cancer colorectal

ANNEXE 7. LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ QUÉBÉCOIS ET CANADIENS CONTACTÉS DANS LE CADRE DE L'ENQUÊTE

Province	Établissements
Colombie-Britannique	<i>BC Cancer Agency</i>
Alberta	<i>Cross Cancer Institute (Edmonton)</i> <i>Tim Baker Cancer Centre (Calgary)</i>
Saskatchewan	<i>Saskatchewan Cancer Agency (Saskatoon)</i> <i>Allan Blair Cancer Centre (Regina)</i>
Manitoba	<i>Cancer Care Manitoba</i>
Ontario	<i>Princess Margaret Cancer Centre (Toronto)</i> <i>Sunnybrook Odette Cancer Centre (Toronto)</i> <i>Mount Sinai (Toronto)</i> <i>London Health Sciences Centre (London)</i> <i>Cancer Centre of Southeastern Ontario (Kingston)</i> <i>The Ottawa Hospital Cancer Centre (Ottawa)</i>
Québec	<i>Centre hospitalier de l'Université de Montréal (Montréal)</i> <i>Centre universitaire de santé McGill (Montréal)</i> <i>Hôpital général juif (Montréal)</i> <i>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke</i>
Nouveau-Brunswick	<i>Réseau de santé Horizon</i>
Nouvelle-Écosse	<i>Queen Elizabeth II Health Sciences Centre (Halifax)</i>
Terre-Neuve	<i>Dr. H. Bliss Murphy Cancer Centre (St. John's)</i>

ANNEXE 8. QUESTIONNAIRE UTILISÉ DANS LE CADRE DE L'ENQUÊTE RÉALISÉE AUPRÈS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ QUÉBÉCOIS ET CANADIENS (VERSION FRANÇAISE)

Sondage des hôpitaux canadiens sur les soins axés sur la valeur pour le cancer

L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec-Université Laval réalise une évaluation des modèles de soins de santé axés sur la valeur* (value-based healthcare) pour les patients atteints de cancer colorectal. Des hôpitaux québécois ou canadiens pourraient déjà avoir modifié l'organisation de leurs soins en fonction de ce concept. Pour apprendre de leur expérience, ce court sondage vise à identifier les hôpitaux canadiens ayant implanté (ou en cours d'implantation) un modèle de soins axés sur la valeur pour le cancer colorectal ou un autre cancer. Il s'adresse aux directeurs, gestionnaires ou médecins ayant une bonne connaissance de l'organisation des soins pour le cancer colorectal ou d'autres types de cancer dans leur institution. Le sondage prend environ 5 minutes à compléter.

Nous vous invitons à compléter ou à faire cheminer ce sondage. Vous pouvez le compléter en pensant à l'organisation des soins pour un cancer particulier (ex: colorectal, sein, poumon, etc.) ou à l'organisation des soins pour le cancer en général dans votre établissement. Si vous pensez qu'un modèle axé sur la valeur est en cours d'implantation par une autre équipe de votre établissement, nous vous invitons à transférer le questionnaire à la personne responsable.

Selon vos réponses, il se peut que nous vous invitons à un entretien virtuel pour mieux comprendre votre modèle d'organisation des soins.

CONSENTEMENT :

En soumettant ce questionnaire, je suis en accord avec le fait que l'information fournie au nom de mon hôpital pourrait être divulguée en tout ou en partie dans le cadre d'un rapport publié par l'UETMIS du CHU de Québec-Université Laval.

Vous pouvez choisir de ne pas répondre à certaines questions.

* Obligatoire

1. Courriel *

Les soins de santé axés sur la valeur cherchent à optimiser les résultats importants pour les patients en fonction des coûts des soins. Ils présentent généralement quelques-unes des caractéristiques suivantes :

- soins organisés autour d'un type de cancer, dans des unités de pratiques intégrées
- mesure des résultats importants pour les patients et des coûts par patient durant tout le cycle de soins
- intégration des soins entre les installations et avec les autres fournisseurs de soins
- large portée géographique
- systèmes d'information performants, standardisés et accessibles
- financement pour un ensemble de soins (de type « bundle payment »)

2. Considérez-vous que votre institution a implanté un modèle d'organisation de soins de santé axés sur la valeur pour au moins un type de cancer ? *

Marquez un seul ovale.

- Oui, pour le cancer en général *Passez à la question 6*
- Oui, pour le cancer colorectal spécifiquement (colique et/ou rectal) *Passez à la question 6*
- Oui, pour un ou plusieurs types de cancers *Passez à la question 3*
- Non *Passez à la question 4*
- Je ne sais pas/préfère ne pas répondre *Passez à la question 4*

3. Veuillez préciser quel(s) type(s) de cancer.

4. Considérez-vous que votre institution se prépare ou commence à implanter un modèle d'organisation de soins axés sur la valeur pour au moins un type de cancer ? *

Marquez un seul ovale.

- Oui, pour le cancer en général *Passez à la question 6*
- Oui, pour le cancer colorectal (colique et/ou rectal) *Passez à la question 6*
- Oui, pour un ou plusieurs types de cancers *Passez à la question 5*
- Non *Passez à la question 9*
- Je ne sais pas/préfère ne pas répondre *Passez à la question 9*

5. Veuillez préciser quel(s) type(s) de cancer.

6. Si vous avez répondu « oui » à l'une des 2 questions précédentes, pourriez-vous décrire en quelques lignes de quoi il s'agit (ex: type de cancer, hôpitaux impliqués, initiatives prises).

7. Dans votre institution, est-ce que des trajectoires de soins (parcours de soins, « care pathways ») ont été élaborées explicitement et formellement pour certains types de cancer? *

Marquez un seul ovale.

- Oui, pour le cancer colorectal Passez à la question 9
- Oui, pour le cancer en général Passez à la question 9
- Oui, pour un ou plusieurs types de cancers Passez à la question 8
- Non Passez à la question 9
- Je ne sais pas/préfère ne pas répondre Passez à la question 9

8. Veuillez préciser quel(s) type(s) de cancer.

Les prochaines questions concernent des caractéristiques de l'organisation des soins pour les patients atteints de cancer (en général) OU d'un type particulier de cancer, dans votre institution.

9. Répondez-vous pour ... *

Marquez un seul ovale.

- L'organisation des soins pour le cancer en général (ex: programme de cancérologie)
- L'organisation des soins pour le cancer colorectal (colique et/ou rectal)
- L'organisation des soins pour un autre cancer en particulier (ex: poumon, sein, prostate, etc)
- Je ne sais pas/préfère ne pas répondre
- Autre : _____

10. Considérez-vous que l'objectif principal de votre modèle actuel d'organisation des soins est de maximiser les résultats importants pour les patients (ex: survie, bien-être, capacité fonctionnelle) en fonction des coûts? *

Marquez un seul ovale.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas/préfère ne pas répondre

11. Est-ce que des indicateurs de résultats importants pour les patients sont mesurés dans votre modèle actuel d'organisation des soins? *

Cochez tous les choix qui s'appliquent.

Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Indicateurs de résultats de santé (par exemple: taux de survie, différentes complications)
- Indicateurs de bien-être, de qualité de vie et/ou de capacité fonctionnelle
- Indicateurs de l'expérience patient
- Aucun indicateur de résultats n'est mesuré
- Je ne sais pas/préfère ne pas répondre

12. Si vous mesurez certains des indicateurs de résultats mentionnés à la question précédente, les équipes de soins ont-elles accès facilement à ces indicateurs de résultats?

Marquez un seul ovale.

- Oui, pour la plupart des indicateurs de résultats
- Oui, pour quelques indicateurs de résultats seulement
- Non
- Je ne sais pas/préfère ne pas répondre
- Ne s'applique pas (aucun indicateur mesuré)

13. Dans votre modèle actuel d'organisation de soins, mesurez-vous les coûts par patient ? *

Marquez un seul ovale.

- Oui, pour l'ensemble du cycle de soins (incluant le dépistage, les investigations, le diagnostic, les traitements et le suivi)
- Oui, pour plusieurs éléments du cycle de soins
- Oui, mais seulement pour certain(s) élément(s) précis du cycle de soins (par exemple certaines interventions comme les chirurgies ou par épisode d'hospitalisation)
- Non *Passez à la question 15*
- Je ne sais pas/préfère ne pas répondre *Passez à la question 15*

14. Si vous avez répondu «oui» à la question précédente, les équipes de soins ont-elles accès facilement aux données sur les coûts par patient ?

Marquez un seul ovale.

- Oui, habituellement
- Oui, occasionnellement
- Non
- Je ne sais pas/préfère ne pas répondre

Le concept de soins de santé axés sur la valeur favorise l'organisation des soins autour d'une condition médicale (par exemple: le cancer colorectal) plutôt que par spécialité. Des intervenants spécialisés et expérimentés avec cette condition médicale (ici un type de cancer) travaillent conjointement durant la majorité du cycle de soins. Ils cherchent à améliorer les résultats pour les patients en fonction des coûts.

15. Considérez-vous que votre modèle de soins pour le cancer comporte une équipe semblable? *

Le concept de soins de santé axés sur la valeur favorise l'organisation des soins autour d'une condition médicale (par exemple: le cancer colorectal) plutôt que par spécialité. Des intervenants spécialisés et expérimentés avec cette condition médicale (ici un type de cancer) travaillent conjointement durant la majorité du cycle de soins. Ils cherchent à améliorer les résultats pour les patients en fonction des coûts.

Marquez un seul ovale.

- Oui, complètement
- Oui, partiellement
- Non, mais c'est en préparation ou en implantation
- Non
- Je ne sais pas/préfère ne pas répondre

16. Dans votre institution, quel(s) type(s) de financement recevez-vous pour les soins des patients atteints de cancer (en excluant la rémunération des médecins)? Cochez tous les choix qui s'appliquent. *

Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Budget global sur une base historique
- Budget global en fonction de la population desservie
- Financement par capitation (pour la prise en charge d'une clientèle particulière)
- Financement par épisode de soins (de type «bundle»)
- Financement à l'activité, par volume de services ou à l'acte
- Financement selon la performance (par volume de services mais ajusté selon l'atteinte des cibles de performance)
- Financement per diem (par jour d'hospitalisation)
- Je ne sais pas/préfère ne pas répondre

Autre : _____

17. Votre institution est-elle affiliée à d'autres centres qui collaborent pour optimiser la prise en charge des patients atteints d'un cancer, afin que les patients soient traités au centre qui correspond le mieux à leurs besoins et à la complexité de leur cas, peu importe leur localisation géographique? *

Marquez un seul ovale.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas/préfère ne pas répondre

Intérêt pour un entretien semi-dirigé

18. Selon vos réponses, nous pourrions vous inviter à un entretien semi-dirigé d'environ 30 à 60 minutes pour mieux comprendre votre modèle d'organisation de soins de santé. Seriez-vous intéressé à participer à un tel entretien ? *

Marquez un seul ovale.

- Oui *Passez à la question 19*
- Non *Passez à la question 19*

Coordonnées

S'il-vous-plaît, veuillez inscrire vos coordonnées dans les champs correspondant ci-dessous.

19. Nom de l'hôpital que vous représentez: *

20. Votre nom: *

21. Votre fonction au sein de l'hôpital: *

22. Quelles sont vos coordonnées pour vous rejoindre, s'il y a lieu (numéro de téléphone)?

23. Quelle méthode de communication devons-nous privilégier pour vous rejoindre, s'il y a lieu?

Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Courriel
 Téléphone

Autre : _____

24. Quel est le meilleur moment pour vous rejoindre, s'il y a lieu?

Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Avant-midi
 Après-midi
 Soirée

Autre : _____

Copie du rapport d'évaluation

25. Aimeriez-vous recevoir une copie du rapport d'évaluation des modèles de services de santé axés sur la valeur (SSAV) chez les patients atteints de cancer de l'UETMIS lorsque celui-ci sera publié?

Marquez un seul ovale.

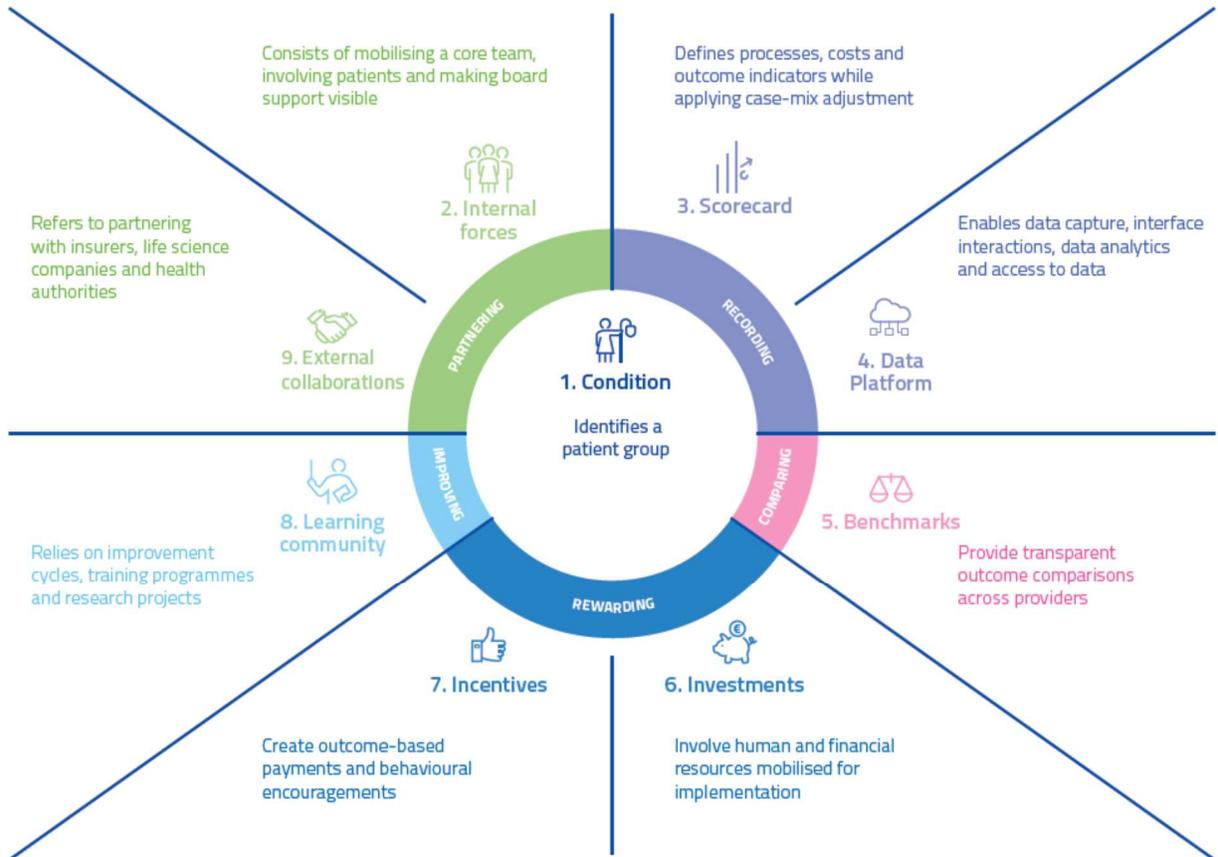
- Oui
 Non

26. Avez-vous des commentaires ou des suggestions pour nous?

Fin du sondage

Nous vous remercions pour votre précieuse collaboration.

ANNEXE 9. MATRICE D'IMPLANTATION DES SERVICES DE SANTÉ AXÉS SUR LA VALEUR DE L'EUROPEAN INSTITUTE OF INNOVATION AND TECHNOLOGY – HEALTH [27]



RÉFÉRENCES

- [1] Organisation mondiale de la santé (OMS). Constitution de l'organisation mondiale de la santé. Documents fondamentaux, supplément à la quarante-cinquième édition, octobre 2006. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf Consulté le 4 février 2022.
- [2] Godbout L, Joanis M, De Marcellis-Warin N. (dir.). Le Québec économique 2011 : Un bilan de santé du Québec. Le système de santé québécois: survol et enjeu (Chap. 3). Québec : PUL. (1ère éd. 2012). https://qe.cirano.qc.ca/sites/default/files/Chapitres_PDF/Qe2011/qe2011_ch03.pdf Consulté le 7 février 2022.
- [3] Conseil du trésor - Gouvernement du Québec. Plans annuels de gestion des dépenses des ministères et organismes. Budget de dépenses 2021-2022 (vol. 2). Gouvernement du Québec, mars 2021. [https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/budget_depenses/21-22/2-Plans annuels de gestion des depenses des ministres et organismes.pdf](https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/budget_depenses/21-22/2-Plans_annuels_de_gestion_des_depenses_des_ministres_et_organismes.pdf) Consulté le 27 janvier 2022.
- [4] Porter ME. Value-based health care delivery. *Ann Surg.* 2008; 248(4): 503-9.
- [5] World Economic Forum. Value in Healthcare - Laying the Foundation for Health System Transformation. World Economic Forum 2017. https://www3.weforum.org/docs/WEF_Insight_Report_Value_Healthcare_Laying_Foundation.pdf Consulté le 22 janvier 2022.
- [6] Ministère des finances - Gouvernement du Québec. Pour un financement fédéral accru en santé. Augmenter le transferts canadien en matière de santé. Budget 2021-2022. Gouvernement du Québec, mars 2021. http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2021-2022/fr/documents/Budget2122_FinancementFedSante.pdf Consulté le 27 janvier 2022.
- [7] Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients. Pour que l'argent suive le patient - L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé. Gouvernement du Québec, février 2014. <https://www.groupe.finances.gouv.qc.ca/santefinancementactivite/wp-content/uploads/2014/02/Rapport-Financ-axe-patients-19fev14.pdf> Consulté le 22 janvier 2022.
- [8] Porter ME, Lee TH. The Strategy That Will Fix Health Care. *Harvard Business Review.* 2013; 91(10): 50-70.
- [9] Porter ME. What is value in health care? *The New England journal of medicine.* 2010; 363(26): 2477-81.
- [10] van Harten WH. Turning teams and pathways into integrated practice units: Appearance characteristics and added value. *International journal of care coordination.* 2018; 21(4): 113-6.
- [11] Harvard Business School - Institute for Strategy and Competitiveness. Value-Based Health Care. <https://www.isc.hbs.edu/health-care/value-based-health-care/Pages/default.aspx> Consulté le 27 janvier 2022.
- [12] Dubé-Linteau A. Mesure de l'expérience patient par enquête : des concepts aux bonnes pratiques. Québec, Institut de la statistique du Québec, 2017, 37 p.
- [13] D'Angelo MS, Moroz I, Smith A, Barrett D. Value-Based Healthcare in Canada: Opportunities for Advancement. Ottawa: The Conference Board of Canada, 2020. https://conferenceboard.ca/temp/4009da3f-c368-4c7f-85f8-a7c0a885df2c/10921_Primer_Value-Based%20Healthcare%20in%20Canada.pdf Consulté le 27 janvier 2022.
- [14] International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). <https://www.ichom.org/> Consulté le 27 janvier 2022.
- [15] Castonguay J, Benomar N. Vers un système de santé axé sur la valeur. Gestion HEC Montréal, 2018. <https://www.revuegestion.ca/vers-un-systeme-de-sante-axe-sur-la-valeur> Consulté le 27 janvier 2022.
- [16] Johansen NJ, Saunders CM. Value-Based Care in the Worldwide Battle Against Cancer. *Cureus* 2017; 9(2): e1039.
- [17] McCaughey D, McGhan G, Bele S, Sharma N, Natalie CL. The Quest for Value in Canadian Healthcare: The Applied Value in Healthcare Framework. *HealthcarePapers.* 2019; 18(4): 48-57.
- [18] 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, février 2019, 30 p.
- [19] Zerillo JA, Schouwenburg MG, van Bommel ACM, Stowell C, Lippa J, Bauer D, et al. An International Collaborative Standardizing a Comprehensive Patient-Centered Outcomes Measurement Set for Colorectal Cancer. *JAMA Oncol.* 2017; 3(5): 686-94.

- [20] Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *Bmj*. 2017; 358: j4008.
- [21] Tyndall J. AACODS Checklist. Flinders University, 2010. <http://dspace.flinders.edu.au/dspace/>.
- [22] Critical Appraisal Skills Program (CASP). CASP Qualitative Studies Checklist. https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf.
- [23] Hyde AJ, Nassabein R, AlShareef A, Armstrong D, Babak S, Berry S, et al. Eastern Canadian Gastrointestinal Cancer Consensus Conference 2018. *Current oncology*. 2019; 26(5): e665-e81.
- [24] Le DM, Ahmed S, Ahmed S, Brunet B, Davies J, Doll C, et al. Report from the 20th annual Western Canadian Gastrointestinal Cancer Consensus Conference; Saskatoon, Saskatchewan; 28-29 September 2018. *Current oncology*. 2019; 26(6): e773-e84.
- [25] Zelmer J. Aligning outcomes and spending - Canadian Experiences with Value-Based Healthcare. Canadian Foundation for Healthcare Improvement, août 2018. <https://www.cfhi-fcass.ca/docs/default-source/itr/tools-and-resources/vbhc/vbhc-executive-brief-e> Consulté le 27 janvier 2022.
- [26] European Commission. Defining value in “value-based healthcare” - Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2019: 94 pages.
- [27] EIT Health. Implementing Value-Based Health Care in Europe: Handbook for Pioneers (Director: Gregory Katz), 2020: 60 pages.
- [28] Cossio-Gil Y, Omara M, Watson C, Casey J, Chakhunashvili A, Gutiérrez-San Miguel M, Kahlem P et al. The Roadmap for Implementing Value-Based Healthcare in European University Hospitals—Consensus Report and Recommendations. *Value in Health*. 2021, sous presse.
- [29] Woolcock K, Deeble Institute for Health Policy Research. Value Based Health Care: Setting the scene for Australia. Australian Healthcare and Hospital Association, 2019: 56 pages.
- [30] Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services (SBU). Value-Based Health Care - a mapping of the literature. SBU Assessments no 285, 2018.
- [31] Reitblat C, Bain PA, Porter ME, Bernstein DN, Feeley TW, Graefen M, et al. Value-Based Healthcare in Urology: A Collaborative Review. *European Urology*. 2021; 79(5): 571-85.
- [32] Zannotto BS, Etges A, Marcolino MAZ, Polanczyk CA. Value-Based Healthcare Initiatives in Practice: A Systematic Review. *Journal of healthcare management / American College of Healthcare Executives*. 2021; 66(5): 340-65.
- [33] Pollock RE. Value-based health care: The MD anderson experience. *Annals of Surgery*. 2008; 248(4): 510-6.
- [34] Feeley TWMD, Fly HS, Albright HMHA, Walters RMDMBA, Burke TWMD, Henson AMBAF. A Method for Defining Value in Healthcare Using Cancer Care as a Model/PRACTITIONER APPLICATION. *Journal of Healthcare Management*. 2010; 55(6): 399-411; discussion -2.
- [35] Andersson AE, Baathe F, Wikstrom E, Nilsson K. Understanding value-based healthcare – an interview study with project team members at a Swedish university hospital. *J Hosp Adm*. 2015; 4(4): 64-72.
- [36] Nilsson K, Baathe F, Andersson AE, Wikstrom E, Sandoff M. Experiences from implementing value-based healthcare at a Swedish University Hospital - an longitudinal interview study. *BMC health services research*. 2017; 17(1): 169.
- [37] Nilsson K, Baathe F, Erichsen Andersson A, Sandoff M. Value-based healthcare as a trigger for improvement initiatives. *Leadership in health services*. 2017; 30(4): 364-77.
- [38] Nilsson K, Baathe F, Erichsen Andersson A, Sandoff M. The need to succeed - learning experiences resulting from the implementation of value-based healthcare. *Leadership in health services*. 2018; 31(1): 2-16.
- [39] van Egdom LSE, Lagendijk M, van der Kemp MH, van Dam JH, Mureau MAM, Hazelzet JA, et al. Implementation of Value Based Breast Cancer Care. *Ejso*. 2019; 45(7): 1163-70.
- [40] Redondo P, Ribeiro M, Lopes M, Borges M, Goncalves FR. Holistic view of patients with melanoma of the skin: how can health systems create value and achieve better clinical outcomes? *Ecancermedicalscience*. 2019; 13.
- [41] Bosserman LD, Cianfrocca M, Yuh B, Yeon C, Chen HL, Sentovich S, et al. Integrating Academic and Community Cancer Care and Research through Multidisciplinary Oncology Pathways for Value-Based Care: A Review and the City of Hope Experience. *Journal of Clinical Medicine*. 2021; 10(2).
- [42] Ramos P, Savage C, Thor J, Atun R, Carlsson KS, Makdisse M, et al. It takes two to dance the VBHC tango: A multiple case study of the adoption of value-based strategies in Sweden and Brazil. *Social science & medicine*. 2021; 282: 114145.
- [43] Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI). Value-based healthcare toolkit. Canadian Foundation for Healthcare Improvement, janvier 2020: 31 pages.

- [44] Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*. 2014; 12(6): 573-6.
- [45] Sarkies MN, Francis-Auton E, Long JC, Partington A, Pomare C, Nguyen HM, et al. Implementing large-system, value-based healthcare initiatives: a realist study protocol for seven natural experiments. *BMJ Open*. 2020; 10(12): e044049.
- [46] Brenner DR, Heer E, Sutherland RL, Ruan Y, Timmouth J, Heitman SJ, et al. National Trends in Colorectal Cancer Incidence Among Older and Younger Adults in Canada. *JAMA Netw Open*. 2019; 2(7): e198090.
- [47] Colorectal Cancer Canada. <https://www.colorectalcancercanada.com/fr/> Consulté le 27 janvier 2022.
- [48] Moroz I, Moroz N, D'Angelo SM. Care Pathways in Oncology: A Value-Based Analysis of Colorectal Cancer Care in Ontario and Quebec. Ottawa: The Conference Board of Canada, 2021: 26 pages.
- [49] Ministère de la Santé et des Services sociaux - Direction québécoise de cancérologie. Plan directeur de cancérologie. Gouvernement du Québec, 2013. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-902-02W.pdf> Consulté le 3 février 2022.
- [50] Ministère de la Santé et des Services sociaux - Direction générale de cancérologie. Rapport du comité consultatif sur la démarche d'amélioration et de maintien de la performance du Programme national de cancérologie. Gouvernement du Québec, 2016. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-902-18W.pdf>. Consulté le 3 février 2022.
- [51] Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). Bulletin national de performance en cancérologie - Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer. MSSS, Gouvernement du Québec, 2019. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-902-06W.pdf> Consulté le 27 janvier 2022.
- [52] Archampong D, Borowski D, Wille-Jorgensen P, Iversen LH. Workload and surgeon's specialty for outcome after colorectal cancer surgery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012(3): CD005391.
- [53] Hoshijima H, Wajima Z, Nagasaka H, Shiga T. Association of hospital and surgeon volume with mortality following major surgical procedures: Meta-analysis of meta-analyses of observational studies. *Medicine*. 2019; 98(44): e17712.
- [54] Huo YR, Phan K, Morris DL, Liauw W. Systematic review and a meta-analysis of hospital and surgeon volume/outcome relationships in colorectal cancer surgery. *J Gastrointest Oncol*. 2017; 8(3): 534-46.
- [55] Morche J, Mathes T, Pieper D. Relationship between surgeon volume and outcomes: a systematic review of systematic reviews. *Systematic reviews*. 2016; 5(1): 204.
- [56] Saulle R, Vecchi S, Cruciani F, Mitrova Z, Amato L, Davoli M. The combined effect of surgeon and hospital volume on health outcomes: a systematic review. *La Clinica terapeutica*. 2019; 170(2): e148-e61.

CHU DE QUÉBEC–UNIVERSITÉ LAVAL

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

**DIRECTION DE LA QUALITÉ, DE L'ÉVALUATION, DE L'ÉTHIQUE
ET DES AFFAIRES INSTITUTIONNELLES
(DQEEAI)**

**HÔPITAL SAINT-FRANÇOIS D'ASSISE
10, RUE DE L'ESPINAY, ÉDIFICE D, D7-738
QUÉBEC (QUÉBEC) G1L 3L5
TÉLÉPHONE : 418 525-4444 POSTE 54682
TÉLÉCOPIEUR : 418 525-4028
UETMIS@CHUDEQUBEC.CA**
